

新 医师上岗必备丛书

XINYISHI SHANGGANG BIBEI CONGSU

岳桂华 何长杰 刘迟 主编

XINNEIKE
XINYISHI
SHOUCE

心 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

心内科新医师手册

岳桂华 何长杰 刘 迟 主编



化学工业出版社
生物·医药出版分社

·北京·

本书详细论述了心内科新医师应如何询问病史、查体中注意哪些体征、患者需要进一步做哪些检查、如何诊断和鉴别诊断、应该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做了详细的说明。书中还对新医师如何尽快胜任心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，帮助新医师对心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

心内科新医师手册/岳桂华, 何长杰, 刘迟主编.
北京: 化学工业出版社, 2008. 1
(新医师上岗必备丛书)
ISBN 978-7-122-01835-9

I. 心… II. ①岳…②何…③刘… III. 心脏血管疾病-诊疗-手册 IV. R54-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 002239 号

责任编辑: 赵兰江 蔡红 文字编辑: 何芳
责任校对: 宋玮 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: 北京市彩桥印刷有限责任公司
787mm × 1092mm 1/32 印张 11¼ 字数 268 千字
2008 年 3 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: 20.00 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	

《心内科新医师手册》 编写人员

主 编 岳桂华 何长杰 刘 迟

副主编 管 琳 王 强 孙庆才

王 君 许 琦

编 者 (以姓氏笔画为序)

马宁宁 王 君 王 强 王 震

王庆武 王秋菊 田景平 白海花

乔 贇 刘 迟 许 琦 孙庆才

杨 靖 何长杰 张 颖 岳桂华

程胜军 管 琳

前 言

现代医学发展迅速，心血管疾病的诊疗观念和技术不断更新，对于心血管内科的新医师来说，在学校学的一些知识可能不适用于临床工作，所学的医学理论与具体的临床工作难以有效地结合。为帮助新医师尽快完成从学生到医师的转变，为帮助新医师尽快适应和胜任临床工作，我们编写了这本参考书。本书以临床实用性内容为主，按照临床实际诊疗顺序，介绍了新医师接诊患者时，如何问诊、查体以及选择辅助检查，如何诊断疾病以及需要与哪些疾病鉴别，治疗部分以处方的形式列出了药物的用法、用量，并给出了药物治疗的疗程和注意事项等内容，最后还交代了有关出院和随访的内容。

本书对常见心血管疾病，如冠心病、高血压、心力衰竭、心律失常及心血管急症等进行了详细的论述，同时对一些较少见的心血管疾病也进行了简要的介绍。本书参阅了最新公布的国内外心血管疾病诊疗指南和最新进展，并结合目前国内心血管疾病临床诊疗实际，重点介绍了药物治疗原则、药物具体应用，同时又对一些常见的心血管疾病检查、操作技术做了叙述。

由于临床医疗具有较强的实践性，且患者自身情况各不相同，各医院的医疗条件也不尽相同，所以临床医师参考本书诊疗方案时，一定要结合患者的具体情况及医院的医疗条件。

在编写过程中，笔者力求内容实用、系统及阐述简明准确。但由于水平有限，疏漏及不妥之处在所难免，敬请读者予以指正。

编者

2007年10月

目 录

第1章 新医师心内科临床技能培养	1
第1节 如何尽快胜任心内科医疗工作	1
第2节 如何写好病案	11
第2章 心血管疾病的评估	19
第3章 高血压	39
第1节 原发性高血压	39
第2节 继发性高血压	53
第3节 高血压危象	64
第4章 高脂血症	69
第5章 冠心病	79
第1节 心绞痛	79
第2节 急性心肌梗死	96
第6章 慢性心力衰竭	115
第7章 心律失常	129
第1节 窦性心动过速	129
第2节 窦性心动过缓	130
第3节 病态窦房结综合征	131
第4节 房性期前收缩	134
第5节 心房颤动	135
第6节 心房扑动	145
第7节 阵发性室上性心动过速	147
第8节 室性期前收缩	149
第9节 室性心动过速	154
第10节 心室扑动和心室颤动	159
第11节 房室传导阻滞	160
第12节 室内传导阻滞	162

第 13 节	预激综合征	163
第 8 章	心脏瓣膜病	167
第 1 节	二尖瓣狭窄	167
第 2 节	二尖瓣关闭不全	170
第 3 节	主动脉瓣狭窄	174
第 9 章	心肌病	179
第 1 节	扩张型心肌病	179
第 2 节	肥厚型心肌病	184
第 3 节	限制型心肌病	188
第 10 章	病毒性心肌炎	191
第 11 章	心包疾病	197
第 1 节	急性心包炎	197
第 2 节	缩窄性心包炎	202
第 12 章	感染性心内膜炎	207
第 13 章	心搏骤停	215
第 14 章	心肺复苏	219
第 15 章	肺血栓栓塞症	227
第 16 章	主动脉夹层动脉瘤	235
第 1 节	主动脉瘤	235
第 2 节	主动脉夹层	237
第 17 章	围 PCI 手术期药物治疗	243
第 18 章	心脏病患者非心脏手术的围手术期处理	247
第 19 章	心血管常用药的应用	255
第 1 节	强心药	255
第 2 节	抗心律失常药	261
第 3 节	β 受体阻滞剂	270
第 4 节	钙通道阻滞剂	275
第 5 节	血管紧张素转化酶抑制剂	278
第 6 节	血管紧张素 II 受体拮抗剂	283
第 7 节	硝酸酯类药物	284
第 8 节	调血脂药物	286

附录 A 常用心血管疾病诊疗技术	291
第 1 节 临床心电图基本概念	291
第 2 节 心电图运动试验	298
第 3 节 心脏电复律	308
第 4 节 临时心脏起搏	314
第 5 节 经食管心房调搏术	315
第 6 节 常见心血管疾病的超声心动图诊断	317
第 7 节 心包穿刺抽液术	327
第 8 节 左心室及冠状动脉造影术	335
附录 B 处方常用外文缩写表	345
参考文献	346

第 1 章

新医师心内科临床技能培养

第 1 节 如何尽快胜任心内科医疗工作

新医师走上临床岗位后，首先面临如何尽快适应工作环境、熟悉工作程序、进入角色等问题，所以了解一些医疗工作程序和管理制度是非常需要的。

一、如何接诊住院患者

1. 对病情稳定患者的接诊

(1) 问 围绕患者的一般情况、主诉、现病史、既往史、个人史及家族史等详细问诊，对心血管疾病的危险因素、典型的心血管疾病症状进行重点询问，并做好记录。

(2) 查 对心血管疾病患者要进行全面、重点的查体，重点是心肺检查和血液循环体征的检查。

(3) 诊断 根据问诊情况、阳性体征、门诊的辅助检查资料，初步做出诊断。

(4) 处理 提出初步治疗方案和进一步的辅助检查内容。

(5) 解释 对病情、治疗和辅助检查进行解释，并告知患者注意事项、治疗风险及预后等。

(6) 报告 及时向上级医师报告诊断、治疗情况及患者病情的变化。

接诊是医生品德、知识、技术、能力、经验等各方面素质的综合体现。当代医学已经从生物医学模式转变为“生物-心理-社会”医学模式，人们不再满足于只是能看

上病、看好病，而且希望医师有很好的人品，能关心他、同情他、帮助他。医师留给患者的首次印象很重要，通过沟通调节患者对诊疗效果期望值过高的反常心理，疏导过激的情绪，这是建立信任的基础，也是要重视接诊的原因。

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查体，并正确书写住院病历；根据门诊和初步诊断有针对性地开具有关检查单。病史的全面获得在于医师主动细致的询问，阳性体征的掌握来源于医师认真细致的检查，正确诊断的基础是全面、综合、客观的临床资料的掌握。

接诊患者时，医师首先与患者打招呼，并做自我介绍，如：“您好！您是王某某伯伯吗？我是某医生”。医师要用关心、诚恳的态度对待患者，不仅关心疾病，而且要关心患者，要关注患者身上的细节，如患者的表情、语气、无意识的动作。此外，医师还应重视倾听患者的诉说，通过倾诉和安慰，有些患者的病情可以减轻。医师要求患者说话简明扼要也是合理的，但多数患者做不到。这时医师应稍微耐心些，加上一些询问技巧。

查体时，举止要关切、严肃，查体不是检查或修理机器，医师走进病室或病房时，切忌一言不发，脸上表情应当正常，应该把自己想做什么、正在做什么、将要做什么以及要求患者怎么配合都随时告知患者，查体过程中也要注意保护患者，一方面要避免受凉，另一方面要保护患者的身体隐私，按照正规的程序和手法进行。

在接诊患者时，对病史采集要全面、体检要详细、辅助检查要客观，不仅考虑到患者的局部器官，而且还要从整体上考虑；不仅要注意器质性疾病，还要注意功能性病变；诊断时，不仅要考虑常见病，也要考虑罕见病。在开具检查单时，医师应较及时而明确地向患者及其家属说明检查和治疗的方法、注意事项等，使用大型检查和费用较

高的药品时请患者或家属签字，以防医疗纠纷的发生。

新医师要掌握心内科常见病、多见病的诊治要点；掌握疾病及时诊断、早期诊断的技能；对各种疾病的发生机制、病因及演变要有系统的认识。同时熟悉科室常用药物手册。

2. 对病情危重患者的接诊

(1) 快问快查 围绕患者的症状和体征，对患者和家属或第一目击者进行详细、快速、准确地询问，要求新医师熟悉心血管疾病和心血管常见的急危重病的诊断、鉴别诊断和处理，坚持首诊医师负责制，必要时请会诊。

(2) 及时检查 对必要的辅助检查要快速、准确、及时，如心电图、心肌酶、床边胸部 X 线片等，可以为诊断和鉴别诊断、了解病情提供帮助。

(3) 及时处理 对诊断明确的患者，采用必要的处理，对一时不能确诊的，也要迅速建立静脉通道、吸氧、心电监护等手段。

(4) 迅速报告 向上级医师报告，必要时向医务科或院领导报告，以便做好抢救准备工作。

急诊患者不同于一般患者，由于急诊患者发病急、病情重、未知因素较多，因而易误诊误治。心内科的急性心肌梗死、不稳定型心绞痛、心肌炎、心力衰竭等疾病均有高风险性；在诊断和治疗过程中，严格遵守法规和上级卫生主管部门颁布的规章制度，病历的项目要填写齐全，及时、全面完成医疗文书各项内容。重要阴性记录，特别是有助于鉴别诊断的阴性表现和体征不能遗漏，必须向每个急诊患者询问药物过敏史、过去史，做到防微杜渐。

坚持首诊医师负责制制度，急诊患者常常患有多种疾病，病情复杂，常预后不良，存在潜在危险性，一定要向患者或家属说明并签字。急诊患者诊断要实事求是，避免

武断、鲁莽、轻率等，诊断结论必须建立在病史、体检和辅助检查基础上。应遵照循证医学观点，给自己留有充足的回旋余地，杜绝想当然、凭经验简单下结论。

对每个急诊患者必须尽快做心电图检查，心电图对心内科心肌梗死、心律失常等常见疾病的诊断或鉴别诊断有较大的价值，且急性心肌梗死患者可能是以发热、头痛、脑血管意外或胃肠道症状等为主诉来诊的不典型者，对待急诊患者决不能头疼医头、脚疼医脚，应该想到有各种特殊意外情况的可能，把心电图检查作为急诊患者的常规检查项目。

3. 会诊的注意事项

患者在住院期间需要其他科或其他医疗机构协助诊疗时，由首诊或主管医师书写会诊申请和会诊记录。

(1) 通知上级医师 提出会诊的理由，听从上级医师指示。

(2) 会诊申请 应当简要说明患者病情及诊疗情况，心内科诊疗情况，欲请会诊科的症状、体征、有关检查结果及初步意见，申请会诊的理由和目的，有特殊要求时可点名会诊医师。

(3) 上级医师签字 主管医师填写会诊申请单后，普通会诊申请由主治医师以上的医师审签（夜间急会诊可由值班医师签名）。院内多科会诊或院外会诊应由科主任审签，院外会诊还需经医务（部）科批准。

(4) 会诊记录 应当及时将会诊意见（多学科会诊应记录参加者的讨论发言具体内容，不能只记录综合意见）书写在病程中，注明会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间等。

二、医嘱的注意事项

(1) 医嘱分长期医嘱（需要执行 24 小时以上的医嘱）

及临时医嘱两种。

(2) 医嘱一般在上班后 2 小时内开出。长期医嘱一般在晨间查房后或患者入院后开写，除特殊情况外，其他时间尽量不要开长期医嘱，以方便护士工作。其他时间开写医嘱，必须与护士联系，以便及时执行。

(3) 医嘱用碳素墨水钢笔书写，字迹必须清楚，内容含义必须完整无误，医嘱的中文药名不能随意缩写，外文药名缩写应统一规范，不得乱用代号或不通用的简化字填写。

(4) 医嘱上的药物需写明名称、用法、用量。

(5) 医师应详细填写医嘱单，相同的时间及签名不得以省略点代替，医师必须签全名，无处方权的医师写医嘱时应当由有处方权的医师审核签名。

(6) 凡一项医嘱一行内写不完整时，另起一行；两项以上医嘱，不能写在同一行内，应分行单写。

(7) 长期医嘱一般按顺序书写，包括：护理常规，护理级别，特别护理，特别卧位，病危或危重通知，饮食种类，中药及其他口服药物，外用药物，肌肉注射或皮下注射药物，静脉注射或静脉滴注药物。

(8) 临时医嘱的书写顺序：先写三大常规、肝功能等诊断性医嘱，然后再写用药、处理等治疗性临时医嘱。

(9) 医嘱必须规范化，涉及收费的医嘱应按照《医疗收费标准》上所列的项目名称书写并检查，处置操作项目应将所用药物、材料名称和数量逐项书写清楚。

(10) 一切医嘱不得涂改，写错医嘱须更正，临时医嘱则要用红笔写“取消”，两字重叠于原医嘱上，并签上全名；长期医嘱则在此医嘱后的停止处填写日期、时间并签全名以停止此项医嘱。

(11) 两种以上的药物组成一项医嘱者，如停用或取消其中的一种药物，则应全部停止或取消后再开医嘱。

(12) 长期医嘱更改较多时，应及时重整医嘱。

(13) 重整医嘱时，需盖“重整医嘱”或“术后医嘱”的印章，并写明重整的日期、时间。原长期医嘱中各项医嘱一律停止，不需要填写原来开始使用日期，也不需要原长期医嘱中填写停止日期、时间并签名。

(14) 医师开出医嘱后复查一遍，护士对医嘱有疑问时必须查清后方可执行。除抢救或手术过程外，一般不得下口头医嘱。医师下达口头医嘱，护士必须复诵一遍，经医师核对无误后执行，医师要及时补记在医嘱单上。严禁不看患者下达医嘱。

(15) 凡需下班执行的临时医嘱，必须向值班医师和护士交代清楚，并在护士值班记录本上注明。

三、开具处方及注意事项

1. 处方内容

(1) 前记 包括医院名称、处方编号、费别、患者姓名、性别、年龄、住院号、科别、床位号、诊断、开具日期等。

(2) 正文 以Rp或R（拉丁文Recipe“请取”的缩写）标示，分列药品名称、剂型、规格、数量、用法、用量。

(3) 后记 医师签名或者加盖专用签章，药品金额以及审核、调配，核对、发药药师签名或者加盖专用签章，患者联系地址或电话（患者自愿填写）。

2. 注意事项

(1) 开具处方当日有效，一般项目要清晰、完整，并与病历记载一致。

(2) 每张处方限于一名患者的用药。

(3) 只写药品的通用名，字迹清楚。

(4) 按照诊疗规范、药品说明书的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项开具

处方。

(5) 药品剂量和数量一律用阿拉伯数字书写。剂量应该使用公制单位：重量以克 (g)、毫克 (mg)、微克 (μg) 为单位，容量以升 (L)、毫升 (ml) 为单位，另有国际单位 (IU)、单位 (U)。片剂、丸剂、胶囊剂、冲剂分别以片、丸、粒、袋计算，溶液剂以支、瓶为单位，注射剂以支、瓶为单位等。处方需字迹清楚，不得涂改；如需要修改，应当在修改处签名并注明修改日期，且保持原文字可以辨认。

(6) 每张处方开具的药量一般为 3~7 天剂量，特殊情况下需超剂量使用时，医师必须注明原因并在剂量右上方再次签名。

(7) 对于涉及患者隐私或者可能对患者的身心带来伤害的情况，临床诊断可以注明“特殊”等字样，也可以用英文或者拉丁文填写。

(8) 未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

(9) 同类药物在一个处方中不宜重复出现，如银杏叶与川芎嗪或丹参片等，它们之间没有协同作用，更没有联合应用的必要，还会增加不良反应，同时造成医药浪费和医疗费用的上升。

四、如何做好心内科查房

1. 独立查房

(1) 查房要求 对所管病员每天至少上午、下午各巡诊一次。科主任、主治医师查房 (巡诊) 时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。请他科会诊时，应陪同诊视。

(2) 查房内容 查“变化”。症状变化，如心绞痛的发作次数、疼痛时间、用药后的变化等；体征变化，如心力衰竭患者水肿的变化、体重的变化，高血压患者血压的

变化情况；辅助检查的变化，如心肌梗死的心肌坏死标志物的变化、心电图的动态变化；危险因素、诱因的变化。通过以上治疗前后的变化，评价诊断、治疗的正确性，进一步确定下一步治疗方案、辅助检查的内容。

(3) 查房后工作 查房后及时书写病程记录；书写或更改医嘱，并执行或指导护士正确执行医嘱。

(4) 自我检控 对医疗服务环节中出现缺陷进行控制，及时实施纠正、采取预防措施，确保医疗安全。

(5) 通过查房加强与患者及其家属的沟通，满足患者的合理要求。

2. 科室内大查房

(1) 准备查 上级医师多进行以下检查：询问患者症状，检查体征，并查看检验报告；检查病历质量；检查诊疗方案及医嘱执行情况；检查医护人员“三基”水平，包括影像资料及心电图等阅读；查询患者对治疗的感受和意见。针对以上内容做好查房前的准备工作。

(2) 提前背 主任或副主任医师带领科室人员查房时，住院医师要背诵式陈述“住院志”、“病程记录”、“拟诊意见（印象）”和“诊疗计划”，以及医嘱执行情况、患者感受意见和体征观察情况。应提前对所管患者的病史、查体、辅助检查、诊断、治疗后变化有充分了解，并主动报告自我检控存在的问题及诊治难点、疑点。

(3) 当场问 针对具体病例诊疗的关键技术、内外医学进展、疑难问题、风险及不安全因素，向上级医师提问，并做好记录。

(4) 记录并执行 查房后及时书写病程记录；书写或更改医嘱，执行医嘱，观察疗效。

五、独立值班时注意事项

新医师在参加工作不久就会随上级医师值夜班或节假