

佑安

住院医师手册

主编 张月宁

中国协和医科大学出版社

00595859

R5-62

70

佑安 住院医师手册

名誉主编 李 宁 金荣华 单 晶

主 编 张月宁

编 委 (以姓氏拼音为序)

崔雄伟 耿 楠 韩 莹 郝美君

何智敏 胡中杰 惠 威 李 娟

刘义荣 孙 斌 王 芳 王 鑫

肖 默 熊 峰 魏 薇 姚勤伟

张月宁 朱 桐 朱 颖 科

审 校 (以姓氏拼音为序)

陈义森 陈 煜 丁惠国 金荣华

廖慧钰 刘德恭 孟庆华 单 晶

秘 书 刘 颖

中国协和医科大学出版社

00200200

图书在版编目 (CIP) 数据

佑安住院医师手册 / 张月宁主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2010. 12

ISBN 978 - 7 - 81136 - 419 - 4

I. ①佑… II. ①张… III. ①内科 - 疾病 - 诊疗 - 手册 IV. ①R5 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 204918 号

佑安住院医师手册

主 编: 张月宁

责任编辑: 王云珊

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单北大街 69 号 邮编 100005 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 787 × 1092 1/32 开

印 张: 13.375

字 数: 350 千字

版 次: 2011 年 1 月第 1 版 2011 年 1 月第 1 次印刷

印 数: 1—5000

定 价: 27.00 元

ISBN 978 - 7 - 81136 - 419 - 4/R · 419

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

序

著名临床医学家吴阶平说：“刚毕业的人，肯定比毕业后工作一两年的差，但毕业五年的却可以比毕业十年的强。关键是靠自己努力在实践中多想、多学。”

住院医师是完成常规医疗工作、全程诊治患者的一线医生，是医院整体临床工作的基础，也是一名医学专家成长的重要阶段，其重要性不言而喻。在这一阶段，他们迫切需要得到指导和帮助。《佑安住院医师手册》就是为满足这种需求而编写的。该手册从住院医师的角度出发，以实用、灵活和准确为主要原则，让住院医师在实际临床工作中，快速、便捷地得到有用信息，从而能够正确、及时并自信地处理相关问题。

医学具有科学属性，从这个角度看，它需要医者理性，思维要缜密，做事有逻辑，行为要规范；而医学又是具有人文属性的，从这个角度看，它需要医者要有人性的温度，伦理和法律的意识。该手册的另一个特点就是十分重视人文关怀，处处体现着“以人为本”的医学人文精神，相信一定能为年轻住院医师的成长提供很大的帮助。

手册的执笔编委均是工作在临床一线的高年资医师，他们不断汲取着前沿医学知识，也已经在工

作中积累了较丰富的临床经验。同时，我院有一大批知识渊博且乐于提携后进的专家教授，是保证本手册科学性和严谨性的坚强后盾。

“弦外本无音，听者自闻之”。对一本颇有价值的书，希望相关专业的住院医师能仔细阅读，认真利用，得到一些启发和益处，尽快提高临床技能和综合分析问题的能力！

北京佑安医院院长

李 宁

2010年11月

前 言

近年来北京佑安医院有了很大发展，逐步向以肝病、传染和感染性疾病为主的综合性医院转变。随着收治病种的不断扩大，临床问题也相应复杂起来。对年轻住院医师来讲，在病房工作、值班过程中常常会遇到一些棘手的问题，非常希望能够立即得到帮助。应此需求，我们组织编写了本书，并希望借此进一步规范我院住院医师培训，提高医师队伍素质、促进医疗质量持续改进。

北京佑安医院以诊治肝病、感染性疾病为主要特色，不同于一般综合性医院。同时，我院是教学医院，也承担着全国传染病医师进修培训的任务。本手册即以此为基础，突出强调我院内科临床工作中常见危重急症和系统疾病，反映相关专业领域新进展。

如何在理论知识与临床实践之间搭建一座桥梁，是我们在编写本手册的过程中始终考虑的问题。在编写体例及内容选择上我们参考了《the UCSF Hospitalist Handbook》、《协和内科住院医师手册》等书籍，从临床实践出发，用简练的语言概括和介绍常见疾病，强调可操作性、灵活性、实用性和科学性，以达到帮助使用者快速判断和处理临床问题、启发进一步思考与质疑的目的。本手册不同于系统的内

科诊疗常规或指南，提供的是一种“路线图”式的方法和思路，并非严格遵循的标准。对于某一疾病、现象的深入了解，仍需进一步的学习和研究，务请读者注意。

本手册在编写过程中得到了李宁院长、金荣华副院长、段钟平副院长、单晶主任、孟庆华主任、吴昊主任、丁惠国主任等的精心指导和热忱帮助，在此致以深深的谢意！

限于编者水平有限，书中谬误、疏漏之处在所难免，我们期望得到反馈信息，欢迎各位同道不吝赐教、批评指正，以供再版时修改。

张月宁
2010年11月

目 录

危重急症

- ◆ 危重急症的快速识别与处理要点 (3)
- ◆ 心肺复苏 (5)
- ◆ 发热 (10)
- ◆ 呼吸困难 (15)
- ◆ 胸痛 (17)
- ◆ 腹痛 (20)
- ◆ 晕厥与惊厥 (24)
- ◆ 意识障碍 (29)
- ◆ 食管胃底静脉曲张破裂出血 (32)
- ◆ 酸碱失衡 (35)
- ◆ 电解质紊乱 (39)
- ◆ 休克 (45)
- ◆ 弥散性血管内凝血 (55)
- ◆ 充血性心力衰竭 (58)
- ◆ 心电监护与血流动力学控制 (64)
- ◆ 呼吸衰竭 (70)
- ◆ 氧疗选择和监测 (72)
- ◆ 机械通气 (75)
- ◆ 肝衰竭 (84)
- ◆ 人工肝脏支持 (86)
- ◆ 肾衰竭 (88)
- ◆ 血液净化 (93)
- ◆ 脑卒中 (96)
- ◆ 药物过量 (101)
- ◆ 成分输血与输血反应 (106)

◆ 催眠、镇静和镇痛	(110)
------------------	-------

消化系统

◆ 恶心、呕吐	(117)
◆ 腹胀	(119)
◆ 腹腔积液	(121)
◆ 黄疸	(124)
◆ 消化道出血	(125)
◆ 幽门螺杆菌感染	(128)
◆ 肝脏功能评价	(131)
◆ 肝脏活检	(137)
◆ 病毒性肝炎	(139)
◆ 脂肪性肝病	(148)
◆ 药物性肝损害	(156)
◆ 自身免疫性肝病	(159)
◆ 肝豆状核变性	(167)
◆ Budd-Chiari 综合征	(170)
◆ 肝硬化	(172)
◆ 原发性肝癌	(174)
◆ 食管胃静脉曲张破裂出血的预防	(176)
◆ 自发性细菌性腹膜炎	(180)
◆ 肝性脑病	(185)
◆ 肝肾综合征	(188)
◆ 肝脏与系统疾病	(191)
◆ 急性胰腺炎	(193)
◆ 消化系统影像学	(198)
◆ 消化内镜的临床应用	(202)
◆ 肝移植	(204)
◆ 中医在肝病诊治中的意义	(209)
◆ 介入技术在肝病中的应用	(212)
◆ 肿瘤生物治疗——基因治疗	(216)
◆ 肠内肠外营养	(217)

感染性疾病

- ◆ 抗菌药物 ABC (221)
- ◆ 不明原因发热 (224)
- ◆ 新型传染病 (226)
- ◆ 麻疹 (229)
- ◆ 水痘 (235)
- ◆ 传染性单核细胞增多症 (237)
- ◆ 肾综合征出血热 (240)
- ◆ 狂犬病 (244)
- ◆ 肠道病毒感染 (246)
- ◆ 获得性免疫缺陷综合征 (252)
- ◆ 结核病 (260)
- ◆ 伤寒、副伤寒 (262)
- ◆ 中枢神经系统感染 (264)
- ◆ 感染性心内膜炎 (271)
- ◆ 泌尿系感染 (273)
- ◆ 胆道感染 (275)
- ◆ 真菌感染 (277)
- ◆ 特殊人群感染 (284)

呼吸循环系统

- ◆ 胸片速读 (293)
- ◆ 气胸 (296)
- ◆ 胸腔积液 (298)
- ◆ 急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征 (301)
- ◆ 重症肺炎 (305)
- ◆ 肺栓塞 (311)
- ◆ 心电图速读 (314)
- ◆ 血压 (318)
- ◆ 心律失常 (324)
- ◆ 急性冠状动脉综合征 (331)

肾脏、血液系统

- ◆ 尿量与尿液检查 (339)
- ◆ HBV、HCV 相关性肾炎 (342)
- ◆ 造影剂肾病 (344)
- ◆ 贫血 (345)
- ◆ 粒细胞缺乏症 (348)
- ◆ 血小板减少性疾病 (349)
- ◆ 脾功能亢进 (352)
- ◆ 门静脉系统血栓 (353)

风湿免疫、内分泌、神经精神系统

- ◆ 自身抗体 (357)
- ◆ 系统性红斑狼疮 (358)
- ◆ 糖皮质激素 (360)
- ◆ 糖尿病 (363)
- ◆ 甲状腺疾病 (372)
- ◆ 脑水肿 (375)
- ◆ 癫痫 (379)
- ◆ 酒精依赖症和酒精戒断综合征 (381)

附录

- ◆ 常用公式 (387)
- ◆ 常用临床操作 (392)
- ◆ 常用静脉泵入药物 (402)
- ◆ 抢救车里有什么 (405)
- ◆ 做一名优秀的住院医师 (406)
- ◆ 缩略语 (413)
- ◆ 致谢 (417)

危重急症

危重急症的快速识别与处理要点

1. **概念** 危重急症通常指患者脏器功能衰竭，主要包括休克（循环衰竭）、心力衰竭（简称心衰）、呼吸衰竭（简称呼衰）、脑衰竭、肾衰竭（简称肾衰）、肝衰竭（简称肝衰）等
2. **有生命危险的危重急症表现** 心脏停搏，窒息及呼吸困难，发绀，休克，昏迷，心悸，晕厥，脑干征兆等
3. **濒死指征**
 - 血压测不到
 - 脉搏消失或极微弱
 - 呼吸慢而不规则，双吸气、长吸气等
 - 瞳孔散大、固定，对光反射消失等
4. **快速识别要点——生命八征** 体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔、皮肤黏膜、尿量
5. **处理流程** ①紧急评估生命体征，立即解除危及生命的情况：开放气道，心肺复苏等；②次级评估并处理最为严重的紧急问题：抗休克、止血、纠正代谢紊乱、稳定呼吸循环等；③主要的一般性处理：监护、抗感染等
6. **要点**
 - 判断但暂不诊断；对症但暂不对因；救命但暂不治病
 - 强化时间概念，赶在“时间窗”内尽快实施目标治疗
 - 最基本的抢救措施：仰卧位或端坐体位；畅通气道，有效吸氧；静脉通路，血流动力学控制；心肺复苏，除颤+药物等
 - 基本技术要求：徒手心肺复苏；气管插管；心电图识别和电击除颤等。
 - 完整记录：充分反映抢救、治疗和检查情况

7. 高级支持

- 呼吸支持——机械通气等
- 循环支持——强心、血管活性药物、抗心律失常、除颤、起搏、介入等
- 脑功能支持——降颅内压、亚低温等
- 肾功能支持——血液净化等
- 肝功能支持——人工肝脏支持等
- 紧急外科手术等

(张月宁 金荣华)

心肺复苏

1. **概念** 心肺复苏 (cardiopulmonary resuscitation, CPR) 是针对心脏、呼吸骤停所采取的抢救措施。包括①胸外按压维持有效循环; ②电除颤复律, 促使心脏恢复自主搏动; ③人工呼吸纠正缺氧, 并努力恢复自主呼吸。复苏成功的最主要因素是心脏停搏时间和基础疾病的严重性及可逆性

2. 基本要求

- 性能、运转良好的抢救设备; 抢救负责人 (通常是站在患者头侧负责气道者) 指挥抢救与协调沟通, 判断复苏效果等
- **胸外按压: 频率至少 100 次/分**
 - 部位取胸骨中下段; 手掌根部长轴与胸骨长轴一致, 全力压在胸骨上, 避免发生肋骨骨折 (不要按压剑突); 手指离开胸壁; 肘关节伸直, 上肢呈一直线, 双肩正对双手, 保证每次按压的方向与胸骨垂直; 按压幅度为至少 5cm (可根据体形大小增加或减少幅度); 每次按压后双手放松 (但不要离开胸壁) 使胸廓充分复位
 - **连续按压, 尽量避免中断** (在 CPR 最初几分钟胸外按压即有效)
- **除颤** (提高复苏成功率的重要措施, 应尽早进行): 有除颤心律者首选
 - **能量: 单相波 360J, 双相波 120 或 150 ~ 200J; 室扑、室颤或无脉室速采用非同步模式, 房颤、室上速等采用同步模式 (即为电复律); 涂抹导电糊、压紧电极板, 距供氧设备 1m 以上, 人员离开病床以及与患者相连接的仪器设备以免触电**
 - **电极放置位置**
 - ◆ 除颤电极不分正负 (手提式铲形电极和自身黏合式电极片均可供选择), 放置在心脏长轴两端, 目的是产生最大的经心脏电流
 - ◆ **标准部位: 一个电极置于胸骨右缘锁骨下方,**

另一个电极置于乳头左侧（左腋前线第5肋间）

- ◆ 必须注意电极很好地隔开，其间的导电胶不能在胸壁上接触，因为这样可能会形成一个经胸壁的电弧；在安装永久起搏器或 ICDs 的患者，电极需离开 2.5cm 以上

- 电击后 5s 心电显示交界性、房性、窦性心律或非室颤无电活动，均可视为电除颤成功

- 避免对心脏停搏、无脉性电活动进行电击

● 气道控制

- 气管插管前按压通气比例为 30 : 2（1 个周期），每次通气 1 ~ 2s

- 气管插管后通气 8 ~ 10 次/分，潮气量 6 ~ 7ml/kg

3. 复苏成功的标志是自主循环恢复、脉搏出现（再灌注）

基本生命支持（BLS）

1. **Code blue** 判定患者无反应（无脉搏，不动，无呼吸或濒死呼吸）并呼救

2. 患者仰卧于坚固平面；如需翻转，颈部与躯干始终保持在同一个轴面上

3. 程序 A = open airway, B = give 2 breaths, C = check pulse, D = defibrillating

- 检查脉搏，开始胸外按压。每 5 个周期 CPR（约 2min）检查脉搏并换人

- 手法开放气道：仰头抬颌法、托颌法以解除舌后坠，清除口咽异物

- 通气 2 次（简易呼吸器）——除儿童、溺水等窒息者，其他可先 5 个 CPR

- 除颤：若心电监护发现室颤或室速等，电击心律→1 次除颤→5 个循环 CPR（目前认为应依据室颤波形决定胸外按压和除颤的优先权，新型自动除颤仪有望解决这一技术）；无脉性电活动或心脏停搏则立即开始 CPR；无心律检测时立即 CPR，直到心电除颤仪或监护仪到达→发现为室颤或室速时，给予 1