



实习医师从业必备手册

SHIXI YISHI
SHOUCE

实习医师手册

■ 主编 单保恩



军事医学科学出版社

实习医师手册

主 审 王士杰
主 编 单保恩
副 主 编 崔慧先 李文彬
徐金升 王贵英
编 者 (按姓氏笔画排序)

马景学	王富军	尹 洁
田晓玲	白少军	白亚玲
冯建刚	刘 巍	刘青蕊
江 莲	许彦芝	李 勇
李星涛	何宏涛	宋子贤
张正茂	张庆富	张学新
张爱莉	张瑞星	范立侨
金普乐	孟宪利	赵书娥
胡振杰	施惠晶	秦振洲
耿翠芝	高玉环	高顺强
康 山	韩 春	窦 健
管永清		

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

实习医师手册/单保恩主编.
-北京:军事医学科学出版社,2013.1
ISBN 978-7-5163-0099-2

I. ①实… II. ①单… III. ①临床医学-手册 IV. ①R4-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第012392号

策划编辑:李俊卿

责任编辑:曹继荣

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmssp.cn>

印装:北京宏伟双华印刷有限公司

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:20

字数:568千字

版次:2014年3月第1版

印次:2014年3月第1次

定价:45.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

目 录

前 言

临

床工作复杂、繁重,既需要坚实的科学基础、广博的医学知识,也要求准确判断、及时处理的技巧与经验。临床实习为医学生从学校走向社会,将书本知识应用于临床实践架起了一座桥梁,为此我们组织编写了《实习医师手册》一书。

本书从形式到内容有较大创新,全书共分为二十一章,其中第一章主要介绍病历书写;第二章至第二十一章主要介绍急诊科、呼吸科、心内科、消化科、血液科、内分泌科、神经内科、肾内科、风湿免疫科、神经外科、胸心外科、普外科、泌尿外科、骨科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻咽喉头颈外科、口腔科、皮肤科的常见病。

本书通过对临床主要科室具有代表性疾病的重点阐述,介绍了各科室疾病的常见症状与体征、基本操作技术及常见疾病。以临床疾病的病因、诊断和治疗方案的选择为主题,为临床医师对疾病规范的诊断、治疗方法提供实践和理论依据。本书是一本实习医师必备的参考书。

目 录

第一章 病历书写	(1)
第一节 病史采集	(1)
第二节 体格检查	(3)
第二章 急诊科实习	(9)
第一节 常见症状与体征	(9)
第二节 基本操作技能	(10)
第三节 常见疾病	(15)
第三章 呼吸科实习	(25)
第一节 常见症状与体征	(25)
第二节 基本操作技能	(25)
第三节 常见疾病	(28)
第四章 心内科实习	(41)
第一节 常见症状与体征	(41)
第二节 基本操作技能	(43)
第三节 常见疾病	(46)
第五章 消化科实习	(60)
第一节 常见症状与体征	(60)
第二节 基本操作技能	(61)
第三节 常见疾病	(65)
第六章 血液科实习	(74)
第一节 常见症状与体征	(74)
第二节 基本操作技能	(74)
第三节 常见疾病	(77)
第七章 内分泌科实习	(88)
第一节 常见症状与体征	(88)
第二节 基本操作技能	(89)
第三节 常见疾病	(92)
第八章 神经内科实习	(101)
第一节 常见症状与体征	(101)
第二节 基本操作技能	(101)
第三节 常见疾病	(107)
第九章 肾内科实习	(112)
第一节 常见症状与体征	(112)
第二节 基本操作技能	(114)

第三节 常见疾病	(116)
第十章 风湿免疫科实习	(123)
第十一章 神经外科实习	(126)
第一节 常见症状与体征	(126)
第二节 基本操作技能	(128)
第三节 常见疾病	(128)
第十二章 胸心外科实习	(132)
第一节 常见症状与体征	(132)
第二节 基本操作技能	(134)
第三节 常见疾病	(136)
第十三章 普外科实习	(139)
第一节 常见症状与体征	(139)
第二节 基本操作技能	(141)
第三节 常见疾病	(145)
第十四章 泌尿外科实习	(166)
第一节 常见症状与体征	(166)
第二节 基本操作技能	(167)
第三节 常见疾病	(172)
第十五章 骨科实习	(185)
第一节 常见症状与体征	(185)
第二节 基本操作技能	(187)
第三节 常见疾病	(195)
第十六章 妇产科实习	(206)
第一节 常见症状与体征	(206)
第二节 基本操作技能	(209)
第三节 常见疾病	(212)
第十七章 儿科实习	(230)
第一节 常见症状与体征	(230)
第二节 基本操作技能	(233)
第三节 常见疾病	(238)
第十八章 眼科实习	(256)
第一节 常见症状与体征	(256)
第二节 眼科常用检查技能和方法	(256)
第三节 常见疾病	(259)
第十九章 耳鼻咽喉头颈外科实习	(269)
第一节 常见症状与体征	(269)
第二节 基本操作技能	(272)
第三节 常见疾病	(277)
第二十章 口腔科实习	(292)
第一节 常见症状与体征	(292)
第二节 基本操作技能	(293)

第三节	常见疾病	(298)
第二十一章	皮肤科实习	(302)
第一节	常见症状与体征	(302)
第二节	基本操作技能	(303)
第三节	常见疾病	(306)

第一章 病历书写

第一节 病史采集

一、问诊的基本技巧与方法

病史采集是医师通过对患者或知情人员(如家属、同事等)的系统询问而获取病史资料的过程,是医师诊治疾病的第一步。完整和准确的病史资料对疾病的诊断和处理有极其重要的意义,它不仅可提示医师体格检查时的查体重点及为进一步进行实验室检查和辅助检查提供线索,而且更重要的是在临床工作中有一部分疾病仅通过病史采集即可基本确立诊断。病史采集在临床上是通过问诊实现的,应掌握以下最基本的技巧与方法。

1. 问诊要抓住重点,条理分明 病史采集一般应从主诉开始,要以主诉症状为重点,先由简易问题询问开始,逐步深入进行有目的、有层次、有顺序的询问,把主诉症状问深问透,然后再针对与鉴别诊断相关的阳性或阴性症状进行询问。例如,一主诉腹痛的患者,应以腹痛为问诊重点,首先询问患者腹痛的部位和发生的时间,继而深入询问腹痛的性质、是否放射、什么情况下腹痛加重、什么情况下腹痛会减轻等,即把腹痛症状问深问透,然后再询问腹痛伴随症状,以利鉴别诊断,如腹痛伴发热、黄疸多提示胆囊炎或病毒性肝炎;腹痛伴恶心、呕吐和腹泻多提示急性胃肠炎;腹痛伴尿频、尿急和尿痛可能为泌尿系统感染;腹痛伴休克多数考虑外科急腹症等。

2. 要紧密围绕病情询问 在病史采集过程中,患者所谈内容一定要紧密围绕病情,不要离题太远,而且还应包括该病的诊疗经过,如是否到医院诊疗过、做过哪些检查、治疗情况和疗效如何,以及与该病有关的其他病史,如既往病史、个人史、月经史、婚姻生育史和家族史等。

3. 一定要询问现病史五项 精神、饮食、睡眠、大小便和体重变化,不要遗漏,以了解患者的整体情况。

4. 问诊语言要通俗易懂 要用通俗易懂的语言询问,避免使用患者不易懂的医学术语生硬地询问,如问患者是否鼻子出血,不要用医学术语是否“鼻出血”,询问患者是否总想大便和总有拉不完的感觉,不要用医学术语是否有“里急后重”等,因为这些医学术语即使是对文化程度较高的患者来说也难免发生理解错误,以致可能会带来一个不准确的病史资料,引起误诊。

5. 避免暗示性问诊和逼问 为保证病史资料的准确可靠性,一定要避免暗示性问诊和逼问。暗示性问诊是一种为患者提供带倾向性特定答案的问诊方式,如“你的上腹痛在进食后减轻吗?”,“你的上腹痛在进食油腻后加重吗?”等,若患者为满足医师的想法而随声附和,可能会带来错误的答案,而正确的问诊应该是“你的上腹痛在什么情况下会减轻或加重呢?”。另外,当问诊过程中患者回答的问题与医师的想法有差距时,更不能进行逼问,以逼迫患者同意医师的想法,这样势必严重影响结果的可靠性。正确的方法应该是耐心地启发引导患者,使其思考、回忆,从而得到满意而可靠的回答。

6. 注意问诊时的态度 医师对患者必须有高度的同情心和责任感,态度要和蔼可亲、耐心体贴,绝对禁忌审问式的问病史。常由于各种不安心情,医师开始采集病史时患者往往不能很顺畅有序地说出自己的病情,因此医师在问诊开始时就应主动创造一种体贴入微及宽松和谐的环境氛围,使患者感到医师的亲切和可信,取得患者的信任与合作。

二、问诊内容

1. 一般项目 包括姓名、性别、年龄、婚姻状况、民族、出生地、居住地、所从事的职业等内

容,若病史叙述者不是患者本人,还应记录陈述者与患者的关系。

2. 病史

(1) 主诉:

1) 主诉是指促使患者本次住院就诊的主要症状(或体征)、持续时间或医疗保健需求,根据主诉能产生第一诊断。主诉语言要简洁明了,词语要规范、严谨,尽量采用医学术语,一般以不超过20个汉字为宜。

主诉中的时间数字要统一使用阿拉伯数字。

2) 一般不以诊断或检验结果为主诉内容,但在确实没有症状和体征的情况下,诊断名词、异常检查结果都可写入主诉。如“食管癌术后2个月,右上腹痛1周”;“体检发现血液黏稠度高1个月,要求住院输液治疗”。

主诉多于1项时,可按主次或发生时间的先后分别列出,如“劳累后心慌气短2年,不能平卧3日”、“上腹痛5年,呕血、便血1日”、“发热伴尿频、尿急、尿痛2日”、“腹胀1年,下肢水肿8个月,精神萎靡10日”等。

(2) 现病史:现病史是从患者发病到就诊前的详细过程,应围绕主诉,按症状出现的先后,详细记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化的经过和诊疗情况。患者自述患过的疾病或用过的药物须用引号标出。其主要包括内容如下:

1) 发病情况包括患病时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的病因和诱因。

2) 主要症状(或体征)出现的时间、部位、性质、程度及其演变过程。如疼痛,应该详细询问疼痛部位、程度、性质,是持续还是阵发,有无间歇期,有无放射性,与饮食有无关系,疼痛时伴随的症状等。

3) 伴随症状的特点及变化,如发热4日,伴有胸痛、咳嗽。

4) 有鉴别意义的阴性症状和体征。

5) 对患有与本病有关的慢性病者或旧病复发者,应着重了解其初发时的情况和重大变化以及最近复发的情况。

6) 发病以来曾在何处做过何种诊疗(包括诊疗日期、检查结果、用药名称及其剂量、用法、手术方式、疗效等)。

7) 与本科疾病无关的未愈仍需诊治的其他科重要伤病,应另起一段书写。

8) 发病以来的总体情况,包括患者的精神、食欲、食量、睡眠、大小便、体力和体重的变化等。例如,肝硬化患者发病以来有无黄疸、发热、腹痛、腹泻、呕吐、便血、意识变化等,此项内容另起一段书写。

(3) 既往史:是指患者本次发病以前的健康及疾病情况,特别是与现病有密切关系的疾病。要按时间先后书写,其主要包括内容如下:

1) 既往一般健康状况。

2) 有无患过肝炎、结核、伤寒等传染病及地方病和其他疾病,发病日期及诊疗情况。对患者以前所患的疾病,诊断肯定者可用病名,但应加引号,对诊断不肯定者,简述其症状。

3) 有无预防接种史、创伤史、手术史、输血史以及药物、食物和其他接触物过敏史等。

(4) 系统回顾:

1) 呼吸系统:有无慢性咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气喘、低热、盗汗史等。

2) 循环系统:有无心慌、气短、发绀、下肢水肿、心前区疼痛、晕厥、高血压史等。

3) 消化系统:有无食欲改变、嗝气、吞咽困难、反酸、上腹有烧灼感、腹胀、腹痛、腹泻、便秘、呕血、黑便、黄疸史等。

4) 泌尿生殖系统:有无尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、腰痛、夜尿增多、颜面水肿史等。

5) 造血系统:有无苍白、乏力、头晕、瘀斑、鼻出血、牙龈出血史等。

6) 内分泌系统及代谢:有无发育畸形、性功能改变、第二性征、性格改变、畏寒、怕热、多汗、

食欲异常、消瘦、口干、多饮、多尿史等。

7) 肌肉骨骼系统:有无关节、肌肉的红、肿、热、痛和运动障碍、创伤、骨折史等。

8) 神经系统:有无头痛、眩晕、失眠、嗜睡、意识障碍、抽搐、瘫痪、惊厥、性格改变、视力障碍、感觉及运动异常史等。

(5) 个人史:

1) 记录出生、居留的地点和时间,应注意疫源地和地方病流行区。

2) 起居、生活、饮食规律,烟酒嗜好及其摄入量。

3) 职业、工种、劳动保护情况及工作环境等,如有无经常与有毒、有害物质接触史。

4) 有无冶游史,是否患过下疳及淋病等。

(6) 婚姻史:记录婚否、结婚年龄、配偶健康情况、是否近亲结婚。若配偶死亡,应写明死亡原因及时间。

(7) 月经及生育史:记录初潮年龄行经期(日)/月经周期(日)末次月经时间(或绝经年龄),并记录月经量、颜色,有无血块、痛经、白带等情况。

生育情况按下列顺序写明:足月分娩数-早产数-流产或人流数-存活数,即1-0-0-1。并记录计划生育措施。

(8) 家族史:父母、兄弟、姐妹及子女的健康情况,有无与患者同样的疾病,有无肿瘤、糖尿病、高血压、精神障碍,有无与遗传有关的疾病。死亡者应注明死因及时间。

第二节 体格检查

一、体格检查的基本方法

(一) 视诊

1. 基本概念 视诊是以视觉观察患者全身或局部表现的诊断方法。视诊的适应范围很广,大体可分成3个方面:①全身状态的视诊,包括发育、营养、体型、意识、表情、体位、姿势、步态等有无异常;②局部视诊,如皮肤、黏膜、舌苔、头颈、胸廓、腹部、四肢、肌肉骨骼和关节外形有无异常;③特殊部位的视诊,如鼓膜、眼底、支气管及胃肠黏膜有无异常。

2. 通过视诊对某些疾病的诊断可提供有用的信息。

(1) 视诊可评价患者的营养状态,营养不良的患者表现眼窝下陷、颊部消瘦、皮肤松弛、消瘦,见于慢性消耗性疾病患者,如肿瘤、结核、甲状腺功能亢进症(甲亢)等疾病。

(2) 体型对诊断某些疾病有参考意义,如无力型患者常见于结核病、胃十二指肠溃疡患者,超力型患者有患高血压、冠心病的趋向。

(3) 特殊体位反映某些疾病的表现,如大量心包积液患者常端坐呼吸并躯干向前倾斜以减轻心脏受压的症状;肾或胆绞痛患者在床上辗转不安或翻滚;全腹膜炎患者屈膝仰卧,使腹肌松弛以达到降低腹内压减轻疼痛。

(4) 观察步态、姿势、有无跛行等对脊柱、四肢、肌肉和神经系统疾病的诊断可提供一些可靠的线索。

(5) 有时仅靠视诊可发现某些疾病的重要征象,如重度哮喘的喘息状态,充血性心力衰竭的劳力性呼吸困难,严重感染的急性发热病容,严重循环衰竭的肢端发绀、发凉和出汗等。

(二) 触诊

1. 浅触诊法

(1) 浅触诊的方法:以一手轻放于被检查的部位,利用掌指关节和腕关节的协调动作,轻柔地进行滑动触摸。浅触诊适用于体表浅在的病变、关节、软组织以及浅部的动脉、静脉、神经、阴囊和精索等。

(2) 腹部浅触诊:浅触诊对腹部检查尤为重要,通过浅触诊可了解腹部压痛、腹直肌紧张或痉挛强直的区域。触诊方法:将右手手指并拢,右手的平展部分或指腹放在腹壁上,轻柔地进行滑动触摸,每检查一个部位手应提起并离开腹壁,有序地检查整个腹部。正常时腹肌柔软,如果腹肌强直,是由于腹膜炎,腹膜受激惹腹肌痉挛所致,当腹肌高度紧张时可呈板状腹,见于全腹膜炎;局限性腹肌紧张可见于阑尾炎或胆囊炎等。

2. 深部触诊法 主要用于检查腹内器官大小和腹部异常包块等病变。触诊方法:嘱患者平卧、屈膝、张口平静呼吸,医师以一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部。

(1) 深部滑行触诊法:医师将并拢的2、3、4指端逐渐触向腹腔的器官或包块,做上下左右滑动触摸。该法常用于腹腔深部的包块和胃肠病变的检查。

(2) 双手触诊法:医师左手置于被检查器官或包块后方,并将被检查部位或器官向右手方向推动,有助于右手触诊。用于肝、脾、肾及腹腔肿物的检查。

(3) 深压触诊法:以拇指或并拢的2~3个手指逐渐深压以探测腹腔深部病变的部位,或确定压痛点,如阑尾压痛点及胆囊压痛点等。检查反跳痛时,即在压痛点深压的基础上迅速将手抬起,并询问患者是否疼痛加剧或观察是否出现痛苦表情。

(4) 冲击触诊法:又称浮沉触诊法。将并拢的3~4个手指取70°~90°角,置于腹壁拟检查的相应部位,做数次急速而较有力的冲击动作,此时指端下可有腹腔肿大器官浮沉的感觉。此法仅用于大量腹水患者肝、脾的触诊。

(三) 叩诊

1. 叩诊方法 根据叩诊的手法与目的不同可分为间接与直接叩诊法两种,以间接叩诊法使用最广。

(1) 间接叩诊法:①检查者将左手中指第二指节紧贴于叩诊部位,其他手指稍微抬起,不要与体表接触,右手手指自然弯曲,以中指指端叩诊左手中指第二指骨的前端,叩击方向应与叩诊部位的体表垂直;②叩诊时应以腕关节与掌指关节的活动为主,避免肘关节及肩关节参与运动;③叩击动作要灵活、短促、富有弹性,叩击后右手应立即抬起,以免影响音响的振幅与频率;④1个叩诊部位每次只需连续叩击2~3下,不能连续不断,否则影响叩诊音的分辨;⑤叩击力量要均匀一致,便于判断叩诊音的变化与比较;⑥叩击力量的轻重视不同的检查部位、病变性质、范围和位置深浅而定。轻叩法用于确定心、肝相对浊音界;中度叩诊法用于确定心、肝的绝对浊音界;重叩诊法用于距体表约7 cm的病变部位。

(2) 直接叩诊法:检查者用右手中间的3指掌面或指端直接拍击或叩击被检查的部位,该法适用胸部、腹部病变面积广泛或胸壁较厚的患者,如胸膜增厚、粘连或大量胸腔积液或腹水等。

2. 叩诊音 被叩击的组织或器官因致密度、弹性、含气量以及与体表距离的不同,叩诊时可产生的声音亦不同,临床上可分为清音、过清音、鼓音、浊音和实音,如表1-1。

表 1-1 叩诊音

叩诊音	被叩器官的音响	正常出现的部位	病理情况见于
清音	正常肺部	正常肺部	
鼓音	含有大量气体的空腔器官	胃泡、腹部	肺内有巨大空洞、气胸、气腹
过清音	儿童的肺部	正常儿童的肺部(可出现相对过清音)	肺气肿(肺组织含气量增多,弹性减弱)
浊音	被少量含气组织覆盖的实质器官	心或肝的相对浊音区	肺炎(肺组织含气量减少)
实音	无肺组织覆盖的心脏或肝	心或肝的绝对浊音区	大量胸腔积液和肺实变

(四) 听诊

听诊是临床上诊断疾病的一项基本技能和重要手段,在诊断心、肺疾病中尤为重要,常用以

听取正常、病理呼吸音,各种心音、杂音及心律失常。

听诊器分成三部分:耳件、体件及软管。体件有两型:钟型用来听低音调的声音,如二尖瓣狭窄的雷鸣样舒张期杂音;鼓型用来听取高调的声音,如主动脉瓣关闭不全的叹气样舒张早期杂音。

使用听诊器进行听诊的方法称间接听诊法,此法应用很广。医师用耳郭贴在被检查者的体表进行听诊称直接听诊法,该法听到的音响很弱,很少使用,只在特殊情况或紧急情况时才使用。

(五) 嗅诊

嗅诊是用嗅觉来判断发自患者的异常气味与疾病之间关系的方法,嗅诊往往能提供具有重要的诊断线索。

二、体格检查的内容

1. 生命征 包括体温、脉率、呼吸频率、血压。

2. 一般情况 包括患者发育情况、营养状态(良好、中等、不良)、体位(自主、被动、强迫)、步态、面容与表情(急性或慢性病容、表情痛苦、忧虑、恐惧、安静)、神志(清晰、模糊、昏睡、昏迷)、语言状态、能否配合医师查体等内容。

3. 皮肤及黏膜 包括皮肤颜色(潮红、苍白、发绀、黄染、色素沉着)、温度、湿度、弹性、有无脱水、多汗、水肿、皮疹、瘀点、瘀斑、皮下结节或肿块、蜘蛛痣、瘰管、肝掌、溃疡及瘢痕,毛发分布情况等,如出现以上情况,应记述部位、范围(大小)及形态等。

4. 淋巴结 全身或局部浅表淋巴结情况,如淋巴结增大应记录部位、大小、数目、压痛、硬度、移动性等。

5. 头部及其器官

(1) 头颅:大小,形态,有无压痛、包块,头发(量、色泽、分布、秃发及斑秃)。婴儿需记录前囟门大小、饱满或凹陷。

(2) 眼:眉毛(脱落、稀疏)、睫毛(倒睫)、眼睑(水肿、运动、下垂)、眼球(凸出、凹陷、运动、斜视、震颤)、结膜(充血、出血、苍白、水肿)、巩膜(黄染)、角膜(透明、混浊、有无溃疡)、瞳孔(大小、形状、对称、对光及调节反应)。

(3) 耳:耳郭有无畸形,外耳道是否通畅,有无分泌物及分泌物性状,乳突有无压痛。

(4) 鼻:有无畸形、鼻翼扇动、分泌物、出血、阻塞、副鼻窦区压痛。

(5) 口:口唇(畸形、颜色、疱疹、皲裂、溃疡、口角偏斜),有无气味,牙(龋齿、缺齿),牙龈(红肿、出血、溢脓、铅线),黏膜(发疹、溃疡、出血),舌(形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、震颤、偏斜),腭扁桃体(大小、充血、分泌物、假膜),咽(色泽、分泌物、反射),软腭及腭垂(位置、运动),喉(发音情况)。

6. 颈部 颈两侧是否对称,有无强直、颈静脉怒张、结节、颈动脉异常搏动、肝颈静脉回流征,气管位置,甲状腺(大小、硬度、压痛、结节、震颤、杂音、随吞咽上下活动度)。

7. 胸部

(1) 胸廓(对称、畸形),呼吸(频率、节律、深度),有无异常搏动。乳房发育情况有无肿块。

(2) 肺:

视诊:呼吸运动(两侧对比),肋间隙增宽或变窄。

触诊:语颤,有无胸膜摩擦感、皮下捻发感。

叩诊:叩诊音(清音、浊音、实音、过清音或鼓音),肝浊音界、肺下界、肺下界移动度。

听诊:呼吸音(性质、强弱、异常呼吸音),有无干、湿啰音及胸膜摩擦音,语音传导。

(3) 心脏:

视诊:有无心前区隆起,心尖搏动(位置、范围、强度)。

触诊:心尖搏动(性质、位置、范围、强度),有无震颤(部位、期间)和心包摩擦感。

叩诊:心脏左、右相对浊音界,用各肋间距正中线的距离表示,并注明锁骨中线至前正中线的距离(cm)。正常成人相对浊音界如表 1-2。

表 1-2 正常成人相对浊音界

右侧(cm)	肋间	左侧(cm)
2~3	Ⅱ	2~3
2~3	Ⅲ	3.5~4.5
3~4	Ⅳ	5~6
	V	7~9

(左锁骨中线距前正中线为 8~10 cm)

听诊:心率,心律是否整齐,心音强度,有无杂音(部位、性质、时期、强度、传导方向), P_2 与 A_2 的比较和心包摩擦音。

8. 血管检查 有无周围血管征(毛细血管搏动、枪击音、水冲脉)。

9. 腹部

(1) 视诊:腹平、膨隆、凹陷,呼吸运动,脐疝,静脉曲张与血流方向,胃肠型及蠕动波。

(2) 触诊:

腹壁:腹壁紧张度,有无压痛、反跳痛。有腹水或腹部包块时应测量腹围。

肝:大小(测量右叶以右锁骨中线从肋前缘至肝下缘的距离或左叶以正中线上剑突至肝左叶下缘之距离,以 cm 表示)、质地(柔软、中等、坚硬)、边缘钝或锐、有无压痛和结节。

胆囊:大小、形态、有无压痛。

脾脏:大小(以左肋缘下多少厘米表示),硬度,表面、边缘状态,有无压痛。巨脾以三线法表示。

肾:大小、形状、硬度、移动度、肾区及输尿管压痛点有无压痛。

(3) 叩诊:肝浊音界,有无肝区叩击痛、移动性浊音、高度鼓音及肾区叩击痛。

(4) 听诊:肠鸣音(正常、增强、减弱或消失),有无振水音、血管杂音。

10. 肛门及外生殖器 有无痔、肛裂、脱肛、肛瘘,肛门指检,外生殖器(根据病情需要做相应检查)。

11. 脊柱及四肢

(1) 脊柱:有无畸形、压痛、叩击痛,活动有无障碍。

(2) 四肢:有无畸形、杵状指(趾)、关节(红肿、疼痛、压痛、积液、脱臼、活动度受限、强直)、静脉曲张、水肿、肌肉萎缩、肢体瘫痪或肌张力增强。

12. 神经系统 两侧肱二、三头肌反射,膝腱反射,跟腱反射,病理反射,脑膜刺激征,必要时做运动、感觉及神经系统其他检查。

13. 专科情况 详细、全面记录专科疾病的阳性、阴性体征,标志性体征不得遗漏,必要时以画图说明。

三、入院记录的书写

1. 入院记录的内容 包括一般项目;主诉;现病史;既往史;个人史;婚姻史;月经史、生育史;家族史;体格检查;专科检查;辅助检查;初步诊断;医师签名和时间。

2. 入院记录的书写要求 入院记录的内容应能反映疾病的概况和要点。其内容如下:

(1) 一般项目(非表格式入院记录可以按横行连续书写):

姓名 出生地
性别 现住址

年龄	工作单位				
婚姻	入院时间	年	月	日	时 分
民族	记录时间	年	月	日	时 分
职业	病史叙述者	与患者的关系			

(2) 主诉:主诉是指促使患者本次住院就诊的主要症状(体征)、持续时间或医疗保健需求,根据主诉能产生第一诊断。主诉语言要简洁明了,词语要规范、严谨,尽量采用医学术语,一般以不超过 20 个字为宜。

主诉中的时间数字统一使用阿拉伯数字。

一般不以诊断或检验结果为主诉内容,但是,在确实没有症状和体征的情况下,诊断名词、异常检查结果都可写入主诉。如“食管癌术后 2 个月,右上腹痛 1 周”;“体检发现血液黏稠度高 1 个月,要求住院输液治疗”。

主诉多于 1 项时,可按主次或发生时间的先后分别列出,如劳累后心慌气短 2 年,不能平卧 3 日;上腹痛 5 年,呕血、便血 1 日;发热伴尿频、尿急、尿痛 2 日;腹胀 1 年,下肢水肿 8 个月,精神萎靡 10 日。

(3) 现病史:主要记述病史中的重要部分,着重描述阳性症状及有鉴别诊断意义的阴性症状等。应当按时间顺序书写。主要包括的内容如下:

- 1) 起病情况:患病时间、发病缓急、前驱症状、可能的病因和诱因。
- 2) 主要症状特点:包括主要症状的部位、性质、持续时间及程度。
- 3) 病情的发展与演变:包括病情是持续性发展还是间歇性发作,是进行性加重还是逐渐好转,缓解或加重的因素等。
- 4) 伴随症状:各种伴随症状出现的时间、特点及其演变过程,各种伴随症状之间,特别是与主要症状之间的相互关系。
- 5) 记载与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料。
- 6) 诊疗经过:何时、何处就诊,做过何种检查,诊断何病,经过何种治疗,药物的剂量及效果。
- 7) 发病以来的总体情况:目前的饮食、大小便、精神、体力、睡眠等情况。如果在现病史中已经对发病以来的总体情况作了详细的描述,如消化系统的疾病自然会对饮食、大小便情况进行描述,此处就不用再重复。
- 8) 凡与现病有关的病史,虽年代久远亦应包括在内。
- 9) 患者存在两个以上不相关的未愈疾病时,现病史可分段或综合记录。
- 10) 凡意外事件或可能涉及法律责任的伤害事故,应详细客观记录,绝不能主观臆断。

(4) 既往史:是指患者过去的健康和疾病情况。主要包括的内容如下:

- 1) 既往的健康状况。
- 2) 传染病史(疾病名称要“挂”号)。
- 3) 预防接种史。
- 4) 药物及其他过敏史。
- 5) 手术、创伤及输血史。
- 6) 系统回顾。

(5) 个人史:

- 1) 出生地及居留地,有无血吸虫病疫水接触史,是否到过地方病或传染病流行地区及其接触情况。
- 2) 生活习惯及嗜好:有无嗜好(烟、酒、常用药品、麻醉毒品)及其用量和年限。
- 3) 职业和工作条件:有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史。
- 4) 冶游史:有无婚外性行为,有无下疳、淋病、梅毒史等。
- (6) 婚姻史:记录婚否、结婚年龄、爱人健康状况、性生活情况等。

(7) 月经史、生育史:女性患者的月经情况,如初潮年龄、月经周期、行经天数、末次月经日期、闭经日期或绝经年龄等,记录格式如下:

初潮年龄	$\frac{\text{月经天数}}{\text{月经周期天}}$	末次月经时间(或闭经年龄)
即 15	$\frac{5}{28 \sim 30}$	2009 年 10 月 20 日

并记录月经量、颜色,有无血块、痛经、白带情况(多少及性状)。

生育情况按下列顺序写明:足月分娩数-早产数-流产或人工流产数-存活数,即 1-0-0-1。并记录计划生育措施。

(8) 家族史:主要包括的内容如下:

1) 父母、兄弟、姐妹及子女的健康情况,有无与患者患同样的疾病;如已死亡,应记录死亡原因及年龄。

2) 家族中有无结核、肝炎、性病等传染性疾病。有无家族性遗传性疾病,如糖尿病、血友病等。

(9) 体格检查:应当按照系统回顾进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压,一般情况,皮肤、黏膜,全身浅表淋巴结,头部及其器官,颈部,胸部(胸廓、肺部、心脏、血管),腹部(肝、脾、肾等),直肠肛门,外生殖器,脊柱,四肢,神经系统等。

(10) 专科情况:应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(11) 辅助检查:是指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应当写明检查日期,如系在其他医疗机构所作检查,应当写明该机构名称。

(12) 诊断:

1) 初步诊断:入院时的诊断一律写“初步诊断”,写在入院记录末页中线右侧。

2) 修正诊断:凡“症状待诊”的诊断,以及出院诊断与入院诊断相差太大,上级医师应作出“修正诊断”,写在入院记录末页的左侧(与初步诊断同高处),并注明日期,修正医师签名。

住院过程中增加的新诊断或转入科对转出科的原诊断有修正,不宜在入院记录上做增补或修正,只在接收记录、出院记录、病案首页上书写,同时在病程记录中写明其依据。

(13) 医师签名和时间:入院记录由主治医师(或主治以上职称医师)在第一次查房时审核、修改后在住院医师姓名的左侧签名。

第二章 急诊科实习

第一节 常见症状与体征

一、胸痛

胸痛是主观感觉胸部刺痛、锐痛、钝痛、闷痛或有东西压迫而表现紧闷压迫感,喘不过气。常伴有紧张、焦虑、恐惧感,是临床常见急诊症状之一。

胸痛发作过程及病史询问对胸痛的诊断和鉴别诊断有一定的临床意义。

辅助检查如血、尿、便常规,血生化和胸部影像学可以进一步明确诊断。

二、呼吸困难

呼吸困难是指患者主观上感到空气不足,客观上表现为呼吸费力,严重时出现鼻翼翕动、发绀、端坐呼吸,辅助呼吸肌参与呼吸活动,并可有呼吸频率、深度及节律的异常。

呼吸困难主要是由于通气的需要量超过呼吸器官的通气能力所引起。

1. 既往有咳、痰、喘等类似发作史,考虑肺源性呼吸困难。
2. 既往有心脏病史,发作与活动有关,考虑心源性呼吸困难。
3. 有中枢神经系统病变者,考虑神经源性呼吸困难。
4. 既往有糖尿病史者,或有过量服用药物史者,考虑中毒性呼吸困难。
5. 既往有血液系统疾病史者,考虑血液性呼吸困难。

三、晕厥

晕厥是指突然发生的、短暂的意识丧失,是常见的急诊主诉之一。

1. 晕厥伴有明显的自主神经障碍 如面色苍白、出汗、恶心等,多见于血管抑制性晕厥或低血糖晕厥。

2. 晕厥伴有发绀、呼吸困难、心悸 多见于急性左心衰竭。

3. 晕厥伴有心率改变 见于心源性晕厥。

4. 晕厥伴有抽搐 见于中枢神经系统疾病、心源性晕厥。

5. 晕厥伴有恶心、呕吐 提示血管迷走性晕厥。

6. 晕厥伴有发热、水肿、杵状指 提示心、肺疾病。

7. 晕厥伴有呼吸深快、手足发麻、抽搐 见于过度换气综合征。

8. 晕厥伴有面颊痛 提示舌咽和三叉神经痛。

四、惊厥

全身或局部肌肉突然出现的强直性或阵发性痉挛,可伴有或不伴有意识障碍。

1. 惊厥伴有发热 多见于小儿的急性感染,也可见于胃肠道功能紊乱、重度失水等,但惊厥也可以引起发热。

2. 惊厥伴有高血压 可见于原发性高血压、肾炎、子痫、铅中毒等。

3. 惊厥伴有脑膜刺激征 可见于各种脑膜炎、脑膜脑炎、蛛网膜下隙出血等。

4. 惊厥伴有瞳孔扩大、咬舌 可见于癫痫大发作,而见于癔症性惊厥。

5. 惊厥发作前剧烈头痛 可见于高血压、急性感染、脑出血(ICH)、脑内占位性病变等。

五、昏迷

昏迷是最严重的意识障碍,表现为意识完全丧失,对内、外刺激不能作出有意识的反应,随意运动消失,生理反射减弱或消失,出现病理反射,是急诊科常见的急症之一。

第二节 基本操作技能

一、心肺复苏术

心肺复苏抢救程序分为三期。

第一期:基础生命支持(BLS),大多是在没有任何设备的情况下进行的,即所谓的徒手心肺复苏。包括4个连续步骤:畅通气道(airway, A);人工呼吸(breathing, B);人工循环(circulation, C);电除颤(defibrillation, D)。

1. 心跳、呼吸停止的判断 越迅速越好,包括如下内容:

(1) 判断有无反应:方法是拍打或摇动患者,并大声呼唤。

(2) 判断有无呼吸:用眼观察患者胸廓有无起伏,用耳贴近患者口鼻,倾听和感觉有无气息声,历时不超过10秒。若不能肯定,应视为呼吸不正常,立即行心肺复苏术(CPR)。

2. 开放气道、清除异物。

3. 人工呼吸。

4. 胸外按压 高质量的胸外按压是CPR成功的关键。

5. 早期电除颤 适应证:室颤/无脉搏室性心动过速。需电除颤时,应给予1次电击,而后立即行CPR,应该在给予5组30:2的CPR(约2分钟)后再检查患者的心律。目前的除颤器大多均应用双向波除颤,其能量一般为150~200J。不同的除颤器有不同波形,应该选用不同的能量,单向波除颤需要的能量一般为200~360J。

第二期:高级生命支持(ALS)。

呼吸管理:在ALS阶段,控制呼吸道和保障充分通气仍然是重要的任务。利用器械开放气道,包括基本气道设备,如口咽通气道、鼻咽通气道;高级气道设备,如气管导管、喉罩等。放置高级气道设备后可连接呼吸机或呼吸囊进行通气,通气频率为8~10次/分。

1. 建立复苏用药途径 包括静脉途径、气管途径、骨髓腔途径,首选静脉途径。

2. 复苏期间的静脉输液 除非明确存在低血糖,否则避免输注含葡萄糖的溶液。

3. 复苏药物 肾上腺素、胺碘酮、阿托品、糖皮质激素、5%碳酸氢钠、多巴胺、多巴酚丁胺、2%利多卡因、血管加压素等药物,依据病情给予。

第三期:复苏后处理。指自主循环恢复后采取的进一步治疗措施,应该在重症加强医疗科继续密切监测至少24~48小时。处理原则和措施包括如下内容:

1. 维持有效的循环和呼吸功能,预防再次心脏停搏。

2. 维持水、电解质和酸碱平衡。

3. 防治脑水肿 主要措施包括降温,并以头部降温为主,可用冰袋、冰帽物理降温或加用冬眠药物;脱水;防治抽搐;高压氧治疗。

4. 防治急性肾衰竭 应注意维持有效的心脏和循环功能,避免使用对肾有损害的药物,监测肾功能,如发生肾衰竭,应按照急性肾衰竭处理。

5. 防止继发感染。

二、有创血压监测

(一) 目的

准确、及时地监测血压有助于掌握病情并指导治疗,对保障危重患者安全、减少因较长时间