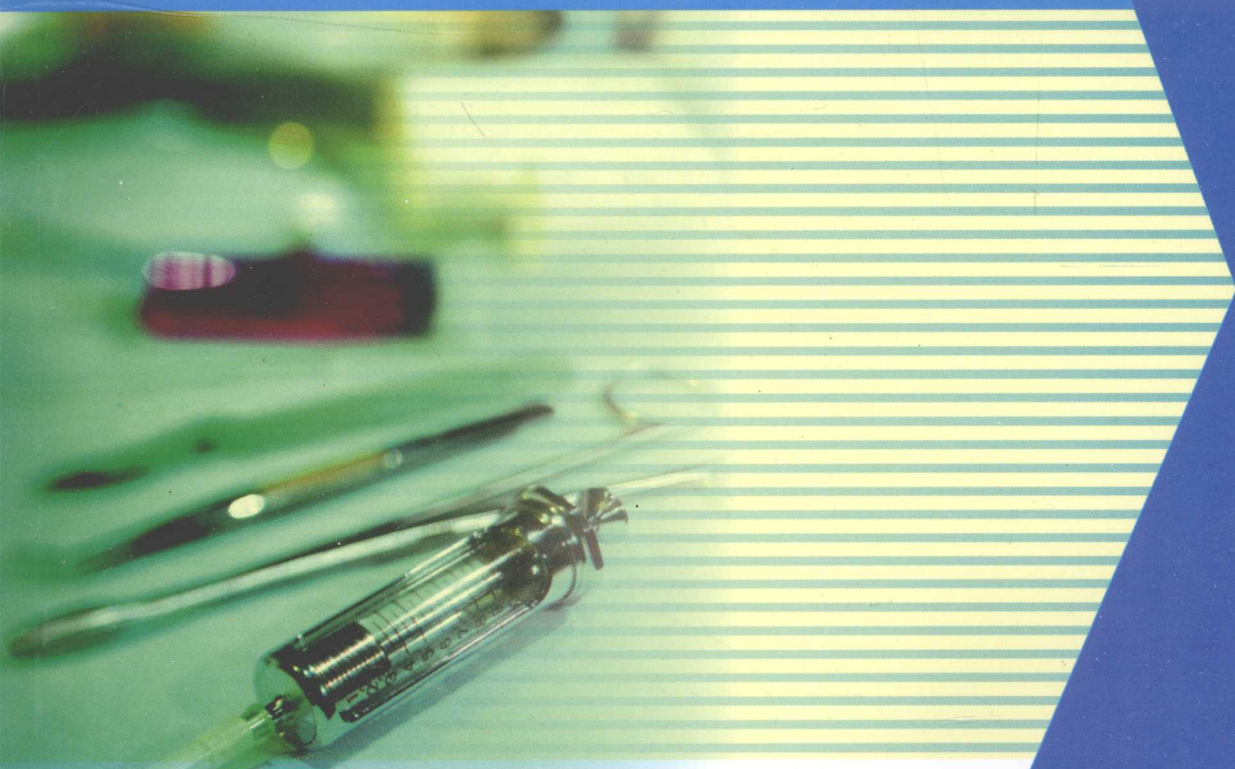


LIN CHUANG JI BING ZHEN DUAN ZHI LIAO XUE

临床疾病诊断治疗学



主编 王 璇 郭丽娜 樊学东 牟春华 梁金花 杜欣莹

天津科学技术出版社

临床疾病诊断治疗学

主编 王璇 郭丽娜 樊学东
牟春华 梁金花 杜欣莹

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床疾病诊断治疗学/王璇等主编. —天津:天津科学技术出版社, 2010. 6
ISBN 978-7-5308-5783-0

I. ①临… II. ①王… III. ①疾病—诊疗 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 142910 号

责任编辑:郑东红

责任印制:王莹

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332693(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 23 字数 540 000

2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

主 编 王 璇 郭丽娜 樊学东 牟春华 梁金花 杜欣莹

副主编 (以姓氏笔画为序)

王 红 刘 杨 张 玲 李 磊 孟玉秀 高咏梅

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 红 王永连 王 璇 刘 杨 刘 健 牟春华

朱绍辉 杨 华 张 玲 李 磊 杜欣莹 孟玉秀

屈 彬 高咏梅 郭丽娜 梁金花 樊学东

前 言

随着科学的发展,人们的知识在不断更新,从事临床医学的工作者,无疑也必须随着现代科学技术的进步和医学科学的发展不断丰富和更新自己的知识。为了反映当前临床医学最新研究成果,更好地为临床工作服务,我们在广泛参考国内外最新文献资料基础上,结合各自的经验和业务专长编写了《临床疾病诊断治疗学》,供从事临床医护工作者学习、参考。

本书共分6章,内容包括临床各系统常见疾病的诊断与治疗。其编写宗旨是坚持面向临床,注重实用,理论与实践、普及与提高相结合的原则,以临床常见病、多发病为出发点,以诊断和治疗为中心,对临床上经常遇到的疑难问题和重要治疗手段与方法等均进行了系统阐述,并侧重介绍了当今医学领域的新知识、新理论和新技术。

由于临床医学领域基础理论及实际问题涉及范围非常广泛,内容日新月异,加上水平有限及编写时间仓促,书中不足之处在所难免,希望读者批评指正。

王 璇

2010年3月于烟台毓璜顶医院

目 录

第一章 内科疾病	1
第一节 急性上呼吸道感染.....	1
第二节 急性气管 - 支气管炎.....	3
第三节 支气管扩张症.....	4
第四节 慢性支气管炎.....	7
第五节 支气管哮喘	10
第六节 肺炎球菌肺炎	20
第七节 气胸	23
第八节 急性心力衰竭	28
第九节 急性心肌梗死	31
第十节 消化性溃疡	42
第十一节 溃疡性结肠炎	47
第十二节 肝硬化	53
第十三节 急性肾小球肾炎	63
第十四节 慢性肾小球肾炎	65
第十五节 肾病综合征	69
第十六节 缺铁性贫血	75
第十七节 糖尿病	77
第十八节 三叉神经痛	87
第十九节 特发性面神经麻痹	89
第二十节 梅尼埃病	91
第二十一节 帕金森病	94
第二十二节 遗传性共济失调	98
第二十三节 重症肌无力.....	101
第二十四节 周期性麻痹.....	104
第二十五节 原发性脑肿瘤.....	106
第二十六节 垂体腺瘤.....	116
第二十七节 脑膜癌.....	128
第二章 妇科疾病	133
第一节 外阴及前庭大腺炎.....	133
第二节 阴道炎.....	135
第三节 子宫颈炎.....	143

第四节	盆腔炎	147
第五节	生殖器结核	153
第六节	子宫颈癌	158
第七节	子宫肌瘤	165
第八节	子宫内膜癌	173
第九节	子宫肉瘤	179
第十节	卵巢肿瘤	181
第十一节	葡萄胎	191
第十二节	侵蚀性葡萄胎	194
第十三节	绒毛膜癌	197
第十四节	功能失调性子宫出血	201
第十五节	闭经	207
第十六节	痛经	213
第十七节	围绝经期综合征	215
第十八节	子宫内膜异位症	219
第十九节	子宫腺肌病	224
第二十节	不孕症	226
第三章	产科疾病	232
第一节	流产	232
第二节	异位妊娠	237
第三节	前置胎盘	243
第四节	胎盘早期剥离	247
第五节	妊娠期高血压疾病	250
第六节	产后出血	260
第七节	羊水栓塞	264
第四章	儿科疾病	268
第一节	维生素 D 缺乏性佝偻病	268
第二节	支气管肺炎	270
第三节	小儿心力衰竭	274
第四节	尿路感染	280
第五节	儿童期糖尿病	283
第六节	化脓性脑膜炎	289
第五章	外科疾病	293
第一节	休克	293
第二节	急性腹膜炎	302
第三节	肛门直肠周围脓肿	306
第四节	胸部损伤	308
第五节	急性脓胸	321

第六节	慢性脓胸	323
第七节	原发性支气管癌	325
第八节	急性心包炎	336
第九节	慢性心包炎	340
第十节	急性心脏压塞	342
第六章	眼科疾病	345
第一节	白内障	345
第二节	原发性青光眼	350
第三节	继发性青光眼	353

第一章 内科疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory tract infection)是指鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。是呼吸道最常见的一种传染源。常见病原体为病毒,少数是细菌。其发病无年龄、性别、职业和地区差异。

一、病因和发病机制

急性上呼吸道感染约70%~90%由病毒引起,常见的有鼻病毒,副流感病毒,埃可病毒,柯萨奇病毒,呼吸道合胞病毒,腺病毒,流感病毒A、B、C等。细菌只占少数。多通过病员的飞沫、咳嗽、喷嚏以及被污染的用具传播,呈散发性。常因受凉、淋雨或劳累、体弱或呼吸道有慢性炎症等引起鼻腔及咽黏膜充血、水肿、上皮细胞破坏,少量单核细胞浸润,有浆液性及黏液性炎性渗出。继发细菌感染后,有中性粒细胞浸润,大量脓性分泌。由于本病病毒种类多,病后免疫力弱而短,故1年内可多次感染。

二、病理

鼻腔与咽部黏膜充血、水肿,黏膜上皮细胞坏死脱落,少量单核细胞浸润及浆液渗出。若继发细菌感染,有中性粒细胞浸润及脓性分泌物。

三、临床表现

急性上呼吸道感染可分为下列几种类型,但各型之间并无明显界限。

(一)普通感冒 俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他,以鼻咽部卡他症状为主要表现。成人大多数为鼻病毒引起,次为副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等引起。常见于秋、冬、春季。起病较急,初期咽部干痒或灼热感、喷嚏、鼻塞、流涕,2~3天后变稠,可伴有咽痛、低热、头痛不适。检查可见鼻黏膜充血、水肿,有较多的分泌物,咽部轻度充血,如无并发症,一般经5~7天痊愈。

(二)病毒性咽炎和喉炎 亦称急性呼吸道疾病。成人常由腺病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒等引起。常发生于冬、春季。主要症状有咽痛、声嘶、轻度干咳、发热(39℃)、全身酸痛不适。病程1周左右。检查可见咽充血,有灰白色点状渗出物,咽后壁淋巴滤泡增生,颌下淋巴结肿大,肺部无异常体征。此外,柯萨奇病毒和埃可病毒亦可引起急性呼吸道疾病,但症状较轻,常发生在夏季,称为“夏季流感”,多见于儿童。

(三)疱疹性咽峡炎 多由柯萨奇病毒A引起,多见于儿童,多于夏季发生,有明显咽痛、发热,病程约1周。检查可见咽充血,软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色丘疱疹及浅表溃疡,周围有红晕。

(四)咽-结膜热 主要由腺病毒、柯萨奇病毒、流感病毒等引起。多见于儿童。有发

热、咽痛、流泪、畏光、咽及结膜明显充血，病程4~6天。常发生于夏季。游泳池是常见的传播场所。

(五)细菌性咽-扁桃体炎 多由溶血性链球菌、肺炎球菌、葡萄球菌等引起。起病急，有明显咽痛、畏寒、发热，体温39℃以上。检查可见咽明显充血，扁桃体肿大、充血，表面有黄色点状渗出物，颌下淋巴结肿大、压痛，肺部无异常体征。

四、实验室检查

(一)血常规 病毒感染时白细胞总数偏低或正常，分类以淋巴细胞高为主；细菌感染时白细胞总数增高，白细胞分类以中性粒细胞增高为主，严重感染时可出现核左移及中毒颗粒。

(二)病毒抗原测定 有免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血清学诊断法等。必要时做病毒分离和鉴定。

(三)细菌培养 必要时做细菌培养及药物敏感试验，据以判断细菌类型及选用抗生素。

五、并发症

可并发鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎，部分病人可并发心肌炎。少数患儿在链球菌感染后可继发变态反应性疾病，如风湿热、急性肾炎。

六、诊断和鉴别诊断

根据病史、流行情况、鼻咽部发生的症状和体征，结合周围血常规和胸部X线检查可作出临床诊断。进行细菌培养和病毒分离，或病毒血清学检查，免疫荧光法、酶联免疫吸附法、血凝抑制试验等，可确定病因诊断。

需与下列疾病鉴别：

(一)过敏性鼻炎 接触过敏原后突然发生鼻痒、喷嚏、清水样鼻涕，经数分钟至数小时后痊愈。检查鼻黏膜苍白、水肿，分泌物涂片可见嗜酸粒细胞增多。

(二)流行性感冒 起病急，畏寒高热，头痛，全身酸痛，结合膜充血，鼻咽部症状较轻。鼻分泌物荧光抗体检查可检出流感病毒。流行病学有助鉴别。

(三)急性传染病前期症状 例如麻疹、流行性脑脊髓膜炎等早期常有上呼吸道症状，但很快出现原发病的特征。流行病学有助早期诊断。

七、治疗

上呼吸道病毒感染目前尚无特殊抗病毒药物，以对症处理、休息、戒烟、多饮水、保持室内空气流通和防治继发细菌感染为主。

(一)对症治疗 可选用含有解热镇痛及减少鼻咽充血和分泌物的抗感冒复合剂或中成药，如对乙酰氨基酚(扑热息痛)、双酚伪麻片、银翘解毒片等。

(二)抗菌药物治疗 如有细菌感染，可根据病原菌选用敏感的抗感染药物。经验用药，常选青霉素类、大环内酯类或喹诺酮类等。

(三)抗病毒药物治疗 早期应用抗病毒药有一定疗效。利巴韦林有较广的抗病毒谱，对流感病毒、副流感病毒和呼吸道合胞病毒等有较强的抑制作用。奥司他韦对甲、乙型流感病毒神经氨酸酶有强效的抑制作用，可缩短病程。金刚烷胺、吗啉胍和抗病毒中成药也可选用。

八、预防

1. 加强健康教育,经常进行体育锻炼,增强体质,提高抗病能力,避免发病诱因,防止受寒。
2. 淋雨、受凉后,可用红糖 30g、生姜 10g 煎汤热服,可祛寒防病。
3. 空气消毒,用食醋熏蒸法,每立方米空间用市售食醋 5~10ml,以 1~2 倍水稀释加热,每次熏蒸 2 小时,预防传染。

(牟春华)

第二节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由感染、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。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节。也可由急性上呼吸道感染迁延而来。

一、病因和发病机制

(一)感染 生物性病原体最主要是病毒感染,常见的病毒是合胞病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒等;常见的致病细菌是肺炎球菌、流感嗜血杆菌、链球菌和葡萄球菌。本病常在病毒感染的基础上继发细菌感染。

(二)物理化学因素 过冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾(如二氧化硫、二氧化氮、氨气、氯气等)的吸入,对气管-支气管黏膜急性刺激亦可引起。

(三)过敏反应 常见的过敏原,如花粉、有机粉尘、真菌孢子等的吸入;钩虫、蛔虫的幼虫在肺移行;或对细菌蛋白质的过敏,引起气管-支气管的过敏性炎症反应,亦可导致本病。

二、病理

气管-支气管黏膜充血、水肿,纤毛上皮细胞的损伤脱落,黏膜腺体肥大、分泌增多,以及黏膜下的白细胞浸润等。炎症消退后,气管-支气管黏膜的结构和功能可恢复正常。

三、临床表现

起病往往有急性上呼吸道感染症状,如鼻塞、流涕、咽痛或咽部不适,干咳等。2~3 日后咳嗽加重,痰量增多,痰由黏性转为黏液脓性,晨起或入睡时或吸入冷空气时咳嗽阵发加重,有时终日咳嗽,咳剧时可伴恶心、呕吐及胸腹疼痛,偶有痰中带血。当伴有支气管痉挛,可发生胸闷或喘息。肺部检查:听诊可闻及音粗糙,散在干湿啰音,咳嗽、咳痰后可消失或减少,偶闻哮鸣音。全身症状一般较轻,可发热 38℃ 左右,多在 3~5 日恢复正常;而咳嗽、咳痰恢复较慢,约在 2~3 周才逐渐消失。

四、诊断和鉴别诊断

根据病史、咳嗽和咳痰等呼吸道症状及两肺散在干、湿性啰音等体征,结合血常规和 X 线胸片检查,可作出临床诊断,进行病毒和细菌检查,可明确病因。

本病需与以下疾病相鉴别:

(一)流行性感胃 起病急骤,发热较高,全身中毒症状如全身酸痛、头痛、乏力等明显。常有流行病史,病毒分离和血清学检查,可供鉴别。

(二)急性上呼吸道感染 鼻咽部症状明显,一般无咳嗽、咳痰,肺部无异常体征。

(三)其他 支气管肺炎、肺结核、肺癌等肺部疾病,可伴有急性支气管炎的症状,需详细检查,以资鉴别。

五、治疗

(一)一般治疗 适当休息,多喝水,避免粉尘及刺激性气体,注意保暖。

(二)抗生素治疗 细菌感染时,可根据病原体检查,选用有效抗生素。口服药品有复方新诺明、阿莫西林、氨苄西林、头孢克洛、罗红霉素、阿奇霉素等;注射药品有青霉素类、头孢菌素类、喹诺酮类、氨基糖苷类等。

(三)对症治疗

1. 镇咳 可酌情应用氢溴酸右美沙芬或苯丙哌啶等镇咳剂。但对于有痰的病人不宜给予可待因等强力镇咳药,以免影响痰液排出。兼顾镇咳与祛痰的复方制剂和复方甘草合剂等临床应用较为广泛。

2. 祛痰 除了复方氯化铵、溴己新、N-乙酰-L-半胱氨酸(NAC)和鲜竹沥等常用祛痰药外,近年来,溴己新的衍生物盐酸氨溴索(ambroxol)和从桃金娘科植物中提取的强力稀化黏素也已在临床广泛应用。

3. 解痉、抗过敏 对于因变态反应引起支气管痉挛的病人,可给予解痉平喘和抗过敏药物,如氨茶碱、沙丁胺醇和马来酸氯苯那敏等。

(四)中医治疗

1. 风寒型 咳嗽、痰稀薄,鼻塞、流清涕,恶寒,无汗。苔薄白,脉浮紧。方用杏苏散加减。也可用通宣理肺丸、止咳橘红丸。

2. 风热型 发热、咳嗽、痰黄稠,咽痛。舌红苔黄,脉细数。方用桑菊饮加减。也可用青果止咳丸。而川贝枇杷膏则可用于各类咳嗽。

六、预防

体育锻炼,增强耐寒能力,防止受凉,预防感冒,做好劳动保护,避免刺激性气体及粉尘吸入。

(牟春华)

第三节 支气管扩张症

支气管扩张症(bronchiectasis)是常见的慢性支气管化脓性疾病,系因支气管壁的损伤导致支气管不可逆的扩张和变形。临床上以慢性咳嗽、大量脓痰和反复咳血为特征。随着免疫接种和抗生素的应用,本病的发病率已明显降低。

一、病因和发病机制

本病多继发于呼吸道感染和支气管阻塞,如婴幼儿流感、百日咳、麻疹等。由于严重支气管感染损伤各层组织,尤其是平滑肌和弹力纤维破坏,削弱了管壁的支撑作用,在咳嗽时管内压力增高及胸腔负压的牵引下逐渐形成支气管扩张,支气管阻塞可导致和加重感染。此外,支气管先天性发育缺损和遗传因素也可引起,但此种原因比较少见。

支气管扩张好发于左侧,以左肺下叶和左肺舌叶为多见,与局部支气管细长引流不畅

有关。而结核性支气管扩张则多见于上叶后段。

支气管壁炎性细胞浸润,管壁各层组织不同程度破坏:肌层、弹力纤维、软骨的破坏,管腔扩张,可见毛细血管扩张或支气管动脉和肺动脉扩张与吻合形成的血管瘤,易破裂出血。

二、临床表现

病程多呈慢性经过,起病多在小儿或青年期。多数患者童年有麻疹、百日咳或支气管肺炎迁延不愈病史,以后常有反复发作的下呼吸道感染。全身性疾病伴发者,有基础疾病的临床表现,本章不再赘述。

(一) 症状

1. 慢性咳嗽、大量脓痰 与体位改变有关,这是由于支气管扩张部位分泌物积储,改变体位时分泌物刺激支气管黏膜引起咳嗽和排痰。其严重度可用痰量估计:轻度, $< 10\text{ml/d}$;中度, $10 \sim 150\text{ml/d}$;重度, $> 150\text{ml/d}$ 。急性感染发作时,黄绿色脓痰量每日可达数百毫升。感染时痰液收集于玻璃瓶中静置后出现分层的特征:上层为泡沫,下悬脓性成分,中层为混浊黏液,下层为坏死组织沉淀物。引起感染的常见病原体为铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和卡他莫拉菌。

2. 反复咯血 约50%~70%的病人有咯血病史。咯血量不等,从小量痰血到大咯血。咯血量和病变程度有时不呈正相关。有些病人仅有咯血症状而无慢性咳嗽,大量脓痰病史,此类病人称为干性支气管扩张。咯血最常见的诱因为感染。

3. 全身表现 病人局部及全身抵抗力下降,易患感冒及呼吸道感染。在疾病缓解时可无明显的全身症状,病情加重时除咳嗽、咳痰、咯血加重外还可出现发热、头痛、全身疼痛、乏力等。病程较长者可出现贫血、营养不良等,并发肺纤维化、肺气肿、肺心病者可出现气促、浮肿等相应症状。

(二) 体征 早期或干性支气管扩张可无异常肺部体征,病变重或继发感染时常可闻及下胸部、背部固定而持久的局限性粗湿啰音,有时可闻及哮鸣音,部分慢性患者伴有杵状指(趾)。出现肺气肿、肺心病等并发症时有相应体征。

三、实验室及其他检查

(一) 影像学 早期轻症患者胸部平片常无特殊发现,或仅有一侧或双侧下肺纹理局部增多及增粗现象。支气管柱状扩张典型的X线表现是轨道征,系增厚的支气管壁影;囊状扩张特征性改变为卷发样阴影,表现为粗乱肺纹理中有多个不规则的蜂窝状透亮阴影,感染时阴影内出现液平面。胸部CT检查显示管壁增厚的柱状扩张或成串成簇的囊状改变。高分辨CT(HRCT)较常规CT具有更高的空间和密度分辨力,它能够显示次级肺小叶为基本单位的肺内细微结构,已基本取代支气管造影。支气管造影可明确支气管扩张的部位、形态、范围和病变严重程度,主要用于准备外科手术的患者。

(二) 纤维支气管镜检查 有助于明确咯血的部位及阻塞的原因,可帮助发现支气管肿瘤、支气管异物等原因。

四、诊断和鉴别诊断

(一) 诊断 支气管扩张的诊断主要根据幼年时曾患麻疹、百日咳或支气管炎迁延不愈的病史;有慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血的典型临床特征;听诊有性质恒定、部位固定、

持久存在的湿啰音；X线胸片、支气管造影、纤维支气管镜检查有支气管扩张征象。

(二)鉴别诊断

1. 慢性支气管炎 有时与支气管扩张不易鉴别,但多发生于40岁以上的患者,咳嗽、咳痰症状以冬、春季节为主,痰为白色泡沫样黏痰,感染急性发作时可呈脓性,痰量较少,且无反复咯血史。肺部的干、湿啰音散在分布。

2. 肺脓肿 有大量咳脓痰史,但起病急骤,有寒战、高热等中毒症状,X线检查可发现脓肿阴影或脓腔。需注意的是,慢性肺脓肿常并发支气管扩张,支气管扩张患者亦易发生肺脓肿。对此类患者,首先应行抗感染治疗,炎症控制后,应行CT检查,必要时行支气管碘油造影,以明确诊断。

3. 肺结核 可有慢性咳嗽、咳痰,但常有午后低热、盗汗、消瘦等全身结核中毒症状,且痰量少。病变多位于上叶,体征为肺尖或锁骨下区轻度浊音和细湿啰音。X线检查可发现病灶,可有钙化,痰内可查见抗酸杆菌。

4. 先天性肺囊肿 X线检查肺部可见多个边界纤细的圆形或椭圆形阴影,壁较薄,周围组织无炎症浸润,胸部CT检查和支气管造影可助诊断。

5. 支气管肺癌 干性支气管扩张以咯血为主,有时易误诊为肺癌。但后者多发生于40岁以上的男性吸烟患者,行胸部X线检查、纤维支气管镜检查、痰细胞学检查等可作出鉴别。

五、治疗

支气管扩张的治疗原则是:去除病原,促进痰液排出,控制感染,必要时手术切除。

(一)病原治疗 对合并有慢性鼻窦炎,慢性齿龈炎、慢性扁桃体炎等应积极根治。

(二)保持支气管通畅,积极排除痰液

1. 体位引流 由于扩张支气管丧失弹性,且支气管黏膜纤毛上皮破坏,使纤毛活动受阻痰液不易排出,体位引流能促使痰液排出,体位引流是根据病变的部位采取不同的体位,原则上应使患肺位置抬高,引流支气管开口朝下,以利于痰液流入大支气管和气管而排出,每日引流2~3次,每次15~30分钟。痰液较黏稠可应用祛痰剂,或引流前用生理盐水雾化吸入,使痰液变稀薄,更有利于体位引流。

2. 经支气管镜吸引痰液 如体位引流痰液仍不能排出,可经纤维支气管镜吸痰。

3. 支气管扩张剂使用 部分病例由于气道敏感性增高或支气管炎的刺激,可出现支气管痉挛,影响痰液的排出。在不咯血的情况下,可应用支气管扩张药,如氨茶碱0.1g,一日3次,或喘定,0.2g,一日3次,或 β -受体激动剂/胆碱能受体拮抗剂雾化吸入。

(三)控制感染 抗菌药物选择主要以覆盖流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌和厌氧菌为主,常用的口服抗菌药物为阿莫西林或阿莫西林/克拉维酸,如为铜绿假单胞菌一般用环丙沙星或左氧氟沙星;严重感染或合并肺实质炎症时可以静脉用药,可选用具有抗假单胞菌活性的哌拉西林、头孢他定、头孢吡肟、哌拉西林/三唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦、环丙沙星、妥布霉素、亚胺培南或美罗培南,如有阳性的痰培养结果,应根据药敏结果用药。近年来主张雾化定期吸入氨基糖苷类,如庆大霉素和妥布霉素,能有效减少痰内的铜绿假单胞菌负荷和改善临床症状。抗菌药物的疗程也很难统一,一般推荐疗程为7~14天,稳定期是否需要应用抗生素的问题没有明确意见,但长期应用抗菌药物可能容易诱导耐药菌定

植。例外的是大环内酯类抗生素,在弥漫性泛细支气管炎的患者,主张长期应用小剂量红霉素的400~600mg/d,可以改善预后。

(四)手术治疗 反复感染或大咯血患者,其病变范围比较局限,在一叶或一侧肺组织,经药物治疗不易控制,全身情况良好,可根据病变范围作肺段或肺叶切除术。如病变较轻,且症状不明显,或病变较广泛累及双侧肺,或伴有严重呼吸功能损害者,则不宜手术治疗。

(五)咯血的处理 对于烦躁、情绪紧张者,必要时可给予少量镇静剂(如安定等)、止咳剂(如咳必清等)。年老体弱、肺功能不全者慎用。咯血量较多时,可用脑垂体后叶素5~10U加入50%葡萄糖液40ml中,缓慢(10~15分钟)静脉注射;或将脑垂体后叶素10U加入5%葡萄糖液500ml内静脉滴注。高血压、冠心病、孕妇忌用本品,可改用1%~2%普鲁卡因5~10ml静脉注射。其他如安络血、止血敏、6-氨基己酸、对羧基苄胺也可选用,但效果一般欠佳。失血过多者,可适当少量输血。

六、预防

防治麻疹、百日咳、支气管肺炎及肺结核等急慢性呼吸道感染,对预防支气管扩张具有重要意义。支气管扩张患者应积极预防呼吸道感染,坚持体位排痰,增强机体免疫功能以提高机体的抗病能力。

(牟春华)

第四节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(chronic bronchitis,简称慢支)是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征。病情若缓慢进展,常并发阻塞性肺气肿,甚至肺动脉高压、肺源性心脏病。它是一种严重危害人民健康的常见病,尤以老年人多见。

一、病因和发病机制

慢支的病因尚不完全清楚,但与下列因素有关:

(一)吸烟 为重要发病因素。经调查,吸烟者慢性支气管炎的患病率比不吸烟者高2~8倍,戒烟后慢支病情可以减轻甚或痊愈,说明两者关系密切。烟草中焦油、尼古丁、氢氰酸等化学物质可损伤气道上皮细胞,使纤毛运动障碍,吞噬细胞活力下降,黏膜水肿,黏液分泌增多,气道净化能力下降;还可以使副交感神经功能亢进,引起支气管平滑肌收缩,气流受限。

(二)大气污染 大气中的有害气体如二氧化硫、二氧化氮、氯气等损伤呼吸道黏膜,降低呼吸道的防御功能为细菌感染创造条件。

(三)感染 感染是慢性支气管炎发病加剧和复发的一个重要因素,多为病毒和细菌。病毒感染造成呼吸道上皮损伤有利于诱发细菌感染,以流感病毒、鼻病毒、黏液病毒、腺病毒和呼吸道合胞病毒为多见。细菌感染以肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌及葡萄球菌为多见。

(四)过敏因素 过敏因素主要是导致气道平滑肌痉挛、收缩和炎性损害,引起喘息

型慢性支气管炎。病人多有家族和个人过敏史。过敏原包括病原微生物、花粉、尘埃等。

(五)其他 除上述主要因素外,尚有机体内在因素参与慢支的发生。①自主神经功能失调,气道反应性比正常人高。②老年人由于呼吸道防御功能下降,慢支的发病率增加。③营养因素与慢支的发病也有一定关系,④遗传因素也可能是慢支的易患因素。

二、病理

(一)早期 上皮细胞的纤毛发生粘连、倒伏、脱失,上皮细胞空泡变性、坏死、增生、鳞状上皮化生;杯状细胞和黏液腺肥大和增生,分泌旺盛;浆细胞发生黏液性变;黏液和黏液下层充血,浆细胞、淋巴细胞浸润及轻度纤维增生。病情较重和较久者,炎症由支气管壁向其周围组织扩散,黏膜下层平滑肌束增生、肥大,管腔狭窄,有时管壁软骨片可发生退行性变、纤维化、钙化或骨化。病变发展至晚期,黏膜有萎缩性改变,管周围纤维组织增生,造成管腔的僵硬或塌陷。病变蔓延至细支气管和肺泡壁,形成肺组织结构的破坏和纤维组织增生,进而发生阻塞性肺气肿和肺间质纤维化。

(二)中期 呼吸功能无明显影响。

(三)晚期 支气管管腔变狭窄,细小支气管闭塞、塌陷或有痰液积聚堵塞,影响通气功能时,则可发生程度不等的气道阻力增加,引起阻塞性通气功能障碍。

三、病理生理

在早期,一般反映大气道功能的检查如第一秒用力呼气量(FEV_1)、最大通气量、最大呼气中期流速多为正常。但有些患者小气道(小于2mm直径的气道)功能已发生异常。随着病情加重,气道狭窄,阻力增加,常规通气功能检查可有不同程度异常。缓解期大多恢复正常。疾病发展,气道阻力增加成为不可逆性气道阻塞。

四、临床表现

多起病于急性支气管炎之后,病程缓慢,常于秋冬季节气候突变,感冒或粉尘烟雾刺激后,引起急性发作或使病情加剧。

(一)症状

1. 咳嗽 其特点是长期、反复,咳嗽程度视病情而定。多在寒冷季节,气温骤变时发生,早、晚咳嗽频繁,白昼减轻。

2. 咳痰 多为白色黏痰或白色泡沫痰,早晚痰多。合并感染时痰量增多,且为黏液脓性痰。偶有咯血或痰中带血。

3. 喘息 部分患者可出现支气管痉挛,引起喘息,多在急性发作期发生。

(二)体征 早期可无异常体征或仅有呼吸音粗糙,随病情发展肺部可闻及干、湿啰音,急性发作期干湿啰音明显增多,咳嗽、咳痰后啰音可减少。喘息型慢性支气管炎可闻及哮鸣音。

五、实验室及其他检查

(一)血常规化验 急性发作期可见白细胞总数及中性粒细胞增多,喘息型者嗜酸粒细胞可增多。

(二)痰液检查 痰涂片可见大量中性粒细胞,脱落上皮细胞,喘息型者可见嗜酸性粒细胞;革兰染色可观察到细菌,痰培养可分离出致病菌。

(三)X线检查 早期无异常发现,随病情发展,可见肺纹理增多、增粗、紊乱、模糊或

呈条索状及网状延伸到肺周围,以两肺中下野较为明显,若合并有支气管周围炎,可有斑点阴影重叠其上。

(四)肺功能测定 早期肺功能可正常。肺功能开始出现异常是以小气道功能障碍为主,流量-容积曲线50%和25%时的呼气瞬时流量减少,闭合气量增加。继而可出现第一秒用力呼气量下降,一秒率<70%,最大通气量下降,呈阻塞性通气障碍。

六、分型与分期

(一)分型 ①单纯型:以咳嗽、咳痰为主。②喘息型:除单纯型症状外还具有喘息症状,并伴有哮鸣音。

(二)分期 根据病情可分为3期:

1. 急性发作期 指在1周内出现脓性或黏液脓性痰,痰量明显增多,伴有发热等炎症表现,或咳、痰量等明显增多,伴有发热等炎症表现,或咳、痰、喘症状任何1项明显加剧。

2. 慢性迁延期 咳、痰、喘症状迁延1个月以上。

3. 临床缓解期 症状基本消失或偶有轻咳和少量痰液保持2个月以上。

七、诊断和鉴别诊断

(一)诊断 根据咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发病持续三个月,连续两年或两年以上,并排除其他心、肺疾患(如肺结核、尘肺、哮喘、支气管扩张、肺癌、心脏病、心力衰竭等)时,可做出诊断。如每年发病持续不足3个月,而有明确的客观检查依据(如X线、呼吸功能等)亦可诊断。

(二)鉴别诊断

1. 支气管扩张症 有慢性咳嗽、咳痰史,多数有大量脓痰或反复咯血史,病变部位听诊可闻及持久性湿啰音。支气管碘油造影可见柱状或囊状扩张。胸部CT检查对两病的鉴别有帮助。

2. 支气管哮喘 以阵发性哮喘发作为特点,多在幼年起病,有过敏史,发病季节性强。但有时支气管哮喘反复发作可伴慢性支气管炎,不易鉴别。应详细全面地分析病史。一般喘息型慢性支气管炎见于中老年,反复咳嗽、咳痰在先,喘息在后。使用抗炎解痉治疗药物后,其阻塞性通气功能障碍的改善不明显。而支气管哮喘的气流阻塞是可逆性的,用 β_2 -受体激动剂后,气流阻塞可明显改善。

3. 肺结核 活动性肺结核除咳嗽、咳痰外,常有低热、盗汗、乏力、消瘦等结核中毒症状。但老年结核患者的毒血症状不明显,应注意鉴别。应做胸部X线检查、结核菌素试验及痰结核菌检查可资鉴别。

4. 肺癌 40年以上长期吸烟者,如咳嗽尤其是痰中带血者,应做痰细胞学检查及胸部X线检查。有必要的应做胸部CT检查或纤维支气管镜检查对诊断十分必要。

八、治疗

采取防治结合的综合措施。在急性发作期或慢性迁延期以控制感染、祛痰为主,伴有喘息时加解痉平喘药。临床缓解以加强体育锻炼,增强体质,提高机体免疫力,预防发作为主。

(一)急性发作期与慢性迁延期治疗