

CHANGJIANBING
LINCHUANG YIZHU SHOUCE

常见病 临床医嘱手册

王涤非 主编



化学工业出版社

**CHANGJIANBING
LINCHUANG YIZHU SHOUC**

常见病 临床医嘱手册

王涤非 主编



化学工业出版社

· 北京 ·

编写人员名单

主 编 王涤非

副主编 高 然 侯 刚 张 岱

编 者 (以姓氏汉语拼音为序)

段宏梅 车兆畅 高 然

侯 刚 李 凡 李学艳

刘嘉晖 刘晓伟 陆 辉

孙 达 王涤非 王 军

相泓冰 易 慧 周晓明

张 岱 张贺洋

前言

在我国大力发展社区、县乡镇等基层医疗服务的大背景下，如何能较快地提高基层临床医师对常见病、多发病的诊断水平和处理能力就变得十分迫切而实际。正是在这样的大背景下，我们编写了这本《常见病临床医嘱手册》。

全书覆盖了基层常见的内科疾病，每种疾病都直接给出最优选的“临时医嘱”、“长期医嘱”及对一些医嘱项目的特别说明。其中，“临时医嘱”、“长期医嘱”中包括常规辅助检查、鉴别诊断必须或必要的辅助检查、常规治疗处方以及紧急处理方法；对一些医嘱项目的特别说明中包括该医嘱的适用范围、注意事项及同类可供选择的其他措施等，是作者的经验 and 诊治技巧的体现。

全书内容清晰、简明，可以对照临床病例参考阅读，大多数病例甚至可以直接“拿来主义”。对于区县乡镇级医院的全科医师、大中型医院的实习医师、住院医师及主治医师处理常见病、多发病有很强的指导意义，同时能够为临床医生迅速处理各种临床急症提供了明确的方案，希望成为读者的“临床好帮手”。

本书主编及编者均来自中国医科大学第一附属医院，他们长期工作在医疗第一线，具有高级职称、中级职称，他们不仅临床经验丰富，而且有长期规范的临床教学经验。这些医师在自己不断成熟中也带动一批又一批的住院医师、主治

医师成长。此次编写《常见病临床医嘱手册》是希望将自己所掌握的知识和经验传播给需要和渴望掌握医疗专业知识的各级医师。使广大医务工作者在临床工作中拿来即用、少走弯路，更好、更快地提高医疗水平。

限于编者水平有限，虽经“三查四对”，然仍难免“百密一疏”。书中不妥及纰漏之处，敬请广大读者不吝指正！

王淦非
2011年4月

目 录

第一章 神经系统疾病——1

第一节 三叉神经痛 1

第二节 急性脊髓炎 2

第三节 脑血管疾病 4

一、短暂性脑缺血发作 (TIA) 4

二、脑血栓形成 5

三、脑栓塞 7

四、脑出血 8

第四节 脑部感染性疾病 10

一、结核性脑膜炎 10

二、隐球菌性脑膜炎 11

第五节 帕金森病 12

第六节 脑部发作性疾病 13

一、癫痫 13

二、偏头痛 14

第七节 老年性痴呆 15

第二章 循环系统疾病——17

第一节 心力衰竭 17

一、慢性心力衰竭 17

二、急性心力衰竭 19

第二节	心律失常	21
第三节	高血压病	25
第四节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	27
	一、心绞痛	27
	二、心肌梗死	30
第五节	心脏瓣膜病	33
	瓣膜性心脏病合并心衰的治疗	33
第六节	原发性心肌病	36
第七节	病毒性心肌炎	38
第八节	急性心包炎	39
第三章	呼吸系统疾病	41
第一节	急性上呼吸道感染	41
第二节	急性气管支气管炎	42
第三节	肺炎	44
	一、社区获得性肺炎	44
	二、医院获得性肺炎	47
第四节	肺脓肿	50
第五节	支气管扩张症	53
第六节	支气管哮喘	56
第七节	慢性阻塞性肺病	61
第八节	慢性肺源性心脏病	63
第九节	呼吸衰竭	66
第十节	急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征	68
第十一节	肺结核	70

第十二节	肺血栓栓塞症	72
第十三节	胸腔积液	75
第十四节	外源性过敏性肺泡炎	77
第十五节	原发性支气管肺癌	78

第四章 消化系统疾病 **82**

第一节	胃食管反流病	82
第二节	慢性胃炎	83
第三节	消化性溃疡	85
第四节	肠结核和结核性腹膜炎	87
	一、肠结核	87
	二、结核性腹膜炎	88
第五节	炎症性肠病	89
	一、溃疡性结肠炎	89
	二、克罗恩病	91
第六节	功能性肠病	93
	一、功能性消化不良	93
	二、肠易激综合征	94
第七节	慢性便秘	95
第八节	肝脏和胆囊疾病	96
	一、肝硬化	96
	二、药物性肝病	98
	三、脂肪肝	99
	四、胆石病	101
第九节	消化道出血	102

上消化道出血	102
第十节 胰腺炎	106
一、急性胰腺炎	106
二、慢性胰腺炎	108
第十一节 其他	110
一、肠梗阻	110
二、放射性肠炎	111
三、急性出血坏死性小肠炎	113
第五章 风湿免疫系统疾病	115
第一节 类风湿关节炎 (RA)	115
第二节 系统性红斑狼疮 (SLE)	117
第三节 强直性脊柱炎 (AS)	120
第四节 干燥综合征 (SS)	122
第五节 多发性肌炎与皮肌炎 (PM/DM)	124
第六章 血液系统疾病	126
第一节 缺铁性贫血	126
第二节 巨幼细胞性贫血	128
第三节 自身免疫性溶血性贫血 (AIHA)	129
第四节 再生障碍性贫血	131
第五节 白细胞减少和粒细胞缺乏	135
第六节 脾功能亢进	137
第七节 过敏性紫癜	138
第八节 特发性血小板减少性紫癜 (ITP)	140

第九节	血友病	142
第十节	血液系统恶性疾病	144
	一、急性白血病	144
	二、慢性粒细胞性白血病	148
	三、恶性淋巴瘤	150
	四、多发性骨髓瘤	152
第十一节	弥散性血管内凝血	154
第七章	内分泌系统及代谢性疾病—————	157
第一节	内分泌系统疾病	157
	一、腺垂体机能减退症	157
	二、尿崩症	159
	三、甲状腺功能亢进症	160
	四、甲状腺危象	162
	五、甲状腺机能减退症	164
	六、慢性淋巴细胞性甲状腺炎	165
	七、亚急性甲状腺炎	166
	八、皮质醇增多症	167
	九、原发性醛固酮增多症	169
	十、原发性肾上腺皮质功能减退	171
	十一、肾上腺危象	172
	十二、嗜铬细胞瘤	174
	十三、甲状旁腺功能亢进症	175
	十四、甲状旁腺功能减退症	177
第二节	代谢性疾病	178

一、糖尿病	178
二、低血糖症	186
三、高尿酸血症及痛风	187
四、低钾血症和钾缺乏	189
五、代谢性酸中毒	191

第八章 泌尿系统疾病————— 193

第一节 急性肾小球肾炎	193
第二节 急进性肾小球肾炎	195
第三节 慢性肾小球肾炎	197
第四节 肾病综合征	199
第五节 间质性肾炎	201
第六节 尿路感染	203
第七节 肾小管酸中毒	206
第八节 急性肾功能衰竭	208
第九节 慢性肾功能衰竭	210
第十节 其他系统疾病所致肾脏疾病	214
一、狼疮性肾炎	214
二、糖尿病肾病	217
三、紫癜性肾炎	218
第十一节 多囊肾	221

第九章 中毒性疾病————— 223

第一节 急性一氧化碳中毒	223
第二节 急性镇静催眠药中毒	224

一、苯二氮革类中毒	224
二、巴比妥类中毒	226
三、水合氯醛中毒	227
第三节 有机磷农药中毒	229
第四节 急性甲醇中毒	231
第五节 乙醇中毒	232
第六节 急性杀鼠剂中毒	234
一、氟乙酰胺、氟乙酸钠中毒	234
二、抗凝血类杀鼠剂中毒	235
第七节 百草枯中毒	237
第八节 急性亚硝酸盐中毒	238
第九节 急性扑热息痛中毒	239
第十节 急性强酸强碱中毒	241
一、强酸中毒治疗要点	241
二、强碱中毒治疗要点	241
常用专业缩略语词表	242
常用处方缩写含义	249
参考文献	250

第一章 神经系统疾病

第一节 三叉神经痛

1. 临时医嘱

血常规
尿常规
红细胞沉降率(血沉)
脑脊液检查 ^①
凝血三项
头 MRA 或头 CTA ^②
头部 MRI+C ^③

① 脑脊液检查包括寡克隆带检查,需排除多发性硬化。

② 头 MRA 或 CTA 可以发现血管压迫,如条件允许,可行进一步的 DSA 检查。

③ 头 MRI+C(磁共振+增强)可以发现多发性硬化或脑桥肿瘤。

2. 长期医嘱

Ⅱ级护理
普食
卡马西平 100mg,bid,po ^①
巴氯芬 5mg,tid,po ^②

① 卡马西平为首选治疗药物,70%~80%病例可缓解疼痛。

开始剂量 0.1g，每日 2~3 次，口服。以后逐渐增加剂量，一般 0.6~0.8g/d，最大量不超过 1.2g/d。眩晕、走路不稳、皮疹、白细胞减少和肝损害等是常见不良反应，应注意观察。

② 巴氯芬有效率为 70%，常用于不能耐受卡马西平治疗的病例，开始剂量 5mg，每日 3 次，口服。以后逐渐增加剂量达 30~40mg/d，最大量不超过 80mg/d，头晕、头痛、嗜睡、乏力、恶心等是常见的不良反应。

注意：若药物治疗效果不良或难以耐受药物不良反应的患者，可以推荐其选择射频热凝疗法、手术治疗（三叉神经脊髓束切断术、三叉神经感觉根部分切断术等）、神经阻滞治疗及伽马刀治疗等。

(刘嘉晖)

第二节 急性脊髓炎

1. 临时医嘱

血常规
尿常规
粪便常规及潜血
肝功能、肾功能、血离子
肝炎八项
凝血三项
脑脊液检查 ^①
脊髓 MRI ^②
泌尿系超声 ^③
下尿管 ^④

① 脑脊液检查可发现细胞数增多，若细胞数正常可于 2~7 天后复查脑脊液。

② 脊髓 MRI 可发现脊髓长 T_1 、长 T_2 斑片状信号影。

③ 泌尿系超声检查可评估膀胱功能障碍的程度。

④ 患者若出现排尿困难或泌尿系超声发现残尿量过多，可予留置导尿。

2. 长期医嘱

Ⅱ级护理 ^①	
普食	
甲泼尼松龙	0.5~1.0g, qd, iv gtt ^②
免疫球蛋白	20g, qd, iv gtt ^③
维生素 B ₁	0.1g, qd, im
甲钴胺	500 μ g, qd, im
氯化钾缓释片	0.5~1.0g, tid po
碳酸钙 D ₃	600mg, qd, po
法莫替丁	20mg, bid, po
康复治疗	

① 应及时翻身拍背、排痰，防止坠积性肺炎，保持皮肤清洁，防止褥疮。排尿障碍者应行无菌导尿，留置尿管，应用甲硝唑进行膀胱冲洗，若患者出现呼吸困难，应将护理级别调整为Ⅰ级护理或特级护理，并进行心电、血氧、血压监测。

② 急性期应用甲泼尼松龙短程冲击疗法来控制病情发展，3~5天后可改用泼尼松，40~60mg，口服每日一次，逐渐减量。应用激素的同时应注意补钾、补钙及保护胃黏膜。

③ 3~5天为一疗程。

注意：若患者出现呼吸道、泌尿系感染或血象高等情况可以根据病因学检查和药敏试验结果选用抗生素或抗病毒药物。

(刘嘉晖)

第三节 脑血管疾病

一、短暂性脑缺血发作 (TIA)

1. 临时医嘱

血常规
尿常规
粪便常规及潜血
肝炎八项
凝血三项
肝功能、肾功能、血离子
血脂分析
空腹血糖
心肌酶及肌钙蛋白
同型半胱氨酸
抗心磷脂抗体
心电图
经颅多普勒超声
双颈动脉超声
头 CT 或头 MRI
头颈联合 CTA 或 DSA

2. 长期医嘱

II 级护理
低盐低脂饮食 ^①
生理盐水 500ml + 肝素 100mg, 20~30 滴/min, iv gtt ^②
低分子肝素 4000~5000IU, bid, 皮下注射 ^②

华法林	4~6mg qd, po ^②
阿司匹林	100mg qd, po ^③
氯吡格雷	75mg qd, po ^③

① 当患者存在高血压、高血脂等危险因素时，推荐患者低盐低脂饮食。

② 肝素、低分子肝素、华法林均为抗凝治疗，对于心源性 TIA（如伴有房颤、冠心病等）、频发性 TIA 应考虑抗凝治疗。在排除禁忌证之后（如消化性溃疡病史、出血倾向、血压高于 180/100mmHg、严重糖尿病和其他严重的系统疾病、临床不能除外脑出血者），按具体情况可选用以下几种方法：a. 单独应用肝素，每日至少监测凝血三项，维持治疗前 APTT 值 1.5~2.0 倍，5 日后改为低分子肝素钠 4000IU，每日 2 次，皮下注射。b. 单独用低分子肝素，每次 4000IU，每天 2 次，皮下注射，10~14 日为一疗程。纤维蛋白原增高的患者时，可考虑降低纤维蛋白原治疗。c. 单独口服华法林，首日剂量 4~6mg，每天查凝血酶原时间和活动度，维持凝血酶原活动度在 20%~30% 之间，待稳定后每周查一次凝血酶原活动度。

③ 阿司匹林与氯吡格雷均为抗血小板药物，可单独用药进行治疗，若 TIA 仍频繁发作，可联用两种药物：阿司匹林 100mg+氯吡格雷 75mg，每日 1 次口服。

注意：血管检查发现颈动脉狭窄超过 70%，可考虑血管介入、颈动脉内膜剥脱术等外科相关治疗。

二、脑血栓形成

1. 临时医嘱

血常规
尿常规
粪便常规及潜血