

眼科疾病 诊疗指南与护理

YAN KE JI BING
ZHEN LIAO ZHI NAN YU
HU LI

主 编 贾延磊 曹 地 李 竑

中医古籍出版社

眼科疾病诊疗指南与护理

编委会

主 编：贾延磊 曹 地 李 竑

副主编：牟春花 朱丽丽 公丕文 张素红

刘德申 温 莉 石 磊 王义杰

编 委：吕 艳 孔维顺 徐晓博 孟庆杰

张 凤 高 晶 苗 静

图书在版编目(CIP)数据

眼科疾病诊疗指南与护理 / 贾延磊, 曹地 主编. —北京:
中医古籍出版社, 2009. 7

(诊疗指南与护理专家专著)

ISBN 978-7-80174-749-5

I. 眼… II. ①贾…②曹… III. ①眼科—诊疗②眼病—
护理IV. R770.4 R473.77

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第099310号

眼科疾病诊疗指南与护理

主 编 贾延磊 曹 地

责任编辑 刘晓巍 孙志波

封面设计 韩英 于翠

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街16号(100700)

印 刷 山东省济南市长清区灵岩印刷责任有限公司

开 本 178mm×1092mm 1/16

印 张 16.50

字 数 310千字

版 次 2009年7月第1版 2009年7月第1次印刷

ISBN 978-7-80174-749-5

总 定 价 300.00元

目 录

第一章 眼科工作者的职责及眼科病史、病历与处方的书写	1
第一节 医师的职责	1
第二节 眼科病史的采集	4
第三节 病历的书写规范和要求	6
第四节 门诊病历、各种申请单的书写	8
第五节 处方的书写	9
第二章 眼的组织解剖与生理	11
第一节 眼球	11
第二节 眼附属器	18
第三节 眼的血液供应和神经支配	21
第四节 视路	23
第三章 眼部检查法	24
第一节 视功能检查	24
第二节 眼部检查	28
第三节 眼部特殊检查	32
第四章 眼睑病	45
第一节 眼睑皮肤病	45
第二节 睑缘炎	46
第三节 睑腺病	47
第四节 眼睑与睫毛位置异常	49
第五节 眼睑肿瘤	53
第五章 泪器病	58
第一节 泪道病	58
第二节 泪腺病	59
第三节 泪器肿瘤	60
第六章 结膜炎	62
第一节 结膜炎总论	62

第二节	细菌性结膜炎	64
第三节	病毒性结膜炎	68
第四节	衣原体性结膜炎	70
第五节	变应性结膜炎	73
第六节	结膜干燥症	75
第七节	其他常见结膜病	77
第八节	结膜肿瘤	80
第七章	角膜病	83
第一节	角膜炎症	83
第二节	角膜软化症	89
第三节	角膜变性	90
第四节	角膜营养不良	90
第五节	角膜先天异常	92
第六节	接触镜引起的角膜并发症	93
第七节	角膜肿瘤	94
第八章	巩膜病	96
第一节	巩膜外层炎	96
第二节	巩膜炎	97
第九章	晶状体病	99
第一节	老年性白内障	99
第二节	先天性白内障	100
第三节	外伤性白内障	102
第四节	并发性白内障	103
第五节	代谢性白内障	103
第六节	中毒性白内障	104
第七节	后发性白内障	105
第十章	玻璃体病	106
第一节	生理性飞蚊症	106
第二节	玻璃体炎	106
第三节	玻璃体变性	107
第四节	玻璃体后脱离	108
第五节	玻璃体积血	108
第六节	增生性玻璃体视网膜病变	109
第七节	玻璃体寄生虫病	110

第八节	先天性玻璃体异常	111
第十一章	青光眼	112
第一节	原发性青光眼	112
第二节	继发性青光眼	118
第三节	混合性青光眼	124
第四节	先天性青光眼	124
第十二章	葡萄膜病	126
第一节	虹膜睫状体炎	126
第二节	中间葡萄膜炎	127
第三节	脉络膜炎	129
第四节	全葡萄膜炎	130
第五节	特殊类型的葡萄膜炎	130
第六节	色素膜的先天异常	135
第七节	葡萄膜肿瘤	136
第八节	睫状体脉络膜脱离	141
第十三章	视网膜病	143
第一节	视网膜血管病	143
第二节	黄斑部疾病	150
第三节	视网膜脱离	169
第四节	视网膜变性	170
第五节	视网膜先天异常	175
第六节	视网膜肿瘤	176
第十四章	视神经及视路病	180
第一节	视神经病	180
第二节	球后视神经炎	182
第三节	前部缺血性视神经病变	183
第四节	视盘血管炎	185
第五节	中毒性视神经病变	186
第六节	视神经外伤	187
第七节	压迫性视神经病变	188
第八节	视神经萎缩	188
第九节	遗传性视神经萎缩	189
第十节	视盘先天性异常	190
第十一节	视神经肿瘤	191

第十二节 视路病变	193
第十三节 瞳孔异常	195
第十五章 屈光不正和调节	196
第一节 屈光不正	196
第三节 眼的调节与集合	198
第十六章 眼外肌病及弱视	199
第一节 斜视	199
第二节 弱视	206
第三节 眼球震颤	209
第十七章 眼眶病	212
第一节 眼眶炎症	212
第二节 特发性眼眶炎性综合征	218
第三节 眼眶血管畸形	220
第四节 甲状腺相关性眼病	224
第五节 眼眶肿瘤	225
第十八章 眼外伤	232
第一节 眼球钝挫伤	233
第二节 眼球穿孔伤	238
第三节 眼异物伤	239
第四节 眼附属器外伤	240
第五节 化学性眼外伤	241
第六节 其他类型眼外伤	243
第十九章 公共卫生眼科学	248
第一节 公共卫生眼科学的形成和基本概念	248
第二节 公共卫生眼科学的研究内容	250
第三节 公共卫生眼科学与防盲治盲和初级眼保健	251
第四节 学习公共卫生眼科学应注意的问题	253
第二十章 眼科护理常规	255

第一章 眼科工作者的职责及眼科病史、病历与处方的书写

眼科临床工作者的职责。要具有对病人高度负责和同情的精神，要有整体和全局观点，要具有熟练的操作技术和优良的专业知识，要有细致的工作能力和作风。

眼科临床工作包括：眼科门诊和病房工作。眼科门诊是医疗工作第一线，是承担着大量的眼病防治和抢救急危重眼病的工作。就诊的眼科病人，绝大多数都有程度不同的视力障碍，其举步艰难、行动不便，需要特别关怀和爱护。对于眼科急危重病人，需要迅速处理，防止病情突变。

住院病人一般分3种情况。绝大多数为需要进行手术者，这部分病人病情较急，行动不便，加上视力欠佳，需要特别呵护。其次是需要进行特殊治疗的患者，第三种是一些身患疑难病症的患者，需要住院进行特殊检查、进行确诊治疗的，这部分病人性情急躁，需要耐心说服教育。总之，对待所有病人都需要热情、真诚、耐心、细致、全心全意为他们服务。

第一节 医师的职责

医学院校学生毕业前后的临床实习是非常重要的过程。其目的在于巩固和丰富所学的基础理论知识，掌握最基本的医疗技能，进一步培养独立思考与工作的能力。

临床医学是一门实践性很强的学科。临床实习阶段应紧紧围绕“实践”这一核心问题，并将其贯穿于医疗活动的全过程。这不同于在校学习，单纯由老师床边教学查房、手术操作示范教学，而是要在上级医师的具体指导下，亲自参加医疗工作，学习和掌握独立地处理病人的方法。

一、实习医师的职责

实习医师要参加所在医院的有关政治学习和社会公益活动，要严格遵守医院的一切规章制度，发扬救死扶伤的革命人道主义精神，全心全意为人民服务。要尊重各级领导、医护人员。要团结同学、互相谦让。要维护公共财物，未经上级医师批准，不得擅自动用贵重仪器和医疗用具。实习医师在临床实习期间必须努力学习，勤奋地做好下列工作：

要认真观察病人的病情变化以及参加上级医师的体检、手术操作等诊疗病人的工作。

要运用所学的医学理论知识，结合病人的实际情况，进行系统的逻辑性的思考、分析，作出初步诊断，提出相应的处理措施。

要认真记录上级医师查房时分析的病情，手术操作时的技术等医疗活动中的点滴经验，不断提高自己的诊断水平与应变能力。

在医疗工作中遇到不懂的问题或病人病情复杂、病情危重，应及时向上级医师请教汇报。切忌不懂装懂，自作主张，乃至贻误病情或问题堆积成堆，影响病人的治疗。

实习医师在实习期间既不能死啃书本，忽视“实践”，也不能片面强调“实践”，而忽视理论学习。应结合医疗中的实际问题，认真复习相关理论，要学习查阅医学杂志、医学文献，从而更好地指导医疗实践。

实习医师在临床实习期间要写好实习日志。在实习结束时，要写出实习小结。其内容包括所管病床和书写病历数，所见病种、手术种类和病例数，危重病人的抢救数、听专题讲座和病例讨论内容和次数等医疗活动情况，以供最后鉴定、评分和医院改进工作的需要。

二、实习医师的病房工作

实习医师的日常工作；包括病人入院后 24 小时内必需完成的工作，以及病房常规工作。

(1) 采集病史、体格检查、完成病历的书写。病人入院后，应立即去病房看望病人。在病人床边采集病史，进行体格检查。如病人危重可以选择地先作重点检查，以后补作系统的全身检查，但病程记录必须及时完成。

(2) 入院时首先向病人及其伴送人员，介绍医院有关规章制度、作息时间、就餐方法、留检标本方法。并且注意观察病人的病情和思想情绪变化。

(3) 根据病情，在上级医师的指导下，完成视功能检查、外眼检查、眼底检查、裂隙灯检查、眼压测定、视野检查和屈光检查，书写医嘱。

(4) 每天跟随住院医师查房，至少早晚各 1 次。在节假日也应早晨查房一次，在妥善处理有关事项向值班医师汇报后才能离开病房。对危重病人不仅负有医疗任务，还应协助做好特别护理工作。要密切观察，以防病情突变。若有意外时，应立即查视病人并邀请上级医师共同处理。

(5) 新病人入院后 3 日内，每日测量血压 1 次，以后每周测量血压 1 次。对于高血压病人，每日测量血压 1~2 次。

(6) 每次科主任、主治医师查房或请院内、外医师会诊时，都应主动陪同，汇报病史、体征、各项检查和治疗经过。

(7) 病人出院时，按规定排列次序，整理病历，认真书写出院小结，认真核查有关资料是否完整，然后交上级医师审查签名。

三、转科医师的职责

1. 新分来院工作的大专院校的毕业生，根据工作需要可到眼科室进行轮转工作，也可确定科室工作。

2. 在轮转期间，要服从科主任的领导、遵守医院的各项规章制度。培养良好的服务态度和严谨细致、一丝不苟的工作作风，全心全意为病人服务。

3. 在上级医师的指导下，工作一段时间后，也可分管一定数量的病人。自己分管

的病床收住新病人后,要和上级医师一起及时检查和处理病人,并认真书写病历及各项记录。对所管病人应全面负责,实行24小时负责制。

4. 除每天随上级医师查房外,要经常巡视病人,对急危重病人应随时观察病情,及时向上级医师报告病情变化和各项检查结果,并认真做好病程记录。

5. 经科主任批准报医教科备案,同意给予处方权,方可单独处理病人。

6. 在上级医师指导下,完成可以胜任的检查、治疗和手术操作。

7. 虚心向资深医师学习实践经验和实际操作技能,不断提高自己的业务水平,尽快适应医院的医疗工作程序和环境,以胜任临床医师的工作。

8. 随时了解病员的思想,生活情况,征求病人意见,做好病人的思想工作。

四、进修医师的职责

1. 在进修期内,要服从领导,遵守各项规章制度,培养良好的服务态度和工作作风。

2. 在上级医师和护士长领导下,负责管理一定数量的病人。

3. 自己分管的病床收住新病人后,要和上级医师一起及时检查病人,并认真书写病历以及各项记录。

4. 除每天随上级医师查房外,要经常巡视病人,对急危重病人应随时观察,及时向上级医师报告病情变化和各项检查结果,并做好病程记录。根据上级医师指示填写的各种医疗申请单和开医嘱处方,经上级医师签字后方可生效。

5. 经科主任批准后,给予处方权,方能单独处理病人。

6. 在上级医师指导下,完成可以胜任的临床检查、治疗及手术操作。

7. 病人出院、转科或转院时应及时和上级医师一起检查和处理病人,交代有关事项,并及时完成病历书写,请上级医师审阅。

五、住院医师的职责

1. 在科主任领导和上级医师指导下,根据工作能力、年限、负责一定数量病人的医疗工作,新毕业的医师实行三年24小时住院医师负责制。担任住院、门诊和急诊的值班工作。

2. 对病员进行检查、诊断、治疗、开医嘱并检查其执行情况,同时还要作一些必要的检查工作。

3. 书写病历,新入院病人的病历一般应予病人入院后24小时内完成,检查和改正实习医师的病历记录,并负责病人住院期间的病程记录,及时完成出院病人的病案小结。

4. 向主治医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病人病情的变化,提出需要转科或出院的意见。

5. 住院医师对所管病人全面负责。在下班以前,做好交班工作。对需要特殊观察的重症病人,用口头方式向值班医师交代。

6. 参加科内查房。科主任、主治医师查房时,应详细汇报病员的情况和医疗执行情况。请他科会诊时,应陪同诊视。

7. 认真执行各项规章制度和技术操作常规。亲自操作或指导护士进行各项重要的检

查和治疗，严防差错事故。

8. 认真学习和运用国内外的先进科学技术，积极开展新技术、新疗法，参加科研工作，及时总结经验。

9. 随时了解病人的思想，生活情况。征求病人对医疗护理工作的意见，做好病人的思想工作。

六、主治医师的职责

1. 在科主任领导和主任医师指导下，负责本科一定范围的医疗、教学和科研工作。

2. 按时查房，具体和指导住院医师进行诊断、治疗及特殊诊疗工作。

3. 掌握病人的病情变化。病人发生病危、死亡、医疗事故或其他重要问题时，应及时处理，并向科主任汇报。

4. 参加值班、门诊、会诊和出诊工作。

5. 主持病房的临床病例讨论及会诊。检查与修改下级医师的医疗文件，决定病员出院，审查出院病历。

6. 认真执行各项规章制度和技术操作常规。经常检查本病房的医疗护理质量，严防差错事故。协助护士长搞好病房管理。

7. 组织本组医师学习和运用国内外先进医学科学技术，开展新技术，新疗法进行科研工作。做好资料积累，及时总结经验。

8. 担任临床教学，指导进修、实习工作。

七、主任医师的职责

1. 在科主任领导下，指导全科医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。

2. 定期查房并亲自参加指导急危重病例的抢救处理、疑难病症和死亡病例的讨论会诊工作。

3. 指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作，有计划地开展基本功训练。

4. 担任教学、进修、实习人员的培训工作。

5. 定期参加门诊工作。

6. 运用国内外先进经验，指导临床实践，不断开展新技术提高医疗质量。

7. 督促下级医师认真执行各种规章制度和核查医疗操作规范。

8. 指导全科结合临床开展科学研究工作。

第二节 眼科病史的采集

一、病史、病历与病案

病史是临床医师对患者疾病的发生、发展和转归进行检查、诊断和治疗活动过程的记录，也是按医疗规定格式的要求，对采集到的资料加以归纳、整理和综合分析的一份医疗保健档案。这是病历的主要组成部分，对医疗、预防、教学、科研和医院管理都具有重要的临床价值和作用。

病历作为患者的医疗档案，不仅是医院的医务人员医疗行为及过程的客观记录与文字见证，也是医疗质量和学术水平的反映。同时，为医疗、教学、科研提供宝贵的基础资料，也为医疗纠纷及诉讼提供重要的法律依据。因此，书写完整、规范的病历是临床医师的基本功，也是医院管理部门常抓不懈的工作。

病历一般分为门诊病历和住院病历两大类。住院病历除包括完整的住院病例外还包括病程记录、会诊、手术记录及各项检验报告单。通过住院病例的回顾，可以从中吸取经验，开阔视野，培养医务人员的逻辑思维能力及严谨的医疗作风，并改进工作。同时，也是提高医疗质量、加强医院管理和提高医院管理水平的重要措施。

一份住院病历既是临床实践工作的总结，又是探索疾病规律及处理医疗纠纷的法律依据。为此，医务人员在书写病历时一定要实事求是、严肃认真、科学严谨、一丝不苟。完整有效的病史应在熟悉眼科疾病和眼科详尽检查的基础上才能获得。一位优秀的临床医师、通过非常完善的病史询问，才能得出正确的诊断。只有正确的诊断，才能算是一份完善的病史。因此，病史的采集是整个病历中最重要的组成部分。

完整住院病历是指由实习医师、进修医师和工作两年以内住院医师书写的系统病历。当患者再次住院时，应写明第二次住院病历，不用表明“再入院志”。

病案是指归入到病案室的病历，是患者住院的全部医疗、护理及各种检查报告单资料。病案是国家的宝贵财富，必须很好保存。

二、采集病史的注意事项

(1) 书写病史必须真实、完整、系统而又有程序。只有采集到完善的临床资料，才是建立正确诊断的先决条件和基础。病史中所记录的内容应包括患者的自觉症状、体征，如实反映病况、疗效、各种检查结果，严禁主观臆造。

(2) 询问病史时，必须富有同情心，态度要庄重、和蔼、自然，使患者即不拘束又不畏惧，不得轻率嬉笑，对病情应保守秘密，不得将病情或患者隐私随意公开。有时，即便家属也不例外。因此，询问病史最好没有第三者在场，这样常可获得真实的情况。

(3) 医师必须通晓各种疾病可能出现的症状，借以纵横联系，进行临床思维及综合判断。

(4) 询问病史最好由患者自述。医师耐心静听、分析、判断，加以取舍。若认为不详细，可乘机询问，若患者所叙述问题与病情无关，应设法引入正题，尽量从患者的叙述中获得具体而确切的回答。

(5) 询问病史时，如遇神志不清、精神失常患者或幼年儿童，可请其家属或接触较多的亲友代为叙述。

(6) 所记文字应清晰、简明通畅，使他人看起来易懂，便于了解。

(7) 病史中忌用医学术语。

第三节 病历的书写规范和要求

一、病历书写的规范和种类

病历书写质量的高低,不仅反映一个医院的管理水平,而且也能体现医务人员的责任心和素质。病历书写的过程不仅能够培养和提高临床医生诊治疾病的正确思维方法,也是临床医生的职责和必须掌握的基本技能。因此,临床医生必须以认真负责的精神和严谨的科学态度书写好病历。

【完整住院病历】

(1)完整住院病历由实习医师、进修医师和低年资的住院医师书写。

(2)实习医师书写的完整病历,经上级医师审查、修改、签字后入病案,住院医师另写住院病历。再次入院患者应书写再次住院病历。

(3)进修医师和低年资住院医师(大学本科毕业1年,大专毕业1年半,中专毕业2年)书写的完整病历,经住院医师修改签字后,住院医师不再书写住院病历。

【住院病历】

住院病历是完整病历的缩影,是由具有高年资住院医师以上职称者书写。要求简明扼要,重点突出,能反映疾病的全貌。

完整住院病历、住院病历、再次住院病历,如确因抢救不能完成时,应及时书写首次病程记录,待病情允许时再完成住院病历,但不能超过24小时。

二、病历书写的格式

(1)病历书写应用钢笔或圆珠笔,词句应通顺、完整、精炼、准确、字迹清楚、标点符号准确。不能涂改或粘贴,避免应用错别字、不得使用自创字。

(2)填写一般项目,应准确详细,如年龄应以××岁,不能写“成年”;职业应具体,不能笼统地写成“工人”或“干部”;住址应详细填写,某省、市、县、乡、村(门牌号),并要填明邮政编码和身份证号码。

(3)病历除正式译名的病名、药名外一律用中文书写,不准滥用各种符号及自创中英文词组。

(4)书写病历时应运用医学术语,避免用方言、土语等。主诉一般不直接引用诊断名称,而应记录其临床主要症状和体征。

(5)住院病历中入院诊断不明确的,不应笼统写成如“头痛待查”等,而应将可能性较大的诊断名称或需要待排除的疾病,按主次先后排列书写。

(6)各级医师应签全名,冠以专业技术职务。签字部位应在病历的右下部分,签字要工整、清晰可认。

三、病历书写的内容

病史是描述这次发病住院的全过程,是书写病历的主要环节和组成部分。其内容包括这次疾病的发生与发展过程,病人的自觉症状和客观体征。重点在视力障碍的严重程度和眼部感觉异常的表现。这对了解病因和确定诊断是非常重要的依据,也是书

写病历的必要的资料。

【入院记录书写】

书写的内容应包括：

1. 一般项目 如姓名、性别、年龄、出生地址、民族、职业、婚姻状况、入院日期、记录日期、病史陈述者。

2. 主诉 病人前来就诊的主要症状或体征及持续时间。主要记录是左眼还是右眼，哪个眼睛具体症状如何，以及症状持续的时间。如急性闭角型青光眼的主诉，是右眼还是左眼，视力障碍的程度，眼部是否疼痛，有无恶心、呕吐等症状，按先后顺序书写，必要时使用医学术语，言词要精炼、简明扼要。这对疾病的诊断起到关键性作用。

3. 现病史 指这次发病时至前来就诊的病情发生和发展的过程。首先要说明起病的具体环境和发病具体时间，并和主诉的时间相一致。如闭角型青光眼患者是在生气发怒情况下发生的还是在暗光下长期用眼过度而发病的；发病的缓急状态；视力的下降是突然性还是渐进性；眼眶痛还是眼球痛；是钝痛还是刺痛；是阵发性还是持续性疼痛；有无眼红；在病情演变过程中，有无恶心、呕吐等现象出现；自发病以来，有无经过诊疗，做过哪些化验检查，结果如何。

4. 既往史 这是指患者过去的患病情况，包括曾患什么病，特别是有无类似此次发生的症状，有无眼外伤及手术史，治疗过程，视功能的变化等情况。

5. 个人史 包括个人生活史、生活习惯，有无嗜酒吸烟史，有无高原地区居住史。

6. 婚姻史包括婚否、配偶情况。

7. 月经生育史

8. 家族史 要注意三代人有无遗传病史及健康状况。视网膜色素变性、急性闭角型青光眼、高度近视都有明显的家族遗传史。

9. 实验室检查

(1) 入院及术前作尿、血常规、血糖、四项免疫等化验检查。

(2) 其他 必要的检查，如角膜溃疡病人做病灶组织刮片，细菌培养加药敏试验。

10. 摘要将病史及检查中的主要内容归纳小结，要重点突出病史、体征和化验检查中的阳性发现，及足以排除某些疾病的阴性结果。

11. 初步诊断 疾病的诊断尽可能完整。几种疾病并存时按主要疾病排列，诊断不明时按疾病可能性的大小排列，将可能性最大的疾病排在第一位，然后将存在的其他疾病，按系统或病情轻重顺序排列在后。

12. 医师签名 医师签名应清晰可辨，要签全名，字迹清楚、端正。签名在右下方。其下方应有上级医师的审核和签名（用红笔签字），姓名的前方标明职称。

【病程记录书写】

病程记录是指在入院记录之后对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。其中包括首次病程记录、日常病程记录、上级医师查房记录、会诊意见、医师分析讨论意见、诊断的确定依据、治疗情况、医嘱更改理由以及向患者及其亲属告知的重要事

项。

【特殊记录书写】

特殊记录是指需要单独另写一页，按规定格式书写的记录。其中有术前讨论记录、疑难病例讨论记录、死亡病例讨论记录、麻醉记录及手术记录。

【知情同意书书写】

知情同意书由经治医师与患者双方签字，其中包括手术同意书、麻醉协议书、特殊检查治疗同意书、病情告知书及病危通知书。

【医嘱书写】

医嘱是指医师在医疗活动中下达的书面医学指令，分为长期医嘱和短期医嘱。长期医嘱为有效时间在24小时以上。短期医嘱为仅需执行一次的医嘱。长期和短期医嘱应字迹清楚，用词准确，无涂改。医师和护士签名，清晰可辨。

第四节 门诊病历、各种申请单的书写

一、门诊病历的书写

1. 门诊病历的封面 写明姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、职业、工作单位及住址。

2. 主诉 简述这次发病的主要病症，如眼痛、眼红、视力障碍以及发病的具体时间。

3. 病史询问 根据主诉表达的病况及发病时间，稍微详细的叙述，但要比住院病史简要和突出重点。较为详尽的内容需要在住院后询问和叙述。门诊病历仅作一般性记录。

4. 眼部检查 在门诊时仅检查眼的视力，外眼应检查与主诉有关的情况，重点要有针对性，眼底也作简单的检查。必要时做眼压测量，以诊断内眼病变。要记录化验的阳性发现以及足以排除某些疾病的阴性结果。对于一些明显病变，最好附有图示。

5. 诊断 主要病症或需要住院治疗的诊断。如老年性白内障、急性闭角型青光眼。需要住院者填写住院证。

6. 处理

- (1) 需要进一步做的化验检查。
- (2) 全身和局部治疗的处方。
- (3) 预约下次诊疗的时间。
- (4) 签全名。

二、会诊单

患者在住院期间需要其他科室或其他医疗机构协助诊疗，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。按病情缓急，会诊单可分为紧急会诊和普通会诊两种形式。会诊单的内容包括：①一般项目，指病区、床号、住院号、姓名、年龄、性别等。②病

历摘要,指简要病史、体检、实验室和特殊检查的结果等。③入院诊断、治疗经过以及目前病情等。④最后提出会诊的目的和要求。会诊单由会诊医师填写并签字后,再经上级有关医师签字后方可发出。

三、辅助检查申请单

主要指各种特殊辅助检查,包括采取人体标本进行的检验和对人体进行的检查。如心电图、胸部透视或照片、超声波、CT、MRI、脑电图、病理检查等。申请单除必须逐项填写一般项目外,都要写一份非常简炼的病历摘要、检查目的以及既往检查的号码和结果。由于检查项目及目的不同,具体要求亦各异,如心电图检查申请单,重点描述心血管方面的征象,以及病人能否走动。如需要请求床边检查者应加以说明。

第五节 处方的书写

处方是医疗和药剂室之间一项重要的书面文件,是医师为患者治疗的文字凭据。医师在明确诊断或初步诊断后书写处方。书写处方应思想集中、态度严谨,依据病情谨慎筛选药物,决定剂量和用法。医师除了应掌握丰富的临床知识外,还必须掌握药物的药理作用、适应证、毒副作用、剂量、用法及有关药物相关作用等,以确保药物的安全有效,尤其是麻醉药品。

处方药必须凭医师处方销售、调剂和使用。医师处方和药学专业技术人员调剂处方应当遵守安全、有效、经济的原则,并注意保护患者的隐私权。

医师需在注册的医疗、预防、保健机构里签名存档,方有处方权。

一、完整处方的程序

1. 处方前记 门诊或住院号、科别、姓名、性别及日期等一般项目。
2. 处方上记 一般印刷简写R或PR,意思是“取药”或“请取”的意思。
3. 处方中心 即处方正文,包括药物名称、剂量、规格和数量。药品名称可用中文或拉丁文书写,医用毒性药物应写全称,普通药可按规定缩写。
4. 处方下记即配置法。
5. 标记采用拉丁文的“Signa”的缩写“Sig”表示,是指患者用药方法,包括使用时间、次数、每次用量、应用部位等。
6. 医师签名 有处方医师签全名,以示负责。

处方的书写:处方应用拉丁文或中文书写,鉴于有些药物兼有中西成分,也允许中拉合写,但一种药物不得同时使用两种文字。

二、处方的规范

1. 中文处方

R: 速效伤风胶囊 10 粒

Sig: 1 粒 Bid po

2. 拉丁文处方

R: Ing Penicillni 80万U×6支

Sig: 80万U bid im(皮试)

R: Ing Streptomycini 0.5×6支

Sig: 0.5 bid im

3. 中拉合写处方

R: 5% GS 250.0ml

先锋霉素V注射液4.0/×3

Sig: iv gtt qid

三、处方书写要求

(1) 处方一律用钢笔或圆珠笔书写，字迹清晰，书写完全，不得涂改，如有修改应在修改处再签全名。

(2) 一般处方以3日量为限，对于慢性病或特殊情况可酌情适当延长用药时间。

(3) 药品剂量。使用剂量应以《中华人民共和国药典》及卫生部、省(市)卫生厅部颁发的药品标准为准。如医疗需要，必须超量时，医师需在剂量旁加签全名方可调配。

(4) 处方上药品用量一律用阿拉伯字码书写，药品用量单位以国家法定计量单位即克(g)、毫克(mg)、毫升(ml)、国际单位(U)计称。片剂、丸剂、胶囊剂以片、丸、粒为单位，注射剂以支、瓶为单位，并注意注明含量，药物剂量小于整数时，在小数点前必须加零(如0.1mg)以免误用，如不写克或毫升时，整数后面也应加小数点和零(如1g写成1.0；2ml写成2.0)。

(5) 急症处方应在处方右上角注明“急”字字样，药剂人员见字应急速配发。

(6) 处方药物剂量的书写，有总剂量和单剂量两种。前者要写出药物的总量，注明每天用若干次，每次用若干量，后者要写出一次用量，注明每天用几次，共用几次或几天，由药剂人员计称出总剂量。

(7) 药师有权监督医师科学、合理用药，对违反规定乱开处方、滥用药品的现象，药剂科有权拒绝调配，情节严重者应报医务科处理。

(8) 处方医师的签名式样和专用签章必须与在药学部门留样备查的式样一致，不得任意改动，否则应重新登记留样备案。

(贾延磊 朱丽丽 石磊)