

新医师上岗必备丛书

XINYISHI SHANGGANG BIBEI CONGSHU

石宏斌 贺西南 主编

*SHENNEIKE
XINYISHI
SHOUCE*

肾内科 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

肾内科新医师手册

石宏斌 贺西南 主 编



化学工业出版社
生物·医药出版分社

· 北 京 ·

本书按照医师接诊患者后的诊疗流程,详细阐述了如何询问病史、查体中应注意哪些体征、患者需要进一步做哪些检查、如何诊断和鉴别诊断、选用哪些治疗方案等,在治疗部分用处方的形式列出不同的方案,并对处方和药物的使用进行了详细的说明。书中还对新医师如何尽快胜任肾内科临床工作给出了具体的建议和指导。本书可弥补新医师工作经验的不足,帮助新医师对肾内科患者进行独立诊治。本书适于新医师和实习医师参考。

图书在版编目(CIP)数据

肾内科新医师手册/石宏斌,贺西南主编. —北京:
化学工业出版社, 2007. 11

(新医师上岗必备丛书)

ISBN 978-7-122-01441-2

I. 肾… II. ①石…②贺… III. 肾疾病-诊疗-
手册 IV. R692-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 167633 号

责任编辑: 赵兰江 蔡 红 装帧设计: 张 辉

责任校对: 王素芹

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: 北京市彩桥印刷有限责任公司

787mm×1092mm 1/32 印张 9 $\frac{3}{4}$ 字数 232 千字

2008 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: 19.00 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	

编写人员名单

主 编	石宏斌	贺西南		
副主编	向少伟	黄海燕		
编 者	黄海燕	贺西南	赖申昌	蒙宇华
	石宏斌	唐丽萍	向少伟	

前 言

肾脏疾病常常涉及心脑血管疾病、代谢性疾病、自身免疫性疾病、血液系统疾病和感染性疾病等，而刚刚进入肾脏内科的新医师往往难以在短期内掌握肾脏疾病的诊断、鉴别诊断和众多的治疗方法。为了使新医师们更快地熟悉肾内科常规工作流程，我们在自己长期临床实践和教学工作的基础上，查阅有关文献，编写了这本手册。

与教科书和专著深入论述疾病的病因、发病机制、临床表现等不同，本书仅提示新医师在诊疗过程中应该注意的要点，如从接诊询问病史开始，介绍病史采集、体格检查、诊断和鉴别诊断要点；重点在于突出临床工作的实际需要，讲解如何开处方和有关治疗药物知识，并交代了出院与随访的原则。新医师根据患者在门诊的初步检查和诊断，参考本书的提示要点就可以独立问诊、体格检查、开具相应的辅助检查单和制定治疗方案。

为帮助新医师尽快熟悉和掌握肾内科专科操作技能，书中还列出了经皮肾穿刺活检术、肢体动静脉内瘘手术等6种常用操作技术的内容。

本书可供肾内科及内科其他专业的新医师参考，也希望对其他医师和实习医师有所帮助。

由于编者水平有限，书中存在不足之处敬请各位批评指教，以促进我们改正与进步。

石宏斌

2007年7月

目 录

第 1 章 新医师临床技能	1
第 1 节 接诊、查房、值班	1
第 2 节 书写医疗文书	3
第 3 节 医患沟通技能	21
第 2 章 肾脏疾病的评估	27
第 3 章 肾小球肾炎	33
第 1 节 急性肾小球肾炎	33
第 2 节 急进性肾小球肾炎	37
第 3 节 慢性肾小球肾炎	42
第 4 节 隐匿性肾小球肾炎	47
第 4 章 原发性肾病综合征	53
第 5 章 IgA 肾病	59
第 6 章 狼疮肾炎	63
第 7 章 过敏性紫癜肾炎	71
第 8 章 急性肾衰竭	77
第 9 章 慢性肾衰竭	85
第 10 章 糖尿病肾病	95
第 11 章 高血压性肾损害	101
第 1 节 良性小动脉肾硬化症	101
第 2 节 恶性小动脉肾硬化症	105
第 3 节 肾动脉粥样硬化与狭窄	108
第 12 章 高尿酸血症与痛风肾病	113
第 13 章 肝病与肾病	119
第 1 节 肝肾综合征	119
第 2 节 乙型肝炎病毒相关性肾炎	122
第 14 章 梗阻性肾病	125

第 15 章	肾囊肿	129
第 1 节	常染色体显性遗传型 (成人型) 多囊肾	129
第 2 节	单纯性肾囊肿	132
第 16 章	急性间质性肾炎	135
第 17 章	慢性间质性肾炎	141
第 18 章	肾小管酸中毒	145
第 19 章	尿路感染	153
第 1 节	急性膀胱炎	153
第 2 节	急性肾盂肾炎	156
第 3 节	慢性肾盂肾炎	159
第 20 章	ANCA 相关小血管炎	163
第 21 章	溶血性尿毒症综合征	171
第 22 章	淀粉样变性的肾损害	177
第 23 章	多发性骨髓瘤的肾损害	181
第 24 章	肾性骨病	185
第 25 章	肾移植术后排斥反应	191
第 26 章	水、电解质代谢与酸碱平衡紊乱	195
第 1 节	水钠潴留	195
第 2 节	高钾血症	198
第 3 节	低钾血症	201
第 4 节	钙磷异常	203
第 5 节	代谢性酸中毒	207
第 27 章	血液净化	211
第 1 节	血液净化原理	211
第 2 节	血液透析	213
第 3 节	血液滤过	224
第 4 节	血液透析滤过	226
第 5 节	单纯超滤	227
第 6 节	血浆置换	228
第 7 节	血液灌注	229
第 8 节	连续性血液净化	231

第 9 节	连续性静脉血液滤过	232
第 28 章	腹膜透析	235
第 29 章	结肠透析	241
第 30 章	肾内科常用临床操作	247
第 1 节	B 超引导下经皮肾穿刺活检术	247
第 2 节	肢体动静脉内瘘手术	249
第 3 节	动静脉内瘘血管瘤切除术	253
第 4 节	中心静脉安置临时血透双腔导管手术	255
第 5 节	腹膜透析导管安置术	259
第 6 节	肾囊肿硬化治疗	263
附录 A	肾内科常用实验室检查	267
附录 B	肾脏疾病的影像学检查	281
附录 C	肾内科特殊用药	291
附录 D	肾小球疾病的临床与病理分类	295
附录 E	处方常用外文缩写	299
参考文献		300

第1章

新医师临床技能

第1节 接诊、查房、值班

一、接诊

在接诊的过程中要求新医师能够在第一时间对患者进行详细认真地问诊和全面重点的体格检查（查体），并正确书写住院病历；根据门诊检查资料和初步诊断有针对性地开具有关检查。客观病史的获得来源于医师主动细致的询问，阳性体征的获得来源于医师认真细致的检查，正确诊断的基础是全面综合客观的临床资料；在此基础上要辨证分析辅助检查结果。诊断过程包括收集临床资料、提出初步诊断、临床验证及最后确定诊断三个阶段。新医师要掌握各科常见病的诊治要点；掌握疾病及时诊断、早期诊断的技能；熟悉科室常用药物手册；掌握常见病治疗原则，并能在此基础上及早学会针对疾病的特点下医嘱、开处方。新医师在临床诊断中要有系统分析的观念，病史采集要全面、体检要详细、辅助检查要客观。不仅要看到局部，而且要看到整体；不仅要注意器质性疾病，而且要注意功能性病变；不仅要考虑常见病，而且要考虑罕见病等。新医师要具有高度的责任感、认真负责的工作精神和对临床资料的全面综合客观的掌握。在当今信息爆炸、知识更新加速的时代，新医师要加强主动学习，要对各种疾病的发生机制、病因及演变形成连续性思维，做到“知其然并知其所以然”，不断提高自己的诊治水平。

二、查房

在日常查房中，新医师要提前半小时入科，巡视所管床位的患者，及时准确地掌握患者的病情，发现问题应及时处理，处理不了的问题应及时向上级医师汇报。当科室对有代表性的典型病例或误诊、漏诊的病例进行病例讨论时，新医师要积极发言、认真记录，努力掌握疾病的诊断原则和鉴别诊断方法，并通过问答补缺查漏，扫除与该疾病相关的从基础理论到临床知识的盲点。因肾脏疾病住院的患者，其病情多样、临床表现复杂，常伴有多器官、多系统损害，新医师要注意疾病的主次性、层次性及主要矛盾引起一系列的变化和相应的症状体征，决定着疾病的发展过程和预后方向。当遇到两种或两种以上疾病同时存在的情况，或者是一种病变过程中不同阶段的不同表现时，新医师要针对病变的性质，分清主次、先后、轻重、缓急，围绕着解决主要矛盾进行救治，以提高治疗质量，具体说就是要首先找出并纠正危及患者生命的因素。

新医师要认真对待三级医师查房工作，查房前备好并记住前一天回报的化验和其他检查结果，特别是异常结果、恶化或好转结果，还要特别注意患者的血压、尿量、体重变化；查房时随身携带笔记本，多看、多想、多记，结合上级医师的讲解，细致分析患者的病情变化；查房结束后，应及时认真地、真实全面地书写上级医师查房记录，不能仅凭记忆写查房记录。

三、值班

值夜班时先巡视一遍病房，对危重患者的现况要重点掌握；查阅当日回报的各种检查报告单，及时处理危及生命的紧急情况，如高钾血症、急性左心衰竭、急性心包填塞、严重代谢性酸中毒等。不清楚诊疗方法时，应及时请

示本科上级医师或请有关科室会诊。

第 2 节 书写医疗文书

一、书写住院病历的基本要求

(1) 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整。一律使用蓝黑或碳素墨水笔书写。

(2) 各种症状和体征要用医学术语记录，对患者提及的既往疾病、手术名称、药品应加用引号，如“×××”。

(3) 病历首页和各种表格记录的栏目，必须认真填写，不得遗漏，无可填写处划“—”，每张记录的眉栏项目均需填写齐全。

(4) 书写过程中出现错字时，用红墨水笔修改。先用红色水笔在错字上划双线，然后在错字的右上角上更改字。

严禁采用刮、粘、涂掩盖或除去原来的字迹。“掩盖”和“除去”在法律上意味着隐瞒了真实的内容。如无修改，多余字可以用红色水笔划双线，但应能看清修改前的内容，在右上角添括号，并在括号内签上修改者的姓名和时间。

(5) 病历书写空白行或空白行以下的应注明“空白”或“以下空白”，进行注销。

(6) 各项记录必须有完整日期，可采用 24 小时制时间格式书写，如 2007 年 06 月 27 日下午 2 时 05 分可写作 (2007.06.27.14:05)；也可采用开医嘱的 12 小时制，用 AM 代表上午，PM 代表下午，中午 12 时为 12N，午夜 12 时为 0AM。

(7) 医嘱内书写药名可用中文或英文、拉丁文，写明药物名称、剂型、剂量、用量、用法，但同一种药不能用两种文字混写（如 Vit C 片）或化学符号（如 KCl、

NaCl), 医嘱内容取消时用红色水笔在取消的医嘱后标明“取消”两字再签全名。同时在病程记录上予相应记录。

(8) 抢救急危患者时, 应随时记录相关抢救情况, 确实未能及时书写记录的, 有关医务人员应当于抢救结束后 6 小时内据实补记。下达病危通知书的病例要有与危重患者家属的谈话记录。

(9) 一些特殊的医疗活动(如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等), 应由患者本人签署同意书; 患者因病无法签字或不具备完全民事行为能力时, 应由其近亲属签署; 没有近亲属的, 由其关系人签署; 为抢救患者, 在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签署的情况下, 可由医务科的负责人或医院总值班人员签字批准后实施。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的, 应当将有关情况通知患者近亲属, 由患者近亲属签署同意书, 并及时记录。

二、书写住院病历的一些规定

(1) 入院记录或再次入院记录(入院后 24 小时内完成)。

(2) 首次病程记录(8 小时内完成)。

(3) 病程记录(新入院、新转入或术后的患者头 3 天每天都要记录 1 次, 随后一般 3 天 1 次; 若病情危重或病情变化应随时记录病情及治疗情况, 并及时书写病危通知书。病危通知书一式三联, 第一联交患者家属, 第二联报医务科, 第三联用专用单粘贴排于临时医嘱后面, 且第三联上要有患者家属的回执签名)。

(4) 病危患者入院当天, 新医师要向上级医师汇报并记录(夜班时向二线值班医师汇报并记录)。

(5) 上级医师查房记录(查房后 8 小时内完成)。

(6) 病重患者入院后上级医师查房记录(24 小时内完成)。

(7) 抢救记录(抢救结束后立即书写, 最迟 6 小时内

补记)。

(8) 手术记录 (手术后 24 小时内完成)。

(9) 疑难、危、重病例讨论记录 (普通患者入院 1 周内诊断不明或疗效不好, 危重患者下达病危或病重通知书 3 天内)。

(10) 死亡病例讨论记录 (一般患者死后 1 周内、特殊病例 2 天内及时进行, 尸检病例待尸检报告后进行)。

(11) 阶段小结 (住院天数 ≤ 37 天可无阶段小结)。

(12) 接班记录 (交接班后 24 小时内)。

(13) 出院记录 (出院前完成)。

三、书写住院病历的规范

住院病历是指患者入院后, 由主管医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料, 并对这些资料归纳分析书写而成的记录。住院病历的书写形式分为入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内入出院记录、24 小时内入院死亡记录。

(一) 入院记录内容及要求

(1) 患者一般情况, 内容包括: 姓名、性别、年龄、民族、籍贯、婚姻状况、职业、出生地、住址、身份证号码、入院时间、记录时间、病史陈述者及其与患者的关系。

(2) 主诉指促使患者就诊的主要症状 (或体征) 及持续时间。要求不超过 20 个字, 且能导出第一诊断。主诉多于一项时, 可按主次或发生时间的先后分别列出。

(3) 现病史是病史中的主体部分。围绕主诉, 按症状出现的先后, 详细记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化的经过和诊疗情况。其内容主要包括:

① 发病时间、缓急、可能的病因和诱因 (必要时包括发病前的一些情况)。

② 主要症状（或体征）出现的时间、部位、性质、程度及其演变过程。

③ 伴随症状的特点及变化，对具有鉴别诊断意义的重要阳性和阴性症状（或体征）亦应加以说明。

④ 对患有与本病有关的慢性病者或旧病复发者，应着重了解其初发时的情况和重大变化以及最近复发的情况。

⑤ 发病以来曾在何处做何种诊疗（包括诊疗日期，检查结果，用药名称、剂量、用法，手术方式，疗效等）。

⑥ 如果有两种或两种以上疾病同时发病，应另起一段叙述。

⑦ 发病以来的一般情况，如精神、食欲、食量、睡眠、大小便、体力和体重的变化等。

（4）既往史指患者本次发病以前的健康及疾病情况，特别是与目前疾病有密切关系的疾病，按时间先后记录。其内容主要包括：

① 既往一般健康状况。

② 有无患过传染病、地方病和其他疾病，发病日期及诊疗情况。

③ 有无预防接种、外伤、手术史、输血史（注明时间、地点），以及药物、食物和其他接触物过敏史等（具体名称）。

（5）个人史

① 出生、成长及居住的地点和时间（尤其应注意疫源地和地方病流行区），受教育程度和业余爱好等。

② 起居习惯、卫生习惯、饮食习惯、烟酒嗜好及其摄入量，有无其他异嗜物和麻醉毒品摄入史，有无重大精神创伤史。

③ 过去及目前职业，劳动保护情况及工作环境等。重点了解患者有无经常与有毒有害物质接触史，并应注明

接触时间和程度等。

④ 有无冶游史，是否患过下疳及淋病等。

(6) 婚姻、月经及生育史

① 结婚与否、结婚年龄、配偶健康情况，是否近亲结婚。若配偶死亡，应写明死亡原因及时间。

② 女性患者的月经情况，如初潮年龄、月经周期、行经天数、末次月经日期、闭经日期或绝经年龄等，记录内容如下：

月经初潮年龄、月经周期（天）、经期间隔天数、末次月经时间（或绝经年龄）、经量、颜色、有无痛经、白带（阴道分泌物）情况（多少及性状）等。

③ 女性患者的生育史，已婚女性妊娠胎次、分娩次数，有无流产、早产、死产、手术产、产褥热史，计划生育情况等。男性患者有无生殖系统疾病。

(7) 家族史

① 父母、兄弟、姐妹及子女的健康情况，有无与患者同样的疾病，有无与遗传有关的疾病。死亡者应注明死因及时间。

② 对家族性遗传性疾病须问明两系三级亲属的健康和疾病情况。

(8) 体格检查按照系统顺序书写。包括体温、脉搏、呼吸、血压、一般情况（中西医结合病历还应包括中医四诊的神色、形态、语声、气息、舌象、脉象等）、皮肤、黏膜、全身浅表淋巴结、头部及其器官、颈部、胸部（胸廓、肺部、心脏）、血管、腹部（肝、脾等）、直肠肛门、外生殖器、脊柱、四肢、神经系统等。

(9) 专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(10) 辅助检查指入院前及入院后 3 天内所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果，应当注明检查日期。如是在其他医疗机构所做的检查，还应当写明医疗机构的名称。

(11) 诊断按要求书写(见下文)。

(12) 签名在下一行的右侧尾部写明医师的职称及姓名,在再下一行写明书写时间。

(二) 住院病历中体格检查基本内容

1. 生命体征

生命体征包括 T (体温)、P (脉搏)、R (呼吸)、BP (血压)。

2. 整体状况 (中西医结合病历要求书写)

(1) 望神 包括神志、精神状况、表情等。

(2) 望色 包括面容、色泽、病容等。

(3) 望形 包括发育、营养、体型、体质等。

(4) 望态 包括体位、姿势、步态等。

(5) 声音 包括语言清晰度,语言强弱如前轻后重、低微,异常声音如咳嗽、呃逆、嗝气、哮喘、呻吟等。

(6) 气味 是否正常,有无特殊气味等。

(7) 舌象 包括舌体的形质、动态、舌下脉络、舌色、苔质、苔色,有无津液等。

(8) 脉象 包括各种脉象。

3. 皮肤黏膜及淋巴结

(1) 皮肤黏膜 包括色泽、纹理、弹性、温度、汗液、斑疹、白癣、疮疡、瘢痕、肿物、腧穴异常征、血管征、蜘蛛痣、色素沉着等,并明确记录其部位、大小及程度。也要记录皮肤划痕症。

(2) 淋巴结 有无瘰癧,若有,应记录其大小、活动度、部位、数目、压痛、质地等。

4. 头面部

(1) 头部 有无畸形、肿物、压痛,头发情况(疏密、色泽、分布),有无疖、癣、瘢痕。

(2) 眼 眉毛(有无脱落)、睫毛(有无倒睫)、眼睑(有无水肿、下垂、闭合、歪斜)、眼球(活动情况,有无