

新医师上岗必备丛书

XINYISHI SHANGGANG BIBEI CONGSHU

林寿宁 主编

XIAOHUANEIKE
XINYISHI
SHOUCE

消化内科 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

消化内科新医师手册

林寿宁 主编



化学工业出版社
生物·医药出版分社

· 北 京 ·

内 容 提 要

本书详细论述了如何询问病史、查体中注意哪些体征、患者需要做哪些检查、如何诊断和鉴别诊断、应该选用哪些治疗方案等。书中还对新医师如何尽快胜任消化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,帮助新医师对消化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

消化内科新医师手册/林寿宁主编. —北京: 化学工业出版社, 2008. 1

(新医师上岗必备丛书)

ISBN 978-7-122-01816-8

I. 消… II. 林… III. 消化系统疾病-诊疗-手册
IV. R57-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 206197 号

责任编辑: 赵兰江 蔡 红 孙小芳 文字编辑: 韩 墨
责任校对: 周梦华 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 刷: 大厂聚鑫印刷有限责任公司

装 订: 三河市延风装订厂

787mm×1092mm 1/32 印张 8 $\frac{3}{4}$ 字数 208 千字

2008 年 2 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

《消化内科新医师手册》

编写人员

主 编 林寿宁
编 者 (以姓氏笔画为序)
朱永革 林寿宁 罗昭琼 唐少波
雷力民

前 言

随着医学科学的迅速发展，消化疾病的诊疗观念和技术在不断更新。对于刚刚进入消化内科的临床医师来说，从学校获得的许多书本知识不能满足临床工作的需要，所学的医学理论与临床工作难以有效地结合。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，根据消化系统疾病的特点，按照临床实际诊疗顺序，列出了新医师接诊患者时，从病史采集到体格检查，从开具医嘱到病历书写需要注意的问题。系统介绍了如何根据问诊和查体选择辅助检查，如何诊断疾病以及需要与那些疾病鉴别，在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，最后还交待了有关出院和随访的内容。

本书对常见的消化系统疾病，如慢性胃炎、消化性溃疡、肝硬化，以及急性胰腺炎、消化道出血等急症进行了详细的阐述，同时对一些较少见的消化系统疾病也进行了简要的介绍。本书参阅了最新公布的国内外消化系统疾病诊疗指南和最新进展，并结合目前国内消化系统疾病临床诊疗实际情况，重点阐述了药物治疗原则、药物具体应用，并对常用中医药治疗方法进行了介绍。同时又对一些常用的消化系统疾病诊疗技术做了叙述。

由于临床医疗具有较强的实践性，且患者自身情况不同，各医院的医疗条件不同，所以临床医师参考本书介绍的诊疗方案时，一定要结合患者的具体情况及医院的医疗条件。

本书力求内容实用、系统及阐述简明准确，但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 新医师消化内科临床技能培养	1
第 1 节 如何尽快胜任消化内科医疗工作	1
第 2 节 如何写好病案	9
第 2 章 消化系统疾病的评估	15
第 1 节 常见消化系统疾病症状的评估	15
第 2 节 消化内科常用诊疗技术运用	25
第 3 章 胃食管反流	33
第 4 章 食管癌	41
第 5 章 功能性消化不良	49
第 6 章 消化性溃疡	55
第 7 章 胃炎	65
第 1 节 急性胃炎	65
第 2 节 慢性胃炎	71
第 8 章 胃癌	81
第 9 章 克罗恩病	89
第 10 章 急性出血性坏死性肠炎	97
第 11 章 嗜酸粒细胞性胃肠炎	103
第 12 章 溃疡性结肠炎	109
第 13 章 假膜性肠炎	117
第 14 章 肠道动力性疾病	123
第 1 节 肠易激综合征	123
第 2 节 便秘	129
第 15 章 大肠癌	135
第 16 章 胃肠道息肉	141
第 1 节 胃息肉	141
第 2 节 肠息肉	143

第 17 章	胆囊炎	149
第 1 节	急性胆囊炎	149
第 2 节	慢性胆囊炎	154
第 18 章	药物性肝病	159
第 19 章	脂肪肝	167
第 20 章	肝硬化	173
第 21 章	原发性肝癌	181
第 22 章	胰腺炎	189
第 1 节	急性胰腺炎	189
第 2 节	慢性胰腺炎	194
第 23 章	消化道出血	201
第 1 节	上消化道出血	201
第 2 节	下消化道出血	209
附录 A	消化内科常用操作	213
附录 B	消化内科常用药物	235
附录 C	处方常用外文缩写表	269

第1章

新医师消化内科临床技能培养

第1节 如何尽快胜任消化内科医疗工作

对于新走上岗位的临床医师来说，熟悉医疗工作程序和管理制度，是尽快适应工作环境，尽快进入角色所需要的。

一、接诊住院患者要求

接诊的过程中要求医师能够在第一时间对病人进行详细认真的问诊和查体，并正确书写住院病历；根据门诊病历和初步诊断有针对性地开具有关检查。接诊病人首先要打声招呼，并做自我介绍。医师走进病室或病房时，切忌一言不发，脸上表情应当正常，询问病情应该用尊重的态度和语气进行。

询问病史是认识疾病的开始，也是诊断疾病的重要方法之一。问诊时最好直接询问病人，对不能自述者，如病重、意识不清者则须向最接近该病人的家属或亲属了解询问病史。开始时可提出一些一般性的问题，如“您感觉有什么不舒服？”随即耐心听其陈述。询问病史应在体格检查之前，但在体格检查及其以后的过程中，都应根据需要或某些新情况，随时加以补充或深入询问并做好记录。问诊时医师应有高度的同情心和责任感，态度和蔼耐心，语言通俗易懂，避免使用不适当的语言。有时病人对记忆不清的事情陈述前后不一，甚至有时弄虚作假、夸大其词，医师应用科学的态度和医学知识加以分析整理，去伪存

真；对病情危重者，通过简明扼要的病史采集和重点检查后，应立即进行抢救，待病情好转后再做全面仔细的问诊和其他检查，以免延误治疗时机；其他医疗单位转来的病情介绍和病历摘要，虽可作重要参考资料，但仍须亲自询问病史。

体格检查是医师用眼、耳、口、鼻、手或借助简单的诊断工具（听诊器、叩诊槌）来了解患者身体健康状况的最基本的检查方法。其基本方法有五种，即视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。进行体格检查时必须精心、耐心、全面、仔细。检查病人必须在适当的光线、室温和安静的环境中进行，依次暴露各需检查部位，力求系统、全面，通常先观察一般情况，然后检查头、颈、胸、腹、脊椎、四肢、生殖器、肛门、神经反射等。如病情危重，简明询问病史后应立即进行救治、待病情好转后再进行详细体检，以免延误治疗。查体时，应该把自己想做什么、正在做什么、将要做什么，要求患者怎么配合，随时告知患者，体检要详细，查体过程中也要注意保护患者，避免其受凉。检查要按照正规的程序和手法进行，辅助检查要客观。

诊断过程中，不仅要考虑本专科的情况，而且要关注整体情况，考虑除本科疾病外是否存在其他疾病的可能性。不仅要注意器质性疾病，也在注意功能性病变。

医师在接诊时，应注意保护患者隐私。注意执行保护性医疗制度。医师应较及时而明确地向患者及其家属说明患者的病情，并解释将要采取的检查和治疗的方法、注意事项等。采用侵入性、损伤性的检查和治疗方法、使用大型检查项目和费用较高的药品之前，应解释清楚拟采用的检查或治疗方法的必要性，在求得理解与同意的基础上，请患者或家属签字，以防医患纠纷的发生。

新医师在接诊后，要向上级医师及时报告诊断、治疗情况及患者病情的变化，以便上级医师指导诊断和治疗。

在规定的时限内，完成首次病程记录及住院记录的书写。

病情危重患者的接诊有其特殊性，由于急症病人发病急、病情重、未知因素较多，因而易误诊误治。如急性消化道大量出血、急性腹痛、严重腹泻等疾病均有高风险性，在诊断和治疗过程中，应严格遵守法律、法规和上级卫生主管部门颁布的规章制度、操作规程，要把病历的项目填写齐全，并应及时、全面地完成好医疗文书的各项内容。重要的阴性记录，特别是有鉴别诊断意义的阴性表现和体征不能遗漏，必须向每个患者询问药物过敏史、既往史，做到防微杜渐。新医师需要注意做到如下几点。

(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详细、快速、准确地询问，要求医师熟悉消化系统疾病中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做到快速、准确、及时，如必要的血液检测、腹穿与肛门指诊、腹部B超、X线腹片等，可以为疾病的诊断和鉴别诊断提供帮助。

(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，也要迅速采取建立静脉通道、给氧、监测生命体征和心电监护等手段。

(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。

二、医嘱的注意事项

(1) 医嘱分长期医嘱（需要执行24h以上的医嘱）及临时医嘱两种。

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

(3) 医嘱要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。

(4) 医嘱上的药物必需使用通用名称，还要写明药物的剂型、规格、数量、用法、用量。西药如果规格为克(g)、用法为口服的可省略不写。

(5) 医师应详细填写医嘱单，相同的时间及签名，不得用省略号代替，医师必须签全名，无处方权的医师写的医嘱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：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，陪护人，中药及其他口服药物，外用药物，肌内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) 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，检查、处置、操作项目应将所用药物、材料的名称和数量逐项书写清楚。

(10) 所有医嘱不得涂改，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) 长期医嘱一般为一页，如更改较多时，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，不需填写原来开始使用日期，也不需在原长期医嘱中填写停止日期、时间和签名。

(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) 凡是需要紧急执行的医嘱，要注明“急”或“st”，并口头向护士说明。以免延误或遗漏。

(16) 凡须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。

(17) 如需要开病重、病危通知医嘱，应同时开具病重（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，第三联上要有患者家属的回执签名。

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，以及床位号、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。书写处方时应注意合理布局。

(2) 每张处方限于一名患者的用药。

(3) 药物必需使用中文通用名称，字迹清楚。

(4) 按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌证、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。规格应该使用国际通用标准：按克(g)、毫克(mg)、微克(μg) (重量)，升(L)、毫升(ml) (容量)，以及国际单位(IU)、单位(U) 计算。片剂、丸剂、胶囊剂、冲剂分别以片、丸、粒、袋计算，溶液剂、注射剂以支、瓶为单位计算。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。西药如果规格为克(g)、用法为口服可省略不写。

(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) 同类药物在一个处方中不宜重复出现，如阿托品与山莨菪碱(654-2)，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。

(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。

四、会诊的注意事项

会诊分为普通会诊、平急会诊、急会诊。普通会诊要求会诊医师24h内到达，平急会诊要求会诊医师当天到达，急会诊要求会诊医师15min内到达。申请会诊时应根据需要进行选择会诊种类。患者在住院期间需要其他科或其他医疗机构协助诊疗时，新医师提出会诊的理由，听从上级医师指示。会诊申请书中，应当简要说明患者病情及诊疗情况，欲会诊科的相关症状、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。会诊记录中，应当及时将会诊意见书写在病程记录中，注明会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间等。

五、如何做好消化内科查房

1. 独立查房

(1) 查房要求 对所管病员每天至少上、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 注意观察患者症状变化，如腹痛的程度、部位、发作次数，疼痛时间，用药后的变化等。注意检查患者体征变化，如腹水患者腹围的变化，体重的变化；腹膜炎患者腹部压痛、反跳痛的变化情况。及时了解辅助检查的变化，如急性胰腺炎患者血、尿淀粉酶的变化，电解质（特别是血钙）的变化，血糖的变化等。通过以上治疗前后的变化，评价诊断、治疗的正确性，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，并执行医嘱或指导护士正确执行医嘱。

2. 科室内大查房

(1) 准备查 上级医师多进行以下检查：询问病人症状，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，包括胃肠镜、B超、CT、MRI等影像资料；查询病人对疗效的感受和意见。针对以上内容做好查房前的准备工作。

(2) 提前背 主任医师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“住院记录”、“病程记录”、“拟诊意见（印象）”和“诊疗计划”，以及医嘱执行情况、病人感受意见和体征观察情况。故应提前对所管患者的病

史、体格检查、辅助检查、诊断、治疗后变化进行充分了解，并主动报告自我检查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、医学进展、疑难问题、风险及不安全因素，应当场向上级医师询问，并对上级医师的指示做好记录。注意避免在床前讨论病情，以免患者对诊疗产生误解。

(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。

六、独立值班时注意事项

新医师在刚开始独立值班时总会非常紧张，遇到紧急情况时可能会不知所措，从而影响对疾病诊治的正确判断。所以新医师在消化内科独立值班时要注意下列问题。

1. 重视交接班

新医师应提前到达科室，交接班时，应巡视病室，对危重患者应床前交班，重点了解急症、危重患者及新入院患者的情况，对患者目前诊断、用药、治疗效果、预后等做到心中有数，尤其是上消化道大量出血、重症胰腺炎、肝性脑病、晚期消化道肿瘤等患者，病情变化随时可能出现，对这些患者可能出现的病情变化及处置方法，应心中有数，如有不清楚之处，一定要请示上级医师。

2. 做好值班记录

值班医师负责各项临时医疗工作和患者临时情况的处理，对新入院患者和转入患者，要及时检查，书写病历或转入记录（要求当班完成），并给予必要的医疗处置。对急症、危重病患者的病情变化要随时做好记录并及时处理。这些记录不仅反应一个新医师的医疗水平，也是重要的医疗文书和法律文件。

3. 认真查房

在对所有住院患者进行全面巡查的基础上，重点查看危

重患者、病情不稳定患者和新入院患者，并通过医疗档案进一步了解患者的病情和诊疗情况，当患者病情出现变化时才能快速有效地提出正确合理的治疗方案。

要经常巡查危重患者，危重患者病情复杂、变化快、预后差，如果患者病情出现轻微的变化，或患者感到有点不舒服，有的患者或家属为了不在夜间麻烦医师和护士，往往会不通知医师，往往使一些比较容易处理的情况，变得难以治疗，而危及患者生命，所以多探视患者可以及时发现患者的异常情况，也是与患者及其家属沟通，取得他们理解和支持的机会。

4. 多问多学

多向上级医师、有经验的护士学习，听取他们的意见，同时值班时最好带工具书，方便及时查阅。

5. 严格遵守值班制度

一线值班医师均必须在值班室住宿，不得擅自离开病房。护士通知诊视病人时，应立即前往诊查处理，不得借故推脱或不经诊视即下医嘱。如有事要暂时离开科室时（不得离院外出），必须向值班护士说明去向并保证能及时被找到。

6. 认真做好交班工作

若接班医师未到，虽到交班时间，交班者亦不能离开，可请示上级医师，落实接班医师后方能下班。每日晨会，值班医师应将急症、危重病员和新入院病员的情况重点报告，必须写书面交班记录，并向经治医师或值班医师交待危重病员病情变化情况及尚待处理的工作。

第2节 如何写好病案

病案又称病历，它记载病人的病情变化、诊断经过、诊断结果、治疗方法和疾病转归等临床资料信息，是医疗