

湖南省科技成果转化与产业化重大专项
“湖南农村常用卫生适宜技术推广与应用”推广用书

乡村医生 百项适宜技术指导手册

主 编 龙开超

XIANG CUN YI SHENG BAI XIANG SHI YI JI SHU
ZHIDAO SHOU CE

 科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

湖南省科技成果转化与产业化重大专项
“湖南农村常用卫生适宜技术推广与应用”推广用书

乡村医生百项适宜技术指导手册

主 编 龙开超

图书在版编目(CIP)数据

乡村医生百项适宜技术指导手册 / 龙开超主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2015.4
ISBN 978-7-5023-9921-4

I. ①乡… II. ①龙… III. ①乡村—医生—技术培训—手册 IV. ①R-62

中国版本图书馆CIP 数据核字(2015)第050239号

乡村医生百项适宜技术指导手册

策划编辑: 杜新杰

责任编辑: 张宪安

责任校对: 康建新

责任出版: 张志平 申建

出 版 者	科学技术文献出版社
地 址	北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部	(010) 58882938, 58882087(传真)
发 行 部	(010) 58882868, 58882874(传真)
邮 购 部	(010) 58882873
官 方 网 址	www.stdp.com.cn
发 行 者	科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者	湖南雅嘉彩色印刷有限公司
版 次	2015年4月第1版 2015年8月第2次印刷
开 本	787×1090 1/16
字 数	321千
印 张	15.25
书 号	ISBN 978-7-5023-9921-4
定 价	48.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

乡村医生百项适宜技术指导手册

主 编 龙开超

副 主 编 范珍贤 祝益民 王继华 蒋 波 李世忠
袁友红

编 委 (按姓氏笔画排序)

万 欢	王向阳	王 博	王继华	王月辉
王湘英	宁 宁	孙 林	冯 浩	石泽亚
付文彬	阳 军	成 伟	刘 祺	刘 展
任 毅	李 云	李 婵	李文开	李远伟
李世忠	李建民	李淑芳	肖旭平	张 弛
张 渝	张兴文	陈文玉	陈愔音	沈雄杰
罗 斯	罗 逊	周建波	郑昭芬	范珍贤
钟 宇	钟礼立	郭 莹	夏立丰	唐世刚
袁友红	黄安兰	梁红英	彭 创	彭 娅
韩小彤	蔡 华	蔡益民	颜琳琳	

主 审 郭 莹 王湘英

学术秘书 李淑芳



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

内容简介

本书是湖南省人民医院承担的湖南省科技成果与产业化重大专项“湖南农村常用卫生适宜技术推广与应用”（项目编号2012CK1001）推广用书。第1~3章介绍了常见症状、常见疾病、常见急诊的病因、诊断要点、治疗要点、转诊指征、诊治抢救流程。第4章介绍了常用诊疗操作技术的使用目的、操作步骤、注意事项、操作流程，第5章介绍了常见慢性病的家庭管理与健康教育。

本书内容基本涵盖了当前我国农村乡村医生需要掌握的实用诊疗技术与公共卫生常识，具有科学性、先进性、指导性、规范性等特点，实用性、可操作性强。专业权威、简明易懂、图文并茂，对乡村医生掌握医疗适宜技术、提高业务技术水平和服务能力很有帮助，可供乡村医生、社区医生、全科医生阅读使用，可做为乡村医生、社区医生适宜技术的培训教材。

前 言

在新中国卫生事业的发展过程中,“赤脚医生”作为一个特殊群体,以为人民服务的纯朴之心,用朴素实用的治疗方法,为解决我国解放初期农村地区缺医少药的人民健康做出了积极的贡献,至今为人们颂扬。随着经济、技术的发展与社会进步,以及农村疾病谱的变化,建立切合农民利益的农村合作医疗制度,满足农村群众常见病和多发病的治疗需要成了目前亟待解决的民生问题,对乡村医生提高医疗技术水平和预防保健能力提出了新的要求。

2010年,卫生部发布了《关于加强乡村医生队伍建设的意见》及《关于进一步加强乡村医生队伍建设的指导意见》,明确乡村医生的主要职责是为农村居民提供公共卫生和基本医疗服务,其中基本医疗服务是指使用适宜药物、适宜技术和中医药方法为农村居民提供常见病、多发病的一般诊治以及转诊。为满足农村大多数群众的初级医疗需要,实现“保基本、强基层、建机制”的医改任务,加强乡村医生人才队伍的建设,开展相关疾病诊疗知识培训与适宜技术的推广应用是奠基之石,也是必经之途。

《乡村医生百项适宜技术指导手册》汇集了当前乡村医生,尤其是村卫生室医护人员需要掌握实用诊疗技术与公共卫生常识,结合了三级甲等医院专家的规范诊疗与乡村医生易懂易学能操作的基本要求,较好地总结了以往乡村医生培训教材中存在的不足,具有科学性、规范性、实用性、针对性和可操作性。也是继20世纪70年代《赤脚医生手册》后一本专门为村医编写的乡村医生指导手册,书中许多适宜技术规范又具有适用价值,适于在全国范围内推广。

《乡村医生百项适宜技术指导手册》为湖南省人民医院承担的湖南省科技成果转化与产业化专项“湖南农村常用卫生适宜技术推广与应用”(项目编号:2012CK1001)研究推广的指导用书。我们希望通过这些技术的推广,能够尽快规范村医的诊疗行为,提高疾病防治与预防保健能力,从而提高广大农民群众的健康水平与生活质量,实现医疗战线一切为了群众的仁心仁术。我深信《乡村医生百项适宜技术指导手册》的出版与相关技术的推广,

能够在加强村医队伍建设中起到有益的推动作用,达到真正惠及百姓的效果,让人民群众得到实实在在的利益。

在此,谨向湖南省卫生计生委科教处、向参与编写的所有专家、科学技术文献出版社的编审以及有关人员致以崇高的敬意,感谢你们为广大农民的健康与农村卫生事业做出的无私贡献与不懈努力。也希望在本书的推广和应用过程中,广大乡村医生和专家教授积极反馈意见和提出建议,指出书中的不足和错误之处,以便再版时修改充实提高。

编 者

2015 年 4 月 28 日

目 录

第一章 常见症状	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 咳嗽	(4)
第三节 呕吐	(8)
第四节 便血	(10)
第五节 头痛	(12)
第六节 腹痛	(14)
第七节 胸痛	(19)
第八节 颈肩痛	(24)
第九节 腰腿痛	(26)
第十节 意识障碍	(28)
第二章 常见疾病	(32)
第一节 新生儿鹅口疮	(32)
第二节 手足口病	(34)
第三节 小儿腹泻	(37)
第四节 原发性高血压	(41)
第五节 冠心病	(44)
第六节 短暂性脑缺血发作	(46)
第七节 脑出血	(48)
第八节 脑梗死	(51)
第九节 上呼吸道感染	(52)
第十节 慢性阻塞性肺疾病	(55)
第十一节 消化性溃疡	(61)
第十二节 慢性胃炎	(62)
第十三节 尿路结石	(65)
第十四节 急性肾炎	(69)
第十五节 慢性肾衰竭	(70)
第十六节 外阴及阴道炎症	(73)

第十七节 盆腔炎性疾病	(80)
第十八节 痔疮	(83)
第十九节 肩周炎	(85)
第二十节 鼻窦炎	(88)
第二十一节 中耳炎	(89)
第二十二节 沙眼	(91)
第二十三节 老年性白内障	(92)
第二十四节 结膜炎	(94)
第二十五节 水痘	(96)
第二十六节 带状疱疹	(98)
第二十七节 麻疹	(100)
第二十八节 浅表组织化脓性感染	(102)
第二十九节 牙髓病和根尖周病	(107)
第三十节 牙周疾病	(109)
第三章 常见急诊	(114)
第一节 颞下颌关节急性前脱位	(114)
第二节 腹部开放性损伤	(115)
第三节 过敏性休克	(116)
第四节 高热惊厥	(119)
第五节 哮喘急性发作	(121)
第六节 气胸	(125)
第七节 鼻出血	(127)
第八节 气管、支气管异物	(129)
第九节 急性气管梗阻	(131)
第十节 高血压急症	(132)
第十一节 糖尿病酮症酸中毒	(134)
第十二节 高血糖高渗状态	(135)
第十三节 低血糖症	(136)
第十四节 消化道异物	(137)
第十五节 上消化道大出血	(138)
第十六节 肠套叠	(140)
第十七节 急腹症	(143)
第十八节 一氧化碳中毒	(145)

第十九节 食物中毒	(147)
第二十节 鼠药中毒	(149)
第二十一节 急性酒精中毒	(150)
第二十二节 毒品中毒	(151)
第二十三节 镇静催眠药中毒	(154)
第二十四节 强酸、强碱类中毒	(156)
第二十五节 中暑	(158)
第二十六节 冻伤	(160)
第二十七节 淹溺	(162)
第二十八节 电击伤	(163)
第二十九节 烧伤	(165)
第三十节 爆炸伤	(168)
第三十一节 蛇咬伤	(169)
第三十二节 蜂蜇伤	(171)
第三十三节 犬咬伤	(172)
第三十四节 毒蕈中毒	(174)
第四章 常见诊疗技术操作	(176)
第一节 洗胃术	(176)
第二节 灌肠术	(177)
第三节 导尿术	(180)
第四节 物理降温	(182)
第五节 急救止血法	(183)
第六节 闭合性骨折的手法复位与固定	(185)
第七节 注射技术	(188)
第八节 常见创面、引流管及造口护理	(194)
第九节 徒手心肺复苏术	(200)
第十节 清创缝合术	(203)
第十一节 鼻饲法	(205)
第十二节 换药	(207)
第十三节 雾化治疗	(208)
第五章 常见慢性病家庭管理与健康教育	(210)
第一节 中风患者家庭医疗护理指导	(210)
第二节 心脏病患者家庭医疗护理指导	(212)

第三节 产妇家庭医疗护理指导	(213)
第四节 肿瘤患者家庭医疗护理指导	(214)
第五节 慢性乙肝患者家庭医疗护理指导	(216)
第六节 传染病患者的家庭管理	(217)
第七节 四肢骨折患者的康复功能锻炼	(218)
第八节 高致病性禽流感的防治宣传	(220)
第九节 艾滋病等性传播疾病的健康教育	(221)
第十节 肠道寄生虫病的防治宣传	(222)
第十一节 如何预防破伤风	(224)
第十二节 结核病患者家庭医疗护理指导	(225)
第十三节 重性精神疾病患者的健康管理	(226)
附录:抗生素的合理作用	(231)

第一章 常见症状

第一节 发 热

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热源(pyrogen)作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热(fever)。

正常人体温一般为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右,正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响稍有波动。在 24 h 内下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温也可略升高,但一般波动范围不超过 1°C 。妇女月经前及妊娠期体温略高于正常。老年人因代谢率偏低,体温相对低于青壮年。另外,在高温环境下体温也可稍升高。

发热的病因很多,临床上可分为感染性与非感染性两大类,而以前者多见(表 1-1)。

表 1-1 常见引起发热的疾病总体分类

发热性质	病 因		疾 病
感染性发热	各种病原体(细菌、病毒、支原体、衣原体、螺旋体、寄生虫等)		急性、慢性全身或局灶感染
非感染性发热	吸收热	物理和机械损伤	烧伤、创伤、手术、内脏出血
		血液病	淋巴瘤、恶组、嗜血细胞综合征、白血病等
		实体肿瘤	肾癌、肾上腺癌、肝癌、肺癌等
		血栓栓塞性疾病	动脉栓塞、静脉栓塞
非感染性发热	变态反应性发热	变态反应	风湿热、药物热、SLE、皮炎、多肌炎、结节性
		及结缔组织病	多动脉炎、成人 still 病等
	中枢性发热	物理因素	中暑
		化学因素	重度安眠药中毒
		机械因素	颅内出血、颅内肿瘤浸润
		功能性因素	自主神经功能紊乱

(一) 感染性发热(infective fever)

各种病原体如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可出现发热。

(二) 非感染性发热(non infective fever)

非感染性发热主要有以下几类原因:

1. 无菌性坏死物质的吸收 由于组织细胞坏死、组织蛋白分解及组织坏死产物的吸收,所致的无菌性炎症,常可引起发热,亦称为吸收热(absorption fever)。常见于:

- (1) 机械性、物理或化学性损害,如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤等。
- (2) 因血管栓塞或血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死。
- (3) 组织坏死与细胞破坏,如癌、白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

2. 变态反应性疾病 如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

3. 内分泌与代谢疾病 如甲状腺功能亢进、重度脱水等。

4. 皮肤散热减少 如广泛性皮炎、鱼鳞病及慢性心力衰竭等而引起发热,一般为低热。

5. 体温调节中枢功能失常 有些致热因素不通过内源性致热源而直接损害体温调节中枢,使体温调定点上移后发出调节冲动,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热(central fever)。常见于:

(1) 物理性:如中暑。

(2) 化学性:如重度安眠药中毒。

(3) 机械性:如脑出血、脑震荡、颅骨骨折等。上述各种原因可直接损害体温调节中枢,致使其功能失常

6. 自主神经功能紊乱 由于自主神经功能紊乱,影响正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高,多为低热,常伴有自主神经功能紊乱的其他表现,属功能性发热范畴。常见的功能性低热有:

(1) 原发性低热:由于自主神经功能紊乱所致的体温调节障碍或体质异常,低热可持续数月甚至数年之久,热型较规则,体温波动范围较小,多在 0.5°C 以内。

(2) 感染后低热:由于病毒、细菌、原虫等感染致发热后,低热不退,而原有感染已愈。此系体温调节功能仍未恢复正常所致,但必须与因机体抵抗力降低导致潜在的病灶(如结核)活动或其他新感染所致的发热相区别。

(3) 夏季低热:低热仅发生于夏季,秋凉后自行退热,每年如此反复出现,连续数年后多可自愈。多见于幼儿,因体温调节中枢功能不完善,夏季身体虚弱,且多于营养不良或脑发育不全者发生。

(4) 生理性低热:如精神紧张、剧烈运动后均可出现低热。月经前及妊娠初期也可有低热现象。

【诊断要点】

(一) 发热的分度

按发热的高低可分为:

1. 低热 $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。
2. 中等度热 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$ 。
3. 高热 $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。
4. 超高热 41°C 以上。

(二) 发热的热型

发热患者在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将各体温数值点连接起来成体温曲线,该曲线的不同形态(形状)称为热型(fever-type)。不同的病因所致发热的热型也常不同。临床上常见的热型有以下几种。

1. 稽留热(continuous fever) 是指体温恒定地维持在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周,24 h 内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

2. 弛张热(remittent fever) 又称败血症热型。体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24 h 内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、肺结核及化脓性炎症等。

3. 间歇热(intermittent fever) 体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期(间歇期)可持续 1 天至数天,如此高热期与无热期反复交替出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波状热(undulant fever) 体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常。

5. 回归热(recurrent fever) 体温急剧上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金(Hodgkin)病等。

6. 不规则热(irregular fever) 发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等不同的发热性疾病,各具有相应的热型,根据热型的不同有助于发热病因的诊断和鉴别诊断。但必须注意:

(1) 由于抗生素的广泛应用,及时控制了感染,或因解热药或糖皮质激素的应用,可使某些疾病的特征性热型变得不典型或呈不规则热型。

(2) 热型也与个体反应的强弱有关。

(三) 发热诊断的注意事项

1. 明确起病时间、季节、起病情况(缓急)、病程、程度(热度高低)、频度(间歇性或持续性)、诱因。

2. 有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。

3. 应包括多系统症状询问,是否伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛;腹痛、恶心、呕吐、腹泻;尿频、尿急、尿痛;皮疹、出血、头痛、肌肉关节痛等。

4. 患病以来一般情况,如精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便情况。

5. 诊治经过(药物、剂量、疗效)。

6. 传染病接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史、服药史、职业特点等。

【治疗要点】

(一) “反对”滥用糖皮质激素

一些医务人员为了尽快减轻患者的症状,常将激素作为退热剂用于不明原因的发热。其结果不但影响热型的观察,还可能加重病情,延误诊断和治疗。因此,在病因未明时我们不主张给发热病人使用激素。只有当诊断已明确为药物热、结缔组织病和炎症性血管疾病时使用。

(二) “切忌”无目的使用抗菌药物

临床上发热待查的患者诊断明确前多不同程度的使用了抗菌药物治疗。抗菌药物的使用不仅将使细菌培养等病原学检查的阳性率大为下降,造成诊断困难;长期使用多种抗生素还可导致药物热、二重感染等干扰对原发病的正确诊断和处理。只有当疑为感染性发热且病

情严重时,可在必要的实验室检查和各种培养标本采取后,根据初步临床诊断予以经验性的抗菌治疗。

(三)“首选”物理降温

发热本身是机体的一种防御反应,对于不过高的发热(体温 $<40^{\circ}\text{C}$)又不伴有其他严重疾病时不急于退热。只有当高热(体温 $>40^{\circ}\text{C}$)和超高热高(体温 $>41^{\circ}\text{C}$),心脏病患者、妊娠妇女、婴幼儿高热等应采取紧急降温措施时可以考虑退热。退热方法“首选”物理降温,降温效果显著的乙醇、温水擦浴尤为常用,也可冰袋或冷水袋置于前额、腋窝、腹股沟等部位降温,同时降低室温,降温效果则更为理想。

(四)“慎重”应用退热剂

当高热和超高热的心脏病患者、妊娠妇女、婴幼儿等人群必须采取紧急降温措施,而物理降温效果又不好,可以考虑药物退热。常用的有水杨酸盐类或非甾体类解热镇痛药。注意按照个体化把握好用量。

(五)“规范”诊断性治疗

当病因一时难以查明时,按可能性较大的病因进行诊断性治疗,期待获得疗效而做出临床诊断。如“结核”是 FOU 中较常见的一种病因,抗痨试治 3 周是常用手段,治疗 3 周无效可以排除结核;再如疑为疟疾的患者,多次血片或骨髓涂片中始终未能查见疟原虫,可试用氯喹,治疗成功后可做出疟疾的临床诊断。必须指出,诊断性治疗应选用特异性强、疗效确切及安全性大的治疗药物,剂量应充足并完成整个疗程,无特殊原因不得随便更换试验药物。这样,治疗有效后方可作为临床诊断的依据。

【转诊指征】

对于各种原因不明的发热、伤寒发生肠出血、肠穿孔、中毒性细菌性痢疾(简称菌痢)以及败血症等病情严重的,应转诊。

(李建民 郭莹)

第二节 咳嗽

咳嗽、咳痰是临床最常见的症状之一。咳嗽是一种反射性防御动作,有利于清除呼吸道分泌物和有害因子,但频繁剧烈的咳嗽对患者的工作、生活和社会活动造成严重的影响。临床上通常将咳嗽时间 ≤ 8 周,以咳嗽为主要表现,胸部 X 线检查无明显病变者称为不明原因的慢性咳嗽。痰是气管、支气管的分泌物或肺泡内的渗出物,并不包括口、鼻、咽喉的黏液。借助于支气管黏膜上皮细胞的纤毛运动、支气管平滑肌的收缩及咳嗽时的气流冲动,将呼吸道内的分泌物从口腔排出的动作称为咳痰。咳痰是一种病态现象。

(一)呼吸道疾病

呼吸道感染是引起咳嗽、咳痰最常见的原因。如咽喉炎、喉结核、喉癌等可引起干咳,气管支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘等均可引起咳嗽或咳痰。

(二) 胸膜疾病

如各种原因所致的胸膜炎、自发性气胸或胸腔穿刺等均可引起咳嗽。

(三) 心血管疾病

左心衰竭引起肺淤血或肺水肿时,右心或体循环静脉栓子脱落造成肺栓塞时也可引起咳嗽。

(四) 中枢神经因素

从大脑皮质发出冲动传至延髓咳嗽中枢,可引起咳嗽反射或抑制咳嗽反射。脑炎、脑膜炎时也可出现咳嗽。

(五) 其他因素所致慢性咳嗽

如服用血管紧张素转换酶抑制剂后咳嗽,胃食管反流病所致咳嗽及心理性咳嗽等。

【诊断要点】

(一) 病史

应注意咳嗽的持续时间、时相、性质、音色,以及诱发或加重因素、体位影响、伴随症状等。了解痰液的数量、颜色、气味及性状对诊断具有重要的价值。

根据咳嗽持续的时间可以判断急性、亚急性或慢性咳嗽,缩小诊断范围。了解咳嗽发生的时相,如运动后咳嗽常见于运动性哮喘,夜间咳嗽多见于咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)和心脏疾病。痰量较多、咳脓性痰,应考虑呼吸道感染性疾病。慢性支气管炎常咳白色黏液痰,以冬、春季咳嗽为主。痰中带血或咳血者应考虑结核、支气管扩张和肺癌的可能。

(二) 伴随症状

1. 咳嗽伴发热 常表示呼吸道和肺部有感染存在,如肺脓肿、支气管扩张并感染。
2. 咳嗽伴有胸痛及呼吸困难 常见于胸膜炎、肺炎、自发性气胸、支气管肺癌、肺栓塞。
3. 伴有哮鸣音 常见于支气管哮喘、心脏性哮喘、气管内异物、痉挛性支气管炎。
4. 伴有发绀 常见于重病的心肺疾患,如自发性气胸、肺原性心脏病伴有心功能不全时。
5. 伴有杵状指 多见于支气管扩张症、慢性肺脓肿、肺癌。
6. 伴咯血 常见于支气管扩张症、肺结核、肺脓肿、支气管肺癌、二尖瓣狭窄等。
7. 伴大量脓痰 常见于支气管扩张症、肺脓肿、肺囊肿合并感染和支气管胸膜瘘。

(三) 体格检查

体格检查包括鼻、咽、气管、肺部等,如气管的位置、颈静脉充盈、咽喉鼻腔情况,双肺呼吸音及有无哮鸣音和爆裂音。查体若闻及呼气期哮鸣音,提示支气管哮喘;如闻及吸气期哮鸣音,要警惕中心性肺癌或支气管结核,同时也要注意心界是否扩大、瓣膜区有无器质性杂音等心脏体征。

(四) 鉴别诊断

高血压病患者有无服用血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)类药物史,以除外 ACEI 类药物引起的咳嗽。要注意询问是否有过敏史、过敏性鼻炎史、肺结核病史、心血管病史、胃炎或胃溃疡病史,以便与引起咳嗽症状的其他疾病鉴别。询问吸烟史;有何种爱好,如饲养宠物等;居住环境是否潮湿,是否居住在新装修的房屋;个人职业史,是否有职业性过敏物质接触史。

(五) 相关辅助检查

1. 诱导痰检查 最早用于支气管肺癌的脱落细胞学诊断。
2. 影像学检查 建议将 X 线胸片作为慢性咳嗽的常规检查。胸部 CT 检查有助于发现胸部 X 线检查不易发现的病变。高分辨率 CT(HRCT)有助于诊断早期间质性肺疾病和非典型支气管扩张。
3. 肺功能检查。
4. 纤维支气管镜检查 可有效诊断气管腔内的病变,如支气管肺癌、异物、结核等。
5. 24 小时食管 pH 值监测 这是目前判断胃食管反流的最常用和最有效的方法,但不能检测非酸性反流。非酸性反流采用食管腔内阻抗或胆红素监测。
6. 咳嗽敏感性检查。
7. 其他检查 外周血检查嗜酸粒细胞增高提示寄生虫感染及变应性疾病。变应原皮试和血清特异性 IgE 测定有助于诊断变应性疾病和确定变应原类型。

【治疗要点】

(一) 重视镇咳和祛痰的对症治疗

导致咳嗽、咳痰症状的原因很多,因重视其病因治疗。轻度咳嗽不需进行镇咳治疗。但是对于急性和严重的咳嗽、咳痰,应及时给予镇咳、祛痰的对症治疗。痰多患者禁用强力镇咳治疗。咳嗽原因不明或不能除外感染时,慎用糖皮质激素。

(二) 正确选择镇咳和祛痰药物

镇咳药和祛痰药的种类很多,作用机制也不尽相同,因此正确选择药物很重要。现在举几种临床常用的镇咳和祛痰药物加以说明。

1. 可待因 尽管有强力镇咳作用,但是不可应用于多痰和稠痰患者、妊娠和哺乳期妇女,以及心、肝、肺功能不全和有精神病史的患者。本品与单胺氧化酶抑制剂同时应用时可致高热、昏迷,甚至死亡。由于本品对支气管平滑肌有轻度收缩作用,故气管阻塞的病例应慎用。应告诫患者长期应用本品可产生耐受性和成瘾性。

2. 右美沙芬 由于具有作用在延髓咳嗽中枢,治疗剂量不抑制呼吸,没有成瘾性等优点,被广泛应用于各种咳嗽的治疗。但是本品禁用于妊娠 3 个月以内的孕妇和精神病患者。不宜与单胺氧化酶抑制剂合用。

3. 喷托维林 多痰与心功能不全伴有肺淤血的咳嗽患者忌用;青光眼及心功能不全者应慎用。痰多者宜与祛痰药合用。

4. 溴己新 胃溃疡患者慎用。

5. 福尔可定 遇光易变质,应密封。

6. 愈创甘油醚 本品有刺激和扩张血管平滑肌的作用,故禁用于肺出血、急性胃肠炎、肾炎和对本品过敏者。

7. 氨溴索 注射液不应与 pH>6.3 的其他溶液混合;妊娠 3 个月内的孕妇和胃溃疡患者慎用。

(三) 注意事项