



呼吸科住院医师 临床手册

主 编◎李 龙

副主编◎张 红 刘丽君



兰州大学出版社



呼吸科住院医师 临床手册

主 编◎李 龙

副主编◎张 红 刘丽君



兰州大学出版社

图书在版编目(CIP) 数据

呼吸科住院医师临床手册/李龙主编. —兰州:
兰州大学出版社, 2012. 3

ISBN 978-7-311-03874-8

I. ①呼… II. ①李… III. ①呼吸系统疾病—诊疗—手册
IV. ①R56 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012) 第 052458 号

策划编辑 陈红升
责任编辑 郝可伟 丁武蓉 陈红升
封面设计 刘 杰

书 名	呼吸科住院医师临床手册
作 者	李 龙 主编
出版发行	兰州大学出版社 (地址: 兰州市天水南路 222 号 730000)
电 话	0931 - 8912613(总编办公室) 0931 - 8617156(营销中心) 0931 - 8914298(读者服务部)
网 址	http://www.onbook.com.cn
电子信箱	press@lzu.edu.cn
印 刷	甘肃澳翔印业有限公司
开 本	787 mm × 1092 mm 1/32
印 张	11.875
字 数	242 千
版 次	2013 年 3 月第 1 版
印 次	2013 年 3 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-311-03874-8
定 价	29.00 元

(图书若有破损、缺页、掉页可随时与本社联系)

《呼吸科住院医师临床手册》编写委员会

主 编 李 龙

副主编 张 红 刘丽君

编 委 金 钰 余 勤 岳红梅

雷泽林 胡建明 刘维英

汪小亚 濮家源 张佳宾

前 言

医学是研究人类生命活动及健康与疾病问题规律的科学。近60年来,随着现代科学技术革命的发展,呼吸系统疾病的诊疗已经发生了翻天覆地的变化,在这“信息爆炸”的时代,临床医师必须不断学习,才能跟上医学发展的步伐。为了向广大临床医师、医学本科生和硕士研究生提供一本权威性、实用性和使用方便并便于查阅的临床工具书,我们参考中华医学会公布的呼吸系统疾病各项诊治指南以及《临床操作技术规范》,组织长期从事呼吸临床专业的专家共同编写了这部《呼吸科住院医师临床手册》。

《呼吸科住院医师临床手册》共分两篇,即呼吸系统疾病各论篇和呼吸医师临床操作规范篇,计43章。内容涵盖呼吸系统疾病的定义、诊断要点、诊断和鉴别诊断、治疗、参考处方、警示以及各种呼吸临床操作规范方法和注意事项。最后附有呼吸科常用药品目录。本书的撰写参考了国内外已公布的各项呼吸系统疾病诊治指南,以及编者从事呼吸临床工作的实践经验,力求内容新颖和精简实用,以利于

呼吸科实习医师和住院医师方便地解决实际问题。

由于编者水平有限，所以本书难免存在错误，切盼同道和广大读者指出问题并提出补充修改意见，使本书在今后的修订中不断完善充实。

编 者

2012年3月15日

目录

上篇 呼吸系统疾病各论

- 第一章 急性气管—支气管炎 / 3
- 第二章 支气管扩张症 / 6
- 第三章 慢性阻塞性肺疾病(COPD) / 10
- 第四章 支气管哮喘 / 16
- 第五章 肺炎 / 24
- 第六章 肺脓肿 / 44
- 第七章 肺结核 / 47
- 第八章 自发性气胸 / 53
- 第九章 肺不张 / 58
- 第十章 慢性肺源性心脏病 / 60
- 第十一章 肺栓塞(PE) / 65
- 第十二章 呼吸衰竭 / 71
- 第十三章 急性呼吸窘迫综合征(ARDS) / 76
- 第十四章 睡眠呼吸暂停低通气综合征
(SAHS) / 80
- 第十五章 原发性支气管癌 / 83
- 第十六章 胸腔积液 / 89
- 第十七章 间质性肺疾病 / 93
- 第十八章 肺结节病 / 109
- 第十九章 支气管—肺综合征 / 114

下篇 呼吸医师临床操作规范

- 第一章 痰和呼吸道分泌物标本检查 / 127
- 第二章 诱导痰的方法 / 131
- 第三章 胸膜腔穿刺术 / 134
- 第四章 胸腔抽气术 / 138
- 第五章 胸腔闭式引流术 / 140
- 第六章 经胸壁针刺胸膜活体检查术 / 143
- 第七章 胸腔镜检查术 / 145
- 第八章 纤维支气管镜检查术 / 150
- 第九章 支气管肺泡灌洗技术 / 159
- 第十章 肺功能测定 / 162
- 第十一章 支气管激发试验 / 188
- 第十二章 支气管舒张试验 / 199
- 第十三章 睡眠呼吸监测 / 201
- 第十四章 动脉血气分析 / 207
- 第十五章 经胸壁针刺肺活检 / 214
- 第十六章 过敏原皮肤试验 / 216
- 第十七章 呼吸骤停复苏技术 / 220
- 第十八章 人工气道的建立 / 226
- 第十九章 常规机械通气 / 229
- 第二十章 无创性正压机械通气 / 233
- 第二十一章 痰液体位引流 / 238
- 第二十二章 气溶胶疗法 / 240
- 第二十三章 标准化特异性变应原免疫
治疗 / 243
- 第二十四章 呼吸科住院医师标准化
流程 / 249

附 录 呼吸科常用药品目录

- 抗生素类——青霉素类 / 273
- 抗生素类——头孢菌素类 / 282
- 抗生素类——碳青霉烯类 / 295
- 抗生素类——氨基糖苷类 / 299
- 抗生素类——酰胺醇类 / 303
- 抗生素类——大环内酯类 / 305
- 抗生素类——糖肽类 / 309
- 抗生素类——林可酰胺类 / 313
- 合成抗菌药——磺胺类 / 315
- 合成抗菌药——喹诺酮类 / 317
- 合成抗菌药——硝基咪唑类
及硝基呋喃类 / 324
- 抗分枝杆菌药——抗结核药 / 329
- 抗真菌药 / 336
- 抗病毒药 / 343
- 祛痰药 / 347
- 镇咳药 / 352
- 平喘药 / 354
- 呼吸兴奋剂 / 367
- 其他 / 370

呼吸科住院医师临床手册

上篇 呼吸系统疾病各论

第一章 急性气管—支气管炎

【定义】

急性气管—支气管炎是由病毒、细菌、物理化学刺激或过敏反应引起的气管、支气管黏膜广泛急性炎症,临床症状有咳嗽、咳痰。

【诊断要点】

1.寒冷季节或气候突变时诱发,急性起病,常见有急性上呼吸道感染症状。

2.起病常先有鼻塞、流涕、咽痒、咽痛,可有声嘶。

3.呼吸道症状较明显,以咳嗽、咳痰为主要表现,偶有血丝痰,严重时可有气急。

4.病程一般自限性,多数约1周左右,个别病例症状可持续数周。

5.体征:两肺不同部位可听到易变性的多样音调的干、湿性罗音。罗音于肺底部较易听到。

6.辅助检查:外周血白细胞总数可增高。胸部X射线检查多示双肺纹理增多。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1.按照病史和体征可建立临床诊断。

2.病程超过1周或有血丝痰者,应常规作胸部X

射线检查,以便与其他疾病鉴别。

二、鉴别诊断

1.上呼吸道感染:首发症状以鼻塞、流涕、咽痒、咽痛、肌肉酸痛为主,咳嗽多为干咳。肺部体征和X射线检查阴性。

2.肺炎:以咳嗽、咳痰、发热或胸痛为主要症状;肺部有固定性、局限性湿性罗音,胸部X射线有肺的浸润阴影。

3.支气管哮喘:有过敏史,呈发作性发病。两肺可闻弥漫性哮鸣音,嗜酸性粒细胞增多。

【治疗】

1.一般处理:休息,多饮水,注意保暖,室内通风良好,戒烟等。

2.对症处理:止咳祛痰平喘。

3.抗菌治疗。

【参考处方】

1.抗菌治疗,在门诊可选用下列之一:

大环内酯类:阿奇霉素 0.5 克/次,2 次/日

罗红霉素 0.15 克/次,2 次/日

氟喹诺酮类:左氧氟沙星 0.2 克/次,2 次/日

青霉素类:阿莫西林 0.5 克/次,3 次/日

头孢菌素类:头孢氨苄 0.5 克/次,3 次/日

头孢呋辛 0.25 克/次,2 次/日

头孢克洛 0.25 克/次,3 次/日

2.对症治疗:

(1)止咳

①以干咳或刺激性咳嗽为主的患者,可选用咳必清 25 毫克/次,3 次/日或美沙芬 30 毫克/次,3 次/日

②严重咳嗽者可临时用可待因 30 毫克

③润喉的含服药物如西瓜霜润喉片可减轻咳嗽,
1 片/次, 4 次/日

(2)祛痰

吉诺通 300 毫克/次, 3 次/日

或 必嗽平 16 毫克/次, 3 次/日

或 沐舒坦 30~60 毫克/次, 3 次/日

(3)平喘(有哮鸣音)

氨茶碱 0.1 毫克/次, 3 次/日

或 阿斯美 2 粒/次, 3 次/日

或 5%GS 250 mL 静滴

+ 氨茶碱 0.25 g 静滴

(4)降高热

复方锌布颗粒 1 袋/次, 3 次/日

或 对乙酰氨基酚(百服宁)0.5 克/次, 3~4 次/日

【警示】

1.老年体弱排痰障碍者禁用强镇咳药。

2.氨茶碱静注过快可引起心搏骤停,因此氨茶碱
静脉用药时宜静脉滴注。

第二章 支气管扩张症

【定义】

支气管扩张是一种常见的慢性支气管化脓性疾病。大多数继发于呼吸道感染和支气管阻塞,尤其是童年患麻疹、百日咳或支气管肺炎。临床主要表现为慢性咳嗽、咳大量脓痰和(或)咯血。

【诊断要点】

- 1.多有肺炎、百日咳等病史。
- 2.咳嗽、咳大量脓臭痰、咯血为本病三大典型症状。可反复肺部感染和间断咯血。
- 3.体征:肺部固定、局限性湿罗音,多见于下胸部、背部。可伴有杵状指。
- 4.辅助检查
 - (1)胸部平片:可见纹理增多、紊乱、“卷发状”纹理影和“双轨征”。
 - (2)胸部薄层 CT:显示支气管管壁增厚的柱状扩张或成串成簇的囊状改变。
 - (3)支气管碘油或碘水造影:病变支气管呈囊状、柱状或混合性扩张。
 - (4)血常规:急性期白细胞和中性粒细胞增高。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

- 1.依据诊断要点。

2.排除阻塞性炎症、慢性肺脓疡等引起上述改变的疾病。

二、鉴别诊断

1.慢性支气管炎:主要以长期咳嗽、咳痰为主,呼吸道感染后诱发或加重。胸部X射线示两肺纹理重或伴有肺气肿征象。

2.肺结核:除有结核中毒症状以外,肺部X射线示有肺实质的浸润灶。

3.肺脓肿:恶寒、高热、咳嗽、咳大量脓性痰为主要表现,X射线示肺部有实质性大块浸润影,伴有液平的空洞形成为主要特点。

【治疗】

1.体位引流:使支气管扩张部位取高位,3次/日,每次15 min。

2.药物治疗:化痰祛痰、抗感染、用止血药。

3.超声雾化治疗:平喘及辅助祛痰。

4.介入治疗:适用于中等量以上咯血、药物治疗效果不佳者。

5.外科手术治疗:适用于反复发作、病变范围局限、心肺功能较好或大咯血者。

【参考处方】

1.抗菌治疗

(1)门诊(轻症支气管扩张患者)

阿莫西林 0.5 克/次,3次/日

头孢克洛 0.25 克/次,3次/日

左氧氟沙星 0.2 克/次,2次/日

(2)住院(重症支气管扩张患者)

NS 100 mL

+头孢曲松钠 2.0 g 静滴 2 次/日

或 NS 100 mL

+头孢他啶 2.0 g 静滴 2 次/日

或联合 NS 250 mL

+左氧氟沙星 0.4 g 静滴 1 次/日

若合并厌氧菌感染加用

甲硝唑注射液 500 mg 静滴 1 次/日

2.祛痰药 可选用其一

吉诺通 300 毫克/次,3 次/日

或 必嗽平 16 毫克/次,3 次/日

或 沐舒坦 30~60 毫克/次,3 次/日

【附录】

一、大咯血的处理

1. 患侧卧位或头低脚高位,鼓励轻轻地把血咳出,但应避免剧咳。对于烦躁、剧咳者,在无严重呼吸功能障碍前提下可应用适当镇咳药和镇静药,同时做好抢救的药物、器械准备,必要时行气管插管或气管切开。

2.应用垂体后叶素。

3.用垂体后叶素无效或有禁忌者可用酚妥拉明或普鲁卡因,尤其适用于有高血压者,可降低出血部位的灌注压。

4.可经纤维支气管镜确定出血部位,再局部注入 1/10000 的肾上腺素和凝血酶。

5.其他药物:如 6-氨基己酸、止血芳酸、安络血、立止血等,可选用 1~2 种。

6.介入治疗:通过栓塞病变区的支气管动脉而止血。适用于急性大咯血(>300 mL/24 h),经内科治疗无