

内科常

# 诊疗纲要

58613

内科常见病

# 诊疗纲要

贵阳市第一人民医院《内科诊疗纲要》编辑组编

朱震东

李静文 杨勤槐 刘秀武 陈桂祥

钱克强 黄桂英 江菊如 宁莉菲

梁培英 胡继书

贵阳市卫生局

一九七九年·国庆·

## 前 言

本书是在《内科常见病诊疗纲要》的基础上重新编写的。诊疗纲要一书原为院内实习及进修医生书写病历制订诊疗计划编写的参考资料，内容包括病历书写规程、用药注意事项、疾病诊疗提纲，护理常规等四个部分，其中以内科常见病诊疗提纲为主要内容。鉴于近年来国内外医学技术迅速发展，原书病种既少、内容亦不适应形势的发展需要，为此在院领导大力支持下组织内科部分同志对原书加以补充修订重新编写，内容仍以内科常见病为主，以诊疗提纲为重点，按疾病系统分为九章共116种疾病，不论在病种和内容方面均作了较大的增补。

此次修订对各种疾病的病因及发病机理作了简要的增补，对全国性会议制订的一些疾病诊疗标准方案作了介绍，对某些中医药治疗方剂作了一些补充，力求作到理论联系实际、诊疗结合、中西医结合，以便使临诊医生对有关疾病的发病原因，诊断要点、检查步序、鉴别内容、处理原则等有较明确的概念，减少临诊时翻阅参考书的麻烦，从而达到统一诊断治疗规程，积累完整科研资料提高医疗业务水平的目的。

由于我们的政治水平不高，业务知识有限，参考资料不多，加之时间比较仓促，书中错误和缺点一定不少，诚恳地

希望同志们给予批评指正。

本书在编印过程中得到贵阳市卫生宣传站、贵州新华印刷厂的大力支持和帮助，在此特表致意。

《诊疗纲要》编辑部

一九七九年十月一日

# 目 录

病历书写	(1)
用药注意事项	(6)
<b>第一章 传染病</b>	<b>(9)</b>
流行性感胃	(9)
病毒性肝炎	(10)
伤寒与副伤寒	(18)
细菌性痢疾	(20)
阿米巴病	(24)
阿米巴痢疾	(24)
阿米巴肝脓肿	(25)
疟疾	(28)
蛔虫病	(30)
钩端螺旋体病	(32)
流行性出血热	(34)
流行性脑膜炎	(37)
流行性乙型脑炎	(40)
败血症	(44)
感染性休克	(47)
发热	(55)
<b>第二章 呼吸系统疾病</b>	<b>(60)</b>
急性支气管炎	(60)

慢性支气管炎	(61)
支气管哮喘	(63)
支气管扩张症	(65)
肺气肿	(67)
细菌性肺炎	(69)
肺炎球菌性肺炎 (附: 支气管肺炎)	(69)
金黄色葡萄球菌肺炎	(72)
休克型肺炎	(73)
肺炎支原体肺炎	(75)
肺脓肿	(76)
干性胸膜炎	(79)
渗出性胸膜炎	(80)
自发性气胸	(83)
肺结核病	(85)
支气管肺癌	(90)
呼吸衰竭	(95)
<b>第三章 循环系统疾病</b>	<b>(99)</b>
心力衰竭	(99)
风湿病与风湿性心脏炎	(103)
风湿性心瓣膜病	(105)
亚急性细菌性心内膜炎	(107)
慢性肺原性心脏病	(109)
高血压	(115)
冠心病	(123)
心绞痛	(126)
心肌梗塞	(130)

急性心包炎	(136)
慢性缩窄性心包炎	(139)
心肌炎	(140)
原发性心肌病	(141)
心律失常	(143)
窦性心动过速	(143)
窦性心动过缓	(144)
过早搏动	(145)
阵发性室上性心动过速	(148)
阵发性室性心动过速	(151)
心房纤维颤动	(153)
房室传导阻滞	(155)
心脏复苏	(157)
<b>第四章 消化系疾病</b>	<b>(163)</b>
急性胃炎及胃肠炎	(163)
慢性胃炎	(164)
消化性溃疡	(168)
胃癌	(176)
上消化道出血	(182)
急性出血性坏死性肠炎	(186)
局限性肠炎	(189)
肠结核	(193)
结核性腹膜炎	(195)
慢性非特异性溃疡性结肠炎	(197)
结肠癌	(201)
黄疸	(204)

肝硬化	(208)
门脉性肝硬化	(208)
坏死后性肝硬化	(215)
胆汁性肝硬化	(217)
原发性肝癌	(219)
肝性昏迷	(225)
<b>第五章 肾脏疾病</b>	(230)
原发性肾小球肾炎	(230)
原发性肾小球肾病	(238)
肾病综合征	(239)
肾盂肾炎	(239)
急性肾功能衰竭	(243)
慢性肾功能衰竭	(248)
<b>第六章 血液病</b>	(251)
贫血	(251)
缺铁性贫血	(253)
巨幼红细胞性贫血	(255)
再生障碍性贫血	(257)
溶血性贫血	(260)
白血病	(263)
急性白血病	(265)
慢性白血病	(271)
恶性网状细胞病	(274)
恶性淋巴瘤	(276)
出血性疾病	(280)
过敏性紫癜	(280)



血小板减少性紫癜·····	(282)
弥漫性血管内凝血·····	(285)
<b>第七章 代谢、胶原纤维及内分泌疾病</b> ·····	(291)
水、电解质和酸、碱平衡紊乱·····	(291)
脱水·····	(291)
低血钾症·····	(294)
高血钾症·····	(296)
代谢性酸中毒·····	(297)
呼吸性酸中毒·····	(299)
代谢性碱中毒·····	(301)
呼吸性碱中毒·····	(302)
糖尿病·····	(303)
皮炎·····	(309)
系统性(播散性)红斑狼疮·····	(311)
甲状腺机能亢进症·····	(314)
甲状腺机能减退症·····	(318)
肾上腺皮质机能亢进症·····	(321)
原发性慢性肾上腺皮质机能减退症·····	(323)
尿崩症·····	(325)
<b>第八章 急性中毒</b> ·····	(328)
急性中毒处理原则·····	(328)
有机磷农药中毒·····	(332)
磷化锌中毒·····	(335)
阿托品类中毒·····	(336)
异烟肼中毒·····	(338)
乙醇中毒·····	(339)

巴比妥类中毒·····	(341)
乌头类药物中毒·····	(343)
毒蕈中毒·····	(344)
触电·····	(346)
溺水·····	(347)
青霉素过敏性休克·····	(348)
<b>第九章 神经系统疾病</b> ·····	<b>(350)</b>
神经系统检查·····	(350)
昏迷·····	(371)
脑出血·····	(377)
脑血栓形成·····	(381)
脑栓塞·····	(384)
蛛网膜下腔出血·····	(386)
病毒性脑炎·····	(388)
急性脊髓炎·····	(392)
<b>附件:</b>	
二、内科常见病护理常规·····	(395)
一、人体检验正常值·····	(402)

# 病 历 书 写

## 一 病 历 的 重 要 性

病历是病人在诊治疾病过程中的真实记录，它对系统地观察病情、提供诊断依据和治疗参考起着重要的作用，同时对医学科研工作提供了原始的素材，是最基础的科研资料。此外，它还具有法律方面的作用，是某些法律处理，如工伤、谋杀等的决定性依据。因此，医护人员应把写好各项医疗护理病历和记录作为基本功训练之一，不断地提高病历书写的质量。

## 二 病 历 书 写 的 要 求

- (一) 准确及时
- (二) 全面而又重点突出
- (三) 有分析、有条理
- (四) 字迹清楚，整洁
- (五) 严禁撕补和涂改

## 三 几 种 病 历 的 书 写

(一) 完整病历：实习医生至少应书写3~5份作为最初步的训练，要求医生对病人作全面的病史询问及体格检

查，一开始就养成良好的习惯。如病史方面包括一般项目、主诉、现病史、过去史（各系统病均应询及）、家庭史、个人史、婚姻、生育及月经史等均需依次问到及记录清楚。体检方面要全面系统地检查和描述，已作的特殊检查和化验结果也要记上，最后综合归纳写出摘要，作出全面的诊断（本科主病写在前面，本科副病及他科疾病写在后面），然后签上全名。

（二）住院记录：又称入院志，是住院医师或管床进修医师写的病历，相似于完整病历的摘要，可以分为一般项目、主诉、现病史、过去史，体格检查、特殊检查、化验结果及诊断等七个段落来写。住院记录要求写得简明扼要，重点突出。

#### 四 病历书写中的几个问题

（一）主诉是病人来诊的主要病状及其所经历的时间。

（二）现病史是围绕主诉对现在症的描写，如症状的发生（包括诱因）、发展、处置经过，其他次要症状及病后饮食、睡眠等。

（三）体格检查按体温、脉搏、呼吸、血压→全身的一般情况（发育、营养、神志、皮肤、淋巴腺）→局部，从头→颈→胸→腹→四肢脊柱→神经系统反射的次序记述。

（四）诊断要全面，有的疾病如心脏病，要有病因、病理、功能的诊断，其他副病也要下诊断，中西医结合病历，还要加上中医诊断和分型，必要时写上治则。

（五）写好病历及各种记录后，一定要签上全名，每张病历纸上的姓名、住院号均应填写。

## 五 几种特殊记录的书写方法

(一) 进行记录：又称病程记录，病人入院当天开始记述，另起一页，第一行写“进行记录”四字，第二行写日期，重危病人还应记下书写时间，然后记述病情及诊治经过，具体内容大致包括：

1. 症状消长情况，新症状的出现，以及病人的思想情绪等。
2. 重点体征及阳性体征的变化，新体征的发现，以及上级医生对原体征的校正等。
3. 特殊检查结果：如化验、X光、心电图、超声波检查等。
4. 上级医生查房分析及指示，会诊结果，特别要记下对于主病诊断的确定和校正、治疗的开始和变更。
5. 重点药物的用法，起和停，疗程、总量；抢救药物的应用及效果。
6. 手术操作的记述及术后病人的情况。
7. 其他：如特殊病人向上级汇报病情，向单位或家属交代病情及嘱咐等。

记录时间：重危病人一天可记多次，一般病人3~5天一次，慢性病1~2周一次。

(二) 请求会诊记录：填上姓名、性别、年龄、床号、住院号及简要的病历摘要及诊断，并注明会诊要求（或目的），经主治医师审查签字后送出。住院病人的X光、心电图、超声波、脑电图等检查，要按申请单中的项目详细填写。院外会诊经科主任同意后，写出病历摘要，交医政办公

室送出。

(三) 讨论记录：病案讨论、死亡讨论、临床病理讨论等均由管床医生另起一页专门记录之，记讨论日期，发言人姓名及发言内容，最后记下诊断及处理意见，死亡者记下死亡原因，记录者签名。

(四) 化验记录：三大常规应由化验室登记于病历上，若采用化验单，应按日期顺序，每张间距一公分以上往上贴，尽量在纸头上记下化验日期、检验项目及结果，阳性和异常结果用红色墨水填记，便于查阅。

(五) 病历首页：病人入院时由住院处填写姓名、性别、年龄（不允许填“成”），详细住址及入院日期。出院时出院日期及住院天数由主班护士填写并装订好病历。以后由管床医生填出院诊断与疗效（死亡用红色）并签名，主治医师再核查修改后签名，然后归档。有些特殊检查和治疗亦可注于首页，以便查考。

(六) 体温记录、治疗记录及特别记录等主要由护理人员填写，则按护理部要求填记。

(七) 门诊记录：封面各项均应由病人或家属填写（医护人员亦可代填），内容要记就诊日期，急诊者注明时间，不是急诊的重危病人亦应记诊病时间，然后记简要的病史、体检、诊断及处理，药物要写用量和用法，外文要按规定写清楚，收入院的病人，记录应写得更详细些，最后也要签上全名。

## 六 病历排列次序

(一) 住院期间：体温记录、治疗记录、病历首页、住

院证、住院记录，完整病历、进行记录、会诊记录、特殊检查记录、化验记录、特别记录、门诊记录，病人在抢救期间，特别记录置体温记录前。

(二) 出院装订：将体温记录及治疗记录取下，按日期先后整理，放于其他记录后。门诊记录交病人便于复诊；住院死亡者，将门诊记录放于病历首页后面，一齐装订存档。

# 用 药 注 意 事 项

## 一、磺胺药内服检查常规

(一) 用药以一周为限，必需久用者减量。

(二) 每日给水至少二升，并维持一升以上小便。

(三) 小便检查：第一周用药应每隔二日检查一次。第二周用药应隔日检查一次。

(四) 血象检查：第一周用药应检查白细胞二次。两周以上用药每周检查白细胞三次。

## 二、麻 醉 药

如吗啡、杜冷丁等对于腹痛诊断不明不能乱用，用于心脏病，病原不清不能乱用，用于止痛不能长期应用。肿瘤癌性剧痛例外。

## 三、退 热 剂

对发热诊断不明的病人，不能随意应用，如必需时仅限于临时小量，并密切观察反应。

## 四、安 眠 药

不宜长期应用（睡眠疗法例外）注意用量及间隔时间，尤对肝肾功能不良衰弱病人更应注意。



## 五、抗 菌 素

(一) 临床诊断不明的发热病人，除病情重笃疑由感染引起者外，不要作诊断性治疗。

(二) 对诊断已明而病原一时无法明确者，可根据临床经验选用抗菌素，如流感多由革兰氏阴性杆菌引起，肺炎多球菌引起，心内膜炎多链球菌引起。可选用相应敏感的药物。

(三) 用药量必须适当，对重病，中枢神经系统感染用量要大（大一倍）疗程要长，对病原菌敏感，病人抵抗力强，不易迁延的病，用药量要小，疗程要短（病情控制后2—3天可停药），对肾功能不良病人，除青、氯、红霉素，新生霉素外，其它对肾有刺激及损害药物应用普通量 $1/2$ 左右，或延长给药间隔时间，如能作药物敏感试验，应根据药敏度用药，轻敏用大量，高敏用普通量。

(四) 用药观察：急性感染用药3天左右，慢性感染一周左右，如疗效不佳应考虑药物是否适当，药量，给药途径是否合适，有无潜在传染病存在，病人全身状况如何以及诊断有无失误（如非细菌性感染，病毒，霉菌，风湿，肿瘤、血液病，寄生虫等）。

(五) 用药期间应注意事项：一是过敏及毒性反应，如过敏休克，剥脱性皮炎，药物热，神经系统，造血系统，肝肾等毒性反应，一经发现应即停药。二是二重感染，尤其是并用激素的老、幼、衰的病人（多在用药3—20日发生）常见的有消化道霉菌感染，葡萄球菌肠炎，肺念珠菌感染，阴性杆菌败血症及流感等，一经发现即改用对二重感染有效抗