

新医师上岗必备丛书

XINYISHI SHANGGANG BIBEI CONGSU

岳桂华 陈志刚 嵇克刚 主编

NEIKE
XINYISHI
SHOUCE

内 科 新医师手册

问诊—哪些病史必须问



查体—哪些体征重点查



检查—哪些检查应该做



诊断—哪些疾病要排除



治疗—怎样治疗更有效



化学工业出版社
生物·医药出版分社

新医师上岗必备丛书

内科新医师手册

岳桂华 陈志刚 嵇克刚 主编



化学工业出版社
生物·医药出版分社

· 北京 ·

本书详细介绍了内科各系统常见疾病的问诊要点、查体要点、辅助检查、诊断、鉴别诊断和治疗等内容；在治疗部分采用处方的形式列出不同的治疗方案，并对处方和药物使用做了详细说明。本书还对新医师如何尽快胜任内科临床诊疗工作给予指导，有助于弥补新上岗的内科临床经验不足。附录介绍了临床常用诊疗技术、常用化验检查参考值和临床意义及处方常用外文缩写表。本书适合新上岗的内科临床医师、内科临床研究生、实习生和进修生阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

内科新医师手册/岳桂华, 陈志刚, 嵇克刚主编.
—北京: 化学工业出版社, 2008. 12
(新医师上岗必备丛书)
ISBN 978-7-122-03545-5

I. 内… II. ①岳…②陈…③嵇… III. 内科-疾病-诊疗-手册 IV. R5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 126939 号

责任编辑: 赵兰江 蔡红 文字编辑: 戴小玲
责任校对: 洪雅姝 装帧设计: 张辉

出版发行: 化学工业出版社 生物·医药出版分社
(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)
印 装: 北京市兴顺印刷厂
787mm×960mm 1/32 印张 10 $\frac{3}{4}$ 字数 253 千字
2009 年 1 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686)
售后服务: 010-64518899
网 址: <http://www.cip.com.cn>
凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 25.00 元

版权所有 违者必究

《新医师上岗必备丛书》编委会

主 任 龙学明 唐红珍

副主任 桂雄斌 蓝毓营 杜惠娟

委 员 (以姓氏笔画为序)

石宏斌 龙学明 付建柱 任 丁

杜惠娟 李卫红 林寿宁 易 蔚

岳桂华 秦海洸 桂雄斌 唐红珍

黄 彬 黄美杏 蓝毓营

《内科新医师手册》

编写人员名单

主 编 岳桂华 陈志刚 嵇克刚
副 主 编 杨 峰 刘 涛 尹国富
 陈永利

编写人员 (以姓氏笔画为序)

于金源 尹国富 刘 涛
刘金玲 刘铭珍 杜忠海
李更新 杨 峰 张爱珍
陈永利 陈志刚 陈和平
岳桂华 嵇克刚

前 言

内科疾病病种多，病情复杂。全面、准确地诊疗内科常见病、多发病是内科新医师面临的挑战。虽然新医师已经过系统的基础理论学习和临床培养训练，但他们面临新的工作环境，迫切需要一本内容丰富、资料新颖、便于查阅、贴近临床的参考书。为使他们尽快熟悉内科工作常规，尽快从一名医学生转变成可以胜任临床工作的医师，本书编者结合自己的内科临床实践经验和相关内科学进展，编写了这本手册。

本书所述均为内科常见病、多发病，内容简明，包括问诊要点、查体要点、诊断标准、辅助检查及治疗。重点说明了药物治疗的处方形式、用法、用量、使用注意事项，可以帮助新医师对常见内科疾病的诊治有简要的了解，便于临床查阅。本书不仅适合于新上岗的住院医师，也适合广大基层医师参考。

本书所介绍的诊疗方法是作者根据公认的观点和临床经验编写的，但医学科学发展迅速，加上患者病情千差万别，各医院的医疗条件水平参差不齐，临床医师参考该书诊疗方案时，一定结合患者的具体情况及医院的实际条件。我们在编写中力求本书内容实用、简明、准确。但疏漏和不妥之处在所难免，望同仁不吝赐教，以资修订。

岳桂华

2008年6月26日

目 录

第 1 章 内科医师的要求和工作管理	1
第 1 节 要有扎实的内科学基础	1
第 2 节 要有正确的临床思维	4
第 3 节 内科病房的常规工作	6
第 4 节 患者及病房管理	11
第 2 章 呼吸系统疾病	19
第 1 节 感冒	19
第 2 节 急性气管-支气管炎	22
第 3 节 细菌性肺炎	24
第 4 节 支原体肺炎	27
第 5 节 肺脓肿	29
第 6 节 支气管扩张	31
第 7 节 肺结核	34
第 8 节 慢性支气管炎	36
第 9 节 支气管哮喘	39
第 3 章 循环系统疾病	45
第 1 节 原发性高血压	45
第 2 节 高脂血症	49
第 3 节 不稳定型心绞痛	51
第 4 节 急性心肌梗死	54
第 5 节 慢性心力衰竭	60
第 6 节 心律失常	64
第 7 节 心脏瓣膜病	72
第 8 节 病毒性心肌炎	76
第 9 节 急性心包炎	79

第 10 节	感染性心内膜炎	81
第 11 节	心肺脑复苏	84
第 4 章	消化系统疾病	91
第 1 节	慢性胃炎	91
第 2 节	消化性溃疡	94
第 3 节	功能性消化不良	96
第 4 节	溃疡性结肠炎	98
第 5 节	肝硬化	101
第 6 节	急性胰腺炎	105
第 7 节	上消化道出血	108
第 5 章	泌尿系统疾病	115
第 1 节	急性肾小球肾炎	115
第 2 节	慢性肾小球肾炎	117
第 3 节	肾病综合征	120
第 4 节	慢性肾衰竭	123
第 5 节	急性膀胱炎	127
第 6 节	急性肾盂肾炎	129
第 6 章	造血系统疾病	133
第 1 节	急性白血病	133
第 2 节	慢性淋巴细胞白血病	142
第 3 节	慢性粒细胞白血病	145
第 4 节	多发性骨髓瘤	148
第 5 节	再生障碍性贫血	151
第 6 节	淋巴瘤	154
第 7 节	过敏性紫癜	162
第 8 节	特发性血小板减少性紫癜	166
第 7 章	内分泌系统疾病	171
第 1 节	中枢性尿崩症	171
第 2 节	甲状腺功能亢进症	175
第 3 节	原发性甲状腺功能减退症	182

第4节	艾迪生病	185
第5节	嗜铬细胞瘤	189
第6节	原发性醛固酮增多症	192
第7节	腺垂体功能减退症	195
第8章	代谢疾病和营养疾病	199
第1节	糖尿病	199
第2节	低血糖症	207
第3节	痛风	210
第4节	骨质疏松症	214
第5节	水钠潴留	217
第6节	高钾血症	219
第7节	低钾血症	221
第8节	代谢性酸中毒	224
第9章	免疫性疾病	227
第1节	类风湿关节炎	227
第2节	系统性红斑狼疮	231
第3节	干燥综合征	234
第10章	神经系统疾病	239
第1节	短暂性脑缺血发作	239
第2节	脑血栓形成	243
第3节	脑出血	249
第4节	蛛网膜下腔出血	252
第5节	癫痫	254
第6节	病毒性脑膜炎	259
第7节	偏头痛	261
第8节	帕金森病	264
第9节	周期性瘫痪	267
第11章	传染性疾病	271
第1节	病毒性肝炎	271
第2节	带状疱疹	278

第3节	流行性出血热	280
第4节	细菌性痢疾	284
第5节	霍乱	288
第6节	疟疾	290
第7节	血吸虫病	293
第8节	蛔虫病	295
附A	临床常用诊疗技术	299
附B	常用化验检查	307
附C	处方常用外文缩写表	327

第1章

内科医师的要求和工作管理

第1节 要有扎实的内科学基础

一、系统全面的内科学知识

学好内科学是学好临床医学的关键。在学习过程中，必须扎实地掌握内科学的基本知识和基本技能，要将理论知识与临床实践相结合，并从临床实践中检验理论知识的正确性。经过实践、认识、再实践、再认识的过程，不断总结经验教训，进一步提高临床诊治水平，以及发现问题、分析问题和解决问题的能力。

近年来，内科诊疗技术有了很大进展，临床上新的药物不断增加，以循证医学为依据的各种诊疗方案不断被推荐使用，介入治疗、基因疗法等新的诊断及防治方法不断涌现。这些都需要刚刚走上内科岗位的新医师，在系统、全面掌握内科学的基础上，不断接受新的医学知识、充实自己，在临床实践中逐步提高内科医疗水平。

二、熟练的临床基本功

(1) 采集病史 采集病史也就是医师向患者及家属询问病史的过程。在对疾病进行调查时，采集的材料必须全面、准确，这是正确诊断疾病的基础。

为采集完整的病史，医师要耐心听取患者及家属对病情的介绍，不能在采集病史时带有任何臆断，更不能

主观地诱导患者。患者叙述的病史可能杂乱无章，如有必要可向了解其病情者或以往的经治医师了解病情，还可调取患者以往的医疗文件。同时病史中的一般项目，如年龄、性别、婚姻、嗜好、职业、发病地区和季节以及居住环境等，与疾病亦可有密切关系，应予以重视。病史的采集不是一次性的，应不断地进行补充。

(2) 全面系统的体格检查 体格检查必须系统、全面、细致，并取得患者的密切合作，以防止遗漏重要问题。对于初次查房的患者，均应进行一次全身的系统检查，有的体征对疾病的诊断起决定性作用；有的则可提供线索，帮助排除某些疾病，缩小鉴别诊断的范围。

(3) 实验室检查及医疗仪器的使用 实验室检查和医疗仪器的使用，要结合临床表现有目的地进行，应选用有效、简便的检查方法。在选择应用时注意其检查的特异性、敏感性、标本的送验过程有无误差、患者本身的体质及目前治疗处理等对检验结果的影响程度等。

三、病历书写

病历由病史、体检、实验室和器械检查等资料综合加工整理而成。它是诊疗工作的全面记录和总结，是诊治和预防疾病的重要依据，是临床教学、科研和信息管理的重要资料，还是具有法律效力的医疗文件。因此，在书写病历时，医师必须做到严肃认真、实事求是。

1. 内科门诊病历的书写

(1) 基本要求 逐项认真填写病历封面内容，注明科别和就诊日期；具体内容既突出重点，又简明扼要；如需复诊应写明提请复诊医师注意的事项。

(2) 格式与内容 一般项目有姓名、性别、年龄、籍贯、婚姻、职业、工作单位、就诊时间；主诉为简要

说明本次就诊的主要症状、发生时间及发展过程；现病史包括本次发病诱因、经过、症状出现的先后顺序、其他医院的检查结果、诊断及治疗情况等；对有关的过去史、个人史、月经史、生育史及家族史等亦须扼要记录；体格检查主要记录阳性体征及与鉴别诊断有关的阴性体征；实验室及其他辅助检查记录与本次疾病有关的检查结果，以常规化验为主；初步诊断要将确定或可能性很大的病名分行列举；处理包括应做的各种实验室及其他辅助检查（如血常规、尿常规、粪常规、胸部 X 线透视、心电图检查等）、处方、休息、饮食及其他注意事项，预约复诊日期及随访要求等；医师每次记录均应签署全名，字体应清楚易辨。

2. 内科住院病历的书写

(1) 病历书写 内容应完整、真实、重点突出、层次分明；文辞确切、简练、通顺；书写工整、清楚；字体不超过格线，不得涂改、剪贴；记录及时，标点符号正确。各种记录（除另有规定者外）一律用蓝黑或碳素墨水笔书写。

(2) 住院病历、入院记录 应于次日上级医师查房前完成，最迟应于患者入院后 24h 内完成；危重患者应及时完成，如因抢救而不能在 24h 内完成时，必须详细书写首次病程记录，并于抢救后 6h 内补写病历，并加以注明。

(3) 使用文字 病历应当用中文书写，各种症状和体征应用医学术语记录。患者述及的既往所患疾病名称应加引号；药名一律用中文、英文或拉丁文，不得使用非通用的英文缩写。

(4) 使用名称 疾病的诊断、手术、各种治疗操作的名称书写和编码应符合《国际疾病分类》（ICD-9、

ICD-9-CM-3) 的规范要求。

(5) 使用时间 各项记录均应注明年、月、日，急诊、抢救等记录应注明时间，采用 24h 制和国际记录方式。如 1996 年 2 月 10 日下午 3 时 20 分，可写作：1996-02-10, 15:20, 若月、日、时、分为个位数时，应在数字前加 0。

(6) 填表 各种表格栏项目必须逐项认真填写，无内容者划“/”。每张记录用纸均需填写眉栏（患者姓名、住院号、科别、床号）及页码。

(7) 签名 各项记录书写结束时应在右下角签医师全名，应清楚易认。上级医师审核签名应在署名医师的左侧，以斜线相隔。

(8) 药物过敏者 凡药物过敏者，应在病历中用红色水笔注明过敏药物的名称。

(9) 规范使用汉字和数字 规范使用汉字，不得自行杜撰。词素中的数字一律用汉字，双位数以上一律用阿拉伯数字书写。

(10) 检查报告单 各种检查报告单应分门别类按日期顺序呈叠瓦状粘贴整齐。检验报告单应在顶端用蓝（黑）色水笔注明日期和检查项目名称。

第 2 节 要有正确的临床思维

医学临床工作有其自身的规律，有其特有的思维方法；其主要特点是全面辨证地分析疾病，做出正确的诊断，用发展和变化的观点动态地对疾病进行分析，因人、因病而异，选择最恰当的诊断和防治方案。

一、正确收集临床资料

临床资料是由病史、体格检查、实验室检查及特殊

仪器检查所组成的。

(1) 病史采集 病史采集是诊断疾病的基本原始资料。在一般情况下，详细可靠、条理清晰的病史加上其基本的辨证分析，就可以确诊了。

(2) 体格检查 体格检查是极其重要的诊断步骤，某种体征的有无均有重要的诊断意义，结合病史而成为诊断学的基础，其目的性强，因此要想成为一名合格的内科医师，既要有体检的理论基础，又要有熟练的体检基本功，并在临床中反复实践、提高。

(3) 实验室检查 实验室检查是诊断疾病的一个重要手段。每个临床医师都应充分利用实验室检查并读懂化验单。

(4) 特殊化验检查 由于现代科学技术的发展，诊断仪器亦日新月异，为医学的不断发展提供了更加便利的条件。但是，每种器械检查都具有其特殊性、目的性和适应证，不应依赖或作为常规检查，而忽视精细的临床观察。

二、观察病情并及时做出判断

(1) 观察临床症状、体征的动态变化。

(2) 分析各项特殊诊断技术和辅助检查结果的动态变化。

三、对发现的问题进行思考

由病史采集、体格检查、实验室检查和特殊检查所得的资料，不论如何丰富，也只属于疾病发展中某个阶段的客观反映。医师必须将全部临床资料加以衡量，分出主次，并将可疑的资料认真复查、核实并加以分析，进一步判断病变部位、性质和病因，为制订正确的诊疗方案打好基础。

第 3 节 内科病房的常规工作

一、开医嘱

(1) 医嘱的作用 医师对住院患者的诊断、检查和各种治疗、护理等的安排，都需要通过医嘱的方式写在专用的医嘱本上或直接写在病历的医嘱单上，作为住院患者住院期间诊疗工作的真实记录资料，作为患者住院期间诊疗和护理的惟一依据。

(2) 医嘱的具体内容 住院患者医嘱内容包括医嘱时间、患者床号、患者姓名、常规护理种类、有无隔离、护理级别、特殊体位、危重情况、要不要陪护、要不要禁食等。另外还包括各种检查、治疗的安排、其他的各种处理措施以及手术前后的治疗要求。

(3) 医嘱的相关规定 凡有关住院患者的医疗护理工作，必须先将医嘱开好，而后方能执行（抢救时除外）。

① 每项医嘱不能包括多项条款，否则另开一项（输液分组另计）。

② 医嘱书写要求字迹清晰。日期、时间、诊疗安排、化验内容、药物名称、药物剂量和单位、药物用法、用药时限、各种操作等，必须按顺序书写完全，并复核一遍，最后由医师签名。

③ 医嘱写好后不得涂改或增补，必要时用红色水笔写“取消”，并注明日期、时间，签名后另开。

④ 医嘱内容要靠左侧黑线开始书写，如本项在本行未写完，应在下一行左侧空开两个字后，继续写完本项医嘱。

⑤ 书写给药医嘱前必须充分了解护理实际给药时间以免发生误差。如每日 1 次是每晨 8 时给药，若在晨

8 时以后开或停，因当日执行时间已过，只能在次日才能执行，如须当日给药应另开临时医嘱，其他类此。

⑥ 凡属在 24h 以上连续有效者为长期医嘱，仅在 24h 以内生效的属临时医嘱，必须严格掌握。长期医嘱开具与执行的间隔时间，不能超过 3 天。

⑦ 凡属长期医嘱（除新住院患者、急症及危重或上级医师查房指示外），均应在上午 10 时以前开出。医师开出大批长期医嘱时亦应限定在此时间内处理清楚，但停长期医嘱不受时间限制。

⑧ 下达医嘱时，按时间先后顺序连续书写，不能留空行。也不能在前面或前页补医嘱。如页尾所余不足，可在次页另开（一项医嘱不要开在两页上），但需将页尾空行斜贯一蓝线。

⑨ 医嘱中书写药名时，一般以中文为主，如无适当译名也可使用外文，但必须书写完整，不得使用化学分子式、元素符号或自编缩写符号代用。药名要写全称，并标明剂量、单位、用法、给药途径、给药时间等，以免执行时出现误差。在停某项医嘱部分内容时，不得只停其中一部分，而遗留另一部分，应先全部停掉，再将所保留部分另开新项。

⑩ 凡属诊疗和检查项目的医嘱应注明确切时间，以便护理人员按时准备，保证治疗顺利进行，急症除外，夜间不得开具此类医嘱。

⑪ 凡更改医嘱时，必须在病历上加用标记。

⑫ 对于特殊医嘱、特殊药物用法、特殊操作、特殊检验项目以及遇有特殊情况时，除需书写清楚外，还要向值班护士交代清楚，以免发生差错。

⑬ 紧急抢救时的口头医嘱，要求执行护士必须口头复述一遍，核实无误，方可执行，并将注射药瓶保留备查。执行完毕，要求口头报告，同时记入抢救记录，