

新医师上岗必备丛书

XINYISHI SHANGGANG BIBEI CONGSHU

黄美杏 陈斯宁 龙学明 主编

HUXINEIKE
XINYISHI
SHOUCE

呼吸内科 新医师手册

问诊——哪些病史必须问



查体——哪些体征重点查



检查——哪些检查应该做



诊断——哪些疾病要排除



治疗——怎样治疗更有效



化学工业出版社
生物·医药出版分社

新医师上岗必备丛书

呼吸内科新医师手册

黄美杏 陈斯宁 龙学明 主编



化学工业出版社

生物·医药出版分社

· 北京 ·

本书详细论述了呼吸内科新医师如何询问病史、查体中注意哪些体征、患者需要进一步做哪些检查、如何诊断和鉴别诊断、应该选用哪些治疗方案等，在治疗部分用处方的形式列出不同的方案，并对处方和药物的使用做了详细的说明。书中还对新医师如何尽快胜任呼吸内科临床工作给出了具体的建议和指导。本书可弥补新医师工作经验的不足，帮助新医师对呼吸内科患者进行独立诊治。本书适于新医师和实习医师参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

呼吸内科新医师手册/黄美杏, 陈斯宁, 龙学明
主编. 北京: 化学工业出版社, 2008.1
(新医师上岗必备丛书)
ISBN 978-7-122-01824-3

I. 呼… II. ①黄…②陈…③龙… III. 呼吸
系统疾病-诊疗-手册 IV. R56-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 000301 号

责任编辑: 赵兰江 蔡 红 文字编辑: 高 霞
责任校对: 徐贞珍 装帧设计: 张 辉

出版发行: 化学工业出版社 生物·医药出版分社
(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)
印 装: 北京市彩桥印刷有限责任公司
787mm×1092mm 1/32 印张 8 字数 189 千字
2008 年 3 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686)
售后服务: 010-64518899
网 址: <http://www.cip.com.cn>
凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 19.00 元

版权所有 违者必究

《呼吸内科新医师手册》

编写人员

主 编	黄美杏	陈斯宁	龙学明	
副主编	韦思尊	梁爱武	古立新	
编 者	黄美杏	陈斯宁	龙学明	韦思尊
	梁爱武	古立新	谭玉萍	陈学远
	黄国东	杨益宝	潘 玲	冯 原
	陆彩云	黄 洁		

前 言

年轻医师在日常临床工作中往往会遇到一些问题，如怎样熟练地采集病史，如何正确地诊断疾病、规范地开处方等。尤其是在用药时，面对多种同类药物，有时不知道该选哪一种为好，或者已知道该用哪一种药物，但不懂得如何开处方。这些问题难以从教科书中找到答案。因此，年轻医师迫切需要一本指导性和可读性强的专科工具书。本书以呼吸内科临床实用性内容为主，对常见呼吸内科各种疾病的具体问诊方法、体格检查和辅助检查以指导性语言进行陈述，对诊断依据进行简明叙述，治疗用药以处方格式书写，并且处方后面附有药物的选用依据或药理作用、副作用及注意事项。本书不同于一般教科书，它既简明扼要，又通俗易懂，内容新颖实用。

必须强调的是，由于各医院的医疗条件及患者自身情况各不相同，所以临床医师参考本书诊疗方案时，一定要结合患者的具体情况及医院的医疗条件。特别是在具体选用处方药物时，要考虑病人的个体差异、病情轻重等情况，同时要熟悉药物的适应证、禁忌证、用法、用量和不良反应等，尽量避免不良反应的发生。

由于笔者水平有限和时间仓促，书中错误或疏漏之处在所难免，恳请读者批评指正。

编者

2007 年 7 月

《新医师上岗必备丛书》编委会

主 任 龙学明 唐红珍

副主任 桂雄斌 蓝毓营 杜惠娟

委 员 (以姓氏笔画为序)

石宏斌 龙学明 付建柱 任 丁

杜惠娟 李卫红 林寿宁 易 蔚

岳桂华 秦海洸 桂雄斌 唐红珍

黄 彬 黄美杏 蓝毓营

目 录

第 1 章 呼吸内科新医师临床技能培养	1
第 1 节 如何尽快胜任呼吸内科医疗工作	1
第 2 节 怎样写好病历	8
第 2 章 呼吸系统疾病的评估	13
第 3 章 急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎	19
第 1 节 急性上呼吸道感染	19
第 2 节 急性气管-支气管炎	23
第 4 章 肺部感染性疾病	27
第 1 节 肺炎球菌肺炎	27
第 2 节 葡萄球菌肺炎	33
第 3 节 肺炎支原体肺炎	36
第 4 节 肺炎衣原体肺炎	38
第 5 节 病毒性肺炎	41
第 6 节 肺念珠菌病	44
第 7 节 肺曲霉病	46
第 8 节 肺脓肿	49
第 5 章 支气管扩张	53
第 6 章 肺结核	57
第 7 章 慢性支气管炎和慢性阻塞性肺疾病	61
第 1 节 慢性支气管炎	61
第 2 节 慢性阻塞性肺疾病	66
第 8 章 支气管哮喘	75
第 9 章 肺动脉高压与肺源性心脏病	83
第 1 节 原发性肺动脉高压	83
第 2 节 慢性肺源性心脏病	86
第 10 章 肺血栓栓塞症	93

第 11 章	间质性肺疾病与结节病	99
第 1 节	间质性肺疾病	99
第 2 节	结节病	103
第 12 章	胸膜疾病	107
第 1 节	胸腔积液	107
第 2 节	气胸	113
第 13 章	原发性支气管肺癌	119
第 14 章	睡眠呼吸暂停综合征	129
第 15 章	呼吸衰竭	133
第 1 节	急性呼吸衰竭	133
第 2 节	慢性呼吸衰竭	137
第 16 章	急性呼吸窘迫综合征	139
第 17 章	呼吸内科常用临床操作	143
第 18 章	呼吸内科常用检查方法	151
第 19 章	呼吸机应用	183
附录 A	呼吸内科常用药物	191
附录 B	处方常用外文缩写表	243
参考文献		244

第1章

呼吸内科新医师临床技能培养

第1节 如何尽快胜任呼吸 内科医疗工作

一、接诊

新医师要掌握呼吸内科常见病、多发病的诊断要点；掌握疾病诊疗的技能；熟悉呼吸内科常用药物。接诊的过程中，要求新医师能够对病人进行详细地问诊和查体，根据初步诊断，有针对性地开具医嘱，并正确书写住院病历。

问诊时，围绕患者的主诉、现病史、既往史、个人史及家族史等详细问诊，对呼吸系统疾病的危险因素、典型的呼吸系统疾病症状重点询问。呼吸内科查体的重点是肺部查体，同时心脏、腹部、体表也要全面检查。处理完患者后或者自己不能独立处理患者时，新医师应及时向上级医师报告诊疗情况。

医生应及时而明确地向患者及其家属说明检查和治疗的项目、注意事项等，使用大型检查和费用较高的药品时请患者或家属签署知情同意书，以防医疗纠纷的发生。

接诊呼吸内科急诊患者时，要做到如下几点。

(1) 问诊查体要快 要问有助于诊断和指导制订治疗方案的内容。问诊的同时进行必要的查体。此时要求新医师熟悉呼吸系统常见的急危重病的诊断、鉴别诊断和处理，必要时请会诊。

(2) 处理要及时 对诊断明确的患者，及时治疗；对

不能确诊的患者，要迅速建立静脉通道、监护、对症治疗，做好抢救准备工作，并开具必要的检查以明确诊断。

(3) 及时报告 危重患者由于病情重、未知因素较多，因而易误诊误治，所以要及时向上级医师报告，请上级医师给予指导。

呼吸内科急症如重症肺炎、呼吸衰竭等疾病均有高风险性，在诊断和治疗过程中，严格遵守有关规章制度，尽快做血常规、血气分析、床边胸片、心电图等检查，及时完成医疗文书书写。危重患者常患有多种疾病，病情复杂，预后不良，存在潜在危险性，要及时与患方沟通并签署危重病知情同意书。

二、会诊

患者在住院期间需要其他科或其他医疗机构协助诊疗时，由首诊或主管医师书写会诊申请和会诊记录。首先请示上级医师，提出会诊的理由，听从上级医师指示。在会诊申请单中简要说明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，有特殊要求时可点名会诊。主管医师填写会诊申请单后，普通会诊申请由主治医师以上的医师审签（夜间急会诊可由值班医师签名）；院内多学科会诊或院外会诊应有科主任审签，院外会诊还需经医务科（部）批准。会诊后，应当及时将会诊意见书写在病程记录中，注明会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间等。

三、医嘱的注意事项

(1) 医嘱分长期医嘱（需要执行 24 小时以上的医嘱）及临时医嘱两种。

(2) 医嘱一般在上班后 2 小时内开出。长期医嘱一般在晨间查房后或病人入院后开出。

(3) 医嘱用蓝黑墨水或碳素墨水书写，字迹必须清楚，内容含义必须完整无误，医嘱的中文药名不能随意缩

写，外文药名缩写应统一规范，不得乱用代号或不通用的简化字填写。

(4) 医嘱上的药物需写明药名、剂型、规格、数量、用法、用量。

(5) 医师应详细填写医嘱单，开写的时间及签名。医师必须签全名，无处方权的医师写医嘱时应当由有处方权的医师审核签名。

(6) 凡一项医嘱一行内写不完整时，另起一行；两项以上医嘱，不能写在同一行内，应分行单写。

(7) 长期医嘱一般按顺序书写：护理常规，护理级别，特别护理，特别卧位，病危或病重通知，饮食种类，中药及其他口服药物，外用药物，肌内注射或皮下注射药物，静脉注射或静脉滴注药物。

(8) 临时医嘱的书写顺序：先写三大常规、肝功能等诊断性医嘱，然后再写用药、处理等治疗性医嘱。

(9) 医嘱必须规范化，涉及收费的医嘱应按照《医疗收费标准》上所列的项目名称书写。检查、处置操作项目应将所用药物、材料名称和数量逐项书写清楚。

(10) 医嘱不得涂改。取消临时医嘱时，用红笔写“取消”两字重叠于原医嘱上，并签上全名及日期；停止长期医嘱时，则在此医嘱后的停止处填写日期、时间并签全名。

(11) 长期医嘱中，由两种以上的药物组成一项医嘱，如停用或取消其中的一种药物，则应全部停止后再开医嘱。

(12) 长期医嘱更改较多时，应及时重整医嘱。重整医嘱时，需盖“重整医嘱”的印章，并写明重整的日期、时间。

(13) 医师开出医嘱后复查一遍，护士对医嘱有疑问时必须向医生询问后方可执行。除抢救或手术过程外，一般不得口头医嘱。医师下达口头医嘱，护士必须复诵一

遍，经医师核对无误后执行，医师要及时补记在医嘱单上。严禁不查看患者就下达医嘱。

(14) 凡需下班执行的临时医嘱，必须向值班医生和护士交代清楚，并在护士值班记录本上注明。

四、开处方及注意事项

1. 处方内容

(1) 前记 包括医院名称、处方编号、费别、患者姓名、性别、年龄、住院号、科别、或床位号、诊断、开具日期等。

(2) 正文 以 Rp 或 R (拉丁文 Recipe “请取”的缩写) 标示，分列药品名称、剂型、规格、数量、用法用量。

(3) 后记 医师签名或者加盖专用签章，药品金额以及审核、调配、核对、发药药师签名或者加盖专用签章，患者联系地址或电话 (患者自愿填写)。

2. 注意事项

(1) 开具处方当日有效，一般项目要清晰、完整，并与病历记载一致。

(2) 每张处方限于一名患者的用药。

(3) 只写药品的通用名，字迹清楚。

(4) 按照诊疗规范、药品说明书的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项开具处方。

(5) 药品剂量和数量一律用阿拉伯数字书写。剂量应该使用法定计量单位：重量以克 (g)、毫克 (mg)、微克 (μg) 为单位，容量以升 (L)、毫升 (ml) 为单位，国际单位 (IU)、单位 (U) 计算。片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋计算，溶液剂以支、瓶为单位，注射剂以支、瓶为单位等。处方需字迹清楚，不得涂

改；如需要修改，应当在修改处签名并注明修改日期，且保持原文字可以辨认。

(6) 每张处方开具的药量一般为 3 天至 7 天剂量，特殊情况下需超剂量使用时，医师必须注明原因并在剂量右上方再次签名。

(7) 但对于涉及患者隐私或者可能对患者的身心带来伤害的情况，临床诊断可以注明“特殊”等字样，也可以用英文或者拉丁文填写。

(8) 未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

五、如何做好呼吸内科查房

1. 独立查房

对所主管患者每天至少上、下午各查房一次。查房的主要内容是查“变化”：症状变化，如慢性支气管炎患者咳嗽的轻重、咳痰的量、色、质的变化等；体征变化，如肺部啰音、心率、心律的变化；辅助检查的结果及变化，如血常规、胸片、血气分析等。根据治疗前后的变化，评价诊断、治疗的正确性，进一步确定下一步诊治方案。

2. 科室内大查房

(1) 查房前对患者所患疾病的病因、病理、诊断、治疗原则等知识进行复习。提前对所管患者的病史、查体、辅助检查、诊断、治疗后变化有充分了解。

(2) 针对具体病例诊疗的关键技术、疑难问题、风险及不安全因素，向上级医师汇报。

(3) 查房后书写或更改医嘱，及时书写查房记录。

六、独立值班

新医师在参加工作不久就会随上级医师值夜班或节假日班，有的医师可能会独立值班。独立值班对新医师既是

考验，也是锻炼。每当独立值班时，新医师总会感到紧张，遇到紧急情况时不知所措，无从下手。所以新医师在呼吸内科独立值班时要注意下列问题。

(1) 重视交接班 新医师应提前到达科室，交接班时，应巡视病室，对危重患者应床前交接班，重点了解急、危、重症患者及新入院患者的情况，对患者目前诊断、用药、治疗效果、预后等做到心中有数。作为一名新医师一定要多问，如果交班医生没有告诉出现异常情况的处理办法，而且自己对下一步治疗不熟悉时，一定要请教。

(2) 做好值班记录 值班医师负责各项临时医疗工作和患者临时情况的处理，对新入院患者和转入患者，要及时检查，进行医疗处置，书写病历或转入记录。对急症患者、危重患者的病情变化要及时处理并随时做好记录。

(3) 查看医疗文件 查看危重患者及新入院患者的医疗文件，进一步了解患者的病情和诊疗情况。

(4) 多探视危重患者 危重患者病情复杂、变化快、预后差，多探视可以及时发现患者的异常情况，采取相应治疗措施，同时与患者家属沟通、取得他们理解和支持。

(5) 严格遵守有关规章制度 值班医师不得擅自离开病房。护士通知患者病情变化时，应立即前往诊查处理。

(6) 认真做好交班工作 每日晨会，值班医师应将急、危、重症患者和新入院患者情况重点报告，必须写书面交班记录，并向经治医师或值班医师交代危重患者病情变化情况及尚待处理的工作。

七、如何做好医患沟通

所谓医患沟通，更多的是心灵的沟通，是医患关系中的重要内容之一。医患沟通的基本要求是态度诚恳，平易近人，具有沟通能力和技巧，避免使用有刺激、压抑、强求或不易听懂的专业词汇。为了和患者良好沟通，新医师

需要学习和掌握如下沟通内容和技巧。

1. 医患沟通的内容

入院时沟通的主要内容：在接收患者入院时，应在首次病程记录完成时即与患者或家属进行病情沟通。急症患者入院后，根据疾病严重程度，尽快与患者或家属进行沟通。

住院期间沟通的主要内容：包括患者病情变化时的随时沟通；有创检查及有风险处置前的沟通；变更治疗方案时的沟通；贵重药品使用前的沟通；医保目录以外的诊疗项目或药品的沟通；急、危、重症患者随着疾病转归的及时沟通。

出院时沟通的主要内容：应向患者或家属说明患者住院时的诊疗情况、出院医嘱及出院后注意事项以及是否定期随诊等内容。

以上医患沟通的内容应围绕诊疗方案、诊疗过程及机体状态综合评估来进行。

2. 医患沟通的技巧

(1) 多听患者或家属意见，尽量让患者和家属倾诉，对患者的病情尽可能作出准确解释。

(2) 掌握病情、检查结果和治疗情况；掌握患者医疗费用情况及患者、家属的社会心理状况。

(3) 留意沟通对象的教育程度、情绪状态及对沟通的感受；留意沟通对象对病情的认识程度和对交流的期望值。

(4) 避免使用刺激对方情绪的语气、语调、语句；避免压抑对方情绪、刻意改变对方的观点；避免强求对方立即接受医生的意见和事实。

八、如何防范医疗纠纷

近年来，随着我国公民法律意识的提高，患者越来越关注自己在医疗活动中的权利，医疗纠纷呈上升趋势，日益成

为社会关注的热点和焦点，也成为困扰医院管理者和医务人员难点。医疗纠纷的部分原因是由于医生的责任心不强及服务态度差，病情和医疗告知不足导致。因此，笔者认为新医师应主要从以下几方面入手，防范医疗纠纷的发生。

1. 增强责任心

防范医疗纠纷的发生，医务人员首要措施是从我做起，增强责任心。在为患者诊治过程中，要严格遵守法律、法规、规章制度、诊疗标准、护理、技术操作常规，急病人所急，认真细心接诊每一个病人，仔细观察分析每一个病人，积极有效处理每一个病人。同时要求新医师认真钻研业务知识，加强基本理论、基本知识、基本技能训练，不断提高自身诊疗水平。

2. 强化服务观念

要把握新时期医患关系特点，加强医务人员职业道德和医德医风教育，强化服务观念，树立一切以病人为中心的思想，优化服务流程，优化服务环境，提高医疗质量，提高服务水平。

3. 尊重患者和其家属的知情权

病情和医疗告知在减少医疗纠纷中非常重要。应充分尊重患者及家属的知情权：对病重和病危患者要及时将病情告知家属；对输血、手术、有创检查均应告知并书面签字；对自动出院、拒绝治疗等均应履行签字手续；术前把病情、治疗方法、医疗风险、手术方式等如实告知患者和其家属，并知情同意签字。此外还应让患者“四个明白”，即让患者明白自己的病情，明白自己做何种检查项目，明白影响自己病情转归应注意的事项，明白诊治收费价格及药品价格。

第2节 怎样写好病历

病历是医疗业务的重要载体，它记载病人发病、病情

演变、疾病转归和诊疗情况的全过程，是临床医师诊治疾病的科学依据，是医疗质量和业务水平的反映，是临床教学、科研和信息管理的基础资料。病历是具有法律效力的医疗文件，是处理医疗纠纷、鉴定伤残的重要依据。因此，医师必须以极端负责的精神和实事求是的态度，严格按照规定认真地书写病历。

一、住院病历书写的基本要求

(1) 病历书写内容必须客观、真实、准确、及时、完整。

(2) 病历书写应使用医学术语，对病人提及的既往所患疾病名称和手术名称应加引号。凡药物过敏者，应用红笔注明过敏药物的名称。

(3) 病历首页和各种表格记录的栏目，必须认真填写，不得遗漏。

(4) 病历应当使用蓝黑墨水或碳素墨水书写，书写过程中出现错字时，用红墨水笔修改。先用红色水笔双线划在错字上，然后在错字的右上角写上更改字，并在括号内签上修改者的姓名和时间。不得采用刮、粘、涂、剪贴等方法掩盖或除去原来的字迹。

(5) 各项记录应有完整日期，可采用 24 小时制，如 2007 年 5 月 25 日下午 3 时 5 分可写成 2007-05-25, 15:05; 也可采用开医嘱的 12 小时制时间格式书写，用 AM 代表上午，PM 代表下午，中午 12 时为 12N，午夜 12 时为 0AM。

(6) 抢救急危患者时，应随时记录相关抢救情况，确实未能及时书写记录的，有关医务人员应当于抢救结束后 6 小时内据实补记。下达病危通知单的病例要有与危重病人家属的谈话记录。

(7) 一些特殊的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术等），应由患者本人签署同意书。患者因病无法签字