

医 师 查 房 丛 书

内科 查房手册

第2版

主 编 黄峻 黄祖瑚
江苏科学技术出版社

CHAFANG
SHOUCE



师 查 房 丛 书

内科 查房手册

第2版

主 编 黄峻 黄祖瑚
副主编 王笑云 盛瑞兰
主 审 马文珠 敖忠芳
江苏科学技术出版社

CHAFANG
SHOUCE

图书在版编目(CIP)数据

内科查房手册/黄峻,黄祖瑚主编. —2版. —南京:
江苏科学技术出版社, 2004. 5

(医师查房手册丛书)

ISBN 7-5345-4165-4

I. 内... II. ①黄... ②黄... III. 内科-疾病-
诊疗-手册 IV. R5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 023697 号

医师查房丛书

内科查房手册(第2版)

主 编 黄 峻 黄祖瑚

责任编辑 徐 欣

编辑助理 郝慧华

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)

经 销 江苏省新华发行集团有限公司

照 排 南京展望文化发展有限公司

印 刷 扬中市印刷有限公司

开 本 850mm×1168mm

印 张 33.25

插 页 4

字 数 1 100 000

版 次 2004 年 6 月第 2 版

印 次 2004 年 6 月第 1 次印刷

印 数 1—5 000 册

标准书号 ISBN 7-5345-4165-4/R·784

定 价 56.00 元(精装)

图书如有印装质量问题,可随时向我社出版科调换

本书编著者名单(以姓氏笔画为序)

丁国宪	丁新生	马向华	马根山	王秀璵
王笑云	王海燕	王瑞云	王颖	孔祥清
占伊扬	邢益平	吕培中	朱安	朱学素
刘佳	刘晓华	刘煜	刘嘉玲	刘露
许迪	许家仁	杜福昌	杨金奎	李弘钧
李新立	吴汉新	吴翔	何戎华	狄福松
邹淑循	沈鸣九	张小勇	张仕清	张克勤
张缪佳	陆化	陆凤翔	陈玉心	陈图兴
陈建国	罗东黎	金庆文	周秀娟	单其俊
赵卫红	俞婉珍	桂鸣	柴伟栋	殷凯生
唐保元	黄茂	黄祖瑚	黄峻	黄湘虎
曹克将	盛瑞兰	程蕴琳		

本书审阅者名单(以姓氏笔画为序)

马文珠	孙宏训	李建勇	张文钦	敖忠芳
屠聿脩	蒋须勤			

再版前言

《内科查房手册》出版5年来受到广泛的欢迎和赞誉,经多次重印,印数达5万册,这是参加编写的专家们共同努力的结果。根据广大读者的要求,应出版社之约,我们近期对本书做了一次全面的修订,以适应内科学临床工作的新变化、新发展,满足读者们尤其是基层中青年医师工作的需要。

本书的修订力求达到以下要求:

新版的《内科查房手册》将继续遵循原版的“编写指导思想”,以保持全书风格的连续性和稳定性。我在本书第一版前言写道:“编写本书的目的旨在为年轻的内科医师提供查房时处理各种疾病的思路及方法,让他们了解如何规范地进行查房,如何提高查房质量……本书将把有丰富临床经验的高年资医师的临床思维方法和经验,介绍给年轻医师,使年轻医师们如同亲临其境得到上级医师的指导和帮助。”在本书第二版编写过程中,要进一步明确这种思想。

新版的《内科查房手册》强调推陈出新。根据临床医学的新进展和循证医学的基本原理,坚决删去陈旧过时的内容,补充和增添新理论、新方法、新技术和新方案,使本书能够充分反映新世纪之初内科学临床的崭新面貌。

新版的《内科查房手册》注重成熟的经验和常规的方法。力求内容能成为基层中青年医师临床工作中的床边参考和实用指南,能帮助他们解决工作中遇到的具体问题。这些内容要符合循证医学的基本原则,即提供的是最佳的临床证据,有助于医师结合病人的具体状况,做出准确的医疗决策。强调出新,但如果新的诊断技术、新的治疗方法还不够成熟,还没有达到公认的程度,那么仍然应该主要推荐传统和公认的技术方法,而将新的技术和方法作为

配角来介绍。

新版的《内科查房手册》将调整全书框架结构。每个病种下原先设立的条块：**【入院评估】**、**【病情分析】**、**【治疗计划】**、**【病程观察】**四项不变；而**【住院小结】**下的“出院诊断”删除；“预后评估”和“出院医嘱”则升级为**【预后评估】**和**【出院医嘱】**；最后一项**【提示】**也删除，其内容融入上述各项。这样，本书各章节所述的每一个病种，统一分为**【入院评估】**、**【病情分析】**、**【治疗计划】**、**【病程观察】**、**【预后评估】**、**【出院医嘱】**六个部分，旨在避免内容重复，又符合内科查房的实际情况，使本书更具有特色。

医疗查房是医院诊疗工作的重中之重。每种疾病的临床表现变化多端，病情的演变跌宕起伏，这就决定了治疗必须因病而异，因人而异，因时而异。在病情的不同阶段，如入院后早期、中期、后期查房的重点各不相同，因而要动态地剖析住院病人诊治的全过程，从病人的实际出发，贯彻个体化原则，实事求是，与时俱进。这种临床思维的能力，需要在长期的实践工作中逐步培养形成。新版的《内科查房手册》在这方面做了努力，希望有助于读者培养此种至关重要的能力。

书中如有疏漏和错误，恳请同道们和广大读者批评指正。

黄 峻

二〇〇四年六月

于南京医科大学第一附属医院

前 言

“临床医师在诊治每一名病人时应当谨慎严肃,时刻警惕着自己的判断或措施是否尽职、是否全面、是否有疏漏缺失,其心情就像古人所说的,如临深渊、如履薄冰。”著名内科学专家张孝骞教授对待临床诊治问题的这种严谨态度,应成为年轻内科医师们的学习楷模,这也是做好内科查房工作应取的基本态度。

改革开放以来,我国的医疗卫生事业发展很快,各种仪器设备层出不穷,检查手段令人目不暇接,但医院要履行其服务于病人的责任,仍然必须依赖许多基本的医疗规章制度。其中,查房制度尤其重要。它是医院和临床科室的一项最基本的制度。查房制度能否坚持并做好还关系到其他医疗制度的执行。

做好查房工作是服务于病人的需要。临床医师服务的对象是人,是失去健康的人。疾病是千变万化的,稍有不慎就可能造成无可弥补的损失。敬爱的周恩来总理曾说过:“医学院的附属医院不能等同于工科学院的附属工厂,不允许出废品。”

做好查房工作是医院管理的需要。查房工作是医院基础管理的一部分,查房的质量反映了一个医院和一个科室的管理水平,也直接关系到医疗水平和医疗安全。

做好查房工作既是培养年轻医师的需要,也是年轻医师锻炼成长的需要。临床医学涉及的知识面很宽,在学校里不可能都学到,诸如临床心理学等新知识,往往需在实践工作中才能获得。就是书本知识,也还需要通过实践,才能转化为实际的医疗工作能力,才能形成临床思维方法。查房工作正是这样一个良好的实践机会。内科医师的查房工作是要天天进行的,日复一日,年复一年,不断实践,潜移默化。而且,查房时常可得到上级医师的直接指导、言传身教,又可与同事们讨论交流,切磋技艺,如此,才能不断地成长。

编写本书的目的旨在为年轻的内科医师提供查房时处理各种疾病的思路及方法,让他们了解如何规范地进行查房,如何提高查房质量。一个内科医师的查房水平及熟练程度,集中反映了临床思维的能力。本书将把有丰富临床经验的高年资医师的临床思维方法和经验,介绍给年轻医师,使年轻医师们如同亲临其境般得到上级医师的指导和帮助。

本书中每一种内科疾病的撰写均分为五个部分,即“入院评估”、“病情分析”、“治疗计划”、“病程观察”和“住院小结”等。大致上“入院评估”、“病情分析”和“治疗计划”属于初期查房的内容;“病程观察”属于中期查房的内容;“住院小结”则属于出院前查房的内容。

本书不同于通常的内科诊疗手册,它有自己的特点。在编写过程中,首先力求做到动态地反映查房的全过程,“查”字贯穿全书始终,因病而异,随时而变。第二是力求立体化地综合诊疗过程,“诊”与“疗”交织在一起。第三是力求内容实用、新颖,凡教科书已载明的内容不再重复,不求面面俱到,而是充分反映内科最新诊疗观点。

本书的编者以知名的内科医学专家为主,均在附属医院中从事过多年临床和医学教育工作,不仅专业知识功底扎实,而且有着丰富的临床经验,大多数还是研究生导师。本着严谨求实的精神,他们在百忙中收集资料,结合自己的专长和经验,撰成本书。本书是集体智慧的结晶。衷心感谢他们的辛勤工作。

本书的编写本身是一种尝试,国内外没有现成的同类书可资借鉴。要把内科学的有关专业知识和临床经验与查房工作结合起来,要避免落入一般教科书撰写的传统模式中,要争取做到为年轻的内科医师尤其是基层单位的年轻医师所接受和采用,并非易事。尽管我们做了一些研究和探索,力争把本书写好,但由于面对的是一项全新的工作,尤其我本人的水平和经验有限,书中如有疏漏和错误,恳请同道们和广大读者不吝批评指正。

目 录

概 述	1
第一章 传染病	6
病毒性肝炎	6
传染性非典型肺炎	22
肾综合征出血热	34
伤寒	53
细菌性痢疾	63
中枢神经系统感染	71
败血症	86
第二章 呼吸系统疾病	96
咳嗽和咳痰	96
咯血	102
发绀	108
呼吸困难	115
慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和肺源性心脏病	124
慢性支气管炎	124
阻塞性肺气肿	128
慢性肺源性心脏病	133
支气管哮喘	139
支气管扩张症	154
呼吸衰竭	160
慢性呼吸衰竭	161
急性呼吸衰竭(急性呼吸窘迫综合征, ARDS)	165
肺炎	168
肺炎球菌肺炎	169

葡萄球菌肺炎	173
克雷伯杆菌肺炎	176
其他常见革兰阴性杆菌肺炎	178
军团菌肺炎	180
肺脓肿	181
肺结核	185
弥漫性肺间质疾病	194
结节病	208
原发性支气管肺癌	216
胸腔积液	227
气胸	235
第三章 心血管疾病	243
胸痛	243
心悸	246
水肿	249
充血性心力衰竭	254
心律失常	277
原发性高血压	296
冠心病	319
心脏骤停和心脏性猝死	333
心脏瓣膜病	337
二尖瓣狭窄	337
二尖瓣关闭不全	346
主动脉瓣狭窄	350
主动脉瓣关闭不全	355
多瓣膜病	359
感染性心内膜炎	364
心肌病	380
心包疾病	389
梅毒性心血管病	395

第五章 泌尿系统疾病	590
血尿	590
慢性肾小球肾炎	596
肾病综合征	602
肾盂肾炎	613
肾小管酸中毒	619
急性肾衰竭	632
慢性肾衰竭	643
第六章 血液和造血系统疾病	653
缺铁性贫血	653
营养性巨幼细胞性贫血	657
再生障碍性贫血	662
自身免疫性溶血性贫血	668
急性白血病	672
慢性粒细胞白血病	689
慢性淋巴细胞白血病	697
淋巴瘤	702
骨髓增生异常综合征	714
多发性骨髓瘤	721
特发性血小板减少性紫癜	730
凝血功能障碍	735
血友病	735
血管性血友病	741
维生素 K 依赖性凝血因子缺乏症	746
弥散性血管内凝血	749
第七章 内分泌系统疾病和代谢疾病	758
垂体瘤	758
生长激素缺乏性侏儒症	763
尿崩症	768
甲状腺功能亢进症	773

甲状腺功能减退症	784
甲状腺炎	793
亚急性肉芽肿性甲状腺炎	794
慢性淋巴细胞性甲状腺炎	799
皮质醇增多症	804
内分泌性高血压	812
低钾血症	817
甲状旁腺功能减退症	822
骨质疏松症	826
糖尿病	829
低血糖症	838
肥胖症	841
痛风及高尿酸血症	845
第八章 风湿性疾病	854
关节炎	854
系统性红斑狼疮	869
系统性硬化症	877
干燥综合征	888
系统性血管炎	895
结节性多动脉炎	896
第九章 理化因素所致疾病	903
急性中毒	903
附 急性中毒防治要点	912
第十章 神经系统疾病	938
急性感染性多发性神经炎	938
急性脊髓炎	946
脑血栓形成	952
脑出血	957
单纯疱疹病毒性脑炎	961
多发性硬化	965

帕金森病	973
肝豆状核变性	978
癫痫	982
神经系统变性疾病	995
运动神经元病	995
Alzheimer 病	999
神经系统遗传性疾病	1002
遗传性共济失调	1003
腓骨肌萎缩症	1005
重症肌无力	1008
多发性肌炎皮肌炎	1016
进行性肌营养不良症	1021
第十一章 老年人疾病	1027
老年人肺部感染	1027
老年人多器官功能衰竭	1034
老年痴呆综合征	1040
老年人合理用药	1046

概 述

医院里有一些好的规章制度,这是在长期工作中形成和建立的,是几代人呕心沥血总结、积累起来的。查房制度就是其中一项重要和基本的制度。

一、内科查房的意义

著名医学家张孝骞教授说过:“临床上有一套常规诊断方法(包括病历、体格检查和常规实验室检查)可以用来搜集初步资料,为了保证能如实反映病人所患疾病的整体,这些资料应该系统、完整。这项基础医疗工作好像很平凡,但极重要,是医师的基本功,若是没有做好,就可能为病人造成误诊、漏诊和其他损失。”内科查房正是这样一种平凡而极重要的基础医疗工作。

查房是医师深入病房直接了解病人状况,口问手查,采集病史和做体格检查,掌握第一手资料的过程。查房时要求医师运用自己的知识和经验,根据有关病情的客观资料,作出正确的诊断和恰当的处理。查房也是医师和病人面对面的交流和沟通,可增进双方的相互信任和理解,这也是获得良好治疗效果的基本条件。

查房的结果均应详细记录在病人的病历上。从病历中,我们可以了解查房的质量,可以评估每位医师的业务能力和工作责任心。

内科查房有多种形式,如管床医师的查房、上级医师的查房以及教学查房等。其中管床医师查房是最常见的形式,每天应进行2次。上级医师查房视情况而定,每周1~3次,旨在解决低年资医师未能解决的医疗问题,提高医疗质量,体现了卫生部等级医院管理中三级查房的要求。教学查房以提高年轻医师业务能力和水平为主要目的,往往选择某些典型病例、疑难病例进行分析讨论,上级医师不断提出问题,引导讨论,剖析病情,常可取得教学相长的效果。各级医师都必须严肃、认真地对待每一次查房,并做好充分的准备。一些较大的医院,尤其是医学院校附属医院或教学医院对查房的要求很严格,并有一套相应的制度来检查和监督,因而查房的质量较高,年轻医师也从中得到较大的教益和提高。

二、内科查房的内容

内科病人住院的全过程不论时间长短,大致可以区别为初期、中期和出院前期三个阶段。入院初期的内科查房主要内容有:① 采集病史、体格检查和分析门诊资料;② 根据上述材料作出基本诊断、确定临床类型,并分析和寻找出基本病因,此外,为了进一步作出诊断和鉴别诊断,可提出继续检查的项目;③ 制订治疗计划。入院中期的内科查房着重于病程观察,包括观察病情的演变,分析治疗的效果,并决定进一步的处理方案。诊断明确、治疗有效的病例应力求巩固疗效,促进尽早治愈,并防止和减少疾病本身可能发生的各种并发症,监测和防止药物及其相互作用引起的不良反应。诊断仍有怀疑的病例,应再次全面复习临床资料,必要时全面做体检,分析疑点,寻找线索,力求尽早明确诊断,并调整治疗方案。诊断明确但治疗效果不够理想者,则要分析原因,是病人存在影响疗效的因素,还是治疗方案存在缺点,再据此作出相应的调整。出院前的内科查房旨在对住院过程作出小结,为病人出院做好准备,并拟订出院后的继续治疗方案。主要内容为:① 确定诊断:这是最终诊断,这一诊断必然会影响到病人今后的医疗,故应慎之又慎,尽量做到确定无疑;② 评估疗效:这一评估将成为出院后治疗方案的基础;③ 判断预后:这是对病人未来的一个总体估计,医师应根据这一估计为病人设计一个完整的长期医疗方案,并使病人和家属对病情的可能演变有一个较清楚的了解,主动配合医疗活动,做好随访工作,争取最好的预后;④ 制定出出院后的医疗方案即开出出院医嘱。

三、内科查房的基本要求

内科查房中的一些基本内容如采集病史、体格检查和实验室及特殊检查,属基本的临床工作,其好坏反映了医师的基本功,这也是提高查房质量所必需的。

(一) 采集病史

病史是疾病发生和演变的过程,也是诊断的第一步。有的疾病如心绞痛尤其劳累型心绞痛,根据病史就可以做出诊断。有的疾病在其病史中提供的信息,有助于判断疾病的类型、病程的分期、基本病因和诱发因素,也是决定治疗方案的重要基础。还有的疾病如高血压,其早期体检和实验室检查可能均为阴性,此时病人的一些非特异性主诉如头昏、焦虑、失眠、头部搏动感、胸闷等就成为做出诊断或进一步检查的重要线索。尽管 20 多年来,许多新的现代

化检查器械和手段陆续投入临床应用,为我们提供了大量精确和客观的资料,但病史采集的重要性仍未降低或改变,熟练地采集病史应成为临床医师的基本功。

采集好病史并不难,关键还在于重视和耐心。这两者又是有联系的,重视了才能做到耐心,才能不惜时间去做。有经验的高年资医师在查房过程中往往不仅认真聆听下级医师的病史和病情汇报,还常在床边通过倾听病人陈述、询问病情来龙去脉,甚至了解症状的某些细枝末节来采集病史和掌握第一手材料,这种方法和态度值得年轻医师学习。

采集病史贵在细致。病史来自病人的陈述,但病人并非医师也未学过医学知识,其对症状和感觉的描述难以做到确定无误,这就需要作分析。有经验的医师在倾听病人陈述时应作细致的分析,以提高病史材料的正确性,避免诊断时走弯路。

病史的采集不是一次性地仅在入院时或首次查房中进行,而应不断地进行。首次的病史采集应尽量全面些、细致些,但即使是经验丰富的高年资医师仍难以做到百无一漏,需要在尔后的每次查房中继续采集病史,以作弥补。病人的病情在不断的演变中,治疗的干预又可产生新的情况,掌握这些动态的变化,有助于判断病情发展变化的趋势,有助于正确地评估治疗的效果。

(二) 体格检查

全面、细致的体格检查也是作出正确临床诊治的基础。有的体征对疾病的诊断起决定性作用;有的则可提供十分有益的线索,把我们的诊断引向正确的方向;还有的可帮助我们排除某些疾病,缩小鉴别诊断考虑的范围。对于初次查房的病人均应做一次全面系统的体检,以后隔一段时间还应再次做全面体检。在两次全面体检之间,每天例行的查房中仍应有重点地复查一次体征。如病人出现新的情况,或实验室检查提示新的线索,应再做有针对性的体检。原有的体征发生变化,也要重视,要跟踪检查直至水落石出。感染性心内膜炎的确诊无疑要依赖血培养结果,但如在每天查房的体检中仔细听诊心脏,发现新的心脏杂音,或原有杂音的性质、响度、部位等有了明显改变,且在不同的时间有动态变化,则在血培养得到阳性结果之前,仍有可能做出初步诊断。

(三) 实验室检查和特殊检查

目前,由于技术的进步,影像学检查已可深入人体器官,对脏器的内部结构与功能作出可靠的评价。而临床检验的水平已可精确定量人体微量物质,甚至可在分子细胞水平和基因水平上揭示某些极早期和极细微的变化。这