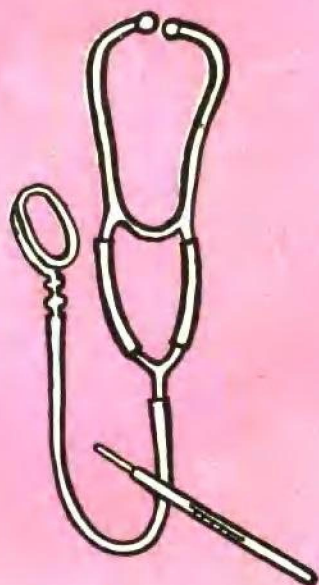


实用临床诊治及护理

庞传武 张少泉 主编



中国医药科技出版社

9787030131870

12/19/11X

实用临床诊治及护理

庞传武 张少泉 主编



3 0131 8701 2

中国医药科技出版社



C

229764

登记证号(京)075号

内 容 提 要

本书根据作者自己的临床实践和近几年的国内外资料编写而成,本书系统介绍了临床疾病的诊治思维、危重病的诊治要点、临床常用护理技术、病历的书写等内容。全书内容丰富、简明、实用,适合实习学生和基层医护人员阅读。

实用临床诊治及护理

庞传武 张少泉 主编

中国医药科技出版社 出版

(北京西直门外北礼士路甲38号)

(邮政编码100810)

山东省莱芜市教委印刷厂 印刷

全国各地新华书店经销

开本850×1168mm¹/32 印张12.6

字数246千字 印数1—4000

1994年8月第1版 1994年8月第1次印刷

ISBN—7—5067—1278—4 / 1133

定价:5.80元

主 编	庞传武	张少泉		
副主编	李一杰	于新兰	王 岩	冀贞涛
编 委	张少泉	李一杰	于新兰	王 岩
	庞传武	李秀芝	徐久环	冀贞涛

前 言

初到临床实习的学生和低年资医师，常不能将所学的理论很好地应用于临床实践或常感到学习的理论知识不够。原因是他们虽系统地学习了医学理论知识，但诊治疾病的逻辑思维能力，临床技术的操作能力及应用新技术的能力都较差。尽快提高他们的工作能力，是帮助他们搞好临床工作的关键。纵观医学书廊，专业性很强的著作较多，普及性地提高临床工作能力的书较少，基于以上思考，我们编写了这本普及性的小册子。本书系统地阐述了临床疾病的诊治思维；危重病的诊治要点；临床常用诊断、治疗、护理技术；以及病历的书写等。全书内容丰富、新颖、简明、实用，它能指导医务人员把所学的理论知识更好地应用于临床实践，对学生熟悉临床工作能起到积极的促进和引导作用。因此，它是医学各专业实习生及低年资医务工作者的必备书，也是广大临床医务工作者的参考书。

本书编写组由长期从事临床和医学教育工作并具有主任医师、副主任医师、副教授、讲师等职称的专业人员组成，本书的出版，是集体劳动的结晶。

由于时间仓促和我们的水平所限，书中难免有不当之处，恳请读者指正。

编 者

1994年4月

目 录

第一章 临床诊断与治疗的辩证思维.....	1
第一节 诊断过程中的辩证思维.....	1
第二节 治疗过程中的辩证思维.....	7
第二章 危重病的诊治要点.....	13
第一节 急性呼吸衰竭.....	13
第二节 成人呼吸窘迫综合征.....	15
第三节 急性心功能不全.....	17
第四节 肝性昏迷.....	19
第五节 急性肾功能衰竭.....	21
第六节 急性脑功能衰竭.....	23
第七节 急性颅内高压症.....	26
第八节 上消化道出血.....	29
第九节 大咯血.....	32
第十节 休克.....	35
第十一节 多系统脏器衰竭.....	38
第十二节 心搏骤停.....	39
第十三节 弥漫性血管内凝血.....	42
第三章 临床常用诊断技术.....	46
第一节 心血管诊断技术.....	46
第二节 脑电图及脑血流图.....	72
第三节 内窥镜检查技术.....	77
第四节 X线诊断技术.....	85
第五节 CT诊断技术.....	101
第六节 核磁共振成像.....	108
第七节 介入放射学.....	113

第八节	超声诊断技术.....	121
第九节	放射性核素检查.....	128
第十节	化验检查.....	139
第十一节	活体组织检查.....	149
第四章	临床常用治疗、护理技术.....	154
第一节	常用急救技术.....	154
第二节	基本护理技术.....	171
第三节	常用穿刺技术.....	197
第四节	常用小手术.....	207
第五节	特殊治疗方法.....	214
第五章	临床危重病常用监测技术.....	242
第一节	肺功能监测.....	242
第二节	血流动力学监测.....	246
第三节	肝功能监测.....	250
第四节	肾功能监测.....	252
第五节	脑功能监测.....	257
第六章	病历编写.....	260
第一节	住院病历的书写要求与格式.....	260
第二节	入院记录的书写要求与格式.....	271
第三节	再住院病历和入院记录的书写要求与格式.....	274
第四节	各科病历书写要求.....	277
第五节	病历中其他记录的书写要求.....	281
第六节	门诊各种病历的书写要求.....	295
第七节	病历中诊断、治疗申请单的书写要求.....	299
第八节	主要护理记录的书写要求.....	302
附录 1	怎样撰写医学论文.....	308
附录 2	临床常用数具计算与换算.....	312
附录 3	临床常用药物及参考值.....	327

第一章 临床诊断与治疗的辩证思维

第一节 诊断过程中的辩证思维

临床诊断过程中的辩证思维具有丰富的认识论和方法论内容，是经验与理论、逻辑与心理、认识与价值的关系问题，一个正确完整的临床诊断是通过四个阶段的循环往复的过程解决的：①资料搜集——收集和搜集资料的过程；②假说形成——形成可供选择的问题，系统阐述的过程；③提示性解释——按照这些假说解释搜集到的证据的过程；④假说评断或判断——把信息结合起来达到诊断决定的过程。因此，临床诊断思维要注意以下几个方面：

一、临床资料的全面性和客观性

医生对病人所患病症的认识，第一步就是搜集临床资料，临床资料或是病人的陈述或是医生检查身体时的观察所见或是辅助科室所作的检查或特殊检查结果，强调这些资料的重要性很有必要，因为它们是诊断思维的依据。但是我们有时看不到这些资料具有理论负荷性（即它们渗透着理论），例如一个医生在初步搜集病史，倾听陈述之后，就对病人进行检查。检查那里？为什么检查？这就要受理论指导。实际上在检查以前医生已形成若干初步诊断假说。化验、特殊检查也都是在一定的医学理论指导下进行的。对这些结果的分析也是根据一定的理论进行的。因此，医生在收集临床资料分析鉴别过程中切忌“先入为主”，对病情资料任意取舍，牵强附会地推理解释，在既定“诊断概念”下去寻找支持这一概念的依据，从而失去诊断思维的客观性。有时病人的陈述本身也受一定理论支配，而这些理论不完全是成问题的（不成立的）。病人的陈述常常受他自己的诊断假说支配，特

别是经久不愈的病人往往在某些人，尤其医生的影响下，形成了对自己的病的某种解释，然后他会情不自禁地寻找符合这种解释的阳性证据，而对其他的证据不予重视，因而在陈述时就倾向于突出地向医生诉说这些阳性证据，部分病人缺乏文化科学知识，述说病情常有不确切情况，因此容易造成临床资料失真，造成误诊。这些误诊就是不了解临床资料的理论负荷性而造成的。

临床诊断中有逻辑要素，也有心理要素。它包含着一个发现的过程。所以搜集临床资料要注意全面性和客观性，排除来自病人和医生两个方面的主观片面的干扰。

二、辅助检查的相对性和局限性

临床化验、X线、心电图、内窥镜、超声波、核素扫描、电子计算机断层扫描、核磁共振等检查手段，提高了临床医生诊断疾病的能力。但是医生们必须认识到辅助检查在确诊疾病上是相对的，而且带有一定的局限性，过重的强调辅助检查的阳性所见往往容易造成误诊，事实上临床上任何一种辅助检查总有一定数量的假阳性或假阴性，如血清胎儿甲种球蛋白（AFP）的测定含量 $>400\text{ng/ml}$ 并持续一个月以上可以诊断肝癌，但要知道AFP检测有10%左右的假性率，如活动性肝炎、妊娠、生殖腺肿瘤也可使AFP升高。我国正常人乙型肝炎表面抗原携带率可达10%，故乙肝表面抗原阳性不一定患乙型肝炎。血清淀粉酶正常值 Somogyi法 $40\sim180$ 单位，Winslow法 $8\sim64$ 单位，若血清淀粉酶明显升高，常是急性胰腺炎所致，但流行性腮腺炎、胰腺癌、胰腺外伤或胆总管阻塞时也可以显著升高。X线检查的相对性和局限性更为明显，如X线确定的块影必须借助于病史和其他检查，综合分析才能肯定诊断。即便是技术先进的CT、核磁共振成像也是如此。CT对 2mm 以下的肿块很难分辨。

此外辅助检查尚受到标本的采集、化学试剂的纯度、仪器的精密度、操作技术的误差、分析图像的水平、判断结果的经验等

多种因素影响。所以辅助检查只能协助而不能取代医生的综合思维的能动性，只有以科学思维的能动性为前提才能对辅助检查的价值作出正确的估计和判断。

三、局部病变的整体性

人体是一个复杂的整体，各系统各脏器虽有其独立性，但又是彼此联系着的。一些局部的病变可以影响全身，如局部脓肿除红、肿、热、痛外，全身症状有畏寒、发热、头痛、乏力、纳差等。另一方面整体的病变可通过局部症状或体征表现出来，如风湿热是全身性疾病，但它表现为局部病变，可表现为皮疹（环状红斑、结节性红斑、皮下结节等）、关节炎（游走性关节红、肿、热、痛）、心血管（心内膜炎、心肌炎、全心炎）或神经系统（舞蹈症）等多方面的症状和体征。又如系统性红斑性狼疮，全身症状常见发热、疲劳、体重减轻及食欲减退。但临床上诊断常因皮肤损害（盘状红斑或蝴蝶样红斑）、肾炎、肾病综合征或关节炎、心肺损害等想到此病，经免疫学检查而被确诊。所以对疾病的诊断必须考虑整体，片面地、孤立地对待临床症状和体征往往使诊断发生错误。

四、临床病症的一般性与特殊性

事物的矛盾有一般性和特殊性，疾病的发生发展的表现也是如此。一个病人有食欲不振、腹胀、腹泻、心悸、呼吸困难、两踝部水肿、紫绀、颈外静脉怒胀、肝大、心尖区隆隆样舒张期杂音及吹风样收缩期杂音。其中食欲不振、腹胀和腹泻是消化系统疾病的症状，而心悸、呼吸困难、两踝部水肿、紫绀是心血管系统疾病症状，根据推理心血管系统疾病可以引起了消化系统的症状和体征，而消化系统疾病不易引起心血管系统的症状和体征，结合颈外静脉怒胀，心尖区收缩期及舒张期杂音，诊断风湿性心脏病二尖瓣狭窄及闭锁不全、心力衰竭是完全可以的，说明心血管系统的临床表现是主要病症而消化系统的临床表现只是由于心力衰竭引起的消化道瘀血所致，是属于一般病症。

急性阑尾炎初期为上腹或脐周痛，为一般症状，但几小时后转为右下腹痛、麦氏点压痛、反跳痛而成为阑尾炎的典型表现。

胰头癌的诊断依据是“无痛性、进行性加重的阻塞性黄疸”但这种特殊病症的出现已经不是胰头癌的早期表现，因胰头癌从病变发生到胆道阻塞——胆管内压增高——出现黄疸有一段发展的时间，由于胆道内压增高，胆管代偿扩张，胆囊增大，致临床上反复出现餐后上腹隐痛不适的一般症状要比黄疸为早，对具有这种一般病征的患者，结合超声波、逆行胰胆管造影、CT检查，可以达到早期诊断。

上述实例说明在繁杂的临床症状中寻找特殊病征是进行诊断的重要环节。

五、诊断过程中的动态性

任何事物都是运动的，疾病的发生、发展也是变化的，也有一个过程，有些疾病的特殊病征只是发展到一定阶段才表现出来，而非见于疾病的全过程，所以要用动态变化的观点观察病情，动态的选取辅助检查项目，不断的修正已经确定的诊断。譬如：①在症状上，食管癌的早期表现为咽下食物有梗噎感或进食时胸骨后刺痛或烧灼感，晚期始呈现典型的进行性吞咽困难、脱水、消瘦等。肝或脾损伤，包膜下有血肿时，初期症状往往不严重，血液动力学稳定。一旦血肿胀大，被膜破裂，变成真性肝脾破裂，则大量内出血导致休克，病情急剧恶化。所以肝脾损伤应收住院进行动态观察。②在体征上，原发性肝癌早期仅是肝区隐痛、乏力、消瘦、食欲不振或腹胀，没有体征可见，但随肿瘤增长变大，病人可出现黄疸、腹水、下肢水肿，肝脏肿大，质坚硬，呈巨块型或结节型。③在辅助检查上，肺癌早期X线常表现小片实变或结节肿块或少许瘢痕或纤维化病灶或肺段、肺叶不张，易误诊为肺炎、肺结核或陈旧性病灶。但X线观察中见病灶扩大呈现边缘不

光滑的分叶状块影或见大片肺叶不张，诊断已很明确。

裂纹性骨折在外伤早期，断端骨折线不清晰，可致误诊，但两周后再拍X线片，裂缝处骨质吸收，骨折线反更明显，诊断确立。同样，其他化验、超声波、CT等都可用来追踪观察。因此，对疾病的正确认识需要通过实践、认识、再实践、再认识的过程。

六、诊断过程中的误诊

前面已论述临床诊断具有描述、解释、评价、预见、实践的功能。临床诊断中的误诊与医生的理论基础和经验密不可分，但也不能忘记临床诊断中的心理要素与临床资料的负荷性及假说引起的偏见。过分强调阳性所见或过量的资料搜集或组合信息时因为解释一些单个线索或把若干线索组合为一个决定时有错误而造成误诊。其次疾病的发生有时异病同征（不同病因和病理损害而构成相似的临床表现），如大叶性肺炎与肺脓肿，二者都有发热、咳嗽、咳痰及肺实变征，但大叶性肺炎起病急，体温骤升、为稽留热，发热前有寒战，咳嗽痰少，痰呈铁锈色，而肺脓肿发热虽也较急，也有畏寒，但体温数日内始达高峰，呈弛张热，以后咳嗽痰呈脓性，有臭味。热型与痰的性状构成它们之间的不同性（特殊性）。

正是由于这种不同性（特殊性），构成了它们之间的鉴别依据。

有时由于临床表现较复杂，一时难以辩证它的一般性和特殊性，那只有找出一个主要症状或几个症状组成的综合征，提出若干可能及诊断，逐一进行对比分析，最后将临床表现不符合的诊断逐一排除，留下一二个比较最为可能的诊断，这种诊断方法称为排除诊断法，如一个黄疸病人，可以是阻塞性、肝细胞性或溶血性，在临床上常不易立即鉴别出来。因为阻塞性黄疸可以伴有肝功能损害，而肝细胞性黄疸又以阻塞性黄疸的形式表现出来。

在临床实践中，具体病人的临床表现往往并不完全具备书本上所有的典型表现，如化脓性感染，白细胞增多是一个普通现象，但是某些机体反应差的病人，可以没有白细胞增高，甚至低于正常。所以在疾病发展过程中的诊断一定在认识它的共同性的基础上想到它的特殊性，否则容易误诊。

迄今医学上尸体解剖与生前主要诊断完全不符合的病例超过10%，这是一个严峻的误诊事实。为防止误诊建议四条经验可供参考：①在提出自己肯定诊断意见时，除提出诊断依据外应同时说明根据不足之处，公开暴露自己诊断意见的弱点，以示有懈可击；②重视别人反对自己诊断的意见和根据；③在讨论病例时鼓励青年医生对诊断提出不同看法和依据，发扬学术民主；④敢于说出自己误诊的实例。

七、诊断过程中的注意事项

1、当建立疾病的诊断时，应多考虑常见病，但不要忽视少见的疾病，如中老年腹泻，脓血便，里急后重，当然首先要想到痢疾，但千万不应忘记还可能是直肠癌或结肠癌。

2、诊断确立后，须进一步明确是原发病还是继发病？预后如何？

3、病人的全部临床表现最好能用一个疾病来解释。当用一种疾病不能完全解释时，则不应受此限制，要仔细观察分析，一定要实事求是，如实反映客观存在的疾病。如一个病人有心脏病，肝大、黄疸、食欲不振、恶心、呕吐等，虽然用一个心脏病来解释所有的病情还是勉强可以的，但也需注意到心脏病病人也可以同时患有病毒性肝炎或其他肝胆疾病。

4、当鉴别器质性疾病与神经官能症有困难时应多考虑器质性疾病，在没有充分根据排除器质性疾病之前，不要轻易作出神经官能症的诊断，过早的诊断神经官能症，常延误诊断，造成不良后果。

5、当病情危急时，应抓住主要矛盾及本质分秒必争，进行抢救，并在抢救过程中，进行必要的检查，切不可为追求诊断而失去抢救时机。

第二节 治疗过程中的辩证思维

临床诊断的目的不仅是为了获得一种真的认识，更重要的是为了达到治愈病人。凡是诊断正确，辨，施治，治疗得当，效果良好的一般都符合辨证法。相反诊断错误，治疗失当，后果不佳者，往往违犯辨证论治的原则。因此，在研究疾病的治疗中，必须认识治疗中的辩证关系。

一、对因与对症治疗

病因治疗是针对引起疾病的原因所采取的治疗措施。

由于抗生素的迅速发展和免疫血清制剂的使用，使大部分细菌感染性疾病和部分病毒感染性疾病得到了满意的治疗和预防，如伤寒、白喉、百日咳、破伤风、麻疹、天花、流脑等。但由于临床医生们滥用抗生素又造成了部分耐药菌株产生，如金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等。对病毒感染虽有一部分疾病通过预防注射得到控制，但大部分病毒感染尚无完善的抗病毒良药。目前临床应用的免疫增强剂（如免疫球蛋白）虽起到短暂的增强机体防御功能，但能否产生负反馈作用使机体免疫机能更形低下还有待于临床进一步验证。免疫抑制剂的使用使一些胶原性疾病、免疫缺陷病及部分恶性肿瘤得到病情控制，症状缓解，但免疫抑制剂降低机体的防御能力，故应用免疫抑制剂病人注意预防细菌感染，注意并发肿瘤。

又如胃大部分切除术治疗胃十二指肠溃疡病有效率达95%，但并发症有10余种，应引起重视，严格掌握手术指征。

综上所述，对病因治疗是一种根本的治疗方法，但是也不能绝对化，治疗过程中应注意观察预防并发症。

对症治疗的目的是减轻病人痛苦、减轻症状、减少消耗,为根治疾病赢得时间,因有些症状严重的疾病危及生命,如休克、惊厥、呼吸困难等。根据病情轻重缓急,可以先治症后治病或病症同治,如休克发生的原因可能是感染、低血容量、心源性、神经源性或过敏性,但治疗的基本措施是扩充血容量,改善微循环,防止重要脏器损伤。其次才是病因治疗。惊厥也是如此,先镇静镇惊,然后去除病因。

对症对因治疗如何施行?要权衡利弊,或先治本(病因)后治标(症),或标本同治或先治标后治本。

二、原发病和继发病的辩证治疗

临床上常遇到原发性基础病合并继发性疾病,在治疗时应辨明现阶段各种疾患在病情中的地位和治疗上的效应,具体有:①有特效治疗,如痈、蜂窝组织炎并发败血症,脓毒败血症有转移性脓肿,大叶性肺炎继发脓胸,嵌顿疝合并绞窄性肠梗阻等。②有特效治疗的原发病并发尚治疗无效的继发病时,应以治疗原发病为主,同时对继发病作对症和支持治疗,如甲状腺功能亢进症继发心血管病,应先治疗甲亢。③无特效治疗的原发病并发可治疗的继发病则以治疗继发病变为主,如肝硬化并发门静脉高压上消化道大出血,可行三腔管压迫术或断流术或分流术。晚期胃肠道肿瘤并胃肠道梗阻时,可行捷径吻合术或胃肠造瘘术。④对原发病和继发病皆无特殊治疗者或仅作对症或适当支持治疗(如癌肿晚期广泛转移,癌栓致缺血性脑卒中等)或以治疗继发病为主(如肾性急性肾衰的治疗可行血液透析或腹膜透析)使症状缓解。

三、全身治疗与局部治疗

致病因素作用于机体,可引起机体解剖结构上的破坏或生理功能的紊乱。由于结构和功能上的变化,治疗原则或是全身治疗为主或是全身治疗加局部治疗或是先局部治疗而后全身治疗。如内科疾病的治疗主要是全身加局部治疗(如外科感染、损伤等)或

局部治疗为先，全身治疗后，如单纯性开放性骨折首先是彻底清创、固定，其次是止痛、补液、应用抗菌素，否则将导致局部或全身感染的发生。

由于疾病的发展是一个过程，在时间和空间上是变化的。即便是单纯的全身治疗，医生也应在变化的过程中掌握时机，选择最佳方案，如流行性出血热在进展中临床表现不同，同时又常并发DIC、ARDS、急性肾功能衰竭、急性肺水肿等。对如此变化快而又预后严重的疾病在全身治疗过程中应根据病情变化及时调整治疗方案。

四、特效疗法与一般疗法

疗效高的药物对应的疾病确有特效，如青霉素治疗肺炎，氯霉素治疗伤寒，异菸肼治疗肺结核等，但特效并非绝对，因为机体的状况不同反应有差异，细菌的数量和毒力不同，机体的损害也不一样，此外还有细菌的耐药性问题等。在全身和局部抗病能力低下时特效疗法也难以奏效，必须辅以一般支持疗法才能提高治愈率。如感染性休克病人除应用特效抗生素外应施以扩容、纠酸、血管活性药物等。另外注意保护重要脏器功能，去除病因。又如大面积Ⅱ度烧伤，切削痂、植皮、消除创面是特效疗法，但适当选用抗生素、输血、输血浆、输液体，补充足量的热量、蛋白质和维生素也非常重要。否则植皮难以成活，败血症容易发生。

五、药物与手术

内科治疗是以药物和调养治疗为主，外科病一般以手术和手法治疗为主，但两者之间并没有严格的界限。随着病情的演变及医学的进步，它们可以互相转变。如胃十二指肠溃疡病经严格的系统内科治疗，90%以上的病人好转或痊愈。对于顽固性溃疡、急性穿孔、大出血、疤痕性幽门梗阻、胃溃疡恶变等需要手术治疗。

有些病需要药物加手术治疗，术前充分应用药物做术前准备，在准备好的基础上手术治疗，如甲状腺功能亢进症，术前给以抗甲

甲状腺药物硫氧嘧啶治疗,待基础代谢率降至+20%以下,脉率降至90次/分以下,服卢戈氏碘液2周,抓住时机手术治疗。而另一些疾病则是手术加药物治疗如恶性肿瘤手术后辅以化疗或生物疗法。

六、长疗程与短疗程

任何疾病的治疗都有一个疗程问题,所谓疗程是治疗疾病过程中的时间性和阶段性,疗程一般分为长疗程、中疗程和短疗程,有实际临床指导意义的应了解长疗程和短疗程,如特殊感染性疾病:结核、麻风病需长疗程,用药时限6~12个月;一般感染性疾病需症状消失,体温正常3~4天后逐渐减量停药。亚急性细菌性心内膜炎、急性骨髓炎,体温正常后还需一段较长时间的抗菌素治疗;对大面积烧伤病人的抗菌素治疗要求大剂量、短疗程,速上速下,尤具切削痂、植皮过程中的抗菌素治疗更是如此,恶性肿瘤手术前的化疗多采用大剂量短时间冲击疗法。

七、治病与致病

因治疗而导致疾病者称为医源性疾病,引起医源性疾病的原因有药物的毒副作用,医械检查与治疗所致的创伤和感染,无菌技术与手术操作失误,心理因素等。其中2/3由药物引起,称之药源性疾病。为防止药源性疾病,临床用药过程中应注意以下几个方面:

(一) 药量

一定治疗剂量下用药是良药,而大剂量、超剂量则变为毒药,尤其剂量安全范围窄、排泄慢的药物更容易引起中毒。由于机体的个体差异(体重、体表面积、营养状态),标准剂量药物对不同病人有不同的效果,因而药物的用量一方面注重标准剂量,另一方面要注意因病、因人而异,不能公式化,如毛地黄治疗心力衰竭,常规毛地黄化剂量为0.6~1.0,维持量0.05~0.1,若病人身高2米,体重100kg以下,显然毛地黄饱和量要超过1.0以上。

甲状腺功能亢进时对毛地黄耐药,甲状腺功能低下时对毛地黄敏感。