



医师案头速查丛书

呼吸内科速查

主编 张伟华 张运剑

HUXI NEIKE SUCHA



 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



医师案头速查丛书

呼吸内科速查

HUXI NEIKE SUCHA

主 编 张伟华 张运剑

编 者 (以姓氏笔画为序)

车长虹 田 巍 刘国梁

刘春萍 李 国 李 俊

李卓睿 张 燕 张伟华

张运剑 季颖群 谢万木

谢世光 穆新林

人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

呼吸内科速查/张伟华, 张运剑主编. —北京: 人民军医出版社, 2008.11

(医师案头速查丛书)

ISBN 978-7-5091-2127-6

I. 呼… II. ①张…②张… 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 153026 号

策划编辑: 于 哲 丁金玉 文字编辑: 陈 娟 责任审读: 周晓洲

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927270; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8052

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 北京天宇星印刷厂 装订: 京兰装订有限公司

开本: 850mm×1168mm 1/32

印张: 14 字数: 354 千字

版、印次: 2008 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~3500

定价: 43.00 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

内容提要

本书是《临床医师案头速查丛书》之一，共分五篇，分别介绍了呼吸系统疾病的常见症状、28种疾病的诊治方法、呼吸系统基本操作与检查、支持治疗、常用药物。全书语言简洁，条理性强，附有多幅表格便于查阅，体现了适应临床工作、简便速查的特点，可供呼吸科医师、全科医师、医学院校师生阅读参考。

前 言

临床工作的特点是分秒必争，在最短的时间内做出正确的诊断，解除患者的痛苦，挽救患者的生命，因此，每名医师都应该具备一定的临床判断以及决策能力，而这种能力与对疾病的熟悉程度密切相关，这就要求医师对每种疾病都有充分的认识，对其诊断要领和治疗方法了然于胸，并能够根据实际情况作出相应判断。为了使医师能够在繁忙的临床工作中快速查阅疾病的诊疗资料，特组织各科专家编写此套《医师案头速查丛书》，分为内科系列、外科系列，妇产科、五官科、急诊科等，本套书有如下特点：

1. 从症状入手，引出相关疾病。

2. 病种全。不但包括临床上常见的各种疾病，而且鉴于近年来传染性疾病的发病增多的趋势以及临床诊疗工作的特点，收纳了各科急症疾病以及传染性疾病，将其独立成章，便于医师查阅。

3. 以西医为主，对临床上非常常见的疾病适当加入了中医治疗方法，便于医师查阅。

4. 鉴于近年来“全科医师”概念的提出以及临床诊疗工作的复杂性、多学科交叉的特点，对重要疾病相关学科的内容做了适当阐述，便于医师综合各种情况做出诊断。

5. 为了使医师能够判断疗效，在实际工作中不断

提高诊疗水平，书中加入了常见疾病的临床好转及治愈标准，便于医师判断。

本套书内容全，资料新，特点鲜明，实用性强，但实际效果如何还有待在临床工作中检验，希望广大读者不吝赐教，予以批评、指正。

编 者

目 录

第一篇 呼吸系统疾病诊断入径

第1章 临床表现	(1)
第一节 呼吸困难	(1)
第二节 咯血	(3)
第三节 胸痛	(7)
第四节 咳嗽	(14)
第五节 低氧血症	(23)
第六节 术后呼吸困难	(25)
第2章 影像异常	(31)
第一节 间质性肺病	(31)
第二节 肺部多发小结节	(38)
第三节 肺部孤立结节	(41)
第四节 肺部空洞和空腔病变	(45)
第五节 肺不张	(47)
第六节 肺门增大	(48)
第七节 纵隔增宽	(50)

第二篇 呼吸系统疾病速查

第3章 急性气管-支气管炎	(55)
第4章 慢性阻塞性肺疾病	(58)



第5章 支气管哮喘	(71)
第6章 支气管扩张症	(89)
第7章 肺炎	(96)
第一节 社区获得性肺炎	(96)
第二节 医院内获得性肺炎	(103)
第8章 肺脓肿	(109)
第9章 肺真菌感染	(111)
第一节 肺念珠菌感染	(111)
第二节 肺隐球菌病	(113)
第三节 肺曲霉菌感染	(115)
第10章 肺部寄生虫病	(120)
第一节 肺阿米巴病	(120)
第二节 肺吸虫病	(121)
第三节 肺棘球蚴病	(123)
第四节 肺钩虫病	(124)
第五节 肺部丝虫病	(125)
第六节 肺弓形虫病	(127)
第11章 肺结核	(129)
第12章 肺血栓栓塞症	(135)
第13章 肺动脉高压	(148)
第14章 慢性肺源性心脏病	(155)
第15章 气胸	(160)
第16章 胸腔积液	(164)
第17章 胸膜间皮瘤	(171)
第18章 原发性支气管肺癌	(177)
第19章 弥漫性实质性肺疾病	(196)
第一节 弥漫性实质性肺疾病概论	(196)
第二节 特发性肺纤维化	(202)



第三节 药物性肺病	(207)
第20章 呼吸衰竭	(211)
第21章 结缔组织疾病的肺部表现	(217)
第一节 类风湿关节炎	(218)
第二节 系统性红斑狼疮	(223)
第三节 多发性肌炎和皮炎	(227)
第四节 混合性结缔组织病	(231)
第五节 结节性多动脉炎	(234)
第六节 复发性多软骨炎	(236)
第七节 强直性脊柱炎	(240)
第八节 干燥综合征	(242)
第九节 贝赫切特综合征	(246)
第22章 弥漫性肺泡出血	(249)
第23章 结节病	(252)
第24章 放射性肺炎	(258)
第25章 外源性过敏性肺泡炎	(265)
第26章 韦格纳肉芽肿	(270)
第27章 肺泡蛋白质沉积症	(275)
第28章 肺朗格罕细胞组织细胞增生症	(278)
第29章 淋巴管平滑肌瘤病	(285)
第30章 纵隔疾病及膈肌疾病	(287)
第一节 纵隔炎	(288)
第二节 胸腺瘤	(292)
第三节 纵隔气肿	(293)
第四节 胸内甲状腺	(295)
第五节 膈肌麻痹	(296)
第六节 膈膨出症	(298)



第三篇 呼吸系统基本操作与检查

第 31 章	纤维支气管镜检查	(300)
第 32 章	肺功能测定	(306)
第 33 章	血气分析	(312)
第 34 章	胸腔穿刺引流术	(321)
第 35 章	胸膜活检术	(325)
第 36 章	六分钟步行试验	(329)
第 37 章	结核菌素试验	(334)
第 38 章	静脉压测定	(337)

第四篇 支持治疗

第 39 章	氧疗	(341)
第 40 章	雾化吸入治疗	(347)
第 41 章	体位引流	(352)
第 42 章	机械通气	(354)
第一节	有创机械通气	(354)
第二节	无创正压通气	(357)
第 43 章	肺康复治疗	(360)
第 44 章	戒烟治疗	(364)

第五篇 呼吸系统疾病常用药物

第 45 章	平喘药	(369)
第一节	β 受体激动药	(369)



第二节	甲基黄嘌呤类	(373)
第三节	抗胆碱能药	(374)
第四节	炎症介质阻释药及拮抗药	(376)
第五节	用于平喘治疗的复方制剂	(377)
第 46 章	镇咳祛痰药	(381)
第 47 章	抗微生物药物	(390)
第一节	青霉素类	(390)
第二节	头孢菌素类	(394)
第三节	碳青霉烯类	(401)
第四节	氨基糖苷类	(404)
第五节	大环内酯类	(406)
第六节	喹诺酮类	(409)
第七节	其他抗菌药	(412)
第八节	抗结核药	(415)
第九节	抗真菌药	(418)
第十节	抗病毒药	(422)
第 48 章	肾上腺糖皮质激素	(425)

第一篇 呼吸系统疾病诊断途径

第 1 章 临床表现

第一节 呼吸困难

呼吸困难是指在静息状态下或通常体力活动下感到呼吸费力、气不够用的一种症状。

一、分类及病因

1. 按呼吸困难的发生速度，可分为急性呼吸困难、亚急性呼吸困难和慢性呼吸困难。

(1) 急性呼吸困难：发作突然，在数分钟至数小时内发生，伴濒死感。如哮喘、急性左侧心力衰竭、急性喉头水肿、急性肺栓塞、肺不张、气胸。



第一篇 呼吸系统疾病诊断入径

(2) 亚急性呼吸困难：数天内发生，常见于慢性阻塞性肺疾病急性加重、肺炎、胸腔积液、急性间质性肺炎等。

(3) 慢性呼吸困难：数月到数年时间，主要见于慢性阻塞性肺疾病、肺间质纤维化、慢性心功能不全、贫血等。

2. 胸片正常的呼吸困难病因如下。

(1) 气道疾病：哮喘、上呼吸道阻塞、气管炎。

(2) 肺血管疾病：肺栓塞、肺动脉高压、肝肺综合征、肺动静脉畸形。

(3) 心脏病：先天性心脏病、心内分流、心律失常、心绞痛。

(4) 神经肌肉无力：膈肌麻痹、重症肌无力。

(5) 贫血。

(6) 代谢性酸中毒。

(7) 高通气综合征。

(8) 肥胖低通气综合征。

(9) 精神性：焦虑症、癔症。

3. 体位性呼吸困难是指在特殊体位下出现的呼吸困难，改变体位后呼吸困难可以缓解。主要有以下几种情况。

(1) 端坐呼吸：是在患者卧位发生的呼吸困难，坐起后缓解。主要见于急性左侧心力衰竭。

(2) 侧卧呼吸困难：在单侧胸部病变情况下，侧卧时加重通气血流比例失衡。常见于胸腔积液、气胸、大叶性肺炎。

(3) 直立呼吸困难：患者在直立位时出现低氧血症、呼吸困难，平卧可以缓解，发生于存在心内分流或肺内分流的情况下。

二、临床评估

对呼吸困难的患者首先要进行呼吸困难的评估，如是急性还是慢性，是否与体位有关，是否与活动有关，静息下是否有发作，是否反复发作等。详细询问既往史，如有无心脏、肺脏、肝脏等



慢性病病史。并要了解呼吸困难的诱因及缓解因素、持续时间、伴随症状等；且要仔细查体。然后根据疑诊疾病针对性选择辅助检查。

1. 可疑呼吸系统疾病时，应行血常规、动脉血气分析、肺功能、胸部平片或CT等检查，以便了解呼吸困难的程度及肺部病变情况；怀疑有肺血管疾病时还应行核素肺通气/灌注显像、超声心动图等检查，以了解肺通气和灌注情况以及肺动脉压。

2. 可疑心脏病时，应行胸片、心电图、超声心动图、核素心肌显像等检查，必要时行心导管、冠脉造影等检查。

3. 对不能解释的呼吸困难患者，应根据病史和发病特点行必要的筛查，包括血常规、胸片、心电图、动脉血气分析、肺弥散功能测定等。

(刘春萍)

第二节 咯 血

咯血是指咽喉以下呼吸道出血，经口腔咯出的情况。出血部位多局限于支气管和肺，根据出血量的多少分： $<100\text{ml}/24\text{h}$ 为小量咯血， $100\sim500\text{ml}/24\text{h}$ 为中量咯血， $>500\text{ml}/24\text{h}$ 或一次咯血 $>300\text{ml}$ 为大量咯血。

一、病 因

咯血病灶多发生于支气管循环，肺循环出血较少见，除非有外伤、肉芽肿侵蚀、钙化淋巴结或肿瘤损害大的肺血管；带气囊肺动脉导管所致的肺动脉破裂可引起严重的甚至致命的肺出血。肺静脉出血量一般小，其发生主要与各种原因尤其是左侧心力衰竭导致的肺静脉高压有关。临床常见咯血部位和原因见表1-1。



表 1-1 咯血部位及常见原因

疾病部位	疾病名称
肺源性疾病	肺结核、肺炎、肺脓肿、肺真菌病、肺寄生虫病、肺尘埃沉着病、硅沉着病、肺囊肿、肺部恶性肿瘤、肺部转移癌
支气管疾病	慢性支气管炎、支气管扩张、支气管内膜结核、支气管癌、支气管异物、支气管外伤等
心、肺血管疾病	肺淤血（慢性心功能不全、二尖瓣狭窄）、肺动静脉瘘、单侧肺动脉发育不全、肺出血-肾炎综合征、肺动脉高压、肺栓塞
全身性疾病和其他原因	急性传染病（流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病）、血液病（血小板减少性疾病、白血病等）、结缔组织病或血管炎（白塞病、系统性红斑狼疮、显微镜下血管炎等）、其他（子宫内膜异位症等）

1. 炎症

（1）占咯血原因的 80%~90%，急性或慢性支气管炎是最常见的咯血原因，由支气管炎以及支气管扩张引起的咯血约占所有咯血病例的 50%。

（2）肺结核、肺部细菌感染、真菌感染也是引起咯血的常见原因。

（3）慢性支气管炎咯血一般为小量或痰中带血，数日内可自愈。

（4）肺结核咯血多见于青壮年，咯血可以是痰中带血，也可大咯血，后者多见于浸润型肺结核和慢性空洞型肺结核。

（5）肺脓肿患者约 50%存在咯血，常伴大量脓痰或脓血痰；陈旧支气管扩张的囊腔、已愈合的空洞或囊性病灶的新近感染均可引起出血，其程度可以从缓慢渗血到症状明显的出血。

（6）由曲霉菌属引起的空腔感染（足分支菌病、真菌球）也可导致大咯血。



2. 恶性肿瘤 约占咯血病例的 20%，中年男性吸烟者咯血或痰中带血，应高度怀疑支气管肺癌的可能。

3. 肺血管疾病

(1) 急性肺梗死可引起咯血，量不多，开始为鲜红色，几日后转变为暗红色，常伴胸痛、呼吸困难。

(2) 严重二尖瓣狭窄可导致左侧心力衰竭、肺淤血，可出现小量咯血或咯粉红色泡沫痰。

(3) 原发性支气管腺瘤和动静脉畸形虽罕见，但可引起严重出血。

4. 其他

(1) 血管炎/肺泡出血综合征，如系统性红斑狼疮、韦格纳肉芽肿、显微镜下多血管炎等。

(2) 抗凝治疗过度。

(3) 子宫内膜异位症等。

二、实验室检查

1. 血常规和出凝血时间有助于感染性疾病、血液系统疾病及出血性疾病的诊断。

2. 痰标本的检查有助于发现结核菌、真菌和癌细胞等；红细胞沉降率、PPD 试验等有助于除外结核病。

3. 胸片是最重要的检查手段，提供咯血的部位和病因线索。对每个咯血患者都应行该检查，以了解肺内病变的部位和范围。但一些重要的咯血原因如支气管内膜腺瘤、支气管扩张其胸片表现可以不明显。

4. 胸部 CT 检查能发现普通胸片难以发现的细小或隐性病灶，对鉴别诊断很有帮助，还可在 CT 引导下进行经皮穿刺活检。高分辨 CT 在诊断因支气管扩张和肺动静脉畸形引起的咯血中很有价值。肺血管造影能清晰地显示肺血管结构，可作为诊断肺血管疾病的金标准。



第一篇 呼吸系统疾病诊断入径

5. 纤维支气管镜是快速诊断咯血原因和部位的主要手段，可清楚观察支气管分支，直视大气道中出血部位，当发现出血由段支气管涌出时即可确定出血的部位就在周边，还可直接观察气管、支气管黏膜的病变，并可取标本做病原体和病理组织活检。对原因未明的咯血患者，应尽早考虑纤维支气管镜检查。

6. 上述检查仍不能明确咯血病因，可考虑进行 CT 肺动脉造影（CTPA）/肺通气灌注扫描、超声心动图和右心导管等检查排除肺栓塞、先天性心脏病、其他心血管疾病和肺动脉高压引起的咯血。

三、诊断入径

对咯血的患者，首先应除外口腔、鼻、咽部的出血以及呕血；仔细询问病史并进行查体，并行必要的辅助检查，以明确诊断。如幼年曾患麻疹或百日咳病史并长期反复咳嗽、咳脓痰者应考虑支气管扩张；咯血与月经有关应考虑子宫内膜异位症及替代月经；中年大量吸烟者应考虑支气管肺癌；突然出现的胸痛、呼吸困难伴咯血的患者应考虑肺栓塞的可能等。对大咯血患者应先行止血治疗，然后查明咯血原因。

四、治 疗

1. 防止窒息

（1）气道内出血最严重的并发症是窒息死亡，通常当气道无效腔内积血超过 150ml 时就会危及生命。

（2）最有效的方法是鼓励患者咳嗽，必要时用温水蒸气或雾化吸入有助于排痰。

（3）出血速度较快的，应行体位引流，引流时采用出血一侧（如知道）位于身体高位的姿势；支气管扩张症的出血通常伴有感染，应在体位引流的基础上采取适当的抗生素抗感染治疗。

（4）发生支气管被血块阻塞、肺不张或进行性过度充气