

借

临床疾病诊疗常规丛书

LINCHUANG JIBING ZHENLIAO CHANGGUI CONGSHU

总主编 / 余传隆

Huxi Xitong Jibing
Zhenliao Changgui

呼吸系统疾病诊疗

常

规

■ 主编 王 星 李向欣

本书主要介绍了呼吸系统常见疾病的常规诊断与治疗，涉及疾病约50种。书中就每一种呼吸系统常见疾病从概念、临床表现、检查、诊断、鉴别诊断到治疗原则及治疗方案进行了详尽的阐述。全书条理清晰、重点突出，逻辑性和实用性强。可供呼吸内科专业的各级临床医师参考阅读。

 军事医学科学出版社

△临床疾病诊疗常规丛书△

总主编/余传隆

呼吸系统疾病诊疗常规

主 编 王 星 李向欣

军事医学科学出版社

图书在版编目(CIP)数据

呼吸系统疾病诊疗常规/王星,李向欣主编.

-北京:军事医学科学出版社,2008.6

(临床疾病诊疗常规丛书/余传隆总主编)

ISBN 978-7-80245-074-5

I.呼… II.①王…②李… III.呼吸系统疾病-诊疗 IV.R56

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第036590号

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,86702315,86702759

86703183,86702802

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:三河佳星印装有限公司

发行:新华书店

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:13.375

字数:329千字

版次:2008年6月第1版

印次:2008年6月第1次

全套定价:300.00元 每册定价:30.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内容提要

本书主要介绍了呼吸系统常见疾病的常规诊断与治疗,涉及疾病约 50 种。书中就每一种呼吸系统常见疾病从概念、临床表现、检查、诊断、鉴别诊断到治疗原则及治疗方案进行了详尽的阐述。全书条理清晰、重点突出,逻辑性和实用性强。可供呼吸内科专业的各级临床医师参考阅读。

《呼吸系统疾病诊疗常规》

编 委 会

主 编 王 星 李向欣
副 主 编 陈向东 朱建平 赵春军
 李 海 王茂萍
编 委 （按姓氏笔画排序）
 于少清 于成安 王 星
 王茂萍 孙 斌 朱建平
 李 海 李向欣 李晓光
 吴志伟 陈向东 陈建中
 范曙辉 赵春军 韩燕斌

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科,临床医师的诊疗技术直接影响着人民身体的安康。为使临床疾病的诊断与治疗更趋规范化、标准化,全面提高医疗质量,我们组织编写了本套《临床疾病诊疗常规丛书》。

本套丛书共 10 分册:《妇产科疾病诊疗常规》、《儿科疾病诊疗常规》、《呼吸系统疾病诊疗常规》、《消化系统疾病诊疗常规》、《神经系统疾病诊疗常规》、《心血管系统疾病诊疗常规》、《外科疾病诊疗常规》、《五官科疾病诊疗常规》、《临床疾病用药常规》和《影像学诊断常规》。各分册以各科系常见疾病为纲,各疾病按基本概念、临床表现、检查、诊断常规及治疗常规这一流程展开阐述,尤其突出了治疗中用药常规,对临床治疗更具指导性。全书贯穿了各科系疾病的基本理论、基本知识,集多年临床诊疗经验于一体,展现了疾病诊断与治疗的规范程序,有利于规范各级各类医院的医疗行为,使医务人员在医疗实践中有章可循。

本套丛书突出以下特点:①强调实用性。本书所涉及内容为临床常见、多发病,便于临床医师的临床操作。②简明扼要。凡教科书上已阐明的内容,如病因、发病机理、病理生理等基础性内容,作为已知不再赘述,只就临床表现、体征特点、检查结果等与临床工作直接相关的内容进行阐述。③突出常规指导性。本书由一线医务人员编写,在结合各自临床经验的同时,更突出其临床操作的可行性,对年轻医师规避医疗纠纷等有很好的帮助。

本套丛书可作为临床医师、进修医师、实习医师和在校医学生的辅助、参考资料,具有临床实用性。

编者

2008 年 2 月

目 录

第一章	急性气管 - 支气管炎	(1)
第二章	慢性阻塞性肺疾病	(4)
第三章	支气管扩张	(15)
第四章	支气管哮喘	(24)
第五章	肺炎	(49)
第一节	医院获得性肺炎	(49)
第二节	细菌性肺炎	(52)
第三节	非典型肺炎	(83)
第四节	真菌病	(101)
第六章	肺脓肿	(142)
第七章	弥散性间质性肺病	(149)
第一节	特发性肺纤维化	(149)
第二节	外源性过敏性肺泡炎	(163)
第三节	肺泡蛋白沉着症	(167)
第四节	特发性含铁血黄素沉着症	(172)
第八章	结节病	(177)
第九章	支气管肺良性肿瘤及瘤样病变	(189)
第一节	支气管腺瘤	(189)
第二节	肺错构瘤	(192)
第三节	肺炎性假瘤	(194)
第十章	支气管肺癌	(197)
第十一章	肺循环疾病	(220)
第一节	肺栓塞	(220)
第二节	肺水肿	(242)
第三节	肺动静脉瘘	(246)

目 录

第四节	原发性肺动脉高压	(249)
第十二章	胸膜疾病	(256)
第一节	胸腔积液	(256)
第二节	结核性胸膜炎	(274)
第三节	气胸	(287)
第十三章	呼吸衰竭与急性呼吸窘迫综合征	(294)
第一节	呼吸衰竭	(294)
第二节	急性呼吸窘迫综合征	(296)
第十四章	诊断技术	(313)
第一节	症状与体征	(313)
第二节	实验室检查	(322)
第三节	影像学检查	(347)
第四节	肺功能检查	(353)
第五节	纤维支气管镜和支气管肺泡灌洗检查	(364)
第十五章	治疗技术	(369)
第一节	抗感染治疗	(369)
第二节	症状治疗	(376)
第三节	氧气疗法	(382)
第四节	机械通气	(392)
第五节	呼吸系统疾病康复治疗	(411)

第一章 急性气管 - 支气管炎

【概述】

急性气管 - 支气管炎 (acute tracheobronchitis) 是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的气管 - 支气管黏膜的急性炎症。也可由急性上呼吸道感染蔓延而来。临床主要症状有咳嗽和咳痰。常见于寒冷季节或气候突变时。

【临床表现】

起病一般先有急性上呼吸道感染的症状,如鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、声嘶等,伴畏寒、发热、头痛及全身酸痛。咳嗽多呈刺激性,有少量黏液痰,伴有胸骨后不适或钝痛。感染蔓延至支气管时,咳嗽加重,2~3 日后痰量增多呈黏液性或黏液脓性。伴发支气管痉挛时,可有哮喘和气急。体检双肺可闻散在干湿性啰音,咳嗽后可减少或消失。急性气管 - 支气管炎一般呈自限性,发热和全身不适可在 3~5 日内消失,但咳嗽、咳痰可延续 2~3 周才消失。迁延不愈者演变为慢性支气管炎。

【检查】

1. 血常规 白细胞计数及分类可正常,继发细菌感染时可升高。
2. 痰涂片或培养 可发现致病菌。
3. 胸部 X 射线检查 大多正常或肺纹理增粗。

【诊断常规】

(一) 诊断要点

诊断主要依靠病史,临床有咳嗽、咳痰、两肺散在干、湿性啰音等症状和体征可助诊断。

(二) 鉴别诊断

1. 流行性感 在症状上与急性气管支气管炎颇相似,但全身症状重,发热、头痛,周身酸痛明显,血白细胞减少,依据疫情流行情况和病毒分离可鉴别。

2. 麻疹、百日咳等病 早期常有急性支气管炎的表现,可根据流行情况、临床表现及化验结果加以鉴别。

【治疗常规】

(一) 治疗原则

1. 以休息及对症治疗为主,不宜常规使用抗生素。
2. 如出现发热、脓性痰、重症咳嗽,可应用抗生素治疗。

(二) 治疗

1. 一般治疗 适当休息,注意保暖,多饮水,摄入足够的热量,防止冷空气、粉尘或刺激性气体的吸入等。

2. 用药常规

(1) 可补充适量维生素 C, 0.2g, 每日 3 次。

(2) 干咳者可用咳必清 25mg、右美沙芬 10mg 或可待因 15 ~ 30mg, 每日 3 次。

(3) 咳嗽有痰而不易咳出者,可选用祛痰剂溴己新 8 ~ 16mg 或盐酸氨溴索 30mg, 每日 3 次。也可选用中成药止咳祛痰药,如复方甘草合剂、鲜竹沥口服液等, 10ml, 每日 3 次。

(4) 发生支气管痉挛时,可用平喘药茶碱类及 β_2 受体激动剂等,如氨茶碱 0.1g, 每日 3 次,茶碱缓释片(舒弗美) 0.2g、多索茶碱(安塞玛) 0.2g, 每日 2 次,特布他林 2.5mg 或沙丁胺醇 2.4mg, 每日 3 次,沙丁胺醇气雾剂每 4 小时 2 喷。

(5) 如有发热、全身酸痛者,可用阿司匹林 0.3 ~ 0.6g 或克感敏 1 片, 每日 3 次。

(6) 出现发热、脓性痰和重症咳嗽,为应用抗生素的指征。可应用针对肺炎衣原体和肺炎支原体的抗生素,如红霉素, 每日 1g,

分4次口服,也可选用克拉霉素或阿奇霉素。多数患者口服抗生素即可,症状较重者可用肌内注射或静脉滴注。目前常用的为阿奇霉素。

①用药指征:适用于下列致病菌株引起的感染,如肺炎衣原体、流感嗜血杆菌、嗜肺军团菌、卡他摩拉菌、肺炎支原体、金黄色葡萄球菌或肺炎链球菌,对这些感染需要首先采取静脉滴注治疗。对耐红霉素的产 β 内酰胺酶的菌株使用阿奇霉素也有效。

②用药方法:将阿奇霉素用适量注射用水充分溶解,配制成0.1g/ml,再加入至250ml或500ml的氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液中,最终阿奇霉素浓度为1.0~2.0mg/ml,然后静脉滴注。浓度为1.0mg/ml,滴注时间为3小时;浓度为2.0mg/ml,滴注时间为1小时。成人每次0.5g,每日1次,至少连续用药2日,继之换用阿奇霉素口服制剂,1日0.5g,7~10日为1个疗程。转为口服治疗时间应由医师根据临床治疗反应确定。

③注意事项:a.与茶碱合用时能提高后者在血浆中的浓度,应注意检测血浆茶碱水平;b.与华法林合用时应注意检查凝血酶原时间;c.与下列药物同时使用时,建议密切观察患者用药后反应:地高辛 使地高辛水平升高;麦角胺或二氢麦角胺 急性麦角毒性,症状是严重的末梢血管痉挛和感觉迟钝;三唑仑 通过减少三唑仑的降解,而使三唑仑药理作用增强;细胞色素P450系统代谢药 提高血清中卡马西平、特非那定、环孢素、环己巴比妥、苯妥英的水平;d.与利福布汀合用会增加后者的毒性。

④用药体会:阿奇霉素为大环内酯类抗生素中的代表,不良反应较少,临床疗效好,建议针剂每日给药1次,2~3日后换口服制剂,再应用5~7日。

(李向欣 赵春军 朱建平)

第二章 慢性阻塞性肺疾病

【概述】

慢性阻塞性肺病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种具有气流受限特征的疾病, 气流受限不完全可逆, 呈进行性发展, 与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。COPD 与慢性支气管炎和肺气肿密切相关。通常, 慢性支气管炎是指在除外慢性咳嗽的其他已知原因后, 患者每年咳嗽、咳痰 3 个月以上, 并连续 2 年者。肺气肿则指肺部终末细支气管远端气囊出现异常持久的扩张, 并伴有肺泡壁和细支气管的破坏而无明显的肺纤维化。当慢性支气管炎、肺气肿患者肺功能检查出现气流受限、并且不能完全可逆时, 则能诊断 COPD。如患者只有“慢性支气管炎”和(或)“肺气肿”, 而无气流受限, 则不能诊断为 COPD。慢性咳嗽、咳痰常先于气流受限许多年存在; 但不是所有咳嗽、咳痰症状的患者均会发展为 COPD。相反, 少数患者仅有不可逆性气流受限改变, 而无慢性咳嗽、咳痰症状。

【临床表现】

1. 症状 临床主要症状为咳嗽、咳痰、气短、喘息等。随着疾病进展, 急性加重变得越来越频繁。上述症状常常有昼夜节律, 晨起咳嗽、咳痰重和季节性(冬春)发作等特点。吸烟、接触有害气体(SO_2 、 NO_2 、 Cl_2)、过度劳累、气候突然变化、感冒等经常是上述症状的诱因。后期可存在活动后气短, 如跑步、上楼或地面上快行, 甚者洗脸、穿衣或静息时也有气短症状, 经休息、吸氧、吸入药物治疗等可缓解。长期患病有乏力、体重下降等表现。急性发作期可存在神志改变、睡眠倒错等。

第二章 慢性阻塞性肺疾病

2. 体征 早期多无异常,或可在肺底部闻及散在干、湿性啰音,咳嗽排痰后啰音可消失,急性发作期肺部啰音可增多。后期体位呈前倾坐位或端坐呼吸。辅助呼吸肌参与呼吸运动,出现三凹征。眼球结膜充血、水肿,甲床、口唇发绀。胸廓外形前后径增宽,肋间隙宽度,剑突下胸骨下角(腹上角)增宽。呼吸运动速率加快,幅度增大,语颤减弱。叩诊肺肝界下移,肺底移动度减小,心浊音界缩小。听诊肺部呼吸音减弱,呼气相延长,可闻及干、湿性啰音。剑突下心音清晰、心率加快、心律不规则等。如并发气胸、肺源性心脏病等可存在相应体征。

【检查】

1. 血常规 缓解期多正常;急性发作期并发细菌感染时,白细胞总数和中性粒细胞可升高,合并哮喘患者嗜酸粒细胞可增多。

2. 痰液检查 急性发作期痰涂片可见大量中性粒细胞,外观多呈脓性。痰培养可发现各种致病菌。

3. X线胸片 早期多无变化。反复急性发作者可见肺纹理增粗、紊乱,以下肺野明显。形成肺气肿时可有肺纹理消失,胸片透亮度增加。

4. 肺功能测定 第一秒用力呼气容积(FEV_1)、 FEV_1 和用力肺活量(FVC)的比值($FEV_1/FVC\%$)降低($<70\%$)。

5. 心电图 早期多无异常,或可发现肺性P波、右室肥厚等改变。

【诊断常规】

(一)慢性支气管炎

1. 诊断依据

(1)数患者有长期重度吸烟史。

(2)反复发生咳嗽、咳痰或伴喘息,多在冬春季发作,每年发病时间累积 ≥ 3 个月,连续2年以上。

(3)如果每年发病时间不足3个月,但是具有明确的客观检查证据,如X线胸片、肺功能测定结果($FEV_1/FVC\% < 70\%$ 、应用支气管扩张剂后 $FEV_1 \leq 80\%$ 预计值)也可诊断为慢性阻塞性支气管炎。

(4)除外其他可以引起长期咳嗽、咳痰、喘息的心肺疾病,包括肺结核、尘埃沉着病(尘肺)、支气管哮喘、支气管扩张、支气管肺癌、弥漫性肺间质纤维化、慢性心力衰竭。

2. 鉴别诊断 慢性咳嗽、咳痰、喘息是许多慢性呼吸道疾病的共同症状,因此临床上应注意与以下疾病鉴别。

(1)支气管哮喘:常于幼年起病,多无慢性咳嗽、咳痰病史,发病前常有诱因,如吸入过敏原、冷空气、刺激性气体、剧烈运动等。表现发作性喘息,发作时呼气相延长,于双肺可闻及弥漫性哮鸣音,脱离过敏原后症状可以很快缓解,对于肾上腺糖皮质激素及 β_2 激动剂、茶碱类药物效果明显。完全缓解后与正常人一样生活和工作。此外,哮喘患者常有过敏体质、过敏性鼻炎和(或)湿疹,部分患者有哮喘家族史,不典型者应进行支气管舒张试验,或支气管激发试验及(PEF)日内变异率测定。值得注意的是咳嗽变异型哮喘与慢性支气管炎十分相似,应注意鉴别。前者常有反复发生的顽固性咳嗽,按照慢性支气管炎治疗,给予各种止咳药物效果均不满意。这类患者常有气道高反应性,给予糖皮质激素或其他平喘药物可以奏效。

(2)支气管扩张:常有幼年时发生麻疹、百日咳、肺炎的病史。成年后反复咳嗽、咳痰,合并细菌感染时咳大量脓痰($> 30\text{ml/d}$),咳出的痰液静置后可分为3层:上层为浆液泡沫,中层为浆液,下层为坏死物、腔细胞。部分患者可反复咯血,咯血量多少不一。在病变部位可闻及固定性湿啰音,多位于左下肺,长期不消散;可见杵状指(趾)。胸部X线检查于病变单位可见肺纹理粗乱,或呈卷发状,晚期呈蜂窝肺。肺部高分辨率CT、支气管造影检查有助于

确诊。

(3) 支气管肺癌: 多为 40 岁以上男性, 有多年重度吸烟史。常见顽固刺激性咳嗽, 反复发生或持续性痰中带血, 或虽然原有咳嗽病史, 但后来咳嗽性质发生变化。胸部 X 线检查可见结节影、块影, 或阻塞性肺炎, 应用抗生素治疗后病灶大小可有变化但不会完全消失。痰脱落细胞检查、纤维支气管镜检查及组织活检有助于确诊。

(4) 肺结核: 主要因早期没有得到正规治疗, 病情控制不理想, 最后演变为慢性纤维空洞型肺结核, 长期反复咳嗽、咳痰, 甚至咯血。仔细询问病史会追溯到肺结核病史, 同时这类患者多有明显结核中毒症状(低热、乏力、盗汗、食欲不振、消瘦), 胸部 X 线检查, 痰菌检查有助于确诊。此外, 老年性肺结核, 包括浸润性肺结核, 由于中毒症状不明显, 易被误诊为慢性支气管炎, 故也应予注意。

(5) 弥漫性肺间质纤维化: 慢性肺间质纤维化开始时可表现为干咳, 活动后气短、合并感染时咳嗽。仔细听诊于双下肺常可闻及特征性 Velcro 啰音, 可见杵状指(趾)。X 线胸片显示双肺体积变小, 肺野呈现网状和结节影, 肺功能呈限制性通气功能障碍, 一氧化碳弥散量(DLCO)降低, 动脉血气分析显示 PaO_2 下降, PaCO_2 正常或降低。

(6) 硅沉着肺: 具有相应的较长时间的粉尘接触史(职业接触史), 其咳嗽、咳痰并无特点, 胸部 X 线检查可见硅沉着病结节, 其特点是密度高, 边缘较清楚, 有时需放大摄片观察, 肺门阴影扩大、网状纹理增多。此外许多硅沉着肺(矽肺)患者可合并慢性支气管炎, 其症状与单纯支气管炎十分相似。

(7) 慢性充血性心力衰竭: 由于肺循环淤血或肺部感染, 患者可出现反复发作性咳嗽、咳痰, 但痰量通常不多, 仔细询问病史可以追问出心脏病病史, 发病时常有夜间发作性喘憋、咳嗽, 坐起后

可缓解,双下肺可闻及湿啰音,体位变化时啰音可随之变化可听到奔马律,X线胸片、心电图、超声心动图检查可有助于诊断,发作时给快速洋地黄制剂、利尿剂反应良好可进一步证实诊断。

(二)阻塞性肺气肿

1. 诊断依据

(1)年龄常大于40岁,多有长期重度吸烟史。

(2)可有慢性支气管炎病史。

(3)起病隐袭,病情进展缓慢,可有咳嗽、咳痰。早期表现为活动或劳累后气短,休息后可缓解。之后随着病情加重,即使静息状态也会感到气短,并感乏力,体重下降,劳动力和生活自理能力丧失。

(4)早期可无明显阳性体征,典型肺气肿者呈桶状胸,肋间隙增宽,胸部呼吸运动减弱,触觉语颤减弱,叩诊过清音,心浊音界变小,肺下界下移,肺底移动度减少,呼吸音普遍减弱,呼气相延长,语音传导减弱。

(5)胸部X线检查显示肺野透光度增强,周围肺血管纹理减少、变细,肋骨平直,横膈下降、低平、活动度减少,胸骨后间隙增宽,心影垂直、狭长,有时可见肺大疱。高分辨率CT对于肺气肿诊断不仅敏感,而且可以协助临床分型诊断。

(6)肺功能测定显示应用支气管扩张剂后 $FEV_1 \leq 80\%$ 预计值, $FEV_1/FVC < 70\%$,残气量(RV)、肺总量(TLC)、RV/TLC升高,DLCO下降。

2. 鉴别诊断

(1)慢性支气管炎:本病与阻塞性肺气肿有许多相似之处,如均多见于长期吸烟(中年)男性,均有咳嗽、咳痰等,但与肺气肿相比,慢性支气管炎患者发病常有明显季节性。如果没有合并肺气肿则无活动(或运动)后气短病史,体检时无肺气肿体征,胸部X线检查仅有肺纹理增多、粗乱,无肺气肿征象。肺功能测定时肺容

积指标 (VC、FRC、RV、TLC) 无明显增加, DLCO 不降低。

(2) 支气管哮喘: 哮喘发作时, 尤其是重度发作时可出现过度充气体征, 胸部 X 线检查酷似肺气肿, 同时肺功能测定结果显示肺容积指标明显升高。但是两者并不难鉴别, 动态观察可发现待哮喘缓解后, 或有效治疗后哮喘患者过度充气体征消失, X 线片恢复正常, 肺功能测定的肺容积指标也恢复正常。另外即使在哮喘急性发作时期 DLCO 很少降低, 这一点与肺气肿不同。此外哮喘患者多在儿童时期发病, 发作常有明显诱因, 病情常有显著可逆性, 支气管舒张试验阳性, 而肺气肿多无上述特点。

(3) 弥漫性肺间质纤维化: 本病与肺气肿最容易混淆的是这类患者也可有咳嗽、活动后气短。但本病可发生于任何年龄, 病程较短, 病情进展较快, 常有乏力、刺激性干咳, 中、重度患者肺体积变小, 于双肺或肺底可闻及具有特征性的 Velcro 啰音。可见杵状指(趾)。X 线胸片早期者双下肺野呈毛玻璃样, 之后可出现典型的弥漫性网状和结节影。后期结节影增粗, 并出现环状透亮区(蜂窝肺), 胸部 HRCT 检查对本病诊断具有更大意义, 可显示典型的结节改变。肺功能测定显示为限制性通气功能障碍, 肺容积变小, 而 $FEV_1/FVC\%$ 正常或增高。动脉血气分析显示为单纯低氧血症, 部分患者可能查出导致肺间质纤维化的原因。

(4) 自发性气胸: 肺气肿患者常易合并肺大泡, 而巨型大型肺气肿与自发性气胸颇难鉴别。前者病史较长, 症状进展缓慢, 有时可无症状而是在胸部 X 线检查时发现的。而自发性气胸起病急骤, 多有突发性剧烈的胸膜性胸痛和呼吸困难(慢性包裹性气胸者可无症状), 体检时可见气管向健侧偏移, 患侧局部胸廓膨隆, 呼吸运动减弱, 语颤减弱, 叩诊鼓音, 呼吸音减弱或消失, 语音传导减弱, X 线胸透可进一步证实。引流治疗后病情明显缓解。胸部 X 线检查时大泡性肺气肿气腔呈圆形或卵圆形, 边缘向下凹陷, 下缘外上方可见有肺组织, 大泡内可见肺泡隔或血管的残留影, 而包