

Standardized Training for Resident
Physicians: A Practical Manual

住院医师 规范化培训实用手册

内科手册

主 编 高建林 周 庆
副主编 桑爱民 崔志明 孔旭辉



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

住院医师 规范化培训实用手册 内科手册

主 编 高建林 周 庆

副主编 桑爱民 崔志明 孔旭辉

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

住院医师规范化培训实用手册. 内科手册 / 高建林, 周庆主编. —北京: 人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26008-4

I. ①住… II. ①高…②周… III. ①医学 - 职业培训 - 教材②内科学 - 职业培训 - 教材 IV. ①R

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 023731 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

住院医师规范化培训实用手册——内科手册

主 编: 高建林 周 庆

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 24

字 数: 584 千字

版 次: 2018 年 5 月第 1 版 2018 年 7 月第 1 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26008-4/R · 26009

定 价: 72.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



编者

以姓氏笔画为序

- | | | | |
|-----|-----------|-----|-----------|
| 王 鹏 | 南通大学附属医院 | 季颂华 | 南通大学附属医院 |
| 孔旭辉 | 泰州市人民医院 | 季颖林 | 南通市第一人民医院 |
| 叶纪录 | 泰州市人民医院 | 金 艳 | 南通市第一人民医院 |
| 朱 丽 | 南通市第一人民医院 | 周 永 | 南通市第一人民医院 |
| 朱欣航 | 南通大学附属医院 | 周 庆 | 南通大学附属医院 |
| 刘蓓蒂 | 南通大学附属医院 | 胡彩华 | 南通市第一人民医院 |
| 刘 颖 | 泰州市人民医院 | 施 辉 | 南通大学附属医院 |
| 汤 伟 | 南通大学附属医院 | 费小蕾 | 泰州市人民医院 |
| 李 军 | 南通大学附属医院 | 袁伟燕 | 南通大学附属医院 |
| 李 丽 | 南通大学附属医院 | 顾云娟 | 南通大学附属医院 |
| 杨 斌 | 泰州市人民医院 | 顾 彬 | 泰州市人民医院 |
| 肖迎春 | 泰州市人民医院 | 顾维立 | 南通市第一人民医院 |
| 吴正东 | 泰州市人民医院 | 高小燕 | 泰州市人民医院 |
| 吴新民 | 南通大学附属医院 | 高建林 | 南通大学附属医院 |
| 邹红梅 | 泰州市人民医院 | 高瑛瑛 | 南通市第一人民医院 |
| 沈雁波 | 南通大学附属医院 | 唐志和 | 南通市第一人民医院 |
| 张建辉 | 南通市第一人民医院 | 桑爱民 | 南通大学附属医院 |
| 张 继 | 泰州市人民医院 | 黄华星 | 南通市第一人民医院 |
| 张 清 | 南通市第一人民医院 | 黄红铭 | 南通大学附属医院 |
| 陆 齐 | 南通大学附属医院 | 崔志明 | 南通市第一人民医院 |
| 陆 洋 | 南通大学附属医院 | 鲁菊英 | 南通大学附属医院 |
| 林 杰 | 泰州市人民医院 | | |



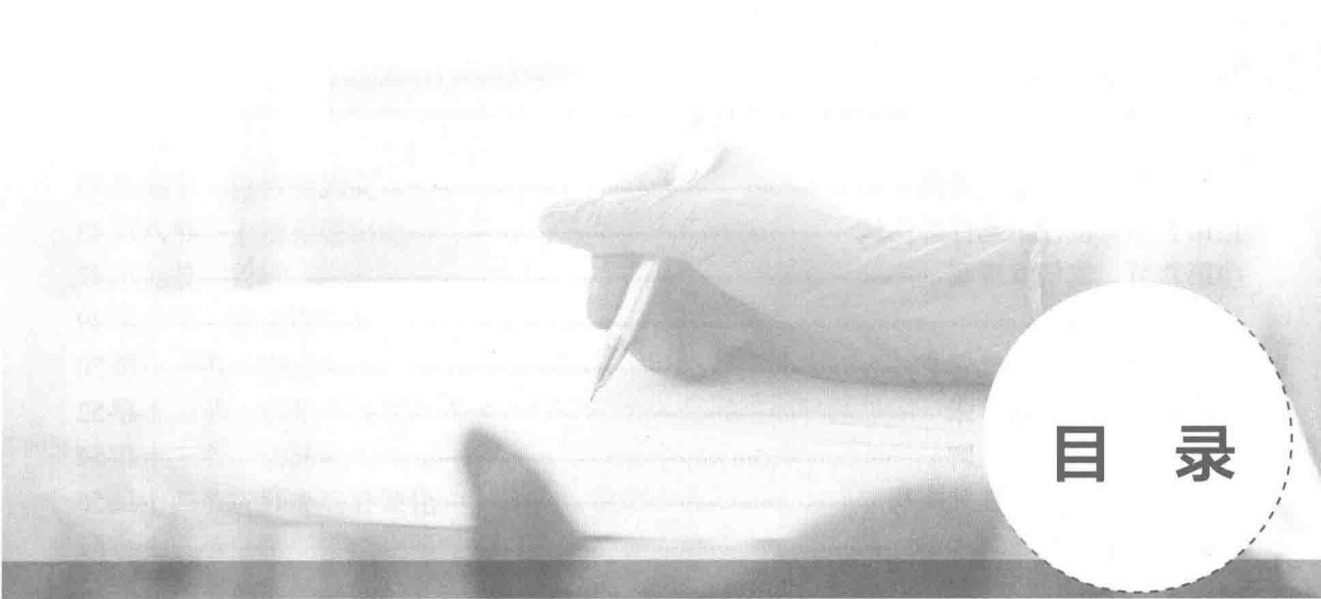
前言

住院医师规范培训是医学生毕业后教育的重要组成部分,是培养合格临床医生的必由之路和治本之策。住院医师规范化培训制度的建设在全国尚处于起步阶段,国家卫计委要求各培训基地在住院医师规范化培训推进过程中,结合实际情况,在满足社会和行业需求、提高培训质量、加强培训基地内涵质量建设上下功夫,在具体培训方式、师资队伍建设、体制机制建设等方面探索更加行之有效的做法,提高培训水平,确保培训成效。目前住院医师培训的具体方式、内容及标准在参照国家《住院医师规范化培训内容与标准(试行)》总则的基础上,由所在培训基地根据自身的特点及需求自行决定,由此带来不同住培基地之间有培训、不同质的现象。而住院医师规范化培训其过程重在规范,其结果应体现同质。

为了通过形成性评价的开展,努力实现不同住院医师规范化培训基地住院医师培训质量同质化目标,南通大学附属医院以承担江苏省卫计委住院医师规范化培训管理课题《不同住培基地住院医师规范化培训质量同质化研究》和《形成性评价在住院医师规范化培训中的应用研究》为契机,联合南通市第一人民医院、泰州市人民医院等国家级住院医师规范化培训基地组织内科三级学科及相关学科的40余位专家对内科专业住院医师规范化培训内容和标准进行了集体研讨,编写完成了以培养内科住院医师临床诊疗思维能力为主,并融合形成性评价于一体的规范化培训实用教材。本书更注重实用性和同质性,以确保和提高住院医师规范化培训质量,为实现国家推行住院医师规范化培训制度的宗旨和目标做出积极贡献。

本书从住院医师规范化培训实际出发,充分考虑培训和考核的可操作性,力求简明扼要、深入浅出,成为住院医师和临床教师规范化培训的良好助手。由于编者水平有限,书中难免出现疏漏、错误及不足之处,恳请广大读者提出宝贵意见与建议,以便修订改正和提高。

编者
2017年8月



目 录

第一章 心血管内科.....	1
第一节 急性心肌梗死.....	1
第二节 急性心力衰竭.....	3
第三节 慢性心力衰竭.....	5
第四节 常见心律失常.....	7
一、室性心动过速.....	7
二、室性期前收缩.....	11
三、完全性房室传导阻滞.....	15
第五节 血脂异常.....	18
第六节 心绞痛.....	18
第七节 心脏瓣膜病.....	20
一、二尖瓣狭窄.....	20
二、二尖瓣关闭不全.....	22
三、主动脉瓣狭窄.....	24
四、主动脉瓣关闭不全.....	25
第八节 心肌炎与心肌病.....	26
第九节 高血压.....	32
第十节 心电图.....	35
一、心电图规范化培训同质化标准.....	35
二、大纲具体要求.....	37
第二章 呼吸内科.....	38
第一节 肺结核.....	38
第二节 肺脓肿.....	40
第三节 咯血.....	41

第四节 急性支气管炎	43
第五节 慢性阻塞性肺疾病	45
第六节 支气管哮喘	47
第七节 肺炎	49
第八节 慢性支气管炎	50
第九节 支气管扩张	52
第十节 自发性气胸	54
第十一节 间质性肺疾病	56
第十二节 肺栓塞	57
第十三节 慢性肺源性心脏病(肺心病)	59
第十四节 呼吸衰竭	61
第十五节 慢性咳嗽	62
第十六节 支气管肺癌	64
第十七节 基本技能	66
一、结核菌素试验	66
二、体位引流	67
三、吸痰	68
四、胸腔穿刺术	70
五、肺功能检查的判读	71
六、痰标本留置	72
七、胸部 X 线判读	73
八、氧疗	73
九、动脉血气分析技术	74
十、雾化治疗	76
十一、胸部 CT 判读	78
十二、血气分析判读	78
第十八节 较高要求技能	79
一、肺通气功能测定	79
二、多导睡眠监测	80
三、无创机械通气技术	81
四、有创机械通气技术	83
第三章 消化内科	86
第一节 腹腔积液	86
第二节 黄疸	88
第三节 食管癌	90
第四节 炎症性肠病	92
第五节 原发性肝癌	95
第六节 急性胆道感染	97

第七节 急性胰腺炎.....	100
第八节 上消化道出血.....	101
第九节 胃癌.....	103
第十节 胃食管反流病.....	105
第十一节 慢性胃炎.....	107
第十二节 消化性溃疡.....	109
第十三节 结肠癌.....	112
第十四节 肝炎后肝硬化.....	114
第十五节 功能性消化不良.....	116
第十六节 肠易激综合征.....	118
第十七节 腹腔穿刺术.....	121
第十八节 消化系统影像学检查.....	122
 第四章 血液内科.....	124
第一节 缺铁性贫血.....	124
第二节 再生障碍性贫血.....	126
第三节 巨幼细胞性贫血.....	129
第四节 溶血性贫血.....	130
第五节 原发免疫性血小板减少性紫癜.....	132
第六节 过敏性紫癜.....	134
第七节 急性白血病.....	136
第八节 慢性髓系白血病.....	139
第九节 多发性骨髓瘤.....	142
第十节 白细胞减少和粒细胞缺乏.....	144
第十一节 弥散性血管内凝血.....	145
第十二节 骨髓增生异常综合征.....	148
第十三节 血友病.....	149
第十四节 原发性骨髓纤维化.....	151
第十五节 原发性血小板增多症.....	154
第十六节 真性红细胞增多症.....	155
 第五章 肾脏内科.....	158
第一节 肾病综合征.....	158
第二节 尿路感染.....	160
第三节 急性肾损伤.....	162
第四节 狼疮性肾炎.....	165
第五节 紫癜性肾炎.....	168
第六节 高血压肾损害.....	170
第七节 糖尿病肾病.....	173

第八节 慢性肾脏病	175
第九节 慢性肾衰竭	177
第十节 IgA 肾病	181
第十一节 急性肾炎	182
第十二节 急进性肾小球肾炎	184
第十三节 慢性肾小球肾炎	186
第十四节 隐匿性肾炎	188
一、无症状性血尿	188
二、无症状性蛋白尿	189
第十五节 急性间质性肾炎	191
第十六节 慢性间质性肾炎	193
第十七节 常染色体显性多囊肾病	195
 第六章 内分泌科	 198
第一节 糖尿病	198
第二节 糖尿病酮症酸中毒	200
第三节 高渗高血糖综合征	202
第四节 甲状腺功能亢进症	204
第五节 甲状腺功能减退症	206
第六节 亚急性甲状腺炎	209
第七节 基本技能	211
一、口服葡萄糖耐量试验	211
二、糖尿病营养处方	211
 第七章 风湿免疫科	 213
第一节 系统性红斑狼疮	213
第二节 类风湿关节炎	215
第三节 干燥综合征	217
第四节 强直性脊柱炎	219
第五节 骨关节炎	221
第六节 痛风性关节炎	223
 第八章 感染科	 226
一、轮转目的	226
二、学习病种及例数	226
三、重点掌握病种:病毒性肝炎	227
四、基本技能要求	229

第九章 神经内科	230
第一节 帕金森病	230
第二节 蛛网膜下腔出血	232
第三节 脑梗死	234
第四节 脑出血	235
第五节 抑郁症	237
第六节 广泛性焦虑症	239
第十章 急诊科	242
第一节 咯血	242
第二节 呼吸困难	244
第三节 昏迷	246
第四节 急性腹痛	249
第五节 常见急性发热	259
第六节 急性胸痛	261
第七节 心跳呼吸骤停	262
第八节 休克	266
一、失血性(低血容量)休克	267
二、感染性休克	268
三、心源性休克	268
四、过敏性休克	269
第九节 晕厥	273
第十节 致命性心律失常	274
第十一节 中毒	281
一、急性有机磷农药中毒	282
二、急性一氧化碳中毒	284
三、亚硝酸盐中毒	285
四、急性镇静催眠药物中毒	286
五、毒鼠强中毒	287
第十二节 基本技能	294
一、导尿术	294
二、电复律/除颤	298
三、动静脉穿刺术	302
四、呼吸机的临床使用	313
五、气管插管术	318
六、洗胃术	321
七、心肺复苏术	325
八、胸腹腔穿刺术	327

第十一章 重症医学科	334
第一节 多发伤	334
第二节 多器官功能障碍综合征	337
第三节 昏迷	340
第四节 急性呼吸窘迫综合征	341
第五节 急性酸碱平衡、电解质紊乱	344
第六节 休克	347
第七节 重症肺炎	349
第八节 重症急性胰腺炎	352
第九节 急性肾损伤	355
第十二章 影像科	358
第一节 神经内科	358
第二节 急诊科	359
第三节 重症监护	360
第四节 心血管内科	361
第五节 呼吸内科	362
第六节 消化系统	363
第七节 血液内科	364
第八节 肾脏内科	365
第九节 内分泌科	365
第十节 风湿免疫科	366
第十一节 感染科	366
参考文献	367

网络增值服务



人卫临床助手

中国临床决策辅助系统

Chinese Clinical Decision Assistant System

扫描二维码，
免费下载



第一章

心血管内科

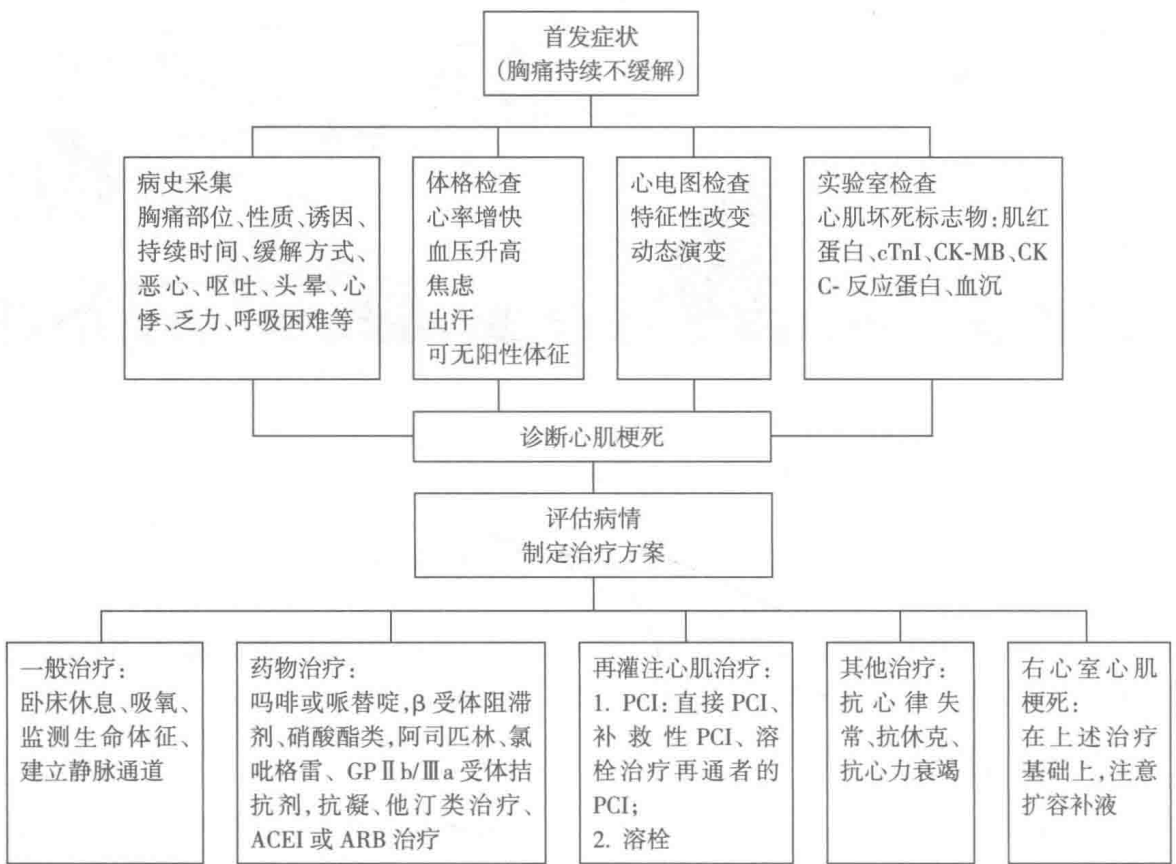
第一节 急性心肌梗死

心肌梗死旧称心肌梗塞,心肌梗死(myocardialinfarction)是冠状动脉闭塞,血流中断,使部分心肌因严重的持久性缺血而发生局部坏死。

【临床诊疗要点】

1. 临床表现 急性心肌梗死以疼痛为主要表现,疼痛持续数小时或更长时间不缓解,多表现为胸痛,少数患者无疼痛。一开始即可表现为休克或急性心力衰竭,部分患者疼痛部位位于上腹部。但也有其他症状。
2. 急性心肌梗死的其他症状 全身症状如发热、心动过速、白细胞增高、血沉增快等;胃肠道症状如恶心、呕吐、上腹部胀痛;心律失常、低血压、休克、心力衰竭等。
3. 诊断 急性心肌梗死的诊断主要依靠临床表现,结合心电图改变、心肌损伤标志物变化可明确诊断。
4. 鉴别诊断 主要与心绞痛、主动脉夹层、急性肺动脉栓塞、急腹症、急性心包炎相鉴别。
5. 并发症 心脏乳头肌功能失调或断裂、心脏破裂、心脏血管栓塞、心室室壁瘤、心肌梗死后综合征。
6. 治疗原则 尽快恢复心肌血液灌注以挽救濒死心肌,防止梗死面积扩大或缩小心肌缺血范围,保护和维持心脏功能,及时处理严重心律失常、心力衰竭等各种并发症。
7. 治疗 包括一般治疗、解除疼痛、抗血小板治疗、抗凝治疗、再灌注心肌治疗(PCI适应证、溶栓适应证及禁忌证)、应用 ACEI 或 ARB、调脂治疗、抗心律失常治疗、抗休克及抗心衰治疗。

【诊疗思路】



【评价要点】

评价项目	评价内容	评价结果		
		未符合要求	符合要求	表现优秀
胸痛部位	心前区、胸骨后,界限不清,有 无放散	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优
胸痛性质	压迫、发闷、紧缩性、烧灼感	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优
胸痛诱因	多不明显	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优
胸痛持续时间	达数小时或更长	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优
胸痛缓解方式	不缓解	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优
全身症状	发热、心动过速、白细胞增高、 血沉快	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优
消化道症状	恶心、呕吐、上腹胀痛	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优
心律失常	各种心律失常,可伴乏力、头 晕、晕厥	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优
心电图	特征性改变、动态演变	劣□1□2□3	□4□5□6	□7□8□9优

续表

评价项目	评价内容	评价结果		
		未符合要求	符合要求	表现优秀
心肌坏死标志物	cTnI 升高	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
	心肌酶升高			
一般治疗	卧床休息、吸氧、监测生命体征、建立静脉通路	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
药物治疗	解除疼痛：吗啡或哌替啶、β受体阻滞剂、硝酸酯类	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
	阿司匹林、氯吡格雷、GPⅡb/Ⅲa受体拮抗剂、低分子肝素抗凝、他汀类、ACEI 或 ARB	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
再灌注心肌治疗	PCI	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
	溶栓	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
并发症治疗	抗心律失常、抗心衰、抗休克	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
总体表现	病史采集	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
	体格检查	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
	临床判断	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
	沟通技巧	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优
	人文关怀	劣 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 优

第二节 急性心力衰竭

急性心力衰竭(acute heart failure, AHF) 又称急性心功能不全,是指急性发作或加重的左心功能异常所致的心肌收缩力降低、心脏负荷加重,造成急性心排血量骤降、肺循环压力升高、周围循环阻力增加,引起肺循环充血而出现急性肺淤血、肺水肿并可伴组织、器官灌注不足和心源性休克的临床综合征,以左心衰竭最为常见。

【临床诊疗要点】

1. 临床表现 包括基础心血管疾病的病史和表现(冠心病、高血压、瓣膜病等)、诱发因素(严重感染、急性心律失常、甲状腺功能亢进症等)、早期表现(运动耐力下降、劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难等)、急性肺水肿、心源性休克。
2. 鉴别诊断 支气管哮喘、肺炎、慢性阻塞性肺疾病等;急性右心衰需鉴别的病因:右心室梗死、急性大块肺栓塞、右侧心瓣膜病等。
3. 急性心力衰竭的临床评估和监测包括 无创性监测、血流动力学监测、生物学标记物监测(利钠肽、心肌坏死标记物等)。
4. 治疗目标 改善急性心衰症状,稳定血流动力学状态,维护重要脏器功能,避免急性

心衰复发,改善远期预后。

【急性心力衰竭严重程度分级】

1. killip 分级

I 级:没有心衰,无肺部啰音,无 S3。

II 级:有心衰,可闻及啰音,S3。啰音局限在双下 1/2 肺野。

III 级:严重心衰,明显的肺水肿,湿啰音超过双下 1/2 肺野。

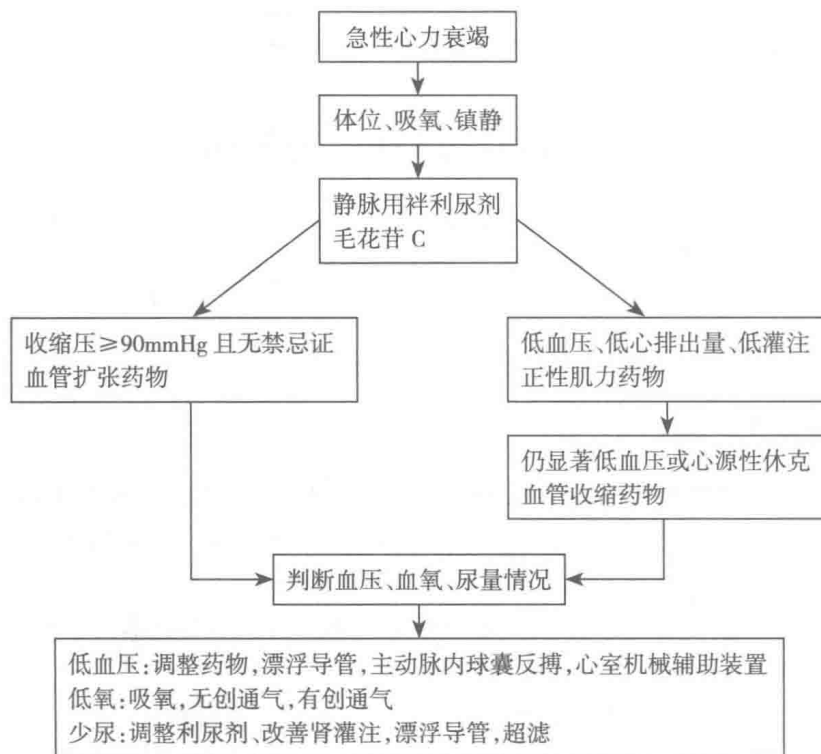
IV 级:心源性休克。

这一分级法在急性心肌梗死病人中常用,对判断心肌受累的面积和病人的预后有帮助。

2. forrester 分级 这一分级法根据临床表现和血流动力学改变分为 4 组。临床表现主要以外周组织低灌注的程度(脉搏细弱、心动过速、神志谵妄、少尿)和肺淤血的程度(啰音与胸片改变),血流动力学改变以心脏指数下降和肺毛压升高(>18mmHg)为主。这一分类需要有创性监测,适用于有血流动力学监测条件的监护病房。

3. 临床严重程度分级 临床严重程度分级主要是根据周围循环(灌注)和肺部听诊情况。病人可分为 I 级:肢体温暖和肺部干净;II 级:肢体温暖和肺部湿啰音;III 级:肢体冷和肺部干净;IV 级:肢体冷和肺部啰音。这一分级无需特殊监测条件,适宜一般门诊和普通病房。

【诊疗思路】



第三节 慢性心力衰竭

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)的临床表现与同侧心室或心房受累有密切关系,临床上左心衰竭最常见。左心衰竭的临床特点主要是由于左心房和(或)左心室衰竭引起肺淤血、肺水肿;而右心衰竭的临床特点是由于右心房和(或)右心室衰竭引起体循环静脉淤血和水钠潴留,在发生左心衰竭后,右心也常相继发生功能损害,最终导致全心衰竭,出现右心衰竭时,左心衰竭症状可有所减轻。

【临床要点】

1. 病因 原发性心肌损害,心脏负荷过重。

2. 心衰的类型

(1) 左心室射血分数降低的心衰(HF-REF)和左心室射血分数保留的心衰(HF-PEF)。

(2) 心衰的分期与分级。

3. 临床表现

(1) 左心衰竭:以肺淤血及心排血量降低表现为主。

(2) 右心衰竭:以体静脉淤血的表现为主。

4. 辅助检查

(1) 常规检查:二维超声心动图及多普勒超声检测 LVEF 反映左心室收缩功能;心电图;实验室检查;生物学标志物血浆利钠肽;X 线胸片。

(2) 特殊检查。

5. 诊断和鉴别诊断 需要与以下相鉴别;支气管哮喘;心包积液、缩窄性心包炎;肝硬化腹水伴下肢水肿。

6. 慢性 HF-REF 的治疗

(1) 一般治疗:①去除诱发因素;②监测体质量;③调整生活方式:限钠、限水,注意营养和饮食,休息和适度运动;④心理和精神治疗;⑤氧气治疗。

(2) 药物治疗:①利尿剂;②ACEI;③ β 受体阻滞剂;④醛固酮受体拮抗剂;⑤ARB;⑥地高辛;⑦伊伐布雷定;⑧神经内分泌抑制剂的联合应用;⑨有争议、正在研究或疗效尚不能肯定的药物。

(3) 非药物治疗:①心脏再同步化治疗(CRT);②ICD。

7. 慢性 HF-PEF 的治疗要点 应该针对 HF-PEF 的症状、并存疾病及危险因素,采用综合性治疗。

(1) 积极控制血压。

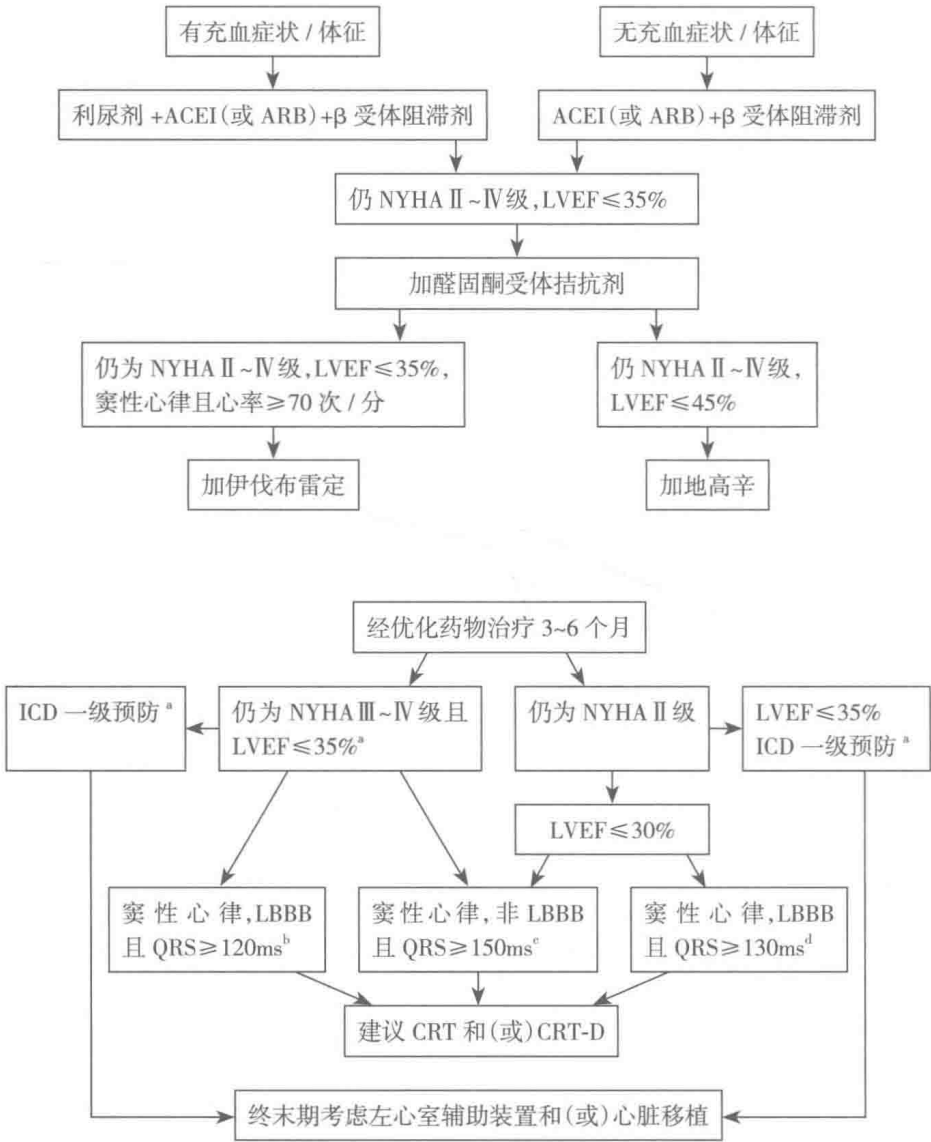
(2) 应用利尿剂。

(3) 控制和治疗其他基础疾病和并发症。

(4) 血运重建治疗。

(5) 如同时有 HF-REF,以治疗后者为主。

【诊疗思路】



【目前治疗的目标和基石】

治疗目标不仅是改善症状、提高生活质量,更重要的是针对心肌重构的机制,防止和延缓心肌重构的发展,从而降低心衰的病死率和住院率。

神经内分泌抑制剂的联合应用:ACEI 与醛固酮受体拮抗剂联用:进一步降低慢性心衰患者的病死率,又较为安全。在 ACEI 和 β 受体阻滞剂黄金搭档基础上加用醛固酮受体拮抗剂,三药合用可称之为“金三角”,应成为慢性 HF-REF 的基本治疗方案。