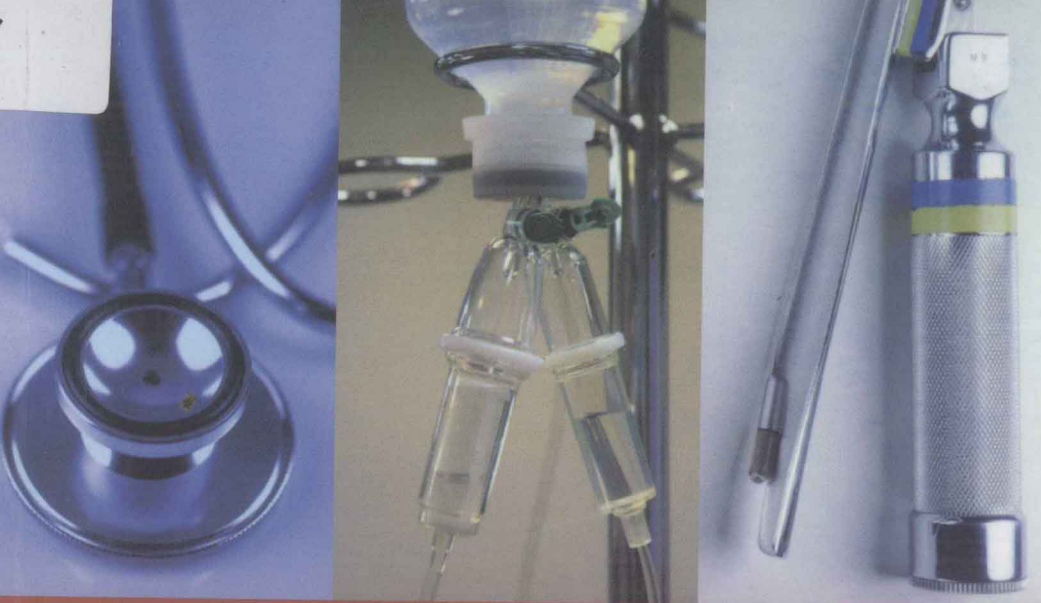




住院医师手册

The Hospitalist Manual

原著 Manish Mehta

Arun Mathews

主译 许 昱 董卫国



人民卫生出版社



住院医师手册

The Hospitalist Manual

原著 Robert E. Smith

译者 王 强

主审 王 强 曹卫华

人民卫生出版社

住院医师手册

The Hospitalist Manual

原 著

Manish Mehta ♦ Arun Mathews

主 译

许 昱 董卫国

人 民 卫 生 出 版 社

The Hospitalist Manual by Mehta and Mathews

People's Medical Publishing House-USA, Ltd.

2 Enterprise Drive, Suite 509, Shelton, CT 06484, USA

Tel: (203) 402-0646

E-mail: info@pmph-usa.com

© 2010 People's Medical Publishing House-USA, Ltd.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or media or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from PMPH-USA.

版权所有,包括全部或部分资料的翻译、复印、图片再使用、引用、广播、微缩或其他途径复制、数据库储存等。违者必究。

图书在版编目(CIP)数据

住院医师手册/(美)Mehta 主编;许昱,董卫国主译. —北京:

人民卫生出版社,2011. 11

ISBN 978-7-117-14811-5

I. ①住… II. ①M…②许…③董… III. ①医师-手册

IV. ①R192.3-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 194275 号

门户网:www.pmph.com 出版物查询、网上书店

卫人网:www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有,侵权必究!

住院医师手册

主 译:许昱 董卫国

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E-mail: pmph @ pmph.com

购书热线:010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷:潮河印业有限公司

经 销:新华书店

开 本:850×1168 1/32 印张:10 字数:269 千字

版 次:2011 年 11 月第 1 版 2011 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-14811-5/R · 14812

定 价:29.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ @ pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序 言

住院医师医学是现代卫生医学领域中一个相对新的概念。在这个新领域中,众多内科医生认为住院医师培训是为顺应当今教育需要而产生的。为了满足这种教育需要,我们出版了这本书。我国住院医师培训项目努力使应届大学毕业生们全面掌握应对住院患者和门诊患者的能力。然而,在培训过程中住院医师和急诊医师也有一些细微的不同。我们希望通过此书使住院医师具备及时处理患者以及在各种条件下应对患者需要的能力,并为那些忙碌的初级医务工作者提供新的帮助。

这本手册内容丰富且可读性强,我们期待您的反馈意见,使我们在后续的版本中不断改进。

Manish Mehta, MD

Arun Mathews, MD

目 录

序言

第一章 住院医师医学的发展 1

Manish Mehta, MD and Arun Mathews, MD

第二章 为你第一天上班作准备 3

Arun Mathews, MD and Manish Mehta, MD

■ 信息收集 3

■ 急诊医师的着装及规定 5

■ 需要携带的物品 6

第三章 代码 8

Manish Mehta, MD

■ 国际疾病分类常用编码 8

■ 住院医师服务代码 10

入院代码 10

随访代码 11

出院代码 11

第四章 医学查房 12

Manish Mehta, MD

■ 心血管系统疾病 12

胸痛 12

ST 段抬高性心肌梗死(MI) 14

不稳定性心绞痛 / 非 ST 段抬高心肌梗死(NSTEMI)	18
心房颤动	20
室上性心动过速(SVT)	23
室性心动过速(VT)	24
充血性心力衰竭(CHF)	27
心动过缓	30
窦性心动过缓 / 心脏传导阻滞	30
高血压危象	32
心电图复习	33
第一步	34
第二步	34
第三步	35
第四步	35
第五步	36
第六步	38
第七步	40
高钾血症	42
呼吸系统疾病	42
哮喘	42
慢性阻塞性肺病(COPD)	44
肺栓塞(PE)	46
社区获得性肺炎(CAP)	48
消化系统疾病	51
消化道出血	51
急性胰腺炎	53
肠梗阻	56
泌尿系统疾病	58
急性肾衰竭	58
高钾血症	62
低钾血症	64

目 录

高钠血症	66
低钠血症	69
■ 神经系统疾病	72
短暂性脑缺血发作(TIA)	72
急性脑卒中	75
一般处理	81
脑膜炎	82
癫痫	88
精神异常	92
■ 血液系统疾病	93
贫血	93
深静脉血栓形成(DVT)	97
国家化标准比值(INR)升高的治疗	100
■ 内分泌系统疾病	101
糖尿病酮症酸中毒(DKA)	101
低血糖症	103
抗利尿激素异常分泌综合征(SIADH)	106
■ 感染性疾病	108
蜂窝织炎	108
褥疮(压疮)	111
 第五章 ICU 巡视	 114
Manish Mehta, MD	
■ 成人急性呼吸窘迫综合征(ARDS)	114
■ 休克	118
低血容量性休克	118
分布性休克	119
心源性休克	119
梗阻性休克	120
临床评估	121

治疗	121
■ 通气	125
无创通气	125
机械通气	126
■ 常见的临床计算公式	131
第六章 操作	133
Arun Mathews, MD	
■ 中心静脉导管置入	133
■ 股静脉穿刺置管术	135
■ 颈内静脉套管置入术	136
■ 锁骨下静脉套管置入术	137
■ 气管内插管术	139
■ 腹腔穿刺术	144
■ 腰椎穿刺术(LP)	147
■ 关节穿刺术	150
■ 肘关节腔穿刺术	151
■ 胸腔穿刺术	153
■ 动脉血气分析	155
■ 动脉导管置入	158
第七章 术前评估	163
Manish Mehta, MD	
■ 美国心脏病学会 / 美国卫生协会术前心脏风险评估	164
■ 美国医师协会术前心脏危风险评估	165
第八章 从容,疲劳,同情心	166
Arun Mathews, MD	
同情心运用是一种技巧	168
从容和效率:住院医师的处事方法	169

第九章 医学伦理问题	171
Arun Mathews, MD	
死亡医嘱(DNR)	172
撤销治疗	173
知情同意	174
决策能力和资格	176
患者隐私权与健康保险携带和责任法案(HIPAA)	177
无效、不合理的患者请求	180
难应付的患者	182
疼痛控制和姑息治疗	184
预设医疗指示	186
伦理咨询	188
第十章 住院医师风险管理	190
Rosemary Gafner, EdD and Arun Mathews, MD	
住院医师的角色和职责	190
住院医师的权利范围	191
交接患者的重要性	191
交接出错:一个真实的案例	191
交接出错:案例分析	192
住院医师交接和签字出院标准:六个基本原则	193
出院	194
住院医师收住院	195
急诊医师与住院医师:一场信息战	196
急诊医师与住院医师:基本的接触	196
结论:处事小心	197
附录	198
A 缩写词	198
B 病例模板	200

Manish Mehta, MD Arun Mathews, MD	
首次就诊(病史和体格检查)模板	200
出院小结模板	202
参考文献	203
索引	305

第一章 住院医师医学的发展

Manish Mehta, MD and

Arun Mathews, MD

住院医师医学在近现代医疗卫生事业中发展迅速。在一个众多新兴学科出现的时代,住院医师需要正式规范化程序推动其创造力和管理模式的发展。当开始职业生涯的住院医师们和向急诊医师转变的内科医师们可获得的医疗资源有限时,住院医师医学便产生了。但对于想在这个领域深入发展的年轻住院医生来说,这门学科能提供的资源还很有限。本书概括性描述了住院医师医学的主要内容,并总结了住院医师将来需承担的责任。

20 世纪 70 年代中期,一般住院医师平均管理大约 10 个患者,每位患者平均住院 8~10 天。因此住院医师每天大约用 30%~40% 的时间来查看患者。当有一些办公室事务要处理时,医生们不得不从早到晚围绕着患者转。

随着医学培训变得更专业,更复杂培训模式的出现,住院患者接受的治疗也在发生变化。医学进步使得慢性病患者生存时间延长,门诊患者的接诊条件不再像以往那样复杂,随着患者对疾病的敏感性增加、人口老年化等原因,医院需要更多的住院医生接诊患者。

同时,20 世纪 90 年代随着卫生医疗费用持续增加,赔偿费用被控制,一种新的急诊住院模式出现。该模式即为部分住院医师在控制医疗费用的同时协调改善治疗质量。我们建议将“住院医师”定义如下:

住院医师是将其至少 25% 的工作时间都用在书写病历,从初级医疗提供者手中接管患者,出院时将患者交还给初级医疗工作者的医疗服务人员。

随着越来越多人对住院医师医学培训项目的认识,从大型学术医疗中心乃至小的乡村卫生所,整个卫生医疗系统住院医生队伍迅速壮大。20 世纪 90 年代中期,美国的住院医师不足 1000 名。到 2004 年时,约有 13000 名住院医师在大约 1800 家(37%)医院接受培训。到 2010 年美国有多达 30000 名住院医师接受培训。在医学发展史中,住院医师医学发展最为迅速。

住院医师医学由多个医学学科发展而来,但到现在为止,内科学占其重要部分(占 75%)。这个培训使得医学院校毕业生更好地过渡为住院医生。我们曾经迫切需要一个临床手册指南指导住院医生们及时处理住院患者的问题,并为那些忙碌的初级治疗医生提供有用信息。这门学科有发展为主干学科的潜力并能为临床医生提供指导和咨询、完成医疗服务方面的协调和管理。

总之,在医疗卫生改革背景下,住院医师医学将继续发展。作为一个年轻的学科,我们相信它在医院和社区中能够逐渐承担领导者的角色,引导我们制定实用、高效、促进患者健康的政策。住院医师与门诊初级医疗提供者合作,为住院患者提供的治疗效果会更好,这个事实有利于我们在未来几年中将住院医师医学发展为地方性、国家性甚至全球性的学科。

第二章 为你第一天上班作准备

Arun Mathews, MD and

Manish Mehta, MD

如何面对一份新工作是成年人可能面对的三大压力事件之一。尽管在合作者、工作流程规划及信息管理系统等方面与其他职业有细微差别,急诊医师也不得不处理临床工作中遇到的紧急问题。虽然没有简单的方法来应对这些棘手的问题,但了解一些基本原则有助于减少住院医师面对这些问题时感到的不适应。例如,在作好准备之余,提前考虑到最初几周可能面临的压力能够帮助住院医师减少焦虑。

信息收集

住院医师在准备面试时,应尽量关注以下信息:

后勤

- 医院规模,尤其是医用病床、手术病床、特种病床的数量
- 除“忙碌月”患者数量波动外,一般情况下医院可容纳的平均患者数量
- 白天和夜间的平均入院量
- 入院管理:患者入院状况由谁作出最终决定,急诊医生还是住院医师?
- 重要治疗或操作(除了操作的频度和类型)需要达到的预期目标
- ICU 的规模

第二章 为你第一天上班作准备

■ 非专科会诊制度

■ 如果这家医疗机构是社区医院,了解获得三级医疗服务的机会

■ 每日内科医生/住院医师平均会诊数量,如有手术需会诊数量

■ 手术/助产术会诊和住院选择权:住院医师作为初级医师还是会诊医师?

■ 急救小组的职责:住院医师是作为第一出诊人员还是第二出诊人员?

■ 编码小组的职责:住院医师还是急诊医生作为第一出诊人员?

工作流程

■ 医院信息管理系统(HIM)与训练程序

■ 电子病历还是纸质病历,或是两者都有

■ 放射学(传统的还是数字化的)

■ 医生办公地点的大小,舒适度。在急诊病房、重症病房、普通病房等区域内,医务秘书的业务熟悉程度

■ 能否及时获得图表、实验室检查结果、细菌培养结果,重要的工作表格

■ 操作可行性(PIC 穿刺术,麻醉,全科医学,血管手术)

■ 病历录入记录的改进(提高工作效率和增强文件的合法性)

■ 夜班

■ 获得中级水平的服务

■ 交接程序(转院/出科/出院):正式的还是一对一的?

■ 获得医疗信息资源的途径(UpToDate 网站/eMedicine 网站,等等)

通讯

■ 寻呼机还是手机,或是两者都使用

■ 备用的通讯方式:当首要联系方式联系不上时,选用备用的联系方式

发展环境

- 教学任务

- 科研机会

生活问题

- 食堂饭菜质量

- 上下班时间

- 家用夜间电话还是网络电话

- 是否有医院健身房或是其他娱乐设备

- 时间安排是自主还是灵活

- 假期(带薪的还是不带薪的)

- 报酬

急诊医师的着装及规定

有关住院医师白天的着装,我们推荐英国医学体系或国家卫生服务建议:

- 短袖,或将衣袖卷起,有衣领的衬衫(这种正式的装扮应保留),使手从前臂以下暴露,按照疾病防治中心规定的标准洗手法洗手。

- 避免系戴标准的领带(除非能保证每次使用后都洗过),可以佩戴领结。

- 避免穿白色外套(再次强调,除非能保证每天都洗过)。

服装洗涤规定

- 不允许白天清洗工作服,但某些医生与患者还是执意这么做。

- 夜晚清洗是合理的。

- 上班时间内清洗是合理的。

- 下班后清洗是不合理的,这可能是一个公共卫生难题。随着社区获得性耐甲氧西林金葡菌和艰难梭状芽孢杆菌感染率上升,我们建议医院改变集体清洗工作服的习俗或医务工作者更换

新工作服,这些都应在非临床区域实施。

需要携带的物品

如果将医学培训比喻为一场战争,那么急诊内科医师是有条不紊的策略家,在面对疾病的战争中他们能协调和管理各种力量。我们建议急诊医师轻装上阵,但要知道在哪些地方能获取对我们有利的资源。如知道耳内镜及眼底镜在每一层大楼的位置,这为我们省去了携带额外仪器的麻烦,及避免仪器丢失时的额外花费。建议轻装上阵并不是为准备不足找借口。如果通过相关仪器发现特殊的疾病特征,如视乳头水肿或急性中耳炎等,这些发现可以帮助我们纠正先前的一些诊断。如果医院没有这些常用仪器,医师可以提出申请,若申请不被批准,就自己准备工具箱把它放在容易找到的位置。仪器清单可包括:

- 耳内镜
- 音叉(512~1024Hz)
- 无菌的精细触觉诊断针
- 叩诊锤
- 棉签
- 放大镜

我们建议医师携带以下物品:

- 医师证
- 寻呼机
- 笔,最好是黑色或是蓝色的
- 药物便携手册或掌上电脑、智能电话
- 药典,若无掌上电脑请携带便携资料
- 查房清单
- 计费卡
- 小手电筒
- 听诊器