

呼吸与危重症医学科 病房医生工作手册

主 编 杨媛华



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

呼吸与危重症医学科 病房医生工作手册

主 编 杨媛华

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

呼吸与危重症医学科病房医生工作手册 / 杨媛华主编. —北京: 人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26298-9

I. ①呼… II. ①杨… III. ①呼吸系统疾病 - 急性病 - 诊疗 - 手册②呼吸系统疾病 - 险症 - 诊疗 - 手册 IV. ① R560.597-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 073528 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

呼吸与危重症医学科病房医生工作手册

主 编: 杨媛华

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: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京画中画印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889 × 1194 1/32 印张: 4.5

字 数: 111 千字

版 次: 2018 年 5 月第 1 版 2018 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26298-9/R · 26299

定 价: 49.00 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市场营销中心联系退换)

■ 编著者名单

学术顾问 童朝晖 施焕中 杨媛华

黄克武 方秋红

主 编 杨媛华

副主编 朱 敏 陈阳育

编 委 (以姓名汉语拼音为序)

安 立 卜小宁 崔 瑗

龚娟妮 郭兮恒 贺航咏

姜纯国 邝土光 梁立荣

林英翔 刘 艳 唐 晓

王 雯 王 臻 尉艳霞

张 隼 张予辉

▣ 前 言

首都医科大学附属北京朝阳医院-北京呼吸疾病研究所呼吸与危重症医学科是呼吸系统疾病国家重点学科、北京市呼吸与肺循环疾病重点实验室、北京市呼吸与危重症医学工程技术研究中心，同时也是首都医科大学呼吸病学系及危重病医学系依托单位。作为我国呼吸与危重症专科医师的重要培养基地，除了培养呼吸专业研究生外，从 1980 年起开始招收全国各地的进修医师，迄今为止已为国家培养 1000 余名呼吸与危重症方面的专业人才。

针对目前医疗卫生状况并结合我科病房工作的实际情况，我们于 2009 年 12 月组织科室多名有病房主治医师工作经验的高年资医师编写并在内部使用本手册，经过多年的使用，得到了医师们的广泛好评，现正式出版以期达到“帮助住院医师，进修医师及研究

生更快地适应病房工作环境，提高医疗服务质量，为日后成为一名优秀的呼吸与危重症专科医师奠定基础”的目的。

编 者

2018年1月

目 录

第 1 章 病房常规工作程序

- 一、住院医师基本要求 / 2
- 二、病历书写与病程记录要求 / 3
- 三、医嘱相关注意事项 / 5
- 四、转科记录、交（接）班记录及阶段小结 / 7
 - 附 A 转出患者病历交接登记目录 / 9
- 五、危重症抢救注意事项 / 9
- 六、死亡患者的处理程序 / 10
- 七、常用检查及治疗项目医保报销相关事项（自费项目问题） / 11
- 八、会诊及预约检查 / 13
- 九、住院病历排列顺序 / 13
- 十、节假日值班制度 / 14
- 十一、按病种分组（DRGs）付费 / 15
- 十二、病案首页主要诊断等诊疗项目填写规范 / 17
- 十三、其他注意事项 / 20

第2章 病房常用药物

一、常用静脉抗感染药物 / 26

附 B 常用抗菌药物配制的注意
事项 / 35

二、常用静脉心血管药物 / 36

三、呼吸科常用口服 / 吸入药物 / 38

四、其他常用药物 / 51

第3章 病房常规检查及操作规范

一、常规检查项目 / 56

二、内生肌酐清除率 / 57

三、凝血四项 / 58

四、心脏超声正常参考值 / 60

五、气管镜及内科胸腔镜检查 / 60

六、支气管扩张体位引流 / 63

七、6分钟步行试验(6MWT)操作 规范 / 63

附 C 6分钟步行试验(6MWT)
记录表 / 67

附 D Borg 呼吸困难评分等级 / 68

八、右心漂浮导管检查操作规范 / 68

九、急性血管反应试验操作规范 / 73

第4章 病房常见疾病及状态诊疗规范

一、肿瘤化疗相关问题及注意事项 / 78

附 E	体力状态评分 (PS 评分)	/ 87
二、	急性肺血栓栓塞症	/ 87
三、	肺动脉高压 (入院时检查项目)	/ 91
附 F	肺动脉高压功能分级 (WHO, 1998)	/ 92
附 G	肺动脉高压的最新临床分类 (2015, WHO 分类)	/ 92
四、	慢性阻塞性肺疾病	/ 94
五、	支气管哮喘	/ 99
附 H	中国支气管哮喘防治指南 (2016 版) 定义的哮喘控制水平	/ 104
附 I	GINA2017 推荐的基于控制的哮喘管理	/ 105
附 J	常用吸入型糖皮质激素的每日剂量高低与互换关系	/ 106
六、	社区获得性肺炎	/ 106
七、	间质性肺疾病	/ 108
八、	阻塞性睡眠呼吸暂停诊疗规范	/ 111
九、	肺移植术前评估	/ 118
十、	重症患者胰岛素强化治疗方案	/ 121
十一、	心肺复苏	/ 122
十二、	烟草依赖	/ 125
附 K	呼吸与危重症医学科专家门诊一览表	/ 134

第1章

病房常规工作程序

一、住院医师基本要求

1. 进修医师、参加住院医师规范化培训的轮转医师及研究生在病房均承担住院医师的工作。

2. 准时到岗，如有病假、事假请提前请假。在岗期间如离开病房（包括听各种讲座），应向值班医师讲明去向及留下联系电话，以保证正常的医疗工作。

3. 每日常规查房2次（上午8:00及下午16:00），危重患者视病情随时查房。及时追查患者的化验检查结果，以便及时发现病情变化，积极给予相应的处理。

4. 工作积极热情、认真负责，重视与患者及其家属的沟通，做好病情解释工作。危重患者应及时、反复地向家属交代病情，取得理解并签字。如果患者及家属不遵医嘱或违反医疗原则，应向其解释清楚可能会导致的不良后果并请其在病历中签字。

5. 尽早给予患者正确的诊断及有效的治疗。遇到疑难患者或危重患者时应及时请示上级医师进行指导。

6. 妥善保存好患者的相关资料（如门诊或外院病历资料、影像资料等），用后及时归还给患者或相关科室。

7. 在主治医师或（副）主任医师查房前，准备好患者的病历及相关资料（如患者的既往病历、检查资料及影像资料等），翔实汇报病情。查房后及时以准确清晰的书面语言记录上级医师的意见。

8. 每日15:00~16:00多数化验单、影像等结果回报，请各位医师及时查看并进行相应处理；急查化验项目多在检查2h内即回报，请注意查阅、处理，做到急有所急。

9. 及时处理患者的危急值，并做好危急值记录。

10. 若所管的患者已转到其他科室或已出院，回报的化验、检查报告应该及时与主班护士联系，将化验单及时、正确地返回至相应部门。

11. 下班时应向值班医师对重点患者进行书面交班及口头交班，重症患者还需床边交班。各位主管医师

尽量在自己下班前完成所负责患者的病情处理，以方便值班医师的工作。值班医师应巡视所有患者，对白天交代的特殊患者和危重患者要进行重点查房，及时处理，并在病历中记录病情变化、处理措施和效果。

12. 各种医用纸张使用后请及时放置于其相应的位置，保持整洁、有序。

13. 当日值班医师要负责查房室和值班室的整洁，请各位医师协助保持。

二、病历书写与病程记录要求

1. 完成病历前应全面详尽地采集患者的病史，仔细认真地进行体格检查，在病历中准确地记录患者的症状及相关的主要阳性和阴性体征、院外进行的重要辅助检查（包括时间、检查单位和结果）、治疗情况，并做出初步诊断。疾病诊断名称应规范。诊断顺序依次为病因诊断、组织病理诊断、病理生理诊断、并发症诊断、合并疾病诊断等。注意主诉、现病史与诊断的一致性。鉴别诊断应密切结合第一诊断的疾病进行鉴别，至少要鉴别3种疾病。诊疗计划应结合所诊断疾病的诊疗路径合理制定。

2. 患者入院6h内医师应完成首次病程记录，24h内完成入院记录。首次病程记录与入院记录应由同一医师书写。病史确认单中患者本人或家属签字栏应及时完成。

3. 夜间入院患者应由值班医师完成值班记录；周五夜班、周六及长假期间入院患者由当日值班医师完成入院记录及首次病程记录。

4. 新入院患者应在48h内完成主治医师查房记录（节假日可请当日值班的呼吸二线医师查房，记录时按二线医师的专业技术职称记录查房意见，如：某副主任医师查房），患者入院72h内需完成主任医师或副

主任医师查房记录。入院后的前3d每日均需记录病程。

5. 病历需体现三级查房制度：每周至少有2次主治医师查房，1次副主任医师或主任医师查房记录。疑难患者或危重患者应及时请上级医师查房，并准确、详细地记录上级医师对病情的分析（如果患者诊断明确，应记录诊断依据、治疗建议及疾病诊治新进展等；诊断尚不明确时，应记录鉴别诊断的思路、进一步的检查和治疗意见、特殊注意事项等）。

6. 病程记录在反映三级查房制度的同时，一定要记录住院医师自己对患者病情的观察和分析。

7. 一级护理或病重患者每日需至少记录1次病程，病危患者每日至少记录2次病程，病情稳定的患者至少每3天记录1次病程。患者出现病情变化、治疗更改、重要化验检查结果回报、上级医师修订或补充诊断等情况时，住院医师要及时在病程中记录并对病情进行分析。新报病重或病危的患者24h内应有上级医师的查房意见记录。病程记录中禁用非书面语言、非专业术语。重视对病情的分析，言之有物，不可记为流水账。

8. 医嘱及病程中记录药物名称时应先写化学名称，后面用括号标注商品名称，示例：莫西沙星（拜复乐）。使用需精密调节剂量的药物时，病程中应记录药物准确应用剂量，如硝普钠 1ml/h（10 μ g/min）。

9. 进行特殊检查或有创操作（如气管镜检查、胸腔穿刺术、经皮B超或CT引导下肺穿刺等）前应签署知情同意书并与患者及家属进行详细的沟通。术后请陪同患者返回病房并及时完成相应的记录，包括进行此项检查或治疗的适应证，有无禁忌证，操作或术中所见，检查过程中有无病情变化及相应处理措施、术后注意事项等。

10. 输血（包括成分输血）的患者病程中应有输血记录，包括输血指征、输血量、输血过程中及输血后有无不良反应及处理措施等。

11. 患者或家属签署有创检查知情同意书、自费项目协议及其他知情同意书后，主管医师应同时在病程中进行相应的记录，做到双保险。

12. 患者入院期间如曾邀其他科室会诊，病历内不仅应有书写完整的会诊单，还需在病程中记录相关科室的会诊意见及落实情况。

13. 病历整洁，排列有序，依次为体温单、医嘱单（倒序）、入院记录、病程记录、会诊记录、知情同意书、检查报告及化验粘贴单。

14. 病案首页必须填写完整，不可缺项。

15. 目前使用的电子病历务必及时打印及存储，每天下班之前，尤其是周末及节假日，应将每位患者的病历存在科室电脑的指定位置，以便患者病情需要记录时其他医师能够完成病例。

三、医嘱相关注意事项

1. 新入院患者医嘱：主管医师接诊患者后，完成询问病史、查体、阅片等，在上级医师指导下于2h内开出医嘱。及时录入患者的疾病诊断。电脑中已经事先录入一些标准处方，如慢性阻塞性肺疾病、间质性肺疾病、肺动脉高压等，录入医嘱时可根据具体情况对标准处方进行适当增减。注意：部分化验不需打印化验单；影像学检查、超声检查等辅助检查一定要写清病史及检查目的。病重或病危患者，应向患者家属交代病情并及时签署病重/病危通知单（一式三份，一份给家属，一份贴在病历内，一份交护士）。

2. 抢救医嘱：抢救时允许口头医嘱，应由医师口述、护士复述确认后方可执行，有条件时可由第三人及时在旁记录。抢救后需尽快将已执行的口头医嘱录入电脑。除抢救外，护士不执行口头医嘱。

3. 临时医嘱需要立即执行的应在开具医嘱的同时

口头通知主管护士及治疗护士，以确保医嘱得到及时执行。注意：对于非新入院患者，下午只能开具临时医嘱，每日 11:00 以后不能更改长期医嘱，如需调整第2日用药，可与主班护士一起暂时退掉第2日的药物，更改长期医嘱需第2日进行。

4. 在使用碳青霉烯类、糖肽类抗生素、第四代头孢菌素、第四代喹诺酮以及卡泊芬净、伏立康唑、伊曲康唑等药物时，应有病原学方面的证据，至少有痰液病原学标本的留取记录。在病程中应记录主任医师查房指示应用此类药物的指征。

5. 开具医嘱时务必注意药物、检查项目参保类型的选择。对于某些具有特殊适应证才能医保报销的药物或项目，电脑显示参保类型为9，录入医嘱时要根据患者的具体情况将其选改为0（无自费）或1（部分自费）或2（全自费）。

6. 由于某些化验检查可以在多个不同科室进行，因此在录入电脑医嘱时，一定要注意正确选择传送科室。例如：快速血气分析——选择“H”（呼吸科）；快速血糖——选择“诊疗科室”（表示在本科室进行检查）；本科室急查心电图时选择“电脑多导联心电图”，送检科室改为无。

7. 长期医嘱中按小时收费的项目，如多功能监护仪（心电监护3）、呼吸机（进口机）、氧气吸入（选择管道吸氧或呼吸机用氧）、静脉泵、营养泵等，数量应记为“24”。

8. 需加急检查的化验，应双击其后的“加急”一栏，显示“E”并同时告知护士。

9. 一些需要精密调节的药物，开具医嘱时应在备注栏注明速度、剂量。

10. 影像学检查需在备注栏录入患者的简要病情。

11. 出院医嘱请于上午 10:30 之前完成（包括次日晨出院的患者），交予主班护士处理。

四、转科记录、交（接）班记录及阶段小结

1. 转科记录，患者转科时应书写转科记录，示例：

××××年××月××日××时 转出（入）记录

患者××，性别×，年龄×，住院日期：××××年×月×日，现住院第×天。因“××××”由×××病房转至（转入）×××病房。

入院初步诊断：

目前诊断：

病情简介：简述病史、查体及诊疗情况，患者的病情变化，会诊情况，转出（转入）科室的原因，转出（转入）时患者的症状、体征及诊疗情况，重要的辅助检查。

注意事项（转出记录写此项）：

诊疗计划（转入记录写此项）：

医师签名

2. 交（接）班记录。患者住院2周以上更换主管医师时应书写交/接班记录，示例：

××××年××月××日××时 交（接）班记录

患者××，性别××，年龄××，住院日期：××××年××月××日××时。现住院××天。

入院初步诊断：

目前诊断：

病情简介：简述病史、查体、重要的辅助检查、治疗情况、病情变化、目前患者的症状体征、存在的问题等。

诊疗计划：

医师签名

备注：接班记录重点描述接班后的症状体征及检查所见，进一步的诊疗计划和即刻的处理措施。

3. 阶段小结。患者住院时间较长，超过4周者，每个月均需写阶段小结。患者住院30d内曾有交接班记录者，可代替阶段小结。示例：

××××年××月××日××时	阶段小结
患者××，性别××，年龄××，住院日期××××年××月××日××时。现住院第××周。	
入院初步诊断：	
目前诊断：	
病情简介：病史、查体、重要的辅助检查、该阶段的治疗情况、病情变化、目前患者的症状体征等。	
诊疗计划：	
医师签名	

4. 转出患者程序

(1) 上级医师查房或相应科室会诊后指示患者转科治疗时，应与患者及家属沟通转科事宜（包括目前病情、转出相关情况）；

(2) 通知主班护士、主管护士拟转科一事，以便护士做好相应准备工作；

(3) 患者自带的病历资料或住院期间拍摄的影像资料（包括胸部X线片、CT等）及时交还患者。

(4) 整理病历资料，完成以下项目：

- 1) 转出记录；
- 2) 填写转科通知单（一式两份，一份交主班护士，一份粘贴于病历的化验粘贴单内）；
- 3) 病重患者应与家属沟通转运途中可能出现的风险及急救措施，取得家属的理解并签字；
- 4) 请主治医师检查、完善病历；
- 5) 仔细清点病历资料，在转出患者登记本上逐一登记（见后）；

(5) 主管医师应陪同、监护患者安全地转至其他