

临床医学专业实习指导

胡增祥 荣大为 主编



南海出版公司

图书在版编目(CIP)数据

临床医学专业实习指导/胡增祥,荣大为主编. —海口:南海出版公司,2005.12

ISBN 7-5442-3315-4

I. 临... II. ①胡... ②荣... III. 临床医学—成人教育—高等教育—教学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)156709 号

LINCHUANG YIXUE ZHUANYE SHIXI ZHIDAO

临床医学专业实习指导

主 编	胡增祥 荣大为
责任编辑	张 辉
特约编辑	邵 萍
装帧设计	南海高教出版中心
出版发行	南海出版公司 电话(0898)66568511
社 址	海南省海口海秀中路 51 号星城大厦五层 邮编 570206
电子信箱	nhcbgs@0898.net
经 销	新华书店
印 刷	安徽省蚌埠广达印务有限公司
开 本	787×1092 1/16
印 张	17.5
字 数	454 千字
版 次	2006 年 1 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 7-5442-3315-4
定 价	34.00 元

南海版图书 版权所有 盗版必究

《临床医学专业实习指导》

编 委 会

主 编:	胡增祥	荣大为	
副主编:	曹庆贤	徐礼梅	宓淑芳
	杨 宏	周丽琴	孙玉霞
编 者:	胡增祥	荣大为	曹庆贤
	徐礼梅	宓淑芳	杨 宏
	周丽琴	孙玉霞	金世凯
	杨 锐	李德江	石 宏
	马 艳	李彬先	王志松

前 言

临床实习,是临床医学专业学生毕业前重要的实践教学环节。俗话说,“编筐窝篓,全在收口”,将临床医学专业学生培养成合格的高级医学专门人才,实现培养目标,是临床实习阶段的重要任务。本书出版既有助于“教”与“学”两个方面完成临床实习任务,促进理论与实践的结合,加强“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)训练,培养学生独立分析问题和解决问题的能力,也有助于为广大医学专业学生日后从事临床工作,达到“医师应当具备良好的职业道德和医疗执业水平,发扬人道主义精神,履行防病治病、救死扶伤,保护人民健康的神圣职责”的基本要求,成为合格的临床医生打下坚实的基础。

本书由北华大学等高校专家、学者编写。全书共八章、四部分内容:第一部分为几种常见疾病症状处理;第二部分为临床实习疾病,包括内科、外科、妇产科、儿科和神经科疾病;第三部分为临床基本技术操作;第四部分为临床实习的参考内容,包括辅助检查、常用药物、常用法规等。经审定,本书可作为成人高等医学教育临床医学专业实习学生临床实习教材,也是临床老师带教的重要参考书。

本书在编写过程中以第六版教材为蓝本,参考了多部相关书籍,汇集了相关资料和法规,力求做到“内容新颖、简练实用、术语准确、条理分明”,既有科学性,又有实用性。但由于编者水平和编写时间有限,书中不足之处在所难免,敬请广大读者和有关专家学者不吝批评指正。

最后,对在本书编写过程中参阅的文献资料的作者和给予大力支持的领导、同志们在此表示衷心的感谢。

编 者

2005 年 12 月于吉林

目 录

第一章 几种常见疾病、症状处理	(1)
第二章 内 科	(10)
第一节 呼吸系统疾病	(10)
第二节 循环系统疾病	(16)
第三节 消化系统疾病	(26)
第四节 泌尿系统疾病	(32)
第五节 血液系统疾病	(35)
第六节 内分泌、代谢系统疾病	(40)
第七节 风湿性疾病	(42)
第三章 外 科	(43)
第一节 基本外科疾病	(43)
第二节 胸外科疾病	(60)
第三节 泌尿外科疾病	(69)
第四节 骨外科疾病	(79)
第五节 脑外科疾病	(93)
第六节 麻醉	(97)
第四章 妇产科	(108)
第一节 产科	(108)
第二节 妇科	(126)
第五章 儿 科	(138)
第一节 营养和营养障碍性疾病	(138)
第二节 新生儿疾病	(140)
第三节 消化系统疾病	(143)
第四节 呼吸系统疾病	(144)
第五节 循环系统疾病	(146)
第六节 血液系统疾病	(148)
第七节 泌尿系统疾病	(150)
第八节 神经系统疾病	(152)
第九节 小儿传染病	(153)
第十节 免疫性疾病	(154)
第六章 神经系统疾病	(156)
第七章 基本技术操作	(171)
第八章 附录篇	(196)
第一节 超声波检查参考值	(196)

第二节 心电图诊断参考值.....	(208)
第三节 常用检验参考值.....	(219)
第四节 临床常用药物及剂量.....	(234)
附录 法定文件	(248)
中华人民共和国执业医师法.....	(248)
中华人民共和国传染病防治法.....	(252)
医疗事故处理条例.....	(263)

第一章 几种常见疾病症状处理

【目的】

为了培养学生对临床常见疾病的处理能力,让学生了解常见症状、掌握急症的处理原则,以实用的基本知识为主,重点在急症的处理。为临床工作而奠定基础。适合全科医师和社区医疗的应用。

【要求】

在时间紧、变化快、病情重、全身多器官系统受累,临床医生诊断信息尚不充分、甚至人员、设备、器材尚不完备情况下,及时展开抢救。诊治措施的正确程度和及时程度关系到患者的生命和预后。兼顾先进性、实用性和可操作性,是实习医生必须首要掌握的。

一、发 热

对于低热和中度发热,一般可不作特殊处理,仅给予支持治疗。若体温持续 39.5°C 以上,或高热伴惊厥、谵妄,或高热伴休克、心功能不全应采取紧急降温措施,将体温降到 38°C 左右。

(1)病人应卧床休息,保持室内空气清新、温度和湿度适当,给予充足的水分和维生素,流质或半流质饮食。

(2)冷敷或冰敷 采用冷毛巾湿敷额部及表浅大动脉处,每 $4\sim 6\text{min}$ 更换一次,不超过 $12\sim 24\text{h}$ 。

(3)温水或乙醇擦浴 $32\sim 36^{\circ}\text{C}$ 的温水擦拭四肢、胸背部及颈部 $15\sim 20\text{min}$,或用温水配成 $30\%\sim 40\%$ 乙醇擦拭。

(4)年老体弱者可用冰水灌肠进行降温。

(5)解热镇痛药 物理降温后仍不见体温下降,匹林片、吲哚美辛(消炎痛)片、双氯酚酸钠片或栓剂。

(6)冬眠疗法 氯丙嗪 25mg 加入 5% 葡萄糖液 500mL ,在 $1\sim 2\text{h}$ 内静脉滴注完毕。

(7)防治脑水肿 如高热引起脑水肿,给予 20% 甘露醇 20mL 加地塞米松 $5\sim 20\text{mg}$ 快速静脉滴注。

治疗方案根据不同病因引起而不同。

二、急性左心衰竭

消除诱因:诱因不除,心衰难以纠正或纠正后再发。

治疗原发疾病。

抢救措施:

(1)体位 坐位或半坐位,减少静脉回流。

(2)给氧 一般鼻导管给氧。高流量氧气吸入(非纯氧 $6\sim 8\text{L}/\text{min}$)或去泡剂应用:通过酒精(50%)吸氧。可用面罩呼吸机持续正压给氧。

(3)吗啡 病情不十分危急者可 $5\sim 10\text{mg}$ 皮下注射。

(4)利尿:速尿 $20\sim 40\text{mg}$ 静注。

(5)氨茶碱:0.25g+5%—10%葡萄糖液 200mL。

(6)血管扩张剂,硝酸甘油 5—20mg+5%葡萄糖液 200mL 缓慢静滴,起始 5~10ug/min。

(7)强心剂 西地兰 0.4~0.8mg+10%葡萄糖液 20mL 缓慢静注,2h 后可重复使用半量。二尖瓣狭窄所致肺水肿洋地黄类无效。

三、高血压危象

尽快使血压降至足以阻止脑、心肾等靶器官的进行性损害。

静脉给予降压药,48h 内使舒张压不要降至 13.3kPa(100mmHg)以下,收缩压不低于 21.3 kPa(160 mmHg)避免血压下降过快、过猛,而加重心、脑和肾脏缺血。

慢性高血压病人 定期采血监测内环境情况,注意水、电解质、酸碱平衡情况及肝肾功能,注意有无糖尿病,心肌酶是否增高等。

硝普钠作为首选药物。

四、高血压脑病

卧床休息 降低血压,控制惊厥,减轻脑水肿,降低颅内压,预防心力衰竭。

一般治疗:

静卧床休息,避免精神紧张,清淡饮食,要注意水、电解质平衡。

药物治疗:

(1)降低血压:要求在数分钟至 1 小时内使血压下降,原有高血压者舒张压降至 110mmHg 以下,原血压正常者舒张压降<80mmHg,静脉滴注硝普钠等药,维持 1~2 周。

(2)控制脑水肿,降低颅内压 20%甘露醇,速尿等。

(3)控制抽搐:安定 10~20mg 缓慢静注,水合氯醛灌肠。

五、晕厥

(1)反射性晕厥:

血管迷走性晕厥 采取平卧位。

由心动过缓或房室传导阻滞引起者安置起搏器。

血管扩张、血压下降为主而无心率减慢者。 β 受体阻滞剂,有效预防血管迷走抑制性晕厥。

(2)心脏源性晕厥:

由心动过缓导致晕厥者均需安置心脏起搏器。

持续的室性或室上性心动过速均可用抗心律失常药物治疗。

怀疑晕厥为药物所致时应立即停药。

射频消融术为阵发性室上性心动过速的重要治疗方法。

六、危重哮喘

氧疗

缺氧伴二氧化碳潴留,给低浓度持续氧疗。

支气管舒张剂

支气管舒张剂可以解除支气管痉挛,降低气道阻力,改善通气功能。

(1) β_2 -受体激动剂是治疗危重哮喘选药物:主要选用雾化吸入可以静脉滴注。用的 β_2 -受体

激动剂沙丁胺醇为例。

(2)茶碱类药物:首次剂量为 4~6mg/kg。

(3)抗胆碱药:吸入抗胆碱药溴化异丙托品,可以阻断迷走神经,往往与 β_2 -受体激动剂联合吸入治疗,使支气管舒张作用增强并持久。

肾上腺糖皮质激素

与其他支气管舒张剂联用时有明显的增效,氢化可的松 100~400mg/d 或地塞米松 10~30mg/d,4~6h 起效。

静脉补液

恰当的静脉补液有利于纠正脱水、稀释痰液及防止痰栓形成。

纠正酸碱失衡及电解质紊乱

抗感染治疗

机械通气

对气道严重阻塞、伴有呼吸衰竭的危重哮喘患者,经各种治疗病情仍继续加重恶化,应该进行机械通气治疗,通过机械通气改善患者的通气及换气功能、清除气道分泌物及降低呼吸功。

机械通气的指征:

a. 心脏、呼吸骤停;b. 严重的意识障碍;c. 严重的呼吸节律紊乱;呼吸浅慢、不规则或有呼吸暂停。

机械通气的撤离:危重哮喘患者机械通气治疗后,支气管痉挛收缩在短时间内可以迅速缓解,气道阻力降低, PaCO_2 逐渐恢复正常。

七、大咯血

一般治疗

消除紧张,密切观察神志、呼吸、脉搏、血压等生命体征。

休息

患者侧卧位,头转向一侧,保持呼吸道通畅。

对症治疗

镇静剂,镇咳。

止血药物

(1)抗纤维蛋白溶解的止血药

6-氨基已酸(ECA):2~4g 加入 20~40mL 液体中静脉注射。

对羧基苄胺(止血芳酸):0.1~0.2g 加入 20~40mL 液体中静脉注射。

(2)作用于血管或血小板的止血药

垂体后叶素:用 10u~40u 加入 500mL 液体中静脉滴注维持治疗。禁用于高血压、冠心病、心功能不全者及孕妇,用药期间要严密观察病情,若患者出现头痛、面色苍白、心悸、出汗、腹痛等不适反应,要减慢滴速,反应严重者,要停药观察。

止血敏:增强血小板的聚集性与黏附性,缩短凝血时间。

经纤维支气管镜止血,局部止血:

气囊导管填塞:经纤维支气管镜将末端为气囊的导管放入病变侧支气管,气囊膨大填塞出血支气管的近端部位。

支气管动脉栓塞(BAE)大咯血药物止血不能奏效,纤维支气管镜检查有禁忌证的患者可以考

虑 BAE。

输血

外科手术

反复大咯血可以考虑肺叶、段切除术。

病因治疗

窒息的防范：

致死原因是窒息，要特别重视保持呼吸道通畅的措施；采取头低脚高 45° 的俯卧位，尽快排出口咽、鼻腔、喉部及呼吸道的血块，必要时用纤维支气管镜解除气道阻塞。

八、肝性脑病

治疗目的有三方面：降低肠道的氮负荷；增加肠外的氨清除；抵消神经递质的异常。

消除诱因

注意当患者烦躁或有抽搐时，禁用吗啡及其衍生物、副醛、水合氯醛、哌替啶及速效巴比妥类。可减量使用安定，东莨菪碱、非乃更、扑尔敏有时可作安定药作用。

氨中毒假说的治疗：

(1)减少氨的产生

合理饮：控制蛋白质摄入量，发生脑病时，禁食蛋白质。

灌肠或导泻：用生理盐水或弱酸性液体禁用肥皂液。

非吸收性双糖：有乳果糖及乳山梨醇。通过改变结肠内菌群的代谢，使细菌对 NH_3 的摄取、利用增加，结肠内 NH_3 生成减少，吸收减少。

抗生素：阻断 NH_3 及其他毒物的生成可选新霉素， 2g/d 分次服用。

调整肠道菌群：促进肠道有益菌共生，抑制有害菌生长。

(2)促进氨的代谢清除

L-鸟氨酸—门冬氨酸盐；通过促进尿素的合成与氨的利用降低血氨，剂量为 20g/d ，静滴，连续 7 天。

谷氨酸盐：属碱性溶液，宜于代谢性酸中毒时适量使用。

精氨酸盐 (25%， 20mL/支)；通过促进鸟氨酸循环以清除氨。

GABA 假说的治疗：

氟马西尼可能逆转 HE 的神经症状，该药为静脉给药，其作用时间短，价格昂贵，从而限制其临床应用。

假性神经递质假说的治疗：

若支链氨基酸 (BCAA) 竞争血脑屏障进入 CNS 的含量增加，则芳香族氨基酸进入的含量减少，作为主要能源供应，纠正负氮平衡，促进蛋白质合成。

体外解毒治疗：

适用于对经标准治疗无效的 HT 性脑病患者，包括活性炭血液灌注和血液透析系统治疗等。

对症治疗：

及时纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡失调，保持呼吸道通畅，防治脑水肿、消化出血、感染和休克等。

九、急性腹痛肾绞痛

非手术治疗

(1)大量饮水:可促使微小结石排出。

(2)碱化尿液:尿液 $\text{PH} > 7.5$ 。

(3)止痛:绞痛发作期,可给予解痉药物阿托品等。疼痛剧烈应使用哌替啶 100mg 肌注。

外科手术疗法

出结石

其他

体外震波碎石、超声碎石、电击碎石等。

十、糖尿病酮症酸中毒

尽快纠正脱水、酸中毒和电解质紊乱,小剂量胰岛素持续静脉点滴以尽快恢复正常的代谢状态。

补液

首先使用生理盐水,掌握“先快后慢”的原则,补液总量可按原体重 10% 估计,成年酮症酸中毒患者一般失水 3~6L,头 4h 应补足失量 1/2 和 1/3 以纠正细胞外脱水及高渗等问题,以后主要纠正细胞内脱水并恢复正常的细胞代谢及功能。头 24h 输液总量约 4000~5000mL,脱水严重时补液量可达 6000~8000mL,当血糖降低到 13.9mmol/L 时改用 5% 葡萄糖液或 5% 葡萄糖盐水,其中加入适量的短效胰岛素。

小剂量胰岛素治疗:

成人 4~6u/h 一般不超过 10u/h,血糖下降速度一般为每小时 3.9~6.1mmol/L。

纠正电解质酸碱平衡紊乱

补碱应避免与胰岛素使用同一通路,以防胰岛素的效价下降一般 pH 值, < 7.1,可考虑适当补碱,常用 5% 碳酸氢钠 100~200mL。如治疗前血钾已低于正常,开始治疗时即应补钾,头 2~4 小时通过静脉输液每小时补钾约 13~20mmol/L。

氧疗、抗休克、应注意有严重感染、心肌梗死、积极处理心力衰竭、心律失常、肾功能衰竭、脑水肿。

十一、高渗性非酮症高血糖昏迷

补液

(1)补液总量:总量多在 6~10L。

(2)确诊后血钠 $\leq 150\text{mmol/L}$ 时,不论渗透压高低,都可以使用 0.9% 生理盐水,血钠 $> 150\text{mmol/L}$ 的患者可使用 0.45% 的低渗盐水。监测血钠的变化。

(3)补液速度:在第 1 小时内至少应该给予 1L 液体或更多,但要注意心、肾功能的变化。

胰岛素

胰岛素剂量为 0.1u/kg/h 持续静脉滴注,当血糖降至 13.9mmol/L 时,开始输入 5% 葡萄糖液,每 3~4g 葡萄糖加 1U 短效胰岛素。

纠正电解质,酸碱平衡紊乱

血钾 $< 4.5\text{mmol/L}$,在开始治疗的 3~4h 同给予补钾 20~40mmol/L。密切观察尿量,监测血

钾。

若严重酸中毒,可输入碳酸氢钠。

其他措施

去除诱因

导尿。

放置胃管。

吸氧。

处理并发症。

十二、急性溶血

解除病因

(1)若为输血反应,立即停止输血。

(2)停服可疑药物。

免疫抑制剂

地塞米松 10~30mg/d,静脉滴注。

激素无效可改为硫唑嘌呤等免疫抑制剂。

肾功能衰竭的防治

(1)补充血容量,改善微环。

(2)碱化利尿:利尿同时适当加用碳酸氢钠,维持尿 pH>7.0 少尿或无尿时不用。

(3)急性肾功衰:可行血透等治疗。

输血

使用反复洗涤的红细胞悬液。

十三、脑出血

一般治疗

(1)保持安静:应卧床,保持安静,颈部抬高 30°,尽量避免不必要的搬动。昏迷患者应将头歪向一侧,以利分泌物及呕吐物流出。

(2)保持呼吸道通畅,吸氧。如意识不清、应早做气管切开。

(3)监测生命体征:意识、瞳孔、体温、呼吸、血压、心率等,直至稳定。

(4)维持水、电解质平衡和补充营养:每天液体量在 2000~2500mL 左右,如神志不清,不能进食者,应鼻饲以保证营养。

调控血压

颅内压下降时血压也会随之下降,通常可不用降压药,应根据患者年龄、病前有无高血压、病后血压情况等确定最适宜血压水平,把血压控制在较理想的水平。病不久后血压低于正常,也属不利,应调整使之上升至正常或病前水平。

降低颅内压

意识障碍加重、频繁呕吐、血压升高及心率减缓,提示脑水肿加重。颅内压进一步增高,加用抗脑水肿的药物。

止血药物

发生消化道出血,应用止血剂。

防治并发症

防止褥疮、肺炎、尿路感染发生。

手术治疗

一种重要治疗手段,经皮颅骨小钻孔血肿穿刺抽吸术;开颅血肿清除术。

十四、蛛网膜下腔出血**一般处理**

卧床休息,避免用力大小便、防止剧烈咳嗽等可引起血压及颅压增高诱因。烦躁不安者可用止痛镇静药。头痛剧烈者可进行腰穿放脑脊液。

降颅压治疗

出现脑疝,是死因之一。应积极进行脱水、降颅压治疗,可用 20%甘露醇、速尿、白蛋白等。

防治再出血

用抗纤维蛋白溶解药抑制纤维蛋白溶解酶原的形成,防止再出血的发生。如氨甲环酸、6-氨基己酸等药。

防治动脉痉挛

钙通道拮抗剂尼莫地平急性期 74h 内即开始应用。

病因治疗:脑血管造影发现病因者应积极针对病因治疗。

十五、药 疹**一般治疗**

(1)立即停用一切致敏药、可疑致敏药及结构类似药。

(2)促进体内致敏药的排泄,轻症多饮水,重症输液利尿。

轻型药疹

(1)中小剂量皮质激素。注的松片 30~40mg/d,分 2~3 次服。

(2)抗组胺药。如扑尔敏 4mg 2 次服。

(3)注射钙剂,维生素 C。

重型药疹

大剂量皮质激素:如地塞米松针 10~20mg 加入 500~1000mL 葡萄糖中持续静脉点滴。

抗组胺药、钙剂及维生素 C。

注意水盐电解质平衡。

防治感染:选用不易致敏的抗菌素。

防治使用大剂量激素的并发症。

局部处理:皮损无糜烂渗液,给炉甘石洗剂、地塞米松乳膏等静用。大面积表皮剥脱,糜烂渗液时,给生理盐水或 1:8000 高锰酸钾溶液湿敷及干燥暴露方法。

十六、败血症**抗菌药物**

一般采用 2 种抗生素联合应用,剂量宜大,选用杀菌剂,疗程 3 周以上。或在体温降后再用 7~10 天。

局部治疗

化脓性病灶无论为原发性或迁徙性均应切开引流。考虑败血症由静脉留置管所致,应及早去除或更换。

支持治疗

适当营养、补充维生素、维持水电解质平衡,按需要输注血浆、新鲜全血、人血蛋白、人血清免疫球蛋白等提高机体抵抗力。

十七、有机磷农药中毒

脱离和清除毒物。

应脱离中毒现场,脱去污染衣服,口服中毒者,应立即洗胃。清水、生理盐水、洗出液清亮无农药气味为止。

特殊解毒剂

阿托品

阻断胆碱能受体可对抗中枢抑制作用,缓解毒蕈碱样症状。

a. 早期、足量、反复给药。

b. 遵循个体化原则,达到阿托品化,即临床出现瞳孔较前扩大、口干、皮肤干燥、颜面潮红、肺湿啰音消失及心率加快等。

胆碱酯酶复能剂使胆碱酯酶恢复活性,消除和减轻烟碱样症状。

表 1-1 有机磷农药中毒解毒药剂量用法表

药名	轻度中毒	中度中毒	重度中毒
解磷定	0.4g 稀释后缓慢静注,需要时 2h 重复 1 次	0.8~1.2g 稀释后缓推,以后 1 次/2h,0.4~0.8g/次,共 3 次	1.2~1.6g,稀释后缓推,以后 0.4g/h 静滴 6h,好转可停药
阿托品	1~3mg 皮下注射,1~2h 1 次;阿托品化后 0.5mg 皮下注射,1 次/8h	2~4mg 静注,1 次/0.5h;阿托品化后,0.5~1mg. 皮下注射 1 次/4~6h	3~10mg 静注 1 次、10~30min 阿托品化后,0.5mg 皮下注射 1 次 3~6h

对症治疗

发生脑水肿、肺水肿者。脱水剂,如 20%甘露醇。心功能不全者根据病情给予强心利尿。维持呼吸功能。发生惊厥,可用水合氯醛灌肠。对严重中毒者,可根据病情给予糖皮质激素,地塞米松 10~20mg。

换血疗法

对危重病例经常规治疗后,呼吸衰竭、昏迷无改善者,对阿托品依赖者、复能剂过量中毒者等可考虑换血疗法。

恢复期治疗和处理

密切注意反跳和猝死,因其常发生在中毒已有好转的 2~8 天。

十八、一氧化碳中毒

急救措施

(1)尽快离开有毒现场至新鲜空气处。

(2)吸氧:高浓度给氧。

(3)呼吸兴奋剂或人工助辅呼吸。

对症治疗

防治脑水肿,脱水疗法最重要,如 20%甘露醇快速静滴。

输血改善组织缺氧。

促进脑细胞代谢,应用能量合剂。

防治并发症昏迷期间病人的护理保持呼吸道通畅。预防和控制肺部感染。

十九、淹 溺

现场抢救

保持呼吸道通畅。

迅速倒出呼吸道及胃内积水。

对呼吸和心跳停止患者应立即进行心肺复苏。

进一步治疗

纠正低氧血症,应尽早行气插队管,给予呼吸兴奋剂。

建立有效的血液循环。

纠正酸中毒和电解质紊乱。

纠正心律失常。

加强营养,给予足够的热量和蛋白质。

抗生素,防治继发肺部感染,有心力衰竭和肺水肿时,给强心利尿,急性肾功衰时,应及时行透析治疗。

二十、电击伤

脱离电源,立即切断电源。

心跳和呼吸停止者,心肺复苏刻不容缓,必须立即进行胸外心脏按压和口对口人工呼吸。

循环呼吸监测,心脏、呼吸、血压监护,纠正水、电解质、酸碱平衡并及时供氧,防治急性肾衰竭。

及时处理内出血和骨折。

(荣大为、金世凯)

第二章 内 科

【目的】

巩固已学过的《诊断学》、《内科学》理论知识,并通过临床实践,使理论与实际密切结合。培养掌握正确的临床思维方法;具有独立学习和工作能力。达到能独立完成内科常见疾病的诊断、治疗及预防工作,在实践中培养学生全心全意为病人服务的思想和良好医德、医风。

【要求】

临床实习中,每个学生分管 4~6 张病床,进行系统的实习。在教师(上级医生)具体指导下负责病人的全部治疗工作。如:病史采集,体格检查,填写化验单和完成其他的辅助检查申请单,下医嘱和必要的处理。每人至少书写五份完整病历。病历格式要按《诊断学》或所在教学医院要求,内容要充实,重点要突出,严密准确,简练通顺,文字正确,整洁清晰,要在 24 小时内完成。书写的病历须经上级医师审核修改后可抄录于正式病历上。各种医疗文件由学生签字医师盖章后方可成为正式医疗文件,纳入病历。

【实习病种】

第一节 呼吸系统疾病

一、慢性支气管炎

病因 空气污染,感染,化学物质,呼吸道感染,过敏,呼吸道局部防御及免疫功能减低等。

【诊断要点】

(一)临床表现

1. 慢性咳嗽、咳痰或喘息,每年 3 个月以上,连续两年或更长。
2. 体征:早期无异常。长期反复发作,在肺底可听及干、湿啰音或轻度哮鸣音。

3. 辅助检查

X 线检查:两肺纹理紊乱。

血液检查:WBC 可正常或偏高。

(二)鉴别诊断 支气管哮喘,肺结核,支气管扩张。

【处置要点】

劝导病人戒烟,脱离污染环境。

药物治疗

1. 控制感染:青霉素,头孢类,喹诺酮类。
2. 止咳,祛痰,解痉,平喘。

预防 戒烟,去除诱因,改善居住环境。

二、慢性阻塞性肺气肿

病因 吸烟,粉尘,空气污染,感染,机体的内在因素失衡等。

[诊断要点]**(一)临床表现**

1. 慢性咳嗽、咳痰,偶带血丝,咳有脓性痰。气短,劳力性气急,呼吸困难,喘息,胸闷。

2. 体征:桶状胸,呼吸表浅、率快,语颤减弱,叩肺呈过清音。心界缩小,肺肝界下移;听呼吸音减弱,可闻及干、湿啰音。

3. 辅助检查:

(1) X线检查:胸部扩张,肋间隙增宽,肋骨平行,膈降低,两肺透过度增强。

(2) 肺功能检查:FEV₁/FVC、FEV₁。

(3) 血气检查:PaO₂、PaCO₂、pH。

(4) 血常规,痰培养:白细胞计数增高,分类核左移;痰培养可检除病原菌。

(二)鉴别诊断 支气管扩张,支气管哮喘,肺癌。

[处置要点]

戒烟,脱离污染环境。

药物治疗**1. 气管舒张剂**

β₂ 肾上腺素受体激动剂:沙丁胺醇。

抗胆碱药:异丙托溴铵。

茶碱类。

2. 祛痰药:羧甲司坦,盐酸氨溴索。

3. 抗生素。

4. 控制性吸氧。

预防 避免发病的高危因素,加重的诱发因素,增强机体免疫力。

三、慢性肺源性心脏病

病因 支气管、肺疾病:慢性阻塞性肺疾病为多见约占 80%~90%,胸廓运动障碍性疾病:脊柱结核、胸膜广泛粘连,肺血管疾病。

[诊断要点]**(一)临床表现****1. 肺、心功能代偿期**

咳嗽、咳痰、气促,活动后心悸、呼吸困难、乏力,急性感染加重。

体征:发绀,肺气肿体征。肺可及干、湿啰音,心音远, $P_2 > A_2$,三间瓣区可及收缩期杂音,剑下可见心脏搏动,可见颈静脉充盈。

2. 肺、心功能失代偿期

(1)呼吸衰竭:呼吸困难加重,夜晚为重;头痛、失眠,食欲下降及肺性脑病表现:发绀,球结膜充血、水肿,严重时可视乳头水肿,腱反射减弱或消失,可出现病理反射。

(2)右心衰竭:气促更明显,心悸,食欲差,腹胀等;发绀,颈静脉怒张,心律失常,剑下搏动及收缩期杂音,肝大,肝颈静脉回流征阳性,下肢水肿,腹水。

3. 辅助检查:

(1) X线检查:除原发基础病外,有肺动脉高压征:右下肺动脉干横径 $\geq 15\text{mm}$,其横径与气管横径比值 ≥ 1.07 ,肺动脉段明显突出或其高度 $\geq 3\text{mm}$