

ZHONGYI LINCHUANG

中医临床实习手册

郭铁流题

SHOUCE



样 本 库

中医临床实习手册

吴 涛 编著
田 继 君



江西科学技术出版社

1203135

中医临床实习手册

吴涛 田维君编著

江西科学技术出版社出版

(南昌市新魏路)

江西省新华书店发行 江西新华印刷厂印刷

开本787×1092 1/32 印张9.125 字数21.2万

1991年4月第1版 1991年4月第1次印刷

印数1—6,000

ISBN 7-5390-0406-1/R·86 定价: 4.00元

内 容 提 要

本书是为了方便中医院校学生临床实习和广大中医师临床查阅而编写的。书中重点介绍了中医诊断和辨证施治要点；内科危重症和常见病证诊治。每个病证分病因病理、辨证要点、治疗要点、辨证论治、病案举例等项介绍。在病案举例中，选录了全国名老中医专家及作者的治病经验，旨在切合临床实用，供读者参考借鉴。

本书内容丰富，重点突出，简明实用，是中医院校实习医师、临床中医师、西医学习中医医师在临床工作中一本实用的参考书。

Z/K07/14



3810 81

前 言

祖国医药学是祖国文化遗产的重要组成部分。二千多年来，有关中医中药的书籍，可谓浩如烟海。但中医学院的学生和广大中医师苦于没有一本侧重于临床实用的实习手册。为此，特编写了这本《中医临床实习手册》，以供高等中医院校学生和广大中医师及西医学习中医医师使用和参考。

本书以突出中医特色为主体，以中医学院现行统编教材为依据，力求侧重于临床实用。

本书第一、二、三章扼要介绍实习医师守则、病历书写和其它记录，第四、五章介绍诊断和辨证要点，第六章介绍内科危重症治疗，第七章介绍内科常见病证治疗。每个病证分病因病理，辨证要点，治疗要点，辨证论治，病案举例等项介绍，在病案举例中，选录了全国名老中医专家及作者的治病经验，旨在切合临床实用，供读者参考借鉴。

本书蒙中华全国中医学会常务理事、全国著名老中医、广州中医药大学邓铁寿教授题写书名，江西中医学院副院长皮持衡，中医内科教研室主任肖应健等提了许多好的建议与修改意见；并得到北京中医研究院研究生邹金盘，广州中医学院研究生杜少辉等协助，在此一并致以衷心的感谢。

由于笔者学识浅陋及水平有限，书中难免还有缺点或错误，恳望广大读者批评指正。

吴涛 谨识

于广东省东莞市中医院
1990年10月

目 录

第一章 实习医师守则和工作职责	(1)
一、实习医师守则	(1)
二、实习医师工作职责	(1)
第二章 病历书写	(4)
一、门诊病历	(4)
二、住院病历	(5)
第三章 其它记录	(9)
一、入院记录	(9)
二、病程记录	(9)
三、会诊记录	(10)
四、转科记录	(10)
五、交接班记录	(11)
六、出院记录	(11)
七、死亡记录	(11)
八、病历排列顺序	(14)
第四章 四诊要点	(16)
一、望诊	(16)
二、闻诊	(18)
三、问诊	(19)
四、切诊	(23)
第五章 辨证要点	(26)
一、八纲辨证	(26)
二、脏腑辨证	(28)
三、六经辨证	(37)

四、卫气营血辨证	(39)
第六章 内科危重症治疗	(43)
一、心跳骤停	(43)
二、心力衰竭	(45)
三、急性心肌梗塞	(47)
四、高血压危象	(49)
五、心律失常	(50)
六、休克	(53)
七、呼吸衰竭	(56)
八、肺性脑病	(58)
九、上消化道出血	(59)
十、肝性昏迷	(61)
十一、急性肾功能衰竭	(63)
十二、糖尿病酮症酸中毒	(65)
十三、脑出血	(67)
第七章 内科常见病证治疗	(69)
一、感冒	(69)
二、咳嗽	(74)
三、哮喘	(79)
四、喘证	(82)
五、肺癆	(87)
六、肺痿	(91)
七、痰饮	(94)
八、胃脘痛	(97)
九、呕吐	(102)
十、噎膈	(105)
十一、腹痛	(107)
十二、泄泻	(111)
十三、痢疾	(115)

十四、便秘	(119)
十五、霍乱	(122)
十六、虫证	(125)
十七、心悸	(128)
十八、胸痹	(133)
十九、失眠	(135)
二十、厥证	(138)
二十一、痢证	(142)
二十二、癲狂	(145)
二十三、汗证	(149)
二十四、头痛	(152)
二十五、眩晕	(157)
二十六、中风	(161)
二十七、痉证	(166)
二十八、郁证	(169)
二十九、胁痛	(173)
三十、黄疸	(176)
三十一、鼓胀	(181)
三十二、积聚	(184)
三十三、痞证	(188)
三十四、瘰疬	(191)
三十五、水肿	(195)
三十六、淋证	(199)
三十七、癃闭	(204)
三十八、消渴	(207)
三十九、腰痛	(210)
四十、阳痿	(213)
四十一、遗精	(216)
四十二、痿证	(219)

四十三、虚劳	(223)
四十四、血证	(228)
四十五、内伤发热	(238)
附录一 常用中药	(243)
附录二 方剂索引	(259)

第一章 实习医师守则和工作职责

一、实习医师守则

(一) 遵守所在实习医院各项规章制度，服从医院和上级医师的领导。

(二) 加强工作的责任心，工作应认真负责，耐心细致，对病人要和蔼可亲。

(三) 在上级医师指导下负责规定范围内的诊疗工作，并及时完成上级医师所布置的各项任务。

(四) 要谦虚谨慎，刻苦学习，并尊敬医院工作人员，搞好团结。

(五) 实习期间不宜请事假，病假应有医师证明。如有特殊情况应按有关规定履行请假手续。

(六) 遵守工作时间，坚守工作岗位。工作时间不得擅自离岗位，有事希告知去向，以便联系。

二、实习医师工作职责

(一) 门诊工作：在上级医师指导下，实习医师可单独接诊初诊病人，采集病史，综合《望、闻、问、切》四诊所得的全部资料，运用中医理论，进行分析、归纳，以找到致病的原因和发生疾病的脏腑，进行常规必要的实验室检查，并书写病

史，提出辨证、治法、方药，提请上级医师指示，发现有疑难病人或危重病人应及时请示上级医师处理。

（二）病房工作：

①每天上午实习医师应跟随主治医师查房（包括主任总查房），并报告新入院的病史，提出诊断和治疗意见。老病人应报告目前病情变化，上次查房上级医师医嘱执行结果等。

②每天下午应随同住院医师查房，以了解病情。在处理好病房工作以后，写好交班记录方可离开病房。

③遇有危急或重症病人应及时向上级医师反映，并随时诊查，按上级医师意见予以处理，临危病人必须尽力抢救，直至病情好转或确定死亡以后方能离开病房。危重病人除做到密切观察病情外，还应随时记录病情变化。

（三）值班（包括急诊室值班）工作：

①实习医师必须轮流参加所在科室的值班工作（包括急诊值班）。遵守工作时间，必须准时上班，坚守工作岗位，值班期间不得擅自离开岗位，有事需要离开岗位时，应经上级医师同意，并告知去向，以便联系。

②值急诊班时，实习医师应按规定完成病历书写，病史要书写清楚，扼要，除《望、闻、问、切》四诊合参外，检查应全面，包括血压、心率、心律等，拟有昏迷病人应注意瞳孔、颈项及反射等，对危重病员要严密观察，并做好记录。

③发现传染病应按传报制度及时报告，并联系做好转院工作，暂时不能转出的因地制宜进行消毒隔离。

④急诊病人经其他科会诊同意转科时，实习医师应完成病史书写，然后交上级医师审阅签字后方可转入他科。

（四）病志工作

①在上级医师指导下完成对新入院病人的病史采集（四诊

资料)，体格检查，并在次日查房前完成病史的书写，提出辨证、治法、方药。特殊情况经上级医师同意后病史可在24小时内完成。

②重症病人应经常了解病情，作好病程记录。

③出院病人或死亡病人实习医师应在24小时内写好出院记录或死亡记录，并请上级医师检查和签名。死亡病人还应填写一式三份死亡通知单，并交抢救护士（长）签名。

④轮转交班前，应将所管病人写好交班记录，危重病人应床边口头交班。重点应交待目前辨证、治法、方药，还需要进行哪几项检查。

（五）填写各种证书及处方：

①实习医师不得单独私自签发住院证、出院通知单、疾病诊断书，死亡诊断书、休假证明、病危通知单、输血证明书及邀请其他科会诊单等。但在上级医师指示下，可由实习医师学习填写，但一定要上级医师签字。

②实习医师填写血型鉴定及交叉配合试验必须有上级医师签名。实习医师可单独签发一般化验单。实习医师无单独处方权，实习医师可在上级医师指导下，学习开常规医嘱，重要治疗方案和特殊医嘱应由上级医师决定，可由实习医师填写，但须交上级医师检查及签名。

第二章 病历书写

一、门诊病历

门诊病历是门诊医师对每个门诊病人的病情和诊治情况的记录。由于门诊病人较多，时间有限，其内容不可能十分详尽，要求在病人就诊时马上完成，因此对病历书写的基本功要求更高，概括能力要求更强，应简明扼要，重点突出。书写内容如下：

（一）一般项目：姓名、性别、年龄、籍贯、婚否、职业、工作单位、就诊日期等。

（二）四诊资料：要求同住院病历，但可简明扼要书写。

（三）辨证分析：通过病因病机分析，得出辨证结果。

（四）初步诊断：中医病名（证型）或直接写出证候名（如肾阳不足证候、脾气虚弱证候等均可）。

（五）施治情况：包括治法、方药、剂量、煎服法、剂数、禁忌等。

（六）医生签名。

附：门诊病历初诊记录格式

门诊号：_____

科 别：_____

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 婚否 _____

籍贯 _____ 职业 _____ 工作单位 _____

就诊时间 _____ 年 ____ 月 ____ 日 体温 _____

问诊：（写主诉、现病史）

望诊：（写神志、两目、面色、舌苔等）

闻诊：（写语言、呼吸等）

切诊：（写两手寸、关、尺三部的脉象）

实验室检查与其他检查结果：

辨证：（写病名和中医证候类型）

治法：（根据辨证分析写相应的治疗法则）

处方：（根据治疗法则写相应的中药方剂、药物和用量、煎法和服法）。

医嘱：

医师签名：

二、住院病历

住院病历是医生对住院病人所作的证治记录。住院病历应包括完整病历，现代医学体格检查，诊断和有关各种记录三部分。

完整病历：要求内容完整详细，语言表达确切清楚，一般要在病人住院后二十四小时内编写完成。“望、闻、问、切”四诊内容要有系统、有重点、如实地记录。具体内容如下：

（一）问诊：包括对病人一般情况、主诉、现病史、现在症状、既往病史、家族史、个人生活史等记录。

①一般情况：

应记录病人的姓名、性别、年龄、籍贯、职业、工作单位、入院日期、病历陈述者（为患者本人或家属），及叙述内容的可靠性等。

②主诉：

记录病人此次前来就诊最感痛苦的主要症状，以及发生的天数。在记述主诉时，内容不可过多。

③现病史：

记录病人现病发生、发展的详细经过。根据主诉和初步分析，进行重点的询问和记录。对发病的日期，发病的原因，发病缓急，症状变化须按时间顺序进行记录。如病人在来本院就诊前曾到他处诊治，则应将在他处的检查结果，诊断病名，使用药物，效果如何记录下来，但在记录中须加引号，以示并非确切，仅供医者参考。重点记录病人现在的症状，如病人恶寒发热感觉，有汗无汗，疼痛部位和性质，饮食情况，睡眠情况，大小便情况等，可作为诊治疾病的重要依据。

④既往病史：

记录病人过去曾患过的各种疾病和传染病（如麻疹、肺病等）的病史，记明发生日期。

⑤个人生活史：

记录病人的出生地区，居住过的地区，饮食嗜好，婚姻史，爱人及孩子的健康状况。

⑥女性病人应书写月经与生育史：

女性病人应询问和记录月经的初潮年龄、周期、持续时间和月经量、色、质的变化，末次月经期、停经期和有无行经腹痛等。还要询问和记录带下的情况，包括量、色、质和气味等。对已婚妇女要询问和记录生育情况，如妊娠次数、生产胎数以及有无流产、早产等。

⑦家族史：

记录病人的父母、爱人、孩子等健康状况和患过何种疾病，特别是有无遗传疾病和传染病等。

（二）望诊：记录病人整体情况，局部情况和舌苔。

①一般状态：

神志：清楚、萎靡、恍惚、昏睡、昏迷。

两目：灵活、呆滞。

表情：烦躁、淡漠、抑郁、痛苦等。

面色：面白、面黄、面赤、面黑。

形体：肥胖、消瘦、营养状况。

皮肤：润泽、枯燥、黄疸、斑疹、弹性。

②头部：

眼：目胞浮肿，白睛发红或发黄，眼球凸出，瞳孔散大或缩小，对光反应等。

唇：唇色淡红、淡白、深红、青紫，口角歪斜等。

舌：舌质：舌色、舌形。

舌苔：苔色、苔质。

③颈部：

颈部强硬或软，颈脉动显，有无瘰瘤瘰癧。

④胸部：

胸如桶状，有无鸡胸，有无一侧肋间饱满，乳部有无肿瘤等。

⑤腹部：

腹部膨隆、凹陷，有无青筋暴露，有无压痛，腹壁紧张或柔软，有无肝脾肿大及包块等。

⑥脊柱及四肢：

脊柱有无畸形，四肢活动是否正常等。

（三）闻诊：记录病人语言，呼吸等。

语言：清晰、蹇涩、宏亮、低微、音哑等。

呼吸：平稳、喘促、气粗、气微、短气等。

（四）切诊：记录病人两手寸关尺三部的脉象。

现代医学体格检查：记录体温、脉搏、呼吸、血压、神志、五官、颈部、胸部、心肺情况，腹部情况，肝脾有无肿大，四肢、脊柱、生殖器、神经系统有无异常等。记录化验、X线、心电图、B超、CT等情况。记录现代医学诊断以供参考。

此外，辨证要求对四诊检查所获得的临床资料进行综合分析，指出病因、病位、病性，并写明病名和证候类型。为立法处方提供正确的客观依据。立法要求根据辨证分析确定相应的治疗法则。处方要求根据治疗法则而选用相应的治疗方药。并写明用量、煎法和服法。最后写明医嘱，医生签名。