

临床医疗护理常规

2012年版

内科诊疗常规

NEIKE ZHENLIAO CHANGGUI

胡大一 主编

北京医师协会 组织编写



北京市各级各类医疗机构医务人员日常诊疗护理工作规范

各类专科医师**应知应会**的基本知识与技能

北京市执业医师定期考核**唯一指定**用书

中国医药科技出版社

临床医疗护理常规

内科诊疗常规

胡大一 主 编
北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求,由北京医师协会组织全市内科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性、可操作性等特点。既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书,也还是北京市内科领域执业医师"定期考核"业务水平的惟一指定用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目(CIP)数据

内科诊疗常规/胡大一主编. —北京:中国医药科技出版社, 2013. 10

(临床医疗护理常规)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 6260 - 1

I. ①内… II. ①胡… III. ①内科 - 疾病 - 诊疗 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 166949 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 787 × 1092mm¹/₁₆

印张 8¹/₄

字数 170 千字

版次 2013 年 10 月第 1 版

印次 2013 年 10 月第 1 次印刷

印刷 三河市腾飞印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 6260 - 1

定价 60.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《临床医疗护理常规》

编委会

名誉主任	方来英				
主任	金大鹏				
执行主任	邓开叔				
常务副主任	吕鹏				
副主任	王澍寰	高润霖	邱贵兴	赵玉沛	邱大龙
	项小培	吴少楨			
办公室主任	许朔				
办公室副主任	路明	赵艳华			
办公室成员	陈平	许东雷	李尊	徐殿祥	
编委	(以姓氏笔画排序)				
	马辛	王杉	王茂斌	王宝玺	王保国
	王贵强	王澍寰	邓开叔	申文江	邢小平
	吕鹏	许朔	孙正	李简	李汉忠
	李仲智	李春盛	李淑迎	杨仕明	杨庭树
	吴念	吴永浩	邱大龙	邱贵兴	何权瀛
	应岚	张兆光	张奉春	张国安	陈杰
	林三仁	金大鹏	周纯武	项小培	赵玉沛
	赵艳华	赵家良	赵继宗	胡大一	姜玉新
	高润霖	黄晓军	崔巍	崔丽英	湛贻璞
	路明	魏丽惠			

《内科诊疗常规》

编委会

主 编 胡大一（北京大学人民医院）

编 委（按姓氏笔画排序）

丁荣晶（北京大学人民医院）

王春玲（煤炭总医院）

皮 林（北京市垂杨柳医院）

刘文玲（北京大学人民医院）

刘梅彦（北京大学人民医院）

孙艺红（北京大学人民医院）

李宏伟（首都医科大学附属北京友谊医院）

李瑞杰（北京市朝阳区第二医院）

陈步星（首都医科大学附属北京天坛医院）

序 言

我非常高兴地向各位推荐北京医师协会亲力亲为与北京地区35个医学专科的专家们具有历史意义合作的一个象征——北京市《临床医疗护理常规》正式出版。其宗旨仍然是致力于全市医疗质量与患者安全的持续性改进和提高。

提高质量的医疗服务，需要有效的领导，这种领导支持来自于医疗机构的许多方面，包括治理层领导们、临床与管理部門的负责人，以及其他处于领导职位的人的支持；质量与安全更扎根于每位医务人员和其他工作人员的日常工作生活中，当医生与护士评估患者的需要并提供医疗服务的时候，本书的内容毫无疑问有助于帮助他们理解和如何做到切实改进质量，以帮助患者并降低风险。同样，管理者、辅助人员，以及其他人员通过北京市《临床医疗护理常规》的学习并应用于日常工作中，也有助于提高工作效率，改善资源利用率，从而达到质量持续改进与医疗安全的目的。

我们热切地展望未来，与我们的医学同道们一起合作，在朝着医疗护理质量持续改进的历程中互相学习，为首都乃至中国的医药卫生体制改革和促进人民的健康，不失时机地做出我们的努力！

金大鹏

2012年4月

编写说明

10年前，北京医师协会受北京市卫生局委托，组织北京地区几十家医院的数百名医学专家、学科带头人及中青年业务骨干，以现代医学理论为指导，参考国内外相关版本，结合临床实践经验，编写了北京市《临床医疗护理常规》，并于2002年正式出版。

10年来，《临床医疗护理常规》对规范各级各类医院的医疗质量，规范医护人员在医疗护理实践中的诊疗行为，保障患者的健康产生了重要的作用。但是随着医疗卫生改革的深化和临床医学的发展、临床学科的细化，北京市《临床医疗护理常规》已经不能充分体现北京地区的医疗水平。

北京医师协会根据卫生部有关专业分类的规定，组织本协会内34个专科的专家委员会对北京市《临床医疗护理常规》进行修编。在编写过程中，力求体现北京地区的医疗水平，尽量保持原来的体例和风格，经反复修改定稿。

尚需说明：

1. 北京市《临床医疗护理常规》修编是根据卫生部颁布的18个普通专科和16个亚专科分类，加上临床护理专业。18个普通专科是：内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、神经内科、皮肤科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、小儿外科、康复医学科、麻醉科、医学检验科、临床病理科、口腔科、全科医学科、医学影像科。16个亚专科是：心血管内科、呼吸内科、消化内科、内分泌科、血液内科、肾脏内科、感染科、风湿免疫科、普通外科、骨科、心血管外科、胸外科、泌尿外科、整形外科、烧伤科、神经外科。

2. 北京市《临床医疗护理常规》的本次修编有较大幅度的调整，由2002版的11个分册调整为现行版的35个分册。其中由于外科与普通外科、儿科与小儿外科相通颇多故各自合并为一个分册，医学影像科以放射科、超声科和放射治疗三个分册分别论述。

3. 为进一步完善我市医师定期考核工作，保证医师定期考核取得实效，2012年，北京市卫生局将根据专科医师发展情况试点开展按专科进行业务水平测试的考核方式。修编后的北京市《临床医疗护理常规》旨在积极配合专科医师制度的建设，各专科分册独立程度高、专科性强，为各专科医师应知应会的基本知识和技能。

《临床医疗护理常规》将成为在各专科领域内执业的临床医师“定期考核”业务水平测试的内容。

4. 北京市《临床医疗护理常规》的修编出版仍然是一项基础性的工作，目的在于为各级医护人员在诊疗护理工作中提供应参照的基本程序和方法，有利于临床路径工作的开展，并不妨碍促进医学进展的学术探讨和技术改选。

5. 本次修编仍不含中医专业。

第一章 住院患者的诊治	(001)
第一节 普通内科患者的初始评估及入院医嘱	(001)
第二节 内科医师常规操作	(002)
一、胸腔穿刺	(002)
二、腰椎穿刺	(003)
三、腹腔穿刺	(004)
第三节 内科常用影像学诊断	(005)
一、X线	(005)
二、超声	(005)
三、计算机断层扫描 (CT)	(005)
四、核磁共振 (MRI)	(006)
第四节 外科手术患者的内科评估	(006)
一、内科评估的目的	(006)
二、无内科疾病患者的评估同容	(006)
三、心脏风险评估	(007)
四、体格检查	(007)
五、辅助检查	(007)
六、特殊心脏状况	(007)
七、术前肺功能评估	(009)
第五节 重症监护的诊治原则	(009)
一、接诊危重患者	(009)
二、休克	(010)
三、机械通气支持	(011)
四、呼吸衰竭	(011)
五、多器官衰竭	(011)
六、ICU 病房监测	(011)
七、防止并发症	(012)

八、停止或撤销治疗	(012)
第六节 评价营养状况	(012)
一、营养不良	(012)
二、病因	(013)
三、临床表现	(014)
第七节 水及电解质代谢与酸碱平衡紊乱	(014)
一、钠代谢异常	(014)
二、钾代谢异常	(016)
三、酸碱平衡紊乱	(018)
第八节 肠内及胃肠外营养	(021)
一、肠内营养	(021)
二、胃肠外营养	(022)
三、微量元素缺乏	(023)
第九节 输血及成分输血	(023)
一、输血	(023)
二、成分输血	(025)
三、治疗性血液成分去除	(025)
第十节 疼痛及其治疗	(025)
一、疼痛产生的路径	(026)
二、疼痛的评价	(026)
三、疼痛的治疗	(027)
四、慢性疼痛	(027)
第二章 内科急症	(028)
第一节 休克	(028)
第二节 脓毒血症和脓毒性休克	(031)
第三节 急性呼吸窘迫综合征	(033)
第四节 心血管性猝死	(035)
第五节 急性肺水肿	(037)
第六节 意识障碍	(038)
第七节 颅内压增高和头部创伤	(042)
一、颅内压增高	(042)
二、头部创伤	(043)
第八节 缺血缺氧性脑病	(044)
第九节 癫痫持续状态	(045)
第十节 中毒和药物过量	(046)
第十一节 肿瘤学急症	(050)
一、结构性/阻塞性肿瘤学急症	(050)
二、副癌综合征急症	(051)
第十二节 过敏反应	(053)

第三章 内科常见症状	(055)
第一节 发热	(055)
一、不明原因发热	(055)
二、高热	(058)
第二节 胸痛	(059)
第三节 腹痛	(061)
第四节 头痛	(064)
第五节 关节疼痛或肿胀	(070)
第六节 晕厥和晕厥先兆	(073)
第七节 头晕和眩晕	(076)
一、头晕	(076)
二、眩晕	(076)
第八节 失语和言语障碍	(079)
第九节 睡眠障碍	(080)
一、失眠	(081)
二、睡眠过度（白天过度困倦）	(082)
第十节 贫血与红细胞增多症	(084)
一、贫血	(084)
二、红细胞增多症	(084)
第十一节 呼吸衰竭	(086)
第十二节 呼吸困难	(087)
第十三节 咳嗽和咯血	(088)
一、咳嗽	(088)
二、咯血	(090)
第十四节 紫绀	(093)
第十五节 水肿	(094)
第十六节 恶心、呕吐和消化不良	(097)
一、恶心和呕吐	(097)
二、消化不良	(098)
第十七节 腹泻、便秘和吸收障碍	(099)
一、正常胃肠功能	(099)
二、腹泻	(100)
三、吸收不良综合征	(102)
四、便秘	(104)
第十八节 消化道出血	(104)
第十九节 黄疸与肝功能评估	(108)
一、黄疸	(108)
二、肝大	(111)
第二十节 腹水	(114)

第二十一节 氮质血症与泌尿系统异常	(116)
一、氮质血症	(116)
二、尿量异常	(116)
三、尿液成分异常	(118)

第一章 住院患者的诊治

第一节 普通内科患者的初始评估及入院医嘱

内科医生接触的疾病非常广泛，一个患者可能会同时具有多个器官的疾病，应进行系统评估。患者入院治疗的目的包括：①在门诊无法安全或有效地明确诊断；②因急性疾病需要住院进行诊断、检查、干预、治疗。决定住院后还需要选择临床科室（如内科、神内科、泌尿科等），确定护理级别（观察，普通，遥控监测，ICU），以及对患者及家属进行必要的解释，说明为何需要住院、目前的相关情况和住院后的预期结果等。

住院患者的重点常集中在急性情况的诊疗。然而，多数患者的情况复杂，预防院内并发症同样重要。对所有患者均应注重预防常见的院内并发症，如深静脉血栓形成、输液局部感染、应激性溃疡。此外，还必须特别注意可能的错误决定，如对感染患者应用抗生素的选择和剂量，对新出现的深静脉血栓患者给予的肝素剂量。同时，也存在一些疏忽使患者未能接受改善生活质量的干预和治疗，如对冠心病患者未检测血脂水平，对糖尿病伴白蛋白尿的患者未给予血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）类药物，或对髋关节骨折的骨质疏松患者遗漏钙剂、维生素D及双磷酸盐等。

入院过程流程化可确保医嘱全面清晰，并得到及时的执行。计算机医嘱录入系统可以使流程简化。通常依据下列流程对患者进行医嘱处理。

- (1) 入院 科室（内科、肿瘤、ICU等），一般状况（急性或观察）。
- (2) 诊断 此次入院的主要诊断。
- (3) 医生 主治医师，住院医师，实习医生，学生。
- (4) 是否需要隔离 呼吸道或接触隔离的状况及原因。
- (5) 监测 遥控监测的指征及监测的指标。
- (6) 生命体征 生命体征的监测频率及必要时脉搏氧饱和监测。
- (7) 创建静脉通路及静脉输液或口服药物医嘱。
- (8) 过敏情况及其他特殊的药物副作用。
- (9) 实验室 血常规、生化、出凝血试验、尿液检查及其他检查。
- (10) 仪器辅助检查 CT、超声心动或B超检查、血管造影和内镜检查等。
- (11) 活动情况 负重能力、活动指导，跌倒的预防及活动受限的情况。
- (12) 护理医嘱 在何种情况下应呼叫医生，是否需每日监测血糖或体重。
- (13) 饮食 禁食或鼻饲，以及检查前后是否禁食。
- (14) 消化性溃疡防治 高危患者给予质子泵抑制剂或抑酸剂。
- (15) 预防深静脉血栓是否需肝素或其他药物，如华法林。
- (16) 不必需的导管及中心静脉置管的拔除，避免感染。

- (17) 皮肤护理 采用足跟部护理、充气垫, 避免褥疮。
- (18) 呼吸道管理 防止肺不张和院内获得性肺炎。
- (19) 若有骨质疏松、骨折或服用激素时, 给予钙剂、维生素 D 和双磷酸盐。
- (20) ACEI 类药物和阿司匹林 几乎所有的冠心病和糖尿病的患者均应服用这两类药物。
- (21) 调脂治疗 所有心血管疾病合并高脂血症时, 均应进行评估及治疗。
- (22) 心电图 所有 50 岁以上的患者入院时均应行心电图检查。
- (23) X 线 胸部或腹部 X 线检查, 评价中心置管及气管插管时选用 X 线检查。
- (24) 终末决策 全力抢救或放弃复苏, 何种情况下终止抢救。
- (25) 药物治疗 因医嘱而异, 开出必要时可能需要的药物, 药物的用法原则包括: 每日服用次数、时间 (根据时钟周期服用), 服用方法包括口服和静脉注射。考虑到患者的病情, 有些药物需设立“必要时服用”的医嘱, 如苯海拉明、对乙酰氨基酚及安眠药。常规口服药物为 1 次/日, 若没有即刻口服的医嘱, 一般次日才给予该药物口服。

第二节 内科医师常规操作

内科医师、护士及辅助医疗机构人员除进行静脉穿刺取血化验、动脉穿刺血气检查、气管插管、鼻饲导管、静脉置管及导尿操作外 (这些操作要求技术熟练, 最大限度地减少患者痛苦及潜在并发症), 还要进行一些有创诊断和治疗措施, 如胸穿、腰穿和腹穿等穿刺术。另外, 还有一些需专业人员进行的操作, 包括如下内容。

- (1) 过敏性疾病相关检查及操作 皮肤试验、鼻镜。
- (2) 心脏病相关检查及操作 运动负荷试验、心脏超声、冠状动脉导管术、血管成形术、冠状动脉支架植入术、起搏器置入术、电生理检查、射频消融、自动体外除颤器植入及心脏复律。
- (3) 内分泌系统疾病相关检查及操作 甲状腺活检、动态激素监测及骨密度。
- (4) 胃肠道系统疾病相关检查及操作 上或下消化道内窥镜、食道测压、侵入性逆行性胰胆管造影 (ERCP)、支架植入、内镜超声及肝脏活检。
- (5) 血液系统疾病/肿瘤学相关检查及操作 骨髓活检、干细胞移植、淋巴结活检和血浆置换。
- (6) 肺部相关检查及操作 气管插管和机械通气治疗, 支气管镜检查。
- (7) 肾脏疾病相关检查及操作 肾活检、血液滤过和透析。
- (8) 风湿病学相关检查及操作 关节液抽取。

应在超声、CT 和 MRI 影像技术的辅助下进行有创操作。所有有创操作应获得患者的书面知情同意书。

一、胸腔穿刺

胸腔穿刺引流可在床旁进行, 指征包括: 胸腔积液诊断性检查、缓解积液症状和对恶性肿瘤患者反复出现的胸腔积液注入硬化剂。

1. 准备工作

胸部正侧位 X 线检查可了解积液的流动性。局限性积液应行超声或 CT 定位。

2. 操作方法

(1) 一般选择后方入路, 让患者采取舒适的体位是十分重要的。患者应坐于床边, 身体前倾、双臂搭在床边枕头上。胸穿时患者常会出现严重的呼吸困难, 应判断患者是否能维持体位 10 分钟以上。

(2) 根据体检和影像学决定穿刺点, 叩浊处即为胸水的范围, 进针部位应在此区域最高或次高肋间。应紧贴肋骨上缘进针, 以免损伤走行在肋骨下缘的肋间神经、动静脉。

(3) 穿刺点用标记笔做记号, 严格消毒, 利多卡因局部浸润麻醉皮肤和肋骨上缘、壁层胸膜, 进入胸膜腔。以带注射器的胸穿针刺进皮肤, 直达肋骨上缘。

(4) 维持注射器轻度负压, 慢慢将穿刺针推进胸膜腔。如只是诊断需要, 只需抽取 30 ~ 50ml 液体。如需进行治疗, 可连接三通将胸腔液引流到引流瓶或引流袋中。一次引流量不要超过 1L, 单次引流量超过 1 ~ 1.5L 可出现肺水肿。

(5) 拔出穿刺针, 压迫 1 分钟以上。

3. 标本收集

根据临床特点确定诊断评估方法, 所有胸腔液应送检细胞计数和分类检查、革兰染色和细菌培养。乳酸脱氢酶 (LDH) 和蛋白质定量检查可区分是渗出液还是漏出液。如考虑脓胸, 应行 pH 值检查。有时需行支原体或霉菌培养, 葡萄糖、甘油三酯、淀粉酶测定及细胞学检查。

4. 穿刺后处理

气胸患者胸腔穿刺后应行 X 线复查, 并严密观察, 如有无出现新的气短症状。

二、腰椎穿刺

怀疑脑膜炎、蛛网膜下腔出血、脑膜瘤和非感染性脑膜炎时应行腰穿检查, 检测脑脊液。相对禁忌证包括腰椎局部皮肤感染、可疑脊髓或颅内占位病变。穿刺前应纠正出血性疾病, 以免引起硬膜外血肿。血小板计数应大于 $50 \times 10^9/L$ 或 INR 应小于 1.5, 进行腰椎穿刺较为安全。

1. 准备工作

应熟悉腰穿各种器械。如患者有局灶性神经缺损或体检时发现视乳头水肿, 腰穿前应行头颅 CT 检查。

2. 操作方法

可采用两种患者体位: 侧卧位和坐位。大多数常规腰穿可采用侧卧位, 对于肥胖患者可选择采用坐位。无论何种体位, 患者都应尽可能地弯曲脊柱。侧卧位时, 患者弯曲如同胎儿体位, 双膝靠近腹部; 坐位时, 患者应弯腰于床边桌上, 双臂交叠, 头枕其上。

脊髓圆锥位于 L_{1-2} , 穿刺点应选择 L_{3-4} 或 L_{4-5} 间隙。髂后上棘连线与脊柱交点为 L_{3-4} 间隙, 用记号笔标记穿刺点。常规消毒, 细针浸润麻醉皮肤和皮下组织, 腰穿针于中线垂直皮肤刺入, 并缓慢推进, 经常回抽针芯。当穿刺针进入蛛网膜下隙时, 有落

空感。如遇骨性阻挡,应将穿刺针抽至皮下,针尾偏向尾侧重新穿刺。流出脑脊液时,应于患者侧卧位测量脑脊液压力,如为坐位穿刺患者,需改变体位。应至少留取 10 ~ 15ml 脑脊液。将针芯放回,拔出穿刺针。

3. 标本收集

根据临床情况评估脑脊液。通常脑脊液应做细胞计数和分类、蛋白质、葡萄糖测定及细菌培养。特殊检查包括病毒培养、霉菌或支原体培养、隐球菌抗原和细胞学检查。

4. 穿刺后处理

为减少穿刺后头痛的发生率,穿刺后患者应至少卧床 3 小时。如出现头痛,应卧床休息,补液或口服止痛药。如出现顽固性头痛,则可能存在持续脑脊液漏,需特殊处置。

三、腹腔穿刺

抽取腹水可以有助于明确新发腹水或不明原因腹水的病因,对于病因明确的失代偿性腹水患者也需要抽出腹水。相对禁忌证包括:出血性疾病、既往腹部手术史、肠管膨胀或带分隔的腹水。

1. 准备工作

穿刺前应纠正严重的出血性疾病,肠管胀气应留置胃肠减压。穿刺前应排空膀胱。如进行大量腹水穿刺,应准备较大的引流瓶和相应的连接管。

2. 操作方法

(1) 腹腔穿刺时应选择适当的体位。嘱患者平卧,床头抬高 45°,患者至少可维持此体位约 15 分钟,使腹水积聚于腹腔低位。

(2) 最佳穿刺点是中线上,耻骨联合与脐的中点,此处是血管较少的腹白线。但中线有手术瘢痕时可有新生血管,应避免中线穿刺。其他穿刺点可选择下腹部或腹直肌外缘,但门脉高压时应注意侧副血管形成。

(3) 常规消毒,局部浸润麻醉皮肤、皮下和腹壁直至腹膜。以带注射器的穿刺针于中线垂直皮肤穿刺,边抽吸、边缓慢向内穿刺。如诊断需要,50ml 腹水即可。如需放出大量腹水,应连接至引流瓶。

(4) 抽液后,拔出穿刺针,加压包扎。

3. 标本收集

腹水应送细胞计数和分类检查,革兰染色和细菌培养。测定腹水白蛋白,计算血浆-腹水白蛋白梯度。根据临床需要进行特殊检查,包括支原体培养、淀粉酶测定、腺苷脱氨酶、甘油三酯测定和细胞学检查。

4. 穿刺后处理

(1) 穿刺后应仔细监护,嘱患者平卧数小时。如有持续腹水渗出,穿刺部位应继续加压包扎。

(2) 肝功能失代偿患者,放出大量腹水后,可能引起血容量突然下降,注意避免诱发肝肾综合征。

(3) 大量放腹水后,静脉给予白蛋白可降低肾功能衰竭的发生率。

(4) 如腹水检查提示自发性腹膜炎,应尽早使用抗革兰阴性菌的抗生素和静脉注射白蛋白。

第三节 内科常用影像学诊断

内科医师在进行非侵入性诊断时，常常需要借助放射性检查手段，尽管特异性影像检查的方法有很多种，但 X 线和超声检查对于诊断十分重要；CT 对于创伤、颅内出血和脑梗死等有重要的诊断价值；MRI 相关检查（MR 血管成像、功能 MRI、MRI 光谱仪）可提供脑、血管、关节及大器官的高分辨率图像。在此将介绍与内科诊断相关的放射性检查的指征和使用。

一、X 线

（一）胸部 X 线

- （1）检查及结果报告速度快，是心肺疾病患者标准检查的一部分。
- （2）能发现威胁生命的状况，如气胸、腹腔游离气体、肺水肿和主动脉破裂。
- （3）急性肺栓塞时，胸部 X 线检查结果一般正常。
- （4）对急性肺炎患者，应每 4~6 周重复检查 1 次，以便了解浸润病灶消退情况。
- （5）与体检结合，可诊断充血性心力衰竭，如心脏增大、Kerley - B 线和胸腔积液。
- （6）气管插管患者应定期检查，了解插管位置和有无疑气压性损伤。
- （7）有助于发现肺泡疾病，X 线特征为不均质、片状不透明影和支气管征象。
- （8）有助于了解胸腔积液的流动性。

（二）腹部 X 线

- （1）对于肠梗阻患者，腹部 X 线应作为常规检查。小肠梗阻的腹平片可见多发气液平、结肠不充气和小肠袢的阶梯状影像。
- （2）肠穿孔、门静脉积气和中毒性巨结肠患者进行检查时不应使用钡剂。
- （3）可判断肠管的大小
 - ①正常小肠直径小于 3cm。
 - ②盲肠直径可达 9cm，其余大肠直径可达 6cm。

二、超声

- （1）发现胆结石比 CT 更敏感和特异。
- （2）可了解肾功能不全患者的肾脏大小，并可除外肾积水。
- （3）可了解腹部钝性损伤的患者有无腹腔积液。
- （4）与多普勒联用，可评估动脉硬化情况。
- （5）可用来评估心脏瓣膜和室壁运动状况。
- （6）可用作胸腹腔分隔性积液引流前的定位诊断。
- （7）可测定甲状腺结节大小，并进行导向穿刺。
- （8）可评估阴囊疾病。
- （9）评估卵巢的首选方法。

三、计算机断层扫描（CT）

- （1）CT 是可疑脑卒中患者的初筛手段。

- (2) 对于蛛网膜下腔出血非常敏感，在急性期比 MRI 更敏感。
- (3) 对于有精神状态改变的患者，CT 是十分必要的，可用于除外颅内出血、占位病变、硬膜内外血肿和脑积水。
- (4) 评价头颅和脊柱骨性病变优于 MRI。
- (5) 对于胸痛患者，应行 CT 除外肺栓塞和主动脉破裂等疾病。
- (6) 高分辨 CT 可评估肺间质疾病。
- (7) 胸部 CT 可评估肺部结节。
- (8) 可用于确定有无胸腔或心包积液，并可定位局限性积液。
- (9) 对不明原因的腹痛患者，CT 可了解有无阑尾炎、肠系膜缺血或梗死、憩室炎和胰腺炎。
- (10) 对于肾绞痛患者，CT 可了解有无肾结石。
- (11) 可确定有无胸腔或腹腔脓肿。
- (12) 联合腹平片，可评估肠梗阻，并有助于寻找梗阻原因。
- (13) 对腹痛患者，可判断有无肠扭转和肠套叠。
- (14) 评估腹膜后病变的影像学诊断选择之一。
- (15) 腹部外伤患者应迅速行 CT 检查，了解有无腹腔内出血和评估腹内脏器损伤。

四、核磁共振 (MRI)

- (1) 对缺血性梗死、痴呆、占位病变、脱髓鞘病变、多数非骨性脊柱病变等的诊断比 CT 更优。
- (2) 可提供大关节如膝关节、髋关节和肩关节的高质量影像资料。
- (3) 通常与 CT 或血管造影联用，用于诊断主动脉瘤和先天性心血管疾病。
- (4) 对心脏缺血性疾病，MRI 可提供室壁运动资料，并可判断心肌的存活情况。
- (5) 诊断肾上腺疾病优于 CT，并可区分良性和恶性肾上腺占位。

第四节 外科手术患者的内科评估

内科医生在日常工作中除了诊治本专业的患者外，还常常需要协助相关的手术科室对外科患者进行围手术期的评价和管理。

一、内科评估的目的

- (1) 检查有无加重外科病情和增加手术死亡率的合并症。
- (2) 降低手术风险并优化患者的一般状况。

二、无内科疾病患者的评估内容

应询问病史和进行体检。

- (1) 简单的病史问询非常有效。
- (2) 测定运动耐力，寻找运动耐力下降的原因。
- (3) 常规实验室检查对无内科疾病患者的评估意义不大。