

临床内儿科常见病诊治规范

张顺英 穆吉兴 主编



中国科学技术出版社

临床内儿科常见病诊治规范

张顺英 穆吉兴 主编

中国科学技术出版社

·北京·

图书在版编目 (C I P) 数据

临床内儿科常见病诊治规范/张顺英, 穆吉兴主编.

北京: 中国科学技术出版社, 2006. 7

ISBN 7-5046-4402-1

I. 临... II. ①张... ②穆... III. ①内科—常见病—诊疗—规范②小儿疾病: 常见病—诊疗—规范

IV. ①R5-65②R72-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 070026 号

自 2006 年 4 月起本社图书封面均贴有防伪标志, 未贴防伪标志的为盗版图书。

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码: 100081

电话: 62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

邢台市华汇印刷有限公司印刷

开本: 850 毫米×1168 毫米 1/32 印张: 9.75 字数: 232 千字

2006 年 8 月第 1 版 2006 年 8 月第 1 次印刷

印数: 1-2000 册 定价: 20.00 元

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、
脱页者, 本社发行部负责调换)

《临床内儿科常见病诊治规范》编委会

主 审：马东法

主 编：张顺英 穆吉兴

副主编：刘俊琪 田启龙 由久武 武玉兰 崔建宏
李 伟 魏 民 刘 玉 张天真 王晓东
原琬华 张丰国 任 乐 张继红 潘令芳
彭振峰 郑志明 吕志医

编 委：崔 越 关敬萱 陈立君 张云晓 陈兰敏
黄志强 董秀芳 张双娥 吴玉红 吴朋巧
杨雪文 张朝霞 杜文慧 杨文霞

前 言

近年来,随着医院发展的需要,每年都有大批的医学院校毕业生从事临床工作,为了使这些人员能尽快地进入角色,适应工作要求,规范性地对常见病、多发病进行诊治,同时对临床合理用药及必要的检查能够恰到好处,避免漏项、漏诊及重复检查,从而提高诊疗质量,减轻病人的负担,特组织有关人员编写了此书,以供学习参考。另外,医院每年肩负相关院校及基层医务人员的培养和培训,此书也可供这些人员阅读学习。

此书内容实用,包括了内科、儿科常见病和多发病的诊断和治疗。同时还包括了“住院医疗作业流程”、“抗菌药物临床应用实施细则”和“三级医疗警示制度”,为临床医务工作者提供了规范作业的理论依据。

此书在编写过程中,各位编写人员结合自己的临床经验并参阅了许多相关资料,但由于水平所限,不足之处在所难免,衷心希望广大读者予以指正。

编 者

2006 年 5 月

目 录

·邢台市第一医院(市肿瘤医院)医疗管理制度·

住院医疗作业流程	(1)
抗菌药物临床应用实施细则	(13)
三级医疗警示制度	(19)

·呼吸系统疾病·

急性支气管炎	(24)
慢性支气管炎	(25)
支气管哮喘	(26)
慢性阻塞性肺疾患(COPD)	(29)
社区获得性肺炎	(31)
结核病	(33)
自发性气胸	(36)

·循环系统疾病·

心力衰竭	(38)
心律失常	(42)
心包炎	(45)
冠状动脉粥样硬化性心脏病	(48)
成人急性病毒性心肌炎的诊断参考标准	(53)
心肌病	(54)

风湿性心脏病	(56)
感染性心内膜炎	(67)
原发性高血压	(70)
慢性肺源性心脏病	(74)

• 消化系统疾病 •

消化性溃疡	(77)
上消化道出血	(80)
肝性脑病	(82)
慢性胃炎	(85)
肝硬化	(86)

• 泌尿系统疾病 •

急性肾小球肾炎	(90)
肾病综合征	(91)
急性肾衰竭	(92)
慢性肾衰竭	(94)

• 血液系统疾病 •

再生障碍性贫血	(97)
阵发性睡眠性血红蛋白尿症	(104)
粒细胞减少症	(106)
骨髓增生异常综合征	(115)
急性白血病	(120)
慢性髓(粒)细胞性白血病	(132)
淋巴瘤	(139)

多发性骨髓瘤·····	(142)
原发性血小板减少性紫癜·····	(144)
血友病·····	(146)
弥散性血管内凝血·····	(148)

·代谢疾病·

糖尿病·····	(157)
糖尿病酮症酸中毒·····	(163)

·神经系统疾病·

脑出血·····	(167)
蛛网膜下腔出血·····	(170)
短暂性脑缺血发作(TIA)·····	(171)
脑血栓形成·····	(173)
多发性神经病·····	(174)
急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病·····	(176)
特发性面神经麻痹·····	(178)
三叉神经痛·····	(179)
偏头痛·····	(181)
结核性脑膜炎·····	(183)
急性脊髓炎·····	(185)
多发性硬化·····	(186)
视神经脊髓炎·····	(188)
脊髓空洞症·····	(189)
周期性瘫痪·····	(190)
癫痫·····	(192)

帕金森病·····	(196)
脑脊髓蛛网膜炎·····	(198)
运动神经元病·····	(199)
肝豆状核变性·····	(200)
重症肌无力·····	(202)
进行性肌营养不良症·····	(207)
多发性肌炎·····	(209)

·急性中毒·

急性一氧化碳中毒·····	(212)
有机磷农药中毒·····	(213)
急性药物中毒·····	(216)

·肿瘤化疗·

食管癌·····	(217)
贲门癌·····	(221)
胃癌·····	(222)
原发性肝癌·····	(226)
胰腺瘤·····	(229)
大肠癌·····	(231)
恶性淋巴瘤·····	(234)
乳腺癌·····	(239)
卵巢癌·····	(243)
肺癌·····	(245)

·小儿科疾病·

营养性疾病·····	(250)
营养不良·····	(250)
新生儿疾病·····	(252)
一、新生儿黄疸·····	(252)
二、胃肠道喂养·····	(258)
三、胎粪吸入综合征·····	(260)
四、新生儿败血症·····	(261)
五、新生儿缺氧缺血性脑病·····	(263)
小儿呼吸系统疾病·····	(266)
一、急性上呼吸道感染·····	(266)
二、支气管肺炎·····	(269)
三、支原体肺炎·····	(271)
四、咯血·····	(272)
小儿循环系统疾病·····	(274)
病毒性心肌炎·····	(274)
小儿消化系统疾病·····	(277)
一、小儿腹泻病·····	(277)
二、再发性腹痛·····	(280)
小儿泌尿系统疾病·····	(284)
一、急性肾小球肾炎·····	(284)
二、原发性肾病综合征·····	(286)
小儿血液系统疾病·····	(290)
一、急性白血病·····	(290)
二、特发性血小板减少性紫癜·····	(297)

·邢台市第一医院(市肿瘤医院)医疗管理制度

住院医疗作业流程

根据现行医疗管理制度和医疗临床工作的实际,特制定本住院医疗作业流程,各医务人员必须遵守该作业流程的规定,加强责任心,防止医疗事故和差错的发生,确保工作有序和患者的安全,有效提高医疗质量。

一、接诊

患者入院后,值班护士应当立即接诊患者。接诊中应态度和蔼,协助患者入住病室既定床位,向患者及家属介绍有关科室内生活常识。入院患者是急危、重症时,接诊护士应当立即通知当班主管医师,对一般患者应当在5分钟内通知当班主管医师。

二、检诊

(1)主管医师接到通知后,应当立即对患者进行检诊。准确、详细采集病史,进行系统的全面体检,下达医嘱,做好必要的检查和开好必要的处方,送当班护士执行。

(2)住院患者必须检查的项目有:血常规、尿常规、大便常规、血糖、心电图,各科室再根据专科特点规定必须检查的项目。

(3)对急危重患者,主管接诊医师应当在班内完成首次病程记录。对一般患者,主管医师应当在8小时内完成首次病程记录,不得让实习医师或无执业资格的医师代写。

(4)凡夜间入院患者,由值班医师按检诊要求完成全部工作,

并于本班内完成首次病程记录,次日向主管医师详细交班,特殊病情与处置要做详细交代。

(5)属于非本科收治患者而误收的,由首收科室完成转出记录,转入科室书写转入记录。遇有重危患者误收,首收科室要积极抢救,待病情平稳后转科,不得以任何理由拒收或推诿,不得无记录、不抢救而将患者直接转入他科,转科时首收科室医师须陪同患者向转入科室当班医师当面交待清后方可离开。

(6)遇危重患者入院,要及时报告上级主管医师或请求急诊会诊,首诊主管医师应陪同上级主管医师或会诊主管医师再次检诊并详细报告病情及做好记录。

三、查房

1. 晨间查房

(1)住院医师每日晨间及下午至少各查房一次,主治医师每日查房一次,主任或副主任医师每周不少于两次。上级医师查房重点是对新入院患者、危重患者及诊断不明确、治疗效果不佳的患者进行查房,提出诊治意见,并做好病情记录。新入院患者应当在24小时内有上级医师查房意见,急诊患者应当在8小时内有上级主管医师查房意见。

(2)节假日病房主管医师必须全部参加晨间查房,个别情况确实不能查房的,应向值班医师交待并向科主任请假,其间隔时间不得超过一天。

2. 午后查房

对分管患者进行重点巡视,观察重危、疑难、发热、待查、新入院及术后患者的病情变化。检查当天医嘱执行情况疗效。针对晨间开出各种辅助检查结果做出对患者诊治相应调整,同时做好向夜班主管医师交待危重患者需观察事项的准各,做好病程记

录。

3. 夜间查房

夜班主管医师接诊后,应当对危重患者进行重点查房,对一般患者应当进行夜间巡视。遇有病情发生变化,应当迅速采取紧急措施,有重大疑难患者要请示报告或请求会诊。同时对夜间进行的诊疗工作做好病程记录和交班记录工作。

4. 急、危、重病的查房

(1)对急、危、重患者,根据病情需要,每日班行数次查房,随时发现病情变化并给予有效处理。

(2)工作3年以下的住院医师,原则上每晚对自己分管的急、危、重患者进行夜间查房,有条件科室可安排其与值夜班医师一并值班,以尽快积累临床经验,提高应急处置能力。

四、会诊

1. 科间会诊

由主管医师提出会诊要求,在病程记录上书写“申请会诊记录”,填好“会诊通知单”,做出病情小结,提出会诊目的,经本科上级医师同意后送出。会诊主管医师应于4小时内,在主管医师陪同下完成会诊,并在“申请会诊记录”后书写“会诊记录”。

2. 急诊会诊

患者病情发生急剧变化,需要他科会诊的,由主管医师邀请会诊,会诊单上应当注明“急”字,特别紧急者可用电话邀请。应邀医师应随叫随到,如本人不能前往,应电话询问或商派相应医师。紧急会诊时申请医师必须到场配合。急诊会诊仅限于重危抢救或需紧急处置时提出,不得随意扩大急诊会诊范围。

3. 全院会诊

(1)疑难病例或重危患者,需要全院几个科室共同讨论会诊

的病例,可由申请科主任提出,医务科同意并确定会诊时间及人员。非紧急情况,应提前一天将会诊病例的病情摘要发给参加会诊人员。全院会诊一般由分管院长主持,医务科参加,主管医师报告病历,主管医师做好讨论记录,并认真执行确定的诊疗方案。

(2)应邀医师在执行会诊时,若遇特殊情况,应先提出紧急处置意见,必要时向本科上级医师汇报。遇危重患者,应邀医师应随访会诊意见实施结果。

(3)会诊和急诊会诊应邀医师要及时认真书写会诊意见,提出诊治措施。

4. 院外会诊

遇有本院不能解决的问题,或者患者及家属要求会诊的,由科主任提出,与有关医院联系会诊。会诊由申请科主任主持,主管医师报告病历和做好会诊记录工作,分管院长和医务科参加。

五、病例讨论

(1)有下列情况的,应当组织病例讨论:

①病危患者在病危报告出后,应当尽快组织病危病例讨论。

②重大手术患者应当在手术前进行讨论。

③一周内未确诊的疑难病例,应当组织科内讨论;两周内未确诊者,应当组织全院讨论。

(2)病例讨论由科主任主持,主管医师报告病例并做好讨论记录。

六、治疗

(1)主管医师应当制订合理的治疗方案,治疗方案根据病情需要,应当包括服药、注射、手术、穿刺、理疗、护理、营养等。治疗方案的实施以医嘱的形式执行。

(2)主管医师开具医嘱应当注意掌握护理级别、病危、陪护的

指征,注意掌握各类药物、特殊诊疗检查手段的适应证、禁忌证。医嘱由具有处方权的医师签字后生效,严禁代签医师姓名。

(3)主管医师医嘱一般于晨间查房时开出。除个别特殊病例外,全科医嘱应于上班后两小时内结束,保证护士有足够时间做好较复杂的处置工作。新入院患者应当在半小时内开出医嘱,使入院患者尽快得到治疗。

(4)一般的治疗和处置都要填写医嘱,除抢救和手术外不得下达口头医嘱。因抢救需要下达口头医嘱,执行者在执行前必须复诵一遍,经核实无误后再执行。执行者事后应当及时记录,并由主管医师补记医嘱。

(5)应用抗生素,应当严格遵守《抗菌药物临床应用指导原则》。除病情需要外,还要考虑患者经济承受力,使用激素和剧毒药物,应当严密观察疗效和副作用,发现问题应当立即处理。

(6)主管医师应当从严掌握输液、输血指征,尤其是要控制盲目静滴抗生素和无指征输血,不要把抗生素作为安全保险之手段。需要控制输液速度的,应当在医嘱中注明。输液量大的,应当分组均衡输液,并注意配伍禁忌。

(7)药物混合使用时,除注意了解配伍禁忌及可能出现的异常情况外,尤其要重视药物对心、肝、肾的影响。

(8)主管医师对患者治疗过程中,应当严格执行医院内感染控制制度,减少和预防院内感染发生。

七、危重患者的抢救

(1)收治危重患者和患者病情突然变化,主管医师或值班医师应当立即处置,尽快建立输液通路和吸氧,并向上级主管医师请示汇报。

(2)患者发生未预料的心脏骤停、休克、呼吸循环功能衰竭、

急性肾衰、大咯血、大呕血、昏迷、窒息及术后发生未预料的生命体征大范围波动时,科主任及主管医师应当立即赴科室进行抢救,并向医务科、总值班室汇报。

(3)抢救危重患者时,与之有关的医护人员、医技科室人员、行政后勤人员以及其他有关人员应当以最快速度到达工作岗位,配合抢救。

(4)抢救危重患者未成功,有可能发生医疗纠纷的,主管医师、和科主任应向患者家属做好解释工作,尽快完善抢救资料,并向医务科或总值班室汇报。为避免误解,对患者家属解释权仅限于科主任和主管医师。

八、病历书写

(1)新入院患者在 8 小时内完成首次病程记录,24 小时内完成入院记录。进修实习生应当书写完整病历;工作 3 年以上住院医师带实习生者,可以由实习生书写完整病历,带教老师应认真对实习生所写病历修改并写入院记录。

(2)对病危患者根据病情变化随时作病程记录,24 小时内不得少于 2 次。病重者病程记录 24 小时不得少于 1 次。普通患者 2~3 天记录一次,慢性病患者不得超过 5 天应记录一次病程记录。每月写一次阶段小结。

(3)死亡病历当日完成所有记录。最迟应于死后 24 小时内完成。

(4)出院病历应当于出院当日 12 时前完成,并附出院证明交给患者或家属。认真填写出院手册(门诊病历本),详细记录主要诊断、诊治概况、主要辅助检查结果、出院带药、出院后注意事项及随诊事宜。

(5)病历书写其他要求按卫生部《病历书写基本规范(试行)》

严格执行。

九、值班与交班

(1)住院医师要坚持节假日查房制度。值班医师负责全科的临时医嘱、急诊手术、急诊会诊、重症患者的观察治疗和病程记录。对新入院患者进行初步诊断,下达医嘱,书写首次病程记录。

(2)值班医师要做好病房管理工作,晚 11 时同值班护士一起巡视病房,交待有关事宜,清查探视人员,准时关灯,保持病区安静,值班医师睡觉不得早于晚 12 时,遇有重大问题应及时向院总值班室报告。

(3)值班人员要认真书写交班报告,于晨会时报告患者流动情况和新人院、危重及手术前后特殊患者的病情变化及处置情况等。主管医师交班时应采用背诵形式。

(4)危重患者和大手术患者,主管医师和值班医师的交接班除书面外还应在床头交班。

(5)值班人员要坚守岗位,离开病区要向护士讲明去向、联系方式,术间值班人员就餐离科时间不得超过半小时,严禁脱岗、串岗及酒后上岗。夜间假班最迟于上班前 1 小时起床巡视病房,认真书写交班报告,整理值班室和医办公室。

十、辅助检查

(1)主管医师应当熟悉各项辅助检查指征及适应证、禁忌证,禁止不必要的重复检查,但对检查异常的,经治疗后要注意定期复查。尿、血液常规检查、生化检查异常者、心电图检查异常者的复查不应超过 3~5 天。

(2)主管医师应当熟悉特殊送检(如痰培养、血培养、脱落细胞检查、病理检查)标本的取材方法、注意事项及送检时间,并向护士交待清楚。