



实用危重病学

主编 徐军 等

天津科学技术出版社

实用危重病学

主编 徐 军 马义宾 牟建国 李润智
孔晓红 李彩霞 宋国绪

根据病史、临床表现及局部穿刺抽出脓液即可确定诊断。

四、治疗

全身应用抗生素控制感染。同时加强全身支持疗法，给予高热量、易消化食物，必要时小量输血，提高机体抗病能力。当脓肿形成，穿刺抽出脓液，可切开引流，减轻中毒症状。

图注在版编目(CIP)数据

实用危重病学 / 徐军等主编. — 天津: 天津科学技术出版社, 2008.2

ISBN 978-7-2308-4283-7

1. 实… II. 徐… III. 急救—诊疗 IV. R445.9

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第068852号

责任编辑: 孙永红

责任印制: 王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人: 蔡宗培

天津市河东区 32 号 邮编 300021

电话 (022) 53332393 (发行部) 53332395 (市场部) 52512680 (编辑部)

网址: www.tjkjbs.com.cn

新华书店经销

天津泰三印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 37.2 字数 870 000

2008 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

天津科学技术出版社

定价: 48.00 元

主 编 徐 军 马义宾 牟建国 李润智 孔晓红
李彩霞 宋国绪

副主编 (以姓氏笔画为序)

于素芹	王慧林	王新云	王 卿	刘秀广
刘 伟	李 婷	李恒东	李晓红	李敬东
吴佰超	张 辉	张守文	张志友	赵传国
杨维军	杨志惠	姜其学	高中红	郭砚梅
曹世民	董海霞	程丹富	韩书玲	魏绍莲

编 委 (以姓氏笔画为序)

马义宾	于素芹	孔晓红	王慧林	王新云
王 芳	王 卿	王卫国	王延生	王 宏
孙培星	寻克娟	牟建国	刘秀广	刘 伟
李景华	李润智	李彩霞	李 兵	李 婷
李晓红	李恒东	李敬东	宋国绪	吴佰超
张 辉	张守文	张志友	赵传国	杨维军
杨志惠	林家峰	姜其学	徐 冬	徐 军
高中红	郭砚梅	黄 勇	曹世民	董海霞
程丹富	韩书玲	魏绍莲		

前 言

危重病医学是现代医学的一门新兴学科。随着医学理论的发展和科技水平的提高,危重病医学得到了蓬勃的发展。为了适应危重病医学发展的水平和社会的需要,使临床医务工作者熟练掌握急救知识和技能,并在紧急情况下对患者实施及时准确的救治和监护,我们组织了部分有临床实践经验的专家及学者,在广泛参阅国内外大量最新资料基础上,结合自身多年来的临床经验,编写了这部《实用危重病学》。

全书共分14章,内容包括临床各学科危重病症的诊断和治疗进展,还突出介绍了近年来一些新的医学检查诊断技术和临床用药。其内容既有现代危重病学研究的深度和广度,又有实际临床应用的价值,既有前人研究的成果和总结,又有作者自己的学术创见。

本书是全体编者辛勤劳动的结晶。由于每位编者的专业特点、撰写风格不尽一致,同时由于我们的经验有限,书中难免会有缺点和纰漏,衷心地希望同道对书中不妥之处给予批评指正。

徐 军

2008年1月于青州市人民医院

主编简介



徐军,男,45岁,副主任医师。1988年7月毕业于潍坊医学院。现任青州市人民医院涉外病房主任。曾任青州市人民医院急诊科主任、心血管内科副主任。中华医学协会会员,潍坊市中医药学会心血管病专业委员会委员。曾多次获青州市先进工作者、青州市优秀带教老师、潍坊市十佳青年医务工作者、潍坊市廉政建设先进个人等荣誉称号。

毕业后长期从事内科疾病的教学、临床及科研工作。尤其对心血管疾病、内科危重症有深入的研究。1995年在北京解放军总医院进修心血管内科,2000年在北京阜外医院进修冠心病介入治疗,1991年在市人民医院率先开展了危重症病人加强监护治疗,2002年在潍坊市率先开展了切割球囊治疗冠状动脉支架内再狭窄。迄今在《中国危重病杂志》、《中国介入心脏病学杂志》等国内刊物发表医学论文20余篇。主编《心脑血管疾病诊断与治疗》一书,参编《冠心病中西医结合治疗学》一书。三项科研获青州市科学进步奖。目前正在承担潍坊市卫生局科技项目《青州市城区中青年人群代谢综合征调查研究》工作。

目 录

第一章 呼吸系统疾病	1
第一节 重症肺炎	1
第二节 重症支气管哮喘	8
第三节 大咯血	15
第四节 肺性脑病	20
第五节 急性肺栓塞	22
第六节 急性肺水肿	28
第七节 气胸	32
第八节 急性呼吸衰竭	36
第九节 急性呼吸窘迫综合征	38
第二章 循环系统疾病	45
第一节 急性心力衰竭	45
第二节 慢性心力衰竭	49
第三节 难治性心力衰竭	61
第四节 重症心律失常	66
第五节 心脏骤停与心脏性猝死	77
第六节 不稳定型心绞痛	86
第七节 急性心肌梗死	89
第八节 高血压急症	101
第九节 急性感染性心内膜炎	104
第十节 慢性肺源性心脏病	113
第十一节 原发性肺动脉高压	120
第十二节 急性心脏压塞	123
第十三节 主动脉夹层	125
第三章 消化系统疾病	131
第一节 急性上消化道出血	131
第二节 肝性脑病	138
第三节 急性肝功能衰竭	143
第四节 急性出血坏死性肠炎	149
第五节 急性胰腺炎	151
第四章 泌尿系统疾病	161
第一节 急性肾小球肾炎	161

第二节	急性肾功能衰竭	163
第三节	慢性肾功能衰竭	171
第五章	血液系统疾病	178
第一节	重度贫血	178
第二节	急性粒细胞缺乏症	179
第三节	急性再生障碍性贫血	182
第四节	急性原发性血小板减少性紫癜	185
第五节	溶血性贫血	190
第六节	急性白血病	203
第七节	血友病	210
第八节	弥散性血管内凝血	213
第六章	内分泌与代谢系统疾病	220
第一节	低血糖危象	220
第二节	糖尿病酮症酸中毒	222
第三节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	226
第四节	甲状腺危象	228
第五节	甲状腺功能亢进症	231
第六节	垂体前叶功能减退危象	235
第七节	黏液水肿昏迷	237
第八节	嗜铬细胞瘤	239
第七章	风湿病和结缔组织疾病	244
第一节	类风湿性关节炎	244
第二节	骨关节炎	251
第三节	系统性红斑狼疮	253
第八章	神经系统疾病	259
第一节	脑出血	259
第二节	癫痫	265
第三节	重症肌无力及危象	276
第四节	周期性麻痹	279
第五节	昏迷	281
第九章	传染性疾病	286
第一节	中毒性菌痢	286
第二节	流行性脑脊髓膜炎	288
第三节	霍乱	292
第四节	伤寒	295
第十章	肿瘤疾病	301
第一节	鼻咽癌	301
第二节	食管癌	318

第三节	乳腺癌	324
第四节	胰腺癌	333
第十一章	皮肤科疾病	341
第一节	新生儿脓疱病	341
第二节	脓疱疮	342
第三节	丹毒	344
第四节	带状疱疹	345
第五节	接触性皮炎	349
第六节	药疹	351
第七节	植物日光性皮炎	356
第八节	急性日光性皮炎	357
第九节	急性荨麻疹	358
第十节	多形性红斑	364
第十一节	隐翅虫皮炎	366
第十二节	桑毛虫皮炎	367
第十三节	松毛虫皮炎	368
第十四节	海蜇皮炎	369
第十五节	蝎蜇伤	369
第十六节	蜈蚣咬伤	371
第十七节	蜂蜇伤	372
第十八节	水蛭咬伤	373
第十九节	淋病	373
第二十节	梅毒	379
第二十一节	艾滋病	385
第二十二节	天疱疮	392
第二十三节	类天疱疮	396
第二十四节	疱疹样皮炎	398
第二十五节	恶性黑色素瘤	399
第十二章	妇产科疾病	402
第一节	异位妊娠	402
第二节	流产	410
第三节	子痫	414
第四节	前置胎盘	417
第五节	胎盘早剥	420
第六节	胎儿窘迫	423
第七节	子宫破裂	428
第八节	脐带异常	430
第九节	新生儿异常	432

第十节 产后出血	441
第十一节 羊水栓塞	445
第十二节 产褥感染	450
第十三节 晚期产后出血	455
第十四节 产褥中暑	459
第十五节 子宫颈癌	461
第十三章 外科疾病	474
第一节 器官功能障碍综合征	474
第二节 胸部损伤	481
第三节 食管破裂与穿孔	491
第四节 急性心包疾病	492
第五节 急性脓胸	496
第六节 气管、支气管化学性腐蚀伤	498
第七节 气管、支气管异物	499
第八节 挤压综合征	501
第九节 大血管损伤	504
第十节 开放性骨折	506
第十一节 骨盆骨折	508
第十二节 创伤性休克	511
第十三节 脂肪栓塞综合征	513
第十四节 骨筋膜间室综合征	515
第十五节 急性化脓性骨髓炎	517
第十四章 五官科疾病	521
第一节 急性虹膜睫状体炎	521
第二节 急性化脓性葡萄膜炎	524
第三节 急性闭角性青光眼	526
第四节 视网膜脱离	530
第五节 急性视神经乳头炎	531
第六节 视网膜中央静脉阻塞	532
第七节 视网膜中央动脉阻塞	533
第八节 眼球穿通伤	534
第九节 眼球内异物	536
第十节 交感性眼炎	537
第十一节 化学性眼烧伤	538
第十二节 视神经损伤	540
第十三节 动眼神经损伤	545
第十四节 滑车神经损伤	549
第十五节 喉阻塞	550

第十六节 小儿急性喉炎..... 552

第十七节 食管腐蚀伤..... 554

第十八节 食管异物..... 556

第十九节 龋病..... 559

第二十节 牙髓病..... 565

第二十一节 根尖周病..... 572

第二十二 急性坏死性溃疡性龈炎..... 574

第二十三节 坏疽性口炎..... 576

第二十四节 药物过敏性口炎..... 576

第二十五节 过敏性接触性口炎..... 578

第二十六节 智齿冠周炎..... 579

第二十七节 口腔颌面部间隙感染..... 580

第二十八节 颌骨骨髓炎..... 582

第二十九节 婴幼儿化脓性淋巴结炎..... 584

第一章 呼吸系统疾病

第一节 重症肺炎

肺炎(pneumonia)是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症。是严重危害人民健康的呼吸系统常见病,在我国发病率及病死率高,尤其是老年人或免疫功能低下者,在各种致死病因中已居第5位。近年来尽管已经应用强力抗生素和有效疫苗,总的病死率仍未降低,甚至有所上升。肺炎可由多种病原体引起,如细菌、军团菌、支原体、衣原体、病毒、真菌、立克次体、弓形虫、原虫、寄生虫等,其他如放射线、化学物质、过敏因素亦能引起肺炎。

肺炎可按解剖、病因或患病环境分类。临床以后两种分类多见。采用病因分类,可通过各种实验方法明确感染的病原体,有助于针对性治疗,但由于细菌学检查阳性率低,培养结果滞后,临床应用较为困难,按患病环境分类更有利于指导经验性治疗。

按病因学分类,可分为细菌性、病毒性、支原体性、立克次体性、真菌性、化学性、放射性和过敏性肺炎;按病情程度可分为轻型、普通型、中毒型和休克型。目前细菌性肺炎出现一些新特点,由于病原谱的变迁和细菌耐药菌株的频繁出现,“难治性”肺炎的比例明显增加,促使病情加重,治疗困难甚至死亡的原因主要有:①感染同时并发败血症、脓胸、心包炎、脑膜炎、呼吸窘迫综合征;②近年来,由于抗生素的广泛应用,肺炎的病原菌发生了很大变化,过去95%以上由肺炎双球菌引起,目前虽肺炎双球菌仍是重要病菌,但由其他细菌引起肺炎的比例在逐步增加,如金葡菌、肺炎杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、流感杆菌、变形杆菌、军团菌及一些厌氧菌等。肺炎的临床表现变化大,不少病人被误诊为流行性感冒,而典型的由肺炎球菌引起的大叶性肺炎现已少见。

对肺炎患者进行病情程度的评估可以决定治疗措施和判断预后。判断的基本因素包括局部炎症程度、肺部炎症的播散和全身炎症反应程度,入住ICU的重症肺炎病死率可达40%。我国制定的重症肺炎标准是:①意识障碍;②呼吸频率 >30 次/分;③ $\text{PaO}_2 < 8.0\text{kPa}$ (60mmHg), $\text{PaO}_2/\text{PiO}_2 < 300$,需行机械通气治疗;④血压 $< 12.0/8.0\text{kPa}$ ($90/60\text{mmHg}$);⑤胸片显示双侧或多肺叶受累,或入院48h病变扩大 $\geq 50\%$;⑥少尿,尿量 $< 20\text{ml/h}$,或 $< 80\text{ml/4h}$,或急性肾功能衰竭需透析治疗。

一、病因和发病机制

正常的呼吸道防御机制使气管隆凸以下的呼吸道保持无菌。是否发生肺炎决定于两个因素:病原体和宿主因素。如果病原体数量多,毒力强和(或)宿主呼吸道局部和全身免疫防御系统损害,即可发生肺炎。病原体可通过下列途径引起社区获得性肺炎:①空气吸入;②血流播散;③邻近感染部位蔓延;④上呼吸道定植菌的误吸。医院获得性肺炎还可通过误吸胃肠道的定植菌(胃食管反流)和通过人工气道吸入环境中的致病菌引起。

病原体直接抵达下呼吸道,孳生繁殖,引起肺泡毛细血和充血、水肿,肺泡内纤维蛋白渗出及细胞浸润。除了金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌和肺炎克雷伯杆菌等可引起肺组织的坏死性病变形成空洞外,肺炎治愈后多不遗留瘢痕,肺的结构与功能均可恢复。

二、分类

(一)病因分类 即根据引起肺炎的病原菌种类的不同进行分类,具体如下。

1. 细菌性肺炎

(1)需氧革兰染色阳性球菌,如肺炎链球菌、甲型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌等。

(2)需氧革兰染色阴性菌,如肺炎克雷伯杆菌、流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌、埃希大肠杆菌等。

(3)厌氧杆菌,如梭形杆菌、棒状杆菌等。

2. 病毒性肺炎 如腺病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒、麻疹病毒等。

3. 支原体肺炎 由肺炎支原体引起。

4. 真菌性肺炎 如白色念珠菌、放线菌、曲菌等。

5. 其他病原体所致肺炎 如立克次体、衣原体、弓形虫、原虫、寄生虫、卡氏肺孢子虫、嗜肺军团杆菌等。

6. 过敏性肺炎 是某些变应原,如发霉的稻草、饲料、谷物、鸟类等引起的变态反应或异常免疫反应。

7. 化学性肺炎 由毒气、烟雾吸入所致的肺炎。

8. 放射性肺炎 接受放射线的治疗,可发生广泛肺纤维化。

在上述众多病因中,细菌性肺炎最为常见,约占所有肺炎的80%。其中以肺炎球菌肺炎最为多见,特别是在院外感染的患者中更是如此,近年来革兰阴性杆菌如肺炎克雷伯杆菌、流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌等所致肺炎的比例也逐渐升高,以院内感染的患者多见,军团菌引起的肺炎也较以往增多。在非细菌感染中,病毒性、支原体肺炎很常见,后者约占所有成人肺炎的20%,在密集人群中可高达50%。近年来肺真菌病发病率亦逐渐上升,如白色念珠菌、曲菌等。

(二)解剖分类

1. 大叶性(肺泡性)肺炎 病原菌先在肺泡引起炎变,经肺泡间孔(Cohn孔)向其他肺泡扩延,致使肺段的一部分或整个肺段、肺叶发生炎变。典型者表现为肺实质炎变,通常并不累及支气管。致病菌多为肺炎球菌,但葡萄球菌、结核菌及部分革兰染色阴性杆菌亦可能引起肺段或肺叶的整个炎症。由金黄色葡萄球菌或肺炎克雷伯杆菌所致肺炎常呈坏死性改变,且易形成空洞。

2. 小叶性(支气管性)肺炎 病原体经支气管入侵,引起细支气管、终末细支气管及肺泡的炎症,多继发于其他疾病,如支气管炎、支气管扩张、上呼吸道感染,以及长期卧床的危重患者。其病原体有肺炎球菌、葡萄球菌、腺病毒、流感病毒以及肺炎支原体等。支气管腔内有分泌物,故常可闻及湿啰音,无实变的体征与X线征象。因下叶常受累,X线显示为沿肺纹理分布的不规则斑片状阴影,边缘密度浅而模糊。

3. 间质性肺炎 由于肺实质和肺间质在解剖和功能上的区分,不如其他器官清楚,

肺炎也常包括肺间质的炎症。

为了更有利于治疗,现多按病因分类,主要有感染性和理化因素以及变态反应性。临床所见绝大多数为细菌、病毒、衣原体、支原体、真菌等引起的感染性肺炎。其中以细菌最为常见。感染性肺炎按获得方式又可分为以下两大类:

社区获得性肺炎(community acquired pneumonia, CAP) 指在社会环境中发生的肺炎,致病菌以肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌(3% ~ 12%)、嗜肺军团菌、衣原体、支原体和病毒。

医院获得性肺炎(hospital acquired pneumonia, HAP)指入院时不存在肺炎也不处于潜伏期而是住院后发生的肺炎,革兰阴性杆菌占50% ~ 80%,主要为肺炎杆菌、大肠埃希菌、铜绿假单胞菌及其他假单胞菌属、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、卡氏肺孢子虫和真菌(0 ~ 5%)等常见。

三、临床表现和诊断

(一)肺炎双球菌肺炎

1. 病史 患者常有淋雨、受凉或呕吐物误吸等病史。起病突然,出现寒战、高热、咳嗽、胸痛、咯铁锈色痰、呼吸困难等。

2. 临床表现

(1)全身症状:常急骤起病,寒战高热、体温达39℃ ~ 40℃,多呈稽留热;伴周身酸痛,疲乏无力;食欲锐减或腹胀恶心,少数出现黄疸,右下肺炎有时腹痛剧烈易误为急性胆囊炎;神经系统可有萎靡、烦躁、谵妄、昏迷和脑膜刺激征等表现。上述症状大多与毒血症或菌血症有关。

(2)呼吸系统症状

1)咳嗽、咳痰:初期为刺激性干咳,继而咳出白色黏液痰或带血丝痰,经1 ~ 2日后,可咳出黏液血性痰或铁锈色痰,也可出现脓性痰,进入消散期痰量增多,痰黄而稀薄。

2)胸痛:发生于病变侧,由于炎症波及胸膜所致。胸痛多剧烈常为针刺样,随咳嗽、呼吸而加剧。如病变位于下叶,因累及膈、胸膜可出现下胸部痛及上腹痛,而似急腹症。

3)呼吸困难:由于肺实变通气不足,胸痛以及毒血症而引起呼吸困难,呼吸快而浅。病情严重时影响气体交换,使动脉血氧饱和度下降可出现紫绀。

(3)其他症状:部分患者可有明显消化道症状,如恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻。

(4)体征:呈急性病容。面色潮红或轻度紫绀,部分病人口周围发生单纯疱疹,极少数引起败血症者可有肝大、黄疸,皮肤黏膜有出血点。

肺部体征:早期体征不明显,可呈呼吸运动减弱、呼吸音减弱,或有少量湿啰音或捻发音;肺实变期呼吸运动受限,语颤增强,叩之有浊音,听诊主要为病理性支气管呼吸音或湿啰音;消散期可听到较多的湿啰音。病变累及胸膜时,触诊可有摩擦感,听诊可有胸膜摩擦音。

3. 并发症 常见并发症有以下几种:

(1)末梢循环衰竭:又称感染性休克或中毒性肺炎或休克型肺炎。老年患者或原有心肺疾病者多见,青壮年亦可发生。患者常在24小时内血压骤降,烦躁不安、面色苍白、四肢厥冷、出冷汗、神志模糊或昏迷、少尿或无尿、心率快而心音微弱,如不及时抢救可危

及生命。

(2)胸膜炎:少数肺炎可有无菌性浆液纤维蛋白性胸膜炎、胸腔积液量不多。胸液可自行吸收,胸液量多则气急加剧,伴胸腔积液体征,应作胸腔穿刺抽液和胸水常规以及细菌检查,发展成脓胸甚少见。

(3)心肌炎:已不多见,可见于严重毒血症患者,出现心脏扩大、心率过速、心音弱和奔马律,肺炎控制后可恢复。

(4)心包炎:较罕见。心前区疼痛、心包摩擦音、心浊音区扩大、心音遥远。X线或超声波检查有助于诊断。

(5)延迟消散或机化性肺炎:较多见于治疗反应差的老年人。临床可无特殊发现,仅胸部可有轻度浊音、呼吸音减低或湿性啰音和X线表现。

4. 实验室及其他检查

(1)实验室检查:血白细胞计数可达 $(10 \sim 20) \times 10^9/L$,中性粒细胞多在80%以上,并有核左移,细胞内可见中毒颗粒。年老体弱、酗酒、免疫功能低下者白细胞计数可不增高,但中性粒细胞的百分比仍高。痰直接涂片作革兰染色及荚膜染色镜检,如发现典型的革兰染色阳性、带荚膜的双球菌或链球菌,即可初步做出病原诊断。痰培养24~48小时可以确定病原体。聚合酶链反应(PCR)及荧光标记抗体检测可提高病原学诊断率。痰标本送检应注意器皿洁净无菌,在抗生素应用之前漱口后采集,应取深部咳出的脓性或铁锈色痰。约10%~20%患者合并菌血症,重症感染者应做血培养。如合并胸腔积液,应积极抽取积液进行细胞培养。

(2)X线检查:早期肺部仅见肺纹理增多的充血征象或局限于一肺段的淡薄、均匀阴影;X线肺部炎症在数日后开始消散,一般3周后完全消散。少数病例演变为机化性肺炎,X线表现病灶外界不整齐,内容不均匀致密阴影,可伴有胸膜增厚。

5. 诊断 根据典型症状与体征,结合胸部X线检查,易做出初步诊断。年老体弱、继发于其他疾病、或呈灶性肺炎改变者,临床表现常不典型,需认真加以鉴别。病原菌检测是确诊本病的主要依据。

6. 鉴别诊断

(1)肺脓肿:多为厌氧菌感染的肺化脓性炎症。起病急骤,全身中毒症状重,有寒战高热,呈弛张热,咳嗽初始较轻,有少量黏痰,约1周后脓肿向支气管破溃,因而咳嗽加重,咳出大量恶臭脓痰,痰中带血或咯血,待大量脓痰咳出后,全身中毒症状可减轻。痰培养加药物敏感试验可检出革兰阴性杆菌及厌氧菌。早期X线检查表现与肺炎者相似,脓肿破溃后X线检查显示出脓腔和液平面。

(2)肺炎支原体肺炎:由肺炎支原体引起。起病缓慢,约1/3病例无症状,或有低热、咳嗽、乏力等。体征不明显,X线检查可见斑点状或片状均匀模糊阴影,可在2~3周内消散。实验室检查,白细胞正常或减少,有轻度淋巴细胞增多,鼻、咽拭子或痰可培养出支原体。红细胞凝集试验呈阳性。

(3)金黄色葡萄球菌肺炎:常伴有败血症,临床表现凶险。血、痰培养可分离出金黄色葡萄球菌。X线检查可见两肺有多处炎性阴影,阴影中有透亮区。

(4)肺结核:肺段性肺炎易与急性结核性肺炎(干酪性肺炎)相混淆,但结核性肺炎可

先有慢性中毒症状如低热、乏力、盗汗等,胸部 X 线示肺实变区内常有透亮区或沿支气管播散的病灶,痰液中找到结核杆菌可以确诊。

(5) 支气管肺癌:肺癌引起的阻塞性肺炎常呈叶、段分布,但患者年龄较大,没有或仅有轻度的中毒症状,常有刺激性咳嗽或反复少量咯血,经抗生素治疗后炎症消散较慢,且肿瘤更为明显,X 线体层摄片,痰脱落细胞和纤维支气管镜检查可确定诊断。

(6) 肺梗死:症状与肺炎链球菌肺炎相似,但肺梗死多发生于心瓣膜病或血栓静脉炎患者。因此通过病史和突发剧烈胸痛、咯血和中等度发热和血白细胞增多,不难鉴别。

(7) 腹部疾病:有消化道症状或下叶肺炎引起腹痛时应注意与急性胆囊炎、膈下脓肿、急性阑尾炎等相鉴别。

(二) 金黄色葡萄球菌肺炎

1. 病史 多发生于婴幼儿和年老体弱者、尿毒症、糖尿病、恶性肿瘤以及长期使用肾上腺皮质激素、抗癌药物和免疫抑制者。有上呼吸道感染、皮肤疖、痈、骨髓炎或伤口感染等诱因。

2. 临床表现 起病急骤,有畏寒、高热、咳嗽、胸痛、进行性呼吸困难等症状,病情重,常有早期末梢循环衰竭、休克。初始痰为黏液性,逐渐出现脓痰,带血,痰量多,常伴有气胸和脓胸的发生。血源性肺炎起病缓慢,中毒症状明显,约半数患者出现皮疹,吐痰较少。

早期体征不明显,与严重的中毒症状和呼吸道症状不相称。当有大片支气管肺炎或脓肿形成时可听到湿啰音,但很少发现肺实变体征。

3. 实验室及其他检查

(1) 血常规:白细胞计数升高,可达 $50 \times 10^9/L$,中性粒细胞显著增加,可见中毒颗粒及核左移现象。血沉增快。

(2) 痰涂片及培养:可找到金葡菌。凝固酶试验阳性。

(3) 血培养:原发性者阳性率不高,继发性者有 5% 呈阳性。

(4) X 线检查:呈多发性小叶性浸润片状模糊阴影,病灶内可有空洞形成,洞内可有液平面呈蜂窝状改变,或大疱形成。可有脓胸或气胸或脓气胸。

4. 诊断和鉴别诊断

(1) 诊断标准

1) 常发生于有葡萄球菌皮肤感染(如脓疱、小疖肿、睑缘炎等)及上呼吸道感染之后,亦可并发于金黄色葡萄球菌败血症或长期应用广谱抗生素之后。

2) 发热不规则,多为弛张热,除肺部体征外,全身中毒症状严重,精神萎靡,烦躁,少数可出现中毒性休克。部分患儿可出现猩红热或麻疹样皮疹。

3) 除肺炎体征外,常并发脓胸、脓气胸,伴有相应的体征。

4) 血白细胞及中性粒细胞计数皆明显增多,并可见中毒颗粒。病情严重白细胞计数可减少,但中性粒细胞仍高。痰、胸水和血培养可有葡萄球菌生长。

5) 胸部 X 线检查 可见表现不一,呈片状浸润或蜂窝状改变,可并发肺大疱、肺脓肿、化脓性胸膜炎、气胸、脓气胸等。

(2) 鉴别诊断:本症临床表现与肺炎链球菌肺炎有相似之处。但本症多发生于儿童和年老体弱者,病情往往严重,咳出多量黄脓性痰,胸部 X 线片示肺部炎症迅速发展成脓

肿和肺气囊等特殊征象,痰或血培养发现致病菌都可与肺炎链球菌肺炎相鉴别。

(三) 革兰阴性杆菌肺炎

1. 病史 多见于嗜酒、糖尿病、老年、全身衰竭及原患慢性支气管-肺病的患者。
2. 临床表现 发病急剧,恶寒、高热、咳嗽、胸痛,痰呈黄绿色脓性极黏稠难以咯出,典型者为红棕色黏稠胶冻状痰,量多不臭,少数患者咯铁锈色痰,甚至咯血。可伴有气急紫绀、谵妄,甚至衰竭,或有恶心、呕吐、腹胀、腹泻等症状。少数患者早期即发生虚脱。胸部有肺实变体征和少量湿性啰音。

3. 实验室及其他检查

(1) 血液检查:白细胞总数可达 $(25 \sim 30) \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比增高,部分病例白细胞计数正常或低于 $4.0 \times 10^9/L$,提示预后不良。发病初期未经抗生素治疗时血培养可阳性。

(2) 痰液检查:涂片可见多形的革兰阴性杆菌。痰培养阳性、继发性肺炎常有混合感染,故痰培养除可获得克雷伯杆菌生长外,尚可发现其他革兰阴性杆菌及阳性球菌,此时应注意区别引起发病和使病情加重的主要致病菌。

(3) X线检查:原发吸入性病灶以右上叶后段多见,其次为下叶背段。表现为大片致密阴影,内有不规则多发性空洞,叶间隙下坠,有时伴少量胸液。少数可呈两下肺散在片状阴影。

4. 诊断和鉴别诊断

(1) 诊断标准

- 1) 本病好发于原有慢性肺病、肝病、肾病、糖尿病和手术后病人,年老体弱者多见。
- 2) 起病一般较急,有发热、咳嗽、咳痰和气促等症状,咳出类砖红色黏稠胶冻样痰有特征性,但不是每一病人都有特征痰液。肺部体征可有实音或听到湿性啰音。
- 3) 血中白细胞计数大多在正常范围,也有白细胞数增高或减少者。
- 4) X线肺部表现不一致,可以是大片炎症,也有支气管肺炎样改变。
- 5) 支气管分泌物多次培养到肺炎杆菌。

判定:具备第1)~4)项即可诊断,兼有第5)项即可确诊。

(2) 鉴别诊断 本病需与干酪性肺炎、葡萄球菌肺炎及其他病原菌引起的肺炎相鉴别。

四、治疗

(一) 抗生素治疗 应尽早应用抗生素,首选青霉素类药物,以后根据细菌培养结果选用对致病菌敏感的抗生素。重症病人还可选用头孢菌素类,如头孢唑啉钠、头孢羟唑、先锋美他醇、先锋必、头孢噻肟钠等。对青霉素过敏者可选用红霉素或林可霉素。

1. 肺炎双球菌肺炎 首选青霉素G,青霉素过敏者可选用红霉素或林可霉素,对青霉素耐药者可用头孢噻吩或头孢唑啉。

2. 溶血性链球菌肺炎 青霉素G仍为首选,对青霉素过敏者可选用红霉素、林可霉素。此种肺炎好发于儿童,易并发脓胸,此时必须予以引流。

3. 金黄色葡萄球菌肺炎 治疗首选苯唑青霉素(新青Ⅱ),耐新青Ⅱ者可用万古霉素、头孢噻吩、头孢唑啉、头孢曲松及氟喹诺酮类,如环丙沙星、氧氟沙星等。