



西京临床工作手册

总策划 熊利泽 董新平

西京呼吸与危重症医学科 临床工作手册

▲主 编 吴昌归 李志奎



第四军医大学出版社



中国重症医学学会
CHINESE SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE

西安呼吸与危重症医学科 临床工作手册

王 强 主编 王 强 副主编



人民卫生出版社



西京临床工作手册

总策划 熊利泽 董新平

西京呼吸与危重症医学科 临床工作手册

主 编 吴昌归 李志奎

编 者 (按姓氏笔画排序)

史皆然 任新玲 刘玲莉 李志奎

吴昌归 张 艰 欧阳海峰 赵淑华

韩新鹏 逯新宇

图书在版编目(CIP)数据

西京呼吸与危重症医学科临床工作手册/吴昌归,李志奎主编.—西安:第四军医大学出版社,2012.8

(西京临床工作手册)

ISBN 978-7-5662-0253-6

I. ①西… II. ①吴… ②李… III. ①呼吸系统疾病-诊疗-手册 ②险症-诊疗-手册 IV. ①R56-62
②R459.7-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第184470号

Xijing Huxi yu Weizhongzheng Yixueke Linchuang Gongzuo Shouce

西京呼吸与危重症医学科临床工作手册

主 编 吴昌归 李志奎

策划编辑 富 明

责任编辑 张永利

出版发行 第四军医大学出版社

地 址 西安市长乐西路17号(邮编:710032)

电 话 029-84776765

传 真 029-84776764

网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷 西安永惠印务有限公司

版 次 2012年9月第1版 2012年9月第1次印刷

开 本 889×1194 1/32

印 张 4.75

字 数 100千字

书 号 ISBN 978-7-5662-0253-6/R·1127

定 价 28.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

总 序

“往者不可谏，来者犹可追。”经过近年来的持续高速发展，西京医院全面建设已经处于高平台，进入爬坡期。面对辉煌成绩，我们不禁思考：医院发展的顶峰究竟在哪里？数量的发展何时是尽头？站在历史高点，按照什么样的发展思路保成果、续辉煌？如何走内涵发展道路，完成从数量到质量、从规模到效率、从基础到临床、从跟踪热点到自主创新，和从国内比拼到国际视野转变，推进临床战略转型？这一切都是摆在我们面前的主要问题。

质量是医院建设的永恒主题，规范诊疗则是医院可持续发展的动力源泉。中华名院的建设离不开名科、名人、名术、名品，这其中，首当其冲的就是学科建设。学科是医院建设的基本单元，是承载医院人才、技术、品牌和服务等核心要素的重要载体。学科好坏决定了医院能否可持续发展，能否继续保持荣誉。只有以国际视野定位，以世界标准衡量，开拓创新思维，注重自主创新，医院才能不断突破瓶颈，实现超越。

《西京临床工作手册》正是医院拓宽国际视野、加强内涵建设的创新性工作之一。2010年底，在全面推行《医院管理信息系统》和《临床安全合理用药决策支持系统》的基础上，《西京临床工作手册》的编写工作正式启动。此项工作面向全院管理部门、临床科室和辅助科室，旨在通过

编写一套特色鲜明、涵盖面广、内容详实、操作性强的丛书，借以总结几十年医院临床工作经验，凝练学科方向，展现学科风采，使之成为医院临床工作指南和诊疗规范，并在此基础之上，逐步建立具有西京特色、可以在全国推广的“西京规范”和“西京路径”。

英文中“手册”有两种翻译，一是 manual；二是 handbook。前者侧重提供与“how”关联的内容，具有较强的操作指导性，后者侧重提供与“what”相关的知识、数据类信息。此套丛书兼具 manual 与 handbook 双重含义，由 40 余分册组成，每一分册涉及规章制度、处理原则、主要疾病治疗方案、护理常规、常用文书书写及国外相关疾病诊治指南和评分表等内容，不同专科具有各自的特点和特色，是各相关科室几代专家学者心血和智慧的结晶，是长期临床救治经验科学凝练和理性总结的成果，是医院临床工作与国际接轨的一次成功探索。

尽管编写人员付出了艰辛的努力，但由于编写时间紧，加之参编人员医教研任务十分繁重，疏漏与不足之处在所难免，需要在今后的医疗实践中不断修订、丰富和完善，亦恳请诸位读者不吝批评指正。

第四军医大学西京医院院长



前 言

随着精品战略的不断推进，我院的各项建设取得了长足发展，在全国享有较高声誉，医院党委审时度势，对临床工作提出明确要求：在确保医疗质量进一步改善的前提下，提高工作效率，杜绝安全隐患，为建成中华名院多作贡献。合理有效的工作流程，正确可行的诊疗规范在一定程度上可以帮助我们实现这一目标，为此我们组织专家，结合科室实际和专业特点编写了这本工作手册。

编者根据多年的临床工作实践，并参考相关资料，遵循简明、便携、易查的原则进行编写，务求可行和实用。手册共分三个部分，第一部分介绍了重要的工作制度和规定，第二部分简明阐述了呼吸与危重症医学科重要疾病和症候群的处理程序，第三部分重点介绍了呼吸与危重症医学科各项特殊检查操作规程和注意事项。

本手册既可作为我科临床医生工作的指导性参考文献，也可作为进修医师、规范化培训医师和见、实习医生的补充读物。限于我们的水平和经验，书中难免存在不足甚至错误之处，敬请读者及同仁批评指正，以利再版时改进。

编者

2012年5月

目 录

科室简介 /1

第一部分 重要工作制度和规定 /2

第一节 首诊负责制度 /2

第二节 值班、交接班制度 /3

第三节 三级医师查房制度 /4

第四节 病例讨论制度 /5

第五节 会诊制度 /7

第六节 告知制度 /9

第七节 报告制度 /11

第八节 病历管理制度 /13

第九节 医嘱制度 /15

第十节 科室制度 /16

第二部分 重要疾病和症候群的处置程序 /18

第一节 社区获得性肺炎 /18

第二节 特发性肺纤维化 (IPF) 并感染临床处置方案 /34

第三节 慢性阻塞性肺疾病 /47



- 第四节 慢性肺源性心脏病 (PHD) /50
 - 第五节 支气管扩张症 (bronchiectasis) /51
 - 第六节 支气管哮喘 /53
 - 第七节 长期“不明原因”发热 /59
 - 第八节 慢性咳嗽 /62
 - 第九节 急性肺血栓栓塞症 (APTE) /65
 - 第十节 结节病 (sarcoidosis) /75
 - 第十一节 韦格纳肉芽肿 (Wegener's granulomatosis) /77
 - 第十二节 肺癌 /80
 - 第十三节 肺结核 /88
 - 第十四节 结核性胸膜炎 /93
 - 第十五节 呼吸衰竭 /99
 - 第十六节 自发性气胸 /104
- 第三部分 特殊检查 /108
- 第一节 肺功能检查 /108
 - 第二节 常规纤维支气管镜检查 /110
 - 第三节 经支气管镜球囊扩张术 /115
 - 第四节 气道支架置入术 /118
 - 第五节 经支气管镜腔内超声术 /121
 - 第六节 胸腔镜检查术 /122
 - 第七节 经皮肺穿刺活检术 /126

第八节 胸膜腔穿刺术及闭式引流术 /128

第九节 机械通气 /130

参考文献 /139

科室简介

呼吸与危重症医学科创建于1972年，现为硕士、博士学位授权学科和临床医学博士后流动站，国家临床药品研究机构。科室共有各类工作人员100余人，其中主任医师5人，副主任医师5人，主治医师5人，住院医师22人，是一支人才辈出、服务精良的高素质医疗队伍，在全国同行中享有很高的声誉。病房收容数为3200余人次/年，每人平均住院日维持在9~10天，床位使用率在112.27%以上；门诊数突破48000人次/年。

目前科室分为哮喘、慢性阻塞性肺病等慢性病组、呼吸危重监护医学组、肺癌组、感染性肺病组、间质性肺病组等五个专业亚组，设有普通肺病区（44张床位）、肺部肿瘤病区（36张床位）和呼吸重症监护室（15张床位）各1个，共展开床位95张，并建有呼吸内窥镜中心、肺功能室、血气分析室及呼吸疾病基础研究室。在哮喘、慢性阻塞性肺疾病、肺癌、重症肺炎、急性肺损伤、肺间质纤维化及肺血管栓塞等呼吸系统疾病的诊治方面，积累了丰富的临床经验，形成了鲜明的医疗特色。近5年来，共获得国家自然科学基金课题18项、国家卫生部行业重大专项分题1项、省部级课题18项、军队课题3项、省部级科技进步奖2项。每年在国内核心期刊发表论著保持在30篇以上，近5年SCI收录文章达23篇（单篇最高影响因子达7.8）。



第一部分 重要工作制度和规定

第一节 首诊负责制度

1. 首先接诊的科室为首诊科室，第一位接诊的医师是首诊医师。首诊医师对所接诊患者，特别是对急、危、重症患者的检查、诊断、治疗、转科和转院等工作负责到底。

2. 首诊医师除按要求进行病史、体格检查、化验的详细记录外，对诊断已明确的患者应积极治疗或收住院治疗；对诊断尚未明确的患者应边对症治疗，边及时请上级医师会诊或邀请有关科室医师会诊，诊断明确后即转入相关科室治疗。

3. 诊断明确的传染病患者、普通胸外科患者等，因我院条件所限，在病情允许的情况下转相关医院治疗。

4. 如遇危重患者需抢救时，首诊医师首先抢救并及时报请上级医师、教授或科主任主持抢救工作，不得以任何理由拖延或拒绝抢救。

5. 对已接诊需会诊或转诊的患者，首诊医师应在初步检查并书写病历后，再请相关科室会诊或转诊治疗。对于急诊患者特别是危重患者，首诊医师应亲自或指定医师护送并做好交接手续。

6. 涉及两科以上疾病的患者收治，由首诊科室（必要时医教部）组织会诊，协调解决，有关科室均应服从。

第二节 值班、交接班制度

1. 病区值班需设一、二线和三线值班医师。一线医师为取得执业证书的住院医师，每病区必须设置 1 人，不得擅自离岗，必须在科室留宿；二线值班医师为主治医师或副主任医师，必须随叫随到（15 分钟内）；三线值班医师为主任医师或副主任医师。进修医师值班时应在本院医师指导下进行医疗工作。

2. 病区均实行 24 小时值班制。值班医师应按时交接班，及时巡视病房，做好交接班记录。

3. 对于急、危、重症患者，必须床前交接班。值班医师应将患者病情和值班期间进行的医疗处置工作向接班医师交代清楚，并在当日交接班记录本上签字确认。

4. 一线值班医师在诊疗活动中遇到困难或疑问时，应及时请示二线值班医师，二线值班医师应及时指导处理。二线值班医师不能解决的困难，应请三线值班医师指导处理。遇有需经主管医师协同处理的特殊问题时，主管医师必须积极配合。遇有需要行政领导解决的问题时，应及时报告医院总值班。

5. 值班医师不能“一岗双责”，在遇到急诊抢救、会诊、手术等需暂时离开病区时，必须向值班护士说明去向及联系方法，病区医疗工作由上级值班医师或加强班医师负责。当护理人员请叫时，值班医师应立即到位诊视处理。三线值班医师必须保持通讯畅通，接到请求电话时应立即前往指导处置。

6. 每日晨会，值班医师应将重点患者情况向病区医护人员报告，并向主管医师报告危重患者情况及尚待处理的问题。



第三节 三级医师查房制度

三级医师查房制度即对住院患者，医院实行住院医师、主治医师、主任医师（或副主任医师）三级医师负责制。

1. 科主任、高级职称医师查房每周 1~3 次，主治医师、住院医师、护士长和有关人员参加。主治医师查房每日 1 次，查房一般在上午进行。住院医师对所管患者每日至少查房 2 次。

2. 对危重患者，住院医师应随时观察病情变化并及时处理，必要时可请上级医师临时检查患者。

3. 查房时要逐级严格要求。查房前医护人员要做好准备工作，如病历、X 线片、各项有关检查报告单及所需用的检查器材等。主管医师要简要报告病历、当前病情并提出需要解决的问题。上级查房医师可根据情况做必要的检查和病情分析、并作出肯定性的指示。

4. 护士长每周组织 1 次护理查房，主要检查护理质量，研究解决疑难问题等。

5. 查房内容

(1) 科主任、高级职称医师查房：解决疑难病例的诊治，审查新入院、危重患者的诊断、治疗计划，决定重大手术及特殊检查治疗，抽查医嘱、病历、护理质量，听取医师、护士对诊疗、护理的意见，进行相应的临床新技术和新进展的介绍及必要的教学工作。

(2) 主治医师查房：对所管患者进行系统查房，尤其对新入院、危重、诊断未明、治疗效果不好的患者进行重点检查与讨论；听取主管医师和护士的诊疗、护理意见；了解患者病情变化，倾听患者陈述并征求患者的意见；检查病历并纠正存在的问题，检查医嘱执行情况及其治疗效果；决定转科、出转院问题等。

(3) 住院医师查房：要先查急危重症、疑难、待诊治、新入院、手术后的患者，后查一般患者；同时核查化验、检查报告单，分析检查结果，提出进一步检查或治疗意见；检查当天医嘱执行情况；开具临时医嘱、次晨特殊检查的医嘱。询问患者饮食、睡眠及二便等情况，主动征求患者对医疗、护理、饮食等的意见。

6. 院领导及机关相关人员，应有计划、有目的地参加科室的查房，检查了解患者的治疗情况和存在的问题，及时研究解决。

第四节 病例讨论制度

病例讨论是指选择适当的在院或已出院（包括死亡）的病例举行定期或不定期的病例讨论会，可以一科举行，也可以几科联合举行。病例讨论时，必须事先做好准备，讨论时，由经治科室科主任或主任医师、副主任医师主持，并负责介绍及解答有关病情、诊断、治疗等方面的问题，提出分析意见（病历由住院医师报告）。会议结束时由主持人做总结，讨论会应有记录，可以全部或摘要记入病历内。

一、出院病例讨论

1. 科室定期（每月至少1次）举行出院病历讨论会，作为出院病历归档的最后审查。

2. 出院病例讨论会可以以科、病区或专业组举行，由副主任医师以上主持，主管的主治医师、住院医师、进修医师和实习医师参加。

讨论内容如下：

- (1) 记录内容有无错误或遗漏。
- (2) 病历是否按规定顺序排列。
- (3) 审查出院诊断和治疗效果。



(4) 是否存在问题, 取得哪些经验教训。

二、疑难病例讨论

1. 凡遇疑难、入院3天内未明确诊断、治疗效果不佳、病情严重等病例均应组织会诊讨论。

2. 会诊由科主任或副主任医师以上主持, 召集有关人员参加, 认真进行讨论, 尽早明确诊断, 提出治疗方案。

3. 主管医师应做好书面记录, 并将讨论结果记录于疑难病例讨论记录本。记录内容包括: 讨论日期、主持人及参加人员的姓名、专业、技术职务、病情报告及讨论目的、参加人员发言、讨论意见等, 确定性或结论性意见记录于病程记录中。

三、术前病例讨论

1. 对重大、疑难、致残、重要器官摘除及新开展的手术, 必须进行术前讨论。

2. 术前讨论会一般由科室副主任医师以上主持; 第1条所述术前讨论必须由科室主任主持, 科内所有医师参加, 手术医师、护士长和责任护士必须参加。

3. 讨论内容

包括诊断及其依据; 手术适应证; 手术方式、要点及注意事项; 手术可能发生的危险、意外、并发症及其预防措施; 是否履行了手术同意书签字手续(需本院主管医师负责谈话签字); 麻醉方式的选择, 手术室的配合要求; 术后注意事项, 患者思想情况与要求等; 检查术前各项准备工作的完成情况。讨论情况记入病历。

4. 对于疑难、复杂、重大手术, 病情复杂需相关科室配合者, 应提前2~3天邀请麻醉科及有关科室人员会诊, 并做好充分的术前准备。

四、死亡病例讨论

1. 死亡病例，科室一般情况下应在 1 周内组织讨论；特殊病例（存在医疗纠纷的病例）应在 24 小时内进行讨论；尸检病例，待病理报告发出后 1 周内进行讨论。

2. 死亡病例讨论，由科主任主持，本科医护人员和有关人员参加，必要时请医教部医疗科派人参加。

3. 死亡病例讨论由主管医师汇报病情、诊治及抢救经过、死亡原因初步分析及死亡初步诊断等。死亡讨论内容包括诊断、治疗经过、死亡原因、死亡诊断以及经验教训。

4. 讨论记录应详细记录在死亡讨论专用记录本中，包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等，并将形成一致的结论性意见摘要记入病历中。

第五节 会诊制度

会诊是解决医疗疑难问题的重要措施，也是培养下级医护人员的重要途径。既要防止应会诊而不积极组织会诊，又要防止为了迎合患者或推卸责任而进行的会诊。

一、疑难病例会诊

凡遇疑难病例，应及时申请相关科室进行会诊，通知会诊时间并做好会诊前的准备。会诊时，经治医师要详细介绍病史，提出会诊要求，并做好会诊记录。会诊医师要对患者进行详细的病史询问和查体，并结合有关检查资料进行综合分析，明确提出会诊意见。主持人要进行小结。对会诊意见认真组织实施。

二、科间会诊

由经治医师提出，上级医师同意。经治医师应认真填