

NEIKE YISHENG HUIZHEN ZHINAN

内科医生 会诊指南

主编 余学清
黄锋先
叶小鸣

广东科技出版社

内科医生会诊指南

主编 余学清 黄锋先 叶小鸣
主编助理 罗克勤

广东科技出版社
·广州·

图书在版编目 (CIP) 数据

内科医生会诊指南/余学清, 黄锋先, 叶小鸣主编.
广州: 广东科技出版社, 2002.9
ISBN 7-5359-3055-7

I. 内… II. ①余…②黄…③叶… III. 内科 - 疾病 - 诊疗 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 032035 号

Neike Yisheng Huizhen Zhinan

出版发行: 广东科技出版社
(广州市环市东路水荫路 11 号 邮码: 510075)
E - mail: gdkjzbb@21cn. com
<http://www.gdstp.com.cn>
出 版 人: 黄达全
经 销: 广东新华发行集团
排 版: 广东科电有限公司
印 刷: 广东惠阳印刷厂
(广东省惠州市南坛西路 17 号 邮码: 516001)
规 格: 787mm×1092mm 1/16 印张 22.25 字数 450 千
版 次: 2002 年 9 月第 1 版
2002 年 9 月第 1 次印刷
印 数: 1~5 000 册
定 价: 40.00 元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

主编 余学清 黄锋先 叶小鸣

主编助理 罗克勤

编写人员 (按姓氏笔画排序)

王子莲	许元文	李永强	李延兵	李国庆
李 娟	陈旻湖	陈敏玲	陈向燕	张扣兴
杨琼琼	周灿权	郭隽英	黄文起	董吁刚
曾进胜	曾丽霞			

前 言

随着现代医学的进步，学科分化越来越细，每个专科都可能遇到不同的内科疾病。此外，住院病人，尤其是在教学医院住院的病人多数涉及复杂的医疗问题，要求多个部门的参与解决，特别是围绕着与手术相关的内科疾病的处理和评价手术的耐受性，常需要内科医生会诊并提供诊断和治疗的建议，以提高病人的疗效。内科会诊作为一个特殊的医疗活动，是内科医疗工作的重要内容之一，会诊过程涉及会诊医生、提请会诊的医生、病人及会诊需解决的问题等多方面因素。国外在 20 世纪 60 年代已提出了关于内科会诊的理论、基本原则、方法和会诊医生的责任，但我国至今仍未见详尽的关于内科会诊的专著。有鉴于此，我们编写了本书。本书在简要介绍内科会诊的基本理论基础上，着重介绍了病人手术前风险的评估、麻醉的风险和处理、手术中的内科各系统和神经精神系统问题的诊断和处理、肿瘤科和产科中的内科情况的处理等，力求内容全面而具体，能充分反映现代观点和最新进展，体现先进性和实用性，以供内科各专业医生参考，希望本书在临床实践中能对医生提供指导和帮助，造福病人。

由于编写时间紧，本人学识和知识面的限制，书中难免有错漏或不当之处，敬请各位同道不吝赐教。

主编

2002.3

目 录

第一章 内科会诊的基本原则	1
第一节 初步接触	2
第二节 完成会诊报告（会诊记录）	3
第三节 随诊	5
第四节 会诊的有效性	5
第二章 内科会诊的重要作用	7
第一节 内科会诊的主要范围	7
第二节 会诊文件格式	7
第三节 术前医疗评估	9
第三章 外科病人术前风险评估	12
第一节 外科病人术前评估的原则	12
第二节 外科病人术前评估的途径	14
第四章 手术过程中的麻醉风险及预防	17
第一节 麻醉前病人评估	17
第二节 术前准备	21
第三节 各种麻醉方法的并发症及其预防	24
第四节 麻醉药物的不良反应	30
第五章 营养不良的诊断、治疗和预防	34
第一节 营养不良的诊断	34
第二节 营养不良的治疗	38
第三节 肠内营养与肠外营养的并发症	42
第四节 常见疾病的营养支持	45
第六章 外科手术中的心血管问题	51
第一节 概述	51
第二节 缺血性心脏病	53
第三节 心力衰竭	63
第四节 高血压病	66
第五节 心脏瓣膜病	70
第六节 围手术期心律失常	74
第七章 呼吸系统功能的术前评估	78
第一节 术前肺部检查	78
第二节 手术及麻醉对呼吸功能的影响	80
第三节 术后肺部并发症及其危险因素	81

第四节	术前肺评估在外科病人中的应用	83
第五节	术后处理	86
第八章	机械通气的临床应用	89
第一节	机械通气的适应证与禁忌证	89
第二节	呼吸机类型、通气方式、模式与功能选择	94
第三节	呼吸机的连接方式	97
第四节	呼吸机参数的调节	100
第五节	呼吸机与自主呼吸的协调	101
第六节	呼吸机的撤离	105
第九章	外科手术病人的肾功能评估	109
第一节	正常肾功能病人的手术前评估及处理	109
第二节	高风险手术	115
第三节	发生急性肾功能衰竭手术病人的评估和处理	116
第四节	在连续性肾脏替代治疗中的药物应用	125
第五节	慢性肾功能衰竭病人的评估和处理	128
第六节	氮质血症病人的药物治疗	131
第七节	肾移植供者和受者的处理	133
第八节	肾移植受者的手术	135
第九节	外科手术病人的肾小球疾病	135
第十节	尿路感染	143
第十章	外科手术中的血液系统问题	145
第一节	贫血病人手术的内科问题	145
第二节	白细胞减少病人手术的内科问题	150
第三节	白细胞增多病人手术的内科问题	151
第四节	出血病人手术的内科问题	157
第五节	手术并发出血性疾病的临床诊治	160
第十一章	外科手术中的消化系统问题	163
第一节	肝脏疾病	163
第二节	消化性溃疡	170
第三节	应激性溃疡	175
第四节	胰腺炎	176
第五节	术后胰腺炎	178
第六节	术后腹泻	179
第十二章	外科手术病人中的内分泌问题	181
第一节	糖尿病	181
第二节	甲状腺功能亢进症	186
第三节	原发性甲状腺功能减退症	189
第四节	肾上腺皮质功能不全	191

第五节 腺垂体功能不全	194
第六节 原发性醛固酮增多症	196
第七节 嗜铬细胞瘤	197
第十三章 外科手术中的感染问题	200
第一节 概述	200
第二节 手术前预防性应用抗生素	201
第三节 手术后的问题	221
第十四章 精神病患者的内科疾病	247
第一节 伴发的内科疾病的处理	247
第二节 外科手术中的精神问题	249
第三节 精神病人的术前评估和手术准备	250
第四节 术后谵妄	253
第五节 电惊厥治疗的内科评估	256
第六节 内科疾病伴发的精神障碍	257
第七节 酒精滥用性精神障碍	263
第八节 老年患者的精神问题	263
第九节 抗精神病的治疗	264
第十五章 神经系统疾病的围手术期处理	272
第一节 脑血管疾病	272
第二节 癫痫	275
第三节 重症肌无力	277
第四节 痴呆	279
第五节 神经系统其他疾病	279
第十六章 肿瘤患者手术的内科问题	281
第一节 肿瘤患者急诊手术中的内科问题	281
第二节 肿瘤患者治疗性手术中的内科问题	284
第十七章 产科中的内科问题	310
第一节 妊娠合并心脏病	310
第二节 妊娠合并肾脏疾病	317
第三节 妊娠合并肺部疾病	321
第四节 妊娠合并肝胆疾病	324
第五节 妊娠合并内分泌疾病	329
第六节 妊娠合并血液疾病	334
索引	340

第一章 内科会诊的基本原则

内科会诊是一个特殊的医疗活动，是内科医疗活动的一部分。其中涉及会诊医生、提请会诊的医生、患者及会诊需解决的问题等多方面因素。早在 20 世纪初美国一些医学家概括评价了会诊医生的作用，但对会诊的基本理论并没有仔细阐述。直至 1960 年，美国医学会司法委员会提出关于会诊医生的责任，内科会诊的基本理论初步形成。本章概括了内科会诊医生与患者、会诊问题及征求会诊的医生关系中的一些基本原则。

包括：

1. 应有一个医生负责患者的治疗。
2. 主治医生对患者的治疗负全部责任。
3. 没有提交会诊的医生同意，会诊医生不应承担患者的基本治疗。
4. 会诊应当是及时的。
5. 在会诊中应与提交会诊的医生进行讨论，并且只有首先征得其同意才可与患者讨论。
6. 不同的病情意见应在第 2 次会诊或退出会诊时解决；面对提交会诊的医生，会诊医生有权利提出对患者的建议。
7. 在疑难病例或加强医疗治疗的质量时需要会诊。
8. 会诊首先为患者的利益负责。
9. 应将提供病历摘要的会诊申请单送到会诊部门。

其中后 3 条原则涉及主管医生为提请会诊应负的责任。

一个会诊（consultation）活动不同于安排治疗（referral），虽然这些术语常常可互换。会诊被严格地定义为要求另外一个医生提出对诊断和/或治疗的意见。而安排治疗意即要求另外一个医生直接负责患者部分（如某一个特殊问题）或全部的治疗。

完成一个会诊包括初步接触、完成会诊记录、随诊 3 个部分（表 1-1）。从提请会诊到会诊医生诊视患者，完成会诊报告及随诊，都应遵守一定的原则，只有这样才能保证会诊有效顺利地进行，才能处理好会诊医生与提交会诊医生之间微妙的关系。以下介绍会诊各部分应注意的问题和原则。

表 1-1 会诊过程

初步接触

1. 提请会诊
2. 提交会诊的医生
3. 患者

完成会诊报告

4. 现有数据
5. 会诊报告
6. 及时性
7. 与其他会诊的关系

随诊

8. 随诊
 - (1) 住院患者
 - (2) 出院以后（初诊医生）

第一节 初步接触

●提出会诊要求（陈述问题）

提交的会诊报告应清晰地表明需要会诊医生解决的问题。同样的一个问题可能被要求在不同的角度进行会诊，有些是为治疗，有些是为诊断，而另一些可能是术前评价。如要求“心绞痛”的会诊可见于以下多种不同的情况：①一个具有不典型胸痛的患者，其征求会诊的医生希望证实是否心脏性的病因。②一个心绞痛患者非心脏手术前要求心导管检查。③一个稳定型心绞痛患者，其外科医生希望了解是否需要进一步的评价与治疗。④一个新发生胸痛和胆囊疾病的患者，其医生需要了解疼痛的原因；或想要了解患者是否能承受外科手术。因会诊是对提交会诊的医生和患者提供最适宜的服务，因此明确会诊的目的是必要的。未确定会诊的目的常导致重复的努力，增加患者的花费，并且最重要的是不能达到最适宜的治疗（也不能使提交会诊的医生满意）。

此外，重要的是会诊医生要了解患者治疗拟采用的方法，主管医生愿或不愿考虑的一些其他方法，以及这些方法对患者的利弊，要求会诊医生参与患者治疗和随诊的程度。在诊视患者之前与征求会诊的医生进行数分钟的交流，可强化会诊的目的并可节省时间及作出更有针对性的建议。会诊医生应记住被邀请来是为提供帮助，而不是提出边缘性的问题及提出一些对解决问题无关的建议，而成为给患者或提请会诊的医生一个新的负担。

●与提交会诊的医生之间的关系

在提交会诊的医生和会诊医生之间关于患者治疗的矛盾是医生关系中最棘手的问题，产生这些分歧的因素在于不同专科医生专科知识和经验的不同。内科医生、麻醉科医生及外科医生对同一个问题处理方法存在差异；内科医生和外科医生关于患者需要被密切随诊的程度或急诊手术观点也可能存在差异。在学术性单位，分科越来越细的部门结构也可能促进不同部门之间的这种矛盾。

因与提交会诊医生在知识和对患者治疗观点的差异而产生的矛盾，对其进行批评是无益的，反而会增加对会诊意见的对抗或在以后减少适当的会诊。据我们的经验，预防这种矛盾的最好方法是在会诊前进行沟通，如前所述，特别在一些矛盾可能产生时应用口头及文字进行交流。许多外科医生和患者欣赏那些限定在影响诊断和治疗方面的建议。

●诊视患者

在会诊医生开始诊视患者时应向患者说明以下几点：①你的名字。②你是被患者的医生邀请来的会诊医生。③你所代表的部门。④会诊的原因。如果有多个来自会诊部门的医生（如医学生、进修医生），应向患者进行解释及说明各自所起的作用。

会诊医生在与患者讨论诊断和治疗意见之前，应先告知主管医生会诊意见。在向患者讲述会诊意见之前，会诊医生应说明与提交会诊的医生的不同意见。如果存在重要的难以相容的意见，应当特别提出其他意见来解决这个问题。若其他意见也没有用，会诊医生应向患者说明因在诊断或治疗上与主管医生意见的分歧而退出的打算，同时应向患者解释患者有权利要求主管医生寻找另外的意见。

第二节 完成会诊报告（会诊记录）

●现有资料

仔细复习患者的现有资料对于完成会诊记录是必不可少的。包括有关院外资料及住院记录，未返回的实验室资料（特别是那些被送到细菌学实验室、血清学实验室、或院外实验室的资料），及患者既往心电图、放射线检查及其他特殊检查如超声波检查及革兰涂片染色。

●会诊记录

会诊记录包括患者病史及住院过程的简要综述。应仔细描述对于会诊问题重要的物理检查，特别是任何不同于初诊医生病历的记录，并列举相关的实验室检查资料。强调应引起会诊医生注意的部分，包括对如何作出这些结论及提出这些建议的原因。

下面的格式（见第二章表 2-1）对记录会诊是有用的：简述病史特点（为诊断与治疗提供参考依据）、印象、建议、讨论。印象、讨论及建议应当特别着重于会诊要求的问题。

完全记录住院患者复杂的病史及物理检查是没有必要的，这是首诊部门的责任。会诊记录应限定在主要的问题和有关的被确定的问题及任何观察到的不同于首诊医生记录的差别。

建议应尽可能具体的，因为提请会诊的医生不可能熟悉某些试验或使用某些药物。如不应写为“洋地黄化”，而应写作“毛花甙 C 首剂 0.8mg 或 0.4mg，静注，2~4h 后再注射 0.2~0.4mg，然后以地高辛 0.25mg 口服，1 次/天”。繁琐的建议被外科医生采纳的可能性越小。在复杂的病例中，为增加建议执行的可能性，一些非急性的建议可延缓到后来随诊记录中。重要的意见及需要立即执行的建议应列在最前面，并且清楚标记“急”或“st”。常需要同提交会诊的部门讨论特殊的印象和建议，特别是在提出需要立即执行的建议或建议较多时尤为重要。

内科医生会诊提供给外科医生的会诊意见包括：

1. 清晰、准确地评价医疗危险性。
2. 改善或稳定患者术前病情的措施。
3. 术后（内科）处理。
4. 在所有医疗中会诊医生将承担的作用。

●会诊的及时性

无论是因为患者的危急状态还是为方便提交会诊的医生，会诊都被要求是一个迅速的行为。紧急的会诊应立即进行。对于外科医生有选择倾向的会诊，为不使手术推迟，即使较晚才收到会诊，亦应及时会诊。及时会诊可减少患者因住院延长的花费。所有的会诊至少在收到会诊的当天作简单的估计。若会诊不能在接到会诊申请的当天完成，预期延迟的时间必须立即直接与提交会诊的医生联系。

●与其他会诊医生的关系

对于一个患者来说，通常内科医生只是所有会诊医生中的一个。会诊中一个常见的错误是仅仅对某一个专业相关的特殊问题作出建议。与其他会诊医生的意见常有矛盾。这些矛盾包括对同一个问题的不同意见和对治疗的建议可能对另一个问题有不利影响或

干扰其他会诊医生的意见。会诊的内科医生必须与其他会诊医生的意见保持一致，并且在许多情况下如果需要应与他们协商。内科医生的一个作用应当是把不同专科的意见汇成一体，提出解决矛盾的意见。

第三节 随 诊

关于内科会诊医生随诊的频率没有特别的资料可参考，应根据患者的具体情况而定，随诊对增加会诊意见的顺从性有益处。如果随诊频繁并写有病情进展记录，那么内科医生的意见更易于被采用。随诊的频率范围从对一个重病患者 2~3 次/天（如手术后急性心肌梗死），到病情相对稳定的患者 2~3 次/周（如正在消散的手术后肺炎），或对病情稳定的患者 1 次/周（如等待某一个选择性的实验室检查的结果）。应当将随诊的类型和频率作为建议或计划部分列举出来。

每一次随诊应做简明的进展记录并且强调新的资料、印象的变化及在检查或治疗上建议的变化。调整问题的活页应粘贴到原始的会诊记录上并且在每一次会诊时进行更新。应当在随诊记录写出以前及时与提交会诊的医生进行口头交流，因为文字记录提供的只是综述患者长期过程的方法。文字记录应表明会诊医生不再随诊患者的时间及会诊完成的时间。

会诊医生的最后一项任务是确保患者出院后治疗的连续性。如果会诊医生也是患者的首诊医生那么就容易做到。会诊医生与首诊医生之间的联系对于严重的医疗问题或病情复杂的患者是重要的；会诊医生应在会诊中表达自己的意见，必要时应替患者安排随诊治疗。

第四节 会诊的有效性

提交会诊的医生对会诊意见的执行程度可衡量会诊“质量”，即反映会诊的有效性。

调查发现，在学术性医疗机构中会诊医生意见的顺从性为 54%~77%，高于非学术性医疗机构。对非学术性医疗机构会诊作调查，发现提交会诊的医生及会诊医生对于会诊的意见分歧主要包括提交会诊的医生未能表明会诊的目的、会诊医生未能回答会诊的主要问题，或两个医生表明不同的会诊理由。很明显，如果会诊并不回答会诊的“中心问题”（特别在会诊记录中），那么会诊并没有发挥其应有的作用，无论其他问题是多么的重要或有趣。

会诊完成的方式也影响其结果。以下情况可提高会诊的顺从性：会诊在当天即完成（如在 24h 之内）；经常随诊及记录；同提交会诊的医生讨论新的发现；限定会诊的建议在 5 条或更少，使所有的会诊意见都维持在会诊的中心问题；确定建议（如今天执行的

建议), 并列出具体的资料, 特别对于药物的建议 (如剂量及用法)。以下列出了提高内科医生会诊意见遵从性的一些因素:

1. 在接受会诊要求的 24h 内完成会诊。
2. 随诊 (频率, 2 次以上的随诊记录)。
3. 与提交会诊的医生口头交流; 对提交会诊的部门持积极的态度。
4. 限制建议的数目 (≤ 5)。
5. 与会诊的“中心问题”相关的建议。
6. 保证建议是明确的。
7. “重要的”(而不是常规的) 建议。
8. 建议用药的细节问题 (剂量, 时间)。
9. 医疗/处理 (而不是诊断) 建议。
10. 重症患者。

对严重疾病的患者, 会诊医生趋向于提出更多的会诊意见, 通常这些意见不能减少到 5 个或更少。对于一些因法医学的原因影响患者健康的无关问题也需要提出文字性的建议。对于外围的问题更多选择性的建议常在关键建议被执行后, 延迟到随诊记录中提出。有一个趋向是在最初会诊记录上罗列每一项建议, 尽管这些建议可能涉及长期、非急性的问题, 这可能使正忙于治疗急重症患者的提交会诊的医生感到为难, 而且在后来的过程中遗忘这些建议。

Burnside, Goldman 及 Rudd 等总结出如下 10 项会诊原则, 这可作为一个简明会诊的提示要点。

1. 确定问题。
2. 确定急会诊。
3. 获得第一手资料。
4. 简洁地完成会诊报告。
5. 提出具体的建议; 支持你的印象和建议。
6. 提供意外事件的方案。
7. 尊重提交会诊医生的主权。
8. 教学的目的。
9. 与提交会诊的医生交流。
10. 随诊。

总之, 理想的会诊医生应是如 Bates 描述的对提请会诊的医生应“坦诚相待, 教育而非责备, 直接而非命令, 解决问题而非使提交会诊的医生陷入尴尬的窘境”。会诊医生, 应总是努力帮助提交会诊的医生解决患者的病痛。

(余学清)

第二章 内科会诊的重要作用

目前为教学目的收治“有趣的”患者的情况已明显减少了。而在大学教学医院住院的患者多数涉及复杂的医疗问题要求多个部门参与。例如，通常无并发症的甲状腺功能亢进、风湿性关节炎、高血压、糖尿病的患者较少住院，然而，在外科或妇产科等部门却常常看到这些问题，即使这些疾病很典型并与外科或妇产科疾病诊断无关。此外，适宜的诊断技术和治疗必须要考虑对其他潜在疾病的影响。了解和处理在这些情况下的手术或分娩问题，需要内科医生会诊并提供诊断和治疗的建议。

第一节 内科会诊的主要范围

Penn State's Milton S. Hershey 医学中心关于内科医生会诊的统计：2/3 的会诊要求来自整形外科、耳鼻喉科及精神病学科；其余来自妇产科、神经外科、泌尿外科及普通外科。而近年来中山一院内科收到的会诊要求主要为：外科、妇产科、神经内科，其次为眼科、耳鼻喉科、康复科等。问题主要围绕在与手术相关的内科疾病和评价手术的耐受性。其实，由于目前学科分化越来越细，每个专科都可能遇到不同的内科疾病。考虑到一种疾病对另一种疾病治疗的影响或 2 种疾病治疗中的影响，常需要内科医生会诊提出帮助性的建议。

会诊医生所在部门持续及直接地参与会诊过程，对住院医师提供指导和帮助，这不仅保证会诊的质量提高患者的疗效，而且对培养年轻会诊医生的职业技能具有重要意义。

第二节 会诊文件格式

为使会诊规范化及增加会诊的效率，应使用一定格式的会诊记录（会诊单，如表 2-1 所示）。使用一定格式记录会诊可提高会诊医生和提请会诊医生之间的交流并且有助于会诊医生清楚地表明其意见和建议。这个格式要求会诊医生清楚及具体地集中在主要

的问题上，并可避免长篇大论显而易见的事情而回避被要求帮助解决的问题。使用会诊格式可加强内科医生和提交会诊医生之间的联系，因为两者都要认真地面对和处理存在的事实及观察到的结果，而非松散地交换意见。

表 2-1 中山大学附属第一医院会诊单

会诊单

会诊地点	科门诊室	急诊室	门诊号
	科病房	楼 房	床位 住院号
姓名	性别	年岁	籍贯 日期
简要病历			

检查

初步诊断意见

请会诊的要求目的

科	医生	征求会诊者	科	医生
会诊记录				日期

会诊意见及建议

决定 (1) 再诊时间

(2) 转科或不转科

(3) 不用再诊

会诊医生	科	医生
------	---	----

附：会诊规章

(1) 病人如属急症，应加盖一（急）字样，以表示严重性，需要即刻会诊。如需要急救病人应先行急救后，同时请友科会诊，以免延误病人。

(2) 会诊人接到（急）字会诊单时，应即时前往会诊，不可延误，但一般的会诊要在上午 11 时前将会诊单送到友科。

(3) 会诊时申请医生应先将有关会诊参考材料准备好，会同会诊医生共同了解情况，及时记录会诊结果。

(4) 会诊单一定要写清目的要求及请求会诊时间，并要通过本科室主治医生同意签署后才能申请会诊。

(5) 急会诊主治医生不在时，可由代理主治医生之住院医生负责申请会诊。

(6) 在急诊室的急诊医生如发现典型病例（如典型阑尾炎等）时，则进行转科，不必用会诊方

式,以免延误病情。

(7) 会诊医生与申请会诊医生均应严格遵守本院会诊规章。本院会诊医生不负责院外会诊。

第三节 术前医疗评估

随着更复杂的外科手术在老年患者及有多种慢性疾病的患者身上进行,对外科患者进行术前医疗评估越来越重要。术前医疗评估是内科会诊过程中最困难的方面,主要是由于不熟悉麻醉的生理过程或特殊的手术过程及不可预测的手术并发症。另一方面预测所有因麻醉、手术及内科问题引起的危险是困难的,特别是它们之间复杂的相互作用,以及术前、术中、术后不同阶段可出现不同的病理生理变化。在过去,内科医生常含糊地写上“维持血压,吸氧,避免容量过度负荷”。显然这种意见对征求会诊的医生几乎没有帮助。多数会诊要求会诊医生确定及定义一个显著的医疗问题的严重性,帮助他们术后积极地处理及得到术后密切的随诊。

在缺乏完全的资料的情况下作出合理的判断,预期可能的问题,及提供患者准确及有效的术后监测有赖于会诊医生的能力。麻醉科及外科医生已形成自身的技能,判断评价及分类术前的危险因素,并且他们希望会诊医生能确定并纠正某些明显的及潜在的与患者治疗有关的问题。

虽然内科医生可能被要求为那些术前的患者“清除”潜在的问题,但这个概念忽视了一个事实,即使最“健康”的患者都有手术的危险性,并且处于高危险性的患者可能确实最需要手术。无论内科医生是第一次评估一个术前患者还是重新估计一个很熟悉的患者,术前的评估都应包括以下几个步骤:

1. 一个完整的病史及体格检查以估计手术的危险性,确定可能影响危险性的特殊医疗问题,并且估计术后可能出现的并发症。
2. 对术前、术中、术后减少危险性策略的建议。
3. 对准备手术的患者建议更新必要的检查。

●收集临床资料

内科医生会诊应亲自收集第一手的临床资料。无论会诊是否被要求明确一个特殊的已知的医疗问题或是提供总体的意见,医疗会诊应进行完整的病史询问及体格检查。例如,仔细听诊心肺,了解心肺功能,估计术后心肺功能;检查腿作为评价术后可疑深静脉血栓的基础。

在实验室检查方面,目前术前常规开展的血常规、尿常规、粪常规、肾功能(血肌酐、尿素氮)、血糖、心电图、胸透(或胸片)、肝功能、凝血功能检查等可发现一些潜在的疾病或代谢异常,对内科医生会诊评价手术的危险性有重要意义。