

全国高等职业技术教育配套教材  
供五年一贯制临床医学专业用

# 内科学学习指导

- 主 编 侯 恒
- 副主编 苏保松



人民卫生出版社

全国高等职业技术教育配套教材  
供五年一贯制临床医学专业用

# 内科学学习指导

主 编 侯 恒

副主编 苏保松

编 者 (按姓氏笔画为序)

龙 军 (黔东南民族职业技术学院)	张志华 (河北北方学院)
李春秀 (襄樊职业技术学院医学院)	陈芙蓉 (丽水卫生学校)
苏保松 (绵阳医科学校)	罗悦性 (商丘卫生学校)
肖晓燕 (山西大同大学医学院)	孟羽俊 (河北医科大学沧州分校)
张 琳 (宁夏医学院)	侯 恒 (山西大同大学医学院)
张年萍 (山西大同大学医学院)	徐 亮 (广州卫生学校)
张淑爱 (安阳卫生学校)	黄才斌 (赣南医学院)
张晓明 (山西大同大学医学院)	黄赛玉 (湘潭卫生学校)

学术秘书 张晓明 (山西大同大学医学院)

人 民 卫 生 出 版 社

## 图书在版编目(CIP)数据

内科学学习指导/侯恒主编. —北京:  
人民卫生出版社, 2004. 12

ISBN 7-117-06518-4

I. 内… II. 侯… III. 内科学 - 医学院校 - 教学  
参考资料 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 113349 号

## 内科学学习指导

主 编: 侯 恒

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

邮购电话: 010 - 67605754

印 刷: 北京原创阳光印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 15.5

字 数: 354 千字

版 次: 2004 年 11 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06518-4/R · 6519

定 价: 20.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究  
(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

# 前 言

本书为全国高等职业技术教育五年一贯制临床医学专业卫生部规划教材《内科学》的配套教材。全书以该教材为蓝本,参照执业助理医师考试大纲,以常见病、多发病为编写重点,注重科学性,突出实用性。内容共分八章,每章包括教材内容精要、测试题和测试题答案三部分。教材内容精要着重阐述本章的基本知识、重要概念和重点难点,使同学在学习《内科学》时能抓住重点、掌握精髓;测试题包括名词解释、填空题、选择题和简答题,题型多样、覆盖面广,富于启发性和适用性,通过对不同类型测试题的练习,把学到的知识与实际相结合,起到举一反三、融会贯通的作用,并收到事半功倍的效果。为便于临床医生抢救危重症时查阅,书末附有“常用急救药物用法”。

本书编者绝大多数参与了全国高等职业技术教育五年一贯制临床医学专业《内科学》的编写。编写过程经历了编者初稿、专业组内互审和集体终审等阶段,选择题还由本科生和专科生逐题试答,在此基础上精心修改而成,以确保全书质量。

本书编写过程中,承蒙卫生部有关部门和各编者所在院校的大力支持;全体参编作者,特别是各章负责人徐亮、黄赛玉、黄才斌、张年萍、张淑爱、孟羽俊、李春秀等教授为本书的编写和质量保证付出了艰辛的劳动;学术秘书张晓明副教授对稿件的整理、名词术语和计量单位的规范统一作了大量细致的工作,在此一并表示真诚的谢意。

由于时间和水平所限,本书难免会有不妥、疏漏和错误之处,敬请读者批评指正。

侯 恒

2004年7月

# 答题说明

## 一、名词解释

对所给出的中文或英文医学名词,写出它的定义或含义,字数不宜多,但要准确。

## 二、填空题

按要求每空填写一个合适的词、词组、短句或数字等,使句意正确、语句通顺。

## 三、选择题

### (一) A型题

1. A<sub>1</sub>题(单个最佳选择题) 每道题由一个题干和5个供选择的备选答案组成。从中选择一个最佳答案。

例1 肺气肿病人的主要症状是

- A. 突发性呼吸困难
- B. 夜间阵发性呼吸困难
- \* C. 逐渐加重的呼吸困难,以活动后为重
- D. 发绀
- E. 心悸

2. A<sub>2</sub>题(病历摘要型最佳选择题) 试题结构由一个叙述性主体(病历摘要)作为题干和5个供选择的备选答案组成。从备选答案中选择一个最佳答案。

例2 男性60岁,近2月来刺激性咳嗽、痰中带血、伴右侧胸痛就诊,常规X线胸片无异常发现。为明确诊断应首选哪项辅助检查?

- \* A. 痰细胞学检查
- B. 磁共振检查
- C. 放射性核素扫描
- D. 超声波检查
- E. 剖胸探查

3. A<sub>3</sub>题(病历组型最佳选择题) 其结构是开始叙述一个以病人为中心的临床情景,然后提出2~3个相关的问题,每个问题均与开始的临床情景有关,但测试要点不同,且问题之间相互独立。每个问题是由5个备选答案组成,但只选择一个最佳答案。

例3 男性54岁,因急性心肌梗死入院,4天后突然出现剧烈胸痛、端坐呼吸,心脏彩超可见明显的二尖瓣返流。

(1)病人体检时,最有诊断意义的体征为

- \* A. 心尖区响亮的收缩期杂音
- B. 心尖区可闻及心包叩击音
- C. 心界扩大
- D. 血压下降、脉压减小



- E. 双肺湿啰音及颈静脉扩张
- (2)哪一部分心肌梗死该并发症常见
- A. 高侧壁心肌梗死
- B. 下壁心肌梗死
- C. 右室心肌梗死
- D. 后壁心肌梗死
- \*E. 广泛前壁心肌梗死
- (3)该例病人应诊断为
- A. 急性心包压塞
- B. 急性左心衰竭
- C. 室间隔穿孔
- \*D. 乳头肌断裂
- E. 左室游离壁室壁瘤

#### (二) B型题

B<sub>1</sub>型题(标准配伍题) B<sub>1</sub>型题的形式为开始是5个备选答案,备选答案后给出至少两道试题,要求应试者为每一道试题选择一个与其关系密切的答案。在一组试题中,每个备选答案可以选用一次,也可以选用数次,也可以一次也不选用。

例4

- A. 壁细胞
- B. 主细胞
- C. G细胞
- D. D细胞
- E. M<sub>0</sub>细胞

(1)内因子

(2)胃蛋白酶原 答案:(1)A. (2)B

#### 四、简答题

回答这类问题时,既要简练,又要说明问题,要求涉及到的面要广,但书写不要烦琐,即“点到为止”。

# 目 录

第一章 呼吸系统疾病.....	(1)
第二章 循环系统疾病 .....	(42)
第三章 消化系统疾病.....	(103)
第四章 泌尿系统疾病.....	(142)
第五章 血液系统疾病.....	(167)
第六章 内分泌和代谢疾病.....	(191)
第七章 风湿性疾病.....	(217)
第八章 理化因素所致疾病.....	(224)
附录 常用急救药物用法.....	(234)

# 第一章 呼吸系统疾病

## 第一部分 教材内容精要

### 一、总 论

#### (一) 肺脏的生理功能

1. 呼吸功能 是肺脏的主要功能。呼吸功能是指进行外呼吸,包括肺通气和肺换气两个过程。肺通气指肺与外环境之间的气体交换;肺换气指肺泡与肺毛细血管血液之间的气体交换。

2. 其他功能 有维持酸碱平衡、水与电解质平衡;激活、合成、释放某些生物活性物质和激素等。

#### (二) 病因和分类

1. 病因或发病因素 主要有感染、变态反应性和免疫因素、肿瘤、环境和职业性肺病等。

2. 分类 可根据其疾病谱分为四大类:感染性疾病(包括肺结核)、慢性阻塞性肺病、肿瘤、间质性肺病。

#### (三) 主要临床表现

##### 1. 症状

(1)咳嗽:分为干性咳嗽和湿性咳嗽。前者为无痰或痰量很少的咳嗽,多见于咽炎、支气管炎、肺癌早期;后者为伴有较多痰液的咳嗽,多见于慢性支气管炎、支气管扩张或肺脓肿。

(2)咳痰:痰的性状、量及气味对诊断有一定帮助。脓性痰提示细菌感染;粉红色泡沫痰是急性肺水肿的特征性表现;铁锈色痰应考虑肺炎球菌感染;红棕色胶冻样痰则提示肺炎克雷白杆菌感染;肺吸虫病为果酱样痰;肺阿米巴病呈咖啡样痰。大量黄脓痰且静置后有分层现象(上层为泡沫,中层为混浊粘液,下层为化脓坏死物质)常见于肺脓肿或支气管扩张。如痰量突然减少同时有体温升高,应考虑有支气管引流不畅。伴厌氧菌感染时,痰液呈脓性且有恶臭气味。

(3)咯血:根据咯血量的多少分为少量咯血、中等量咯血和大量咯血。成人24h内咯血量少于100ml者为少量咯血;100~500ml之间为中等量咯血;大于500ml或一次咯血大于100ml者为大量咯血。

(4)呼吸困难:分为以下三种:①吸气性呼吸困难:特点为吸气显著困难,重者可出现“三凹征”,即胸骨上凹、锁骨上凹、肋间隙和腹上角在吸气时明显凹陷,其发生与大气道狭窄、梗阻有关;②呼气性呼吸困难:特点为呼气明显费力,呼气时间延长伴广泛哮鸣音,其





发生与支气管痉挛、狭窄、肺组织弹性减弱有关；③混合性呼吸困难：表现为吸气与呼气均费力，呼吸浅而快，常见于重症肺炎、大量胸腔积液、弥漫性肺纤维化、大面积肺不张等。

另外，还可根据其发作的快慢分为急性、慢性以及反复发作性。

(5)胸痛：当病变波及胸膜时可发生，如肺炎、胸膜炎、自发性气胸等。注意与其他系统疾病引起的胸痛相鉴别。

2. 体征 常见的有肺实变体征、肺气肿体征、胸腔积液体征及气胸体征等。另外，还应注意某些肺部病变的肺外异常表现。

## 二、支气管炎

### (一)急性气管-支气管炎

临床症状主要有咳嗽、咳痰。治疗主要为对症治疗。必要时根据病原体的种类及药物敏感试验选择有效的抗菌药物。

### (二)慢性支气管炎

1. 临床表现 咳嗽、咳痰。痰液多为白色粘液或浆液泡沫性，合并细菌感染时为粘液脓性，痰量增加。早期可无明显异常体征。急性发作时在背部和肺底部可有散在的干、湿啰音。喘息型病人可闻及哮鸣音及呼气延长，且不易消失。并发肺气肿时可有肺气肿体征。

#### 2. 临床分型和分期

(1)分型：分单纯型和喘息型。

(2)分期：①急性发作期；②慢性迁延期；③临床缓解期。

3. 诊断标准 咳嗽、咳痰为主要症状或伴喘息，每年发病持续3个月并连续2年或以上，排除其他心、肺疾患，即可作出诊断。如每年发病持续不足3个月，但有明确的客观检查依据(如X线、呼吸功能等)亦可诊断。

4. 治疗 急性发作期以控制感染、祛痰止咳、解痉平喘为主；临床缓解期应采取综合性措施增强体质，改善呼吸功能。

## 三、慢性阻塞性肺气肿

### (一)临床表现

1. 症状 慢支并发肺气肿时，在原有咳嗽、咳痰等症状的基础上出现逐渐加重的呼吸困难。

2. 体征 早期无明显体征。随病性进展可出现明显的肺气肿体征。视诊有桶状胸，呼吸运动减弱；触诊有触觉语颤减弱或消失；叩诊呈过清音，心浊音界缩小或不易叩出，肝浊音界下移；听诊呼吸音普遍减弱，呼气延长，心音遥远，并发感染时肺部可有湿啰音。

### (二)实验室和其他检查

1. X线检查 呈肺气肿征象。心脏常呈垂位型，心影狭长。

2. 呼吸功能检查 有通气功能障碍，残气量增加占肺总量的百分比增加，超过40%对诊断有重要价值。

3. 其他 如动脉血气分析、心电图检查、血液和痰液检查等。

(三)治疗 应积极治疗原发病、改善呼吸功能。



## 四、慢性肺源性心脏病(简称肺心病)

(一) 病因 主要由支气管、肺部疾病导致。以慢性阻塞性肺疾病(COPD)最多见。

(二) 临床表现 根据肺、心功能的代偿情况可分为:

1. 肺、心功能代偿期(包括缓解期) 主要呈现原发病的表现以及肺动脉高压和右心室肥大体征。

2. 肺、心功能失代偿期(包括急性加重期) 主要表现为呼吸衰竭和右心衰竭。

常见的并发症有肺性脑病、酸碱失衡及电解质紊乱、心律失常、消化道出血、休克、弥散性血管内凝血(DIC)。

(三) 实验室检查

1. X线检查 ①肺、胸原发疾病及急性肺部感染征象;②肺动脉高压征:右下肺动脉干扩张横径 $\geq 15\text{mm}$ 、其横径与气管横径之比值 $\geq 1.07$ 、肺动脉段显著突出高度 $\geq 3\text{mm}$ ;③右心室肥大。

2. 心电图检查 主要表现为右心室肥大:电轴右偏,额面平均电轴 $\geq +90^\circ$ ,重度顺时针向转位, $R_{V_1} + S_{V_5} \geq 1.05\text{mV}$ ,肺型P波等。

3. 超声心动图检查 右心室流出道内径 $\geq 30\text{mm}$ ,右心室内径 $\geq 20\text{mm}$ ,右心室前壁厚度 $\geq 5\text{mm}$ ,左、右心室内径比值 $< 2$ ,右肺动脉内径 $\geq 18\text{mm}$ 或肺动脉干内径 $\geq 20\text{mm}$ 。

4. 动脉血气分析  $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 和(或) $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ ,说明出现呼吸衰竭。

5. 血液检查 红细胞及血红蛋白可升高。全血粘度及血浆粘度可增加;合并感染时白细胞总数及中性粒细胞增加。

(四) 治疗 应遵循以治肺为本,治心为辅的原则。急性期以积极控制感染、保持呼吸道通畅、纠正缺氧(持续低流量、低浓度给氧)及二氧化碳潴留、改善肺心功能为主;缓解期以治疗原发疾病、去除诱因,增强机体抵抗力,改善营养和呼吸功能训练为主。

## 五、支气管哮喘

是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和T淋巴细胞等多种炎性细胞参与的气道变应性炎症和气道高反应性及可逆性气道阻塞为特征的疾病。典型表现为反复发作的伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难。

(一) 病因和发病机制 过敏原(如花粉、尘螨、动物毛屑等)和呼吸道感染是主要病因,某些药物(如阿司匹林、含碘造影剂、 $\beta$ 受体阻滞剂等)、污染的环境、精神因素也可导致本病的发作。

目前普遍认为本病的发病机制与变态反应、气道炎症、气管反应性增高及神经等因素相互作用有关。发病过程中,有多种细胞参与,以嗜酸性粒细胞和肥大细胞为主,组胺、白三烯、前列腺素等在发病过程中起重要作用,加之炎症所致上皮细胞受损、神经末梢的暴露和神经肽等的释放,使哮喘反复发作。

(二) 临床表现 部分病人发作前有鼻痒、流涕、打喷嚏、流泪、咳嗽、胸闷等先兆症状,典型表现为发作性呼气性呼吸困难、咳嗽、喘鸣并存。时间短者可很快缓解,长者可持续数天或更长时间。严重时不能平卧,被迫坐位或端坐呼吸,并出现大汗、奇脉、唇指发绀、颈静脉怒张等体征。病情进一步恶化时可出现呼吸衰竭、循环衰竭、肾功能衰竭、DIC

等而危及生命。

根据病程可分为急性发作期和缓解期。根据病因可将哮喘分为外源性、内源性、混合性哮喘。

外源性哮喘与内源性哮喘的鉴别

	发病年龄	季节性	过敏史	已知过敏原	过敏原皮试	IgE
外源性	儿童、青少年	明显	有	有	阳性	大多增加
内源性	成人	不明显	无	无	阴性	不增加

并发症主要有自发性气胸、肺不张、纵隔气肿、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病以及肺间质纤维化等。

**(三) 实验室检查** 血中嗜酸性粒细胞常增多,合并感染时白细胞总数及中性粒细胞增多;X线检查发作期两肺透亮度增加,呈过度充气状态,合并肺部感染或继发肺气肿、气胸、纵隔气肿有相应X线表现;肺功能检查为阻塞性通气功能障碍;血气分析可有低氧血症,如PaCO<sub>2</sub>同时升高,表示病情严重;痰液检查有嗜酸性粒细胞增多,可见夏科雷登结晶、库什曼螺旋体。

**(四) 诊断** 根据喘息症状发作的反复性、发病时哮鸣音的弥漫性和气道阻塞的可逆性(即“三性”),可作出诊断。应排除其他能引起喘息、胸闷、咳嗽的疾病。本病需与心源性哮喘、喘息型慢性支气管炎、支气管肺癌等相鉴别。

#### (五) 防治原则

1. 消除病因 脱离过敏原,避免诱发因素。

2. 控制症状 解痉、抗炎、保持呼吸道通畅是治疗哮喘急性发作的关键。应用支气管扩张剂,单用或联用 $\beta_2$ -受体激动剂、茶碱类、抗胆碱能药物等。中、重度哮喘可用糖皮质激素,以抑制气道变应性炎症,降低气道高反应性。同时注意纠正水电解质紊乱、氧疗、控制感染、祛痰等。

3. 预防复发 可用色甘酸钠、酮替芬、倍氯米松气雾剂等。

治疗本病应兼顾解痉和抗炎两方面,并掌握常用止喘药物的作用机制和副作用。

## 六、支气管扩张

**(一) 临床表现** 典型表现为慢性咳嗽、咳大量脓痰,静置后有分层现象;反复咯血及同一肺段反复发生肺炎并迁延不愈。慢性感染者可有持续的固定性湿啰音,部分病人有杵状指(趾)、贫血等。

**(二) 诊断** 根据慢性咳嗽、咳大量脓痰、反复咯血,肺部闻及固定而持久的局限性湿啰音,胸部X线检查有蜂窝状或卷发状阴影,支气管造影呈囊状或柱状扩张等,可作出诊断。

**(三) 治疗** 主要为控制感染、促进痰液引流、处理咯血。体位引流时,应使病变部位处于高处,引流管开口向下,有利于痰液排出。如病灶局限,且内科治疗无效,可考虑手术治疗。



## 七、呼吸衰竭

指由于各种原因使肺脏不能进行正常有效的气体交换而导致缺氧伴(或不伴)二氧化碳潴留,由此引起一系列病理生理改变的临床综合征。按动脉血气变化可将呼衰分为低氧血症型(I型)和高碳酸血症型(II型);按呼吸功能障碍起因的急缓、病程长短可分为急性和慢性呼吸衰竭;按病理生理可分为泵衰竭和肺衰竭。

### (一) 慢性呼吸衰竭

1. 临床表现 除引起慢性呼吸衰竭的原发病症状外,主要是缺氧和二氧化碳潴留所致的各脏器功能损害的表现。如呼吸困难、发绀、神经精神症状和全身其他各系统器官受损表现。

2. 诊断 有相应病史、缺氧伴(或不伴)二氧化碳潴留的临床表现和血气分析异常。

3. 治疗 原则是治疗病因、保持呼吸道通畅、纠正由缺 $O_2$ 和 $CO_2$ 潴留所引起的各种症状。

在氧疗时注意II型呼衰宜用低流量(1~2L/min)、低浓度(25%~33%)持续吸氧。I型呼吸衰竭吸氧浓度可适当提高,但一般也不超过40%,宜用面罩吸氧,尽快使 $PaO_2 > 60\text{mmHg}$ 。

### (二) 急性呼吸衰竭

1. 概念 急性呼吸衰竭是指原呼吸功能正常,由于某种突发原因如创伤、溺水、气道阻塞、中枢神经病变抑制呼吸等,导致机体未能及时代偿,产生缺氧和二氧化碳潴留的急性呼吸衰竭。

与慢性呼衰不同的是,此型病人呼吸功能大多良好,若及时有效抢救,预后较好。但如诊断和治疗不及时,常可危及生命。

2. 治疗 治疗原则是保持呼吸道通畅,防止和缓解严重缺氧、二氧化碳潴留和酸中毒,积极治疗原发病如严重感染、药物中毒等。

注意及时使用高浓度(40%~50%)氧或纯氧以缓解缺氧。但要注意吸氧浓度和持续时间,以避免高浓度氧引起氧中毒。

### (三) 急性呼吸窘迫综合征(ARDS)

1. 概念 指遭受严重感染、创伤、休克等各种肺内外致病因素所引起的以肺泡毛细血管损伤为主要表现的临床综合征。

2. 病因和发病机制 ARDS的病因甚多,如严重休克、严重创伤、脂肪栓塞、严重感染(特别是革兰阴性杆菌败血症所致的感染)、吸入刺激性气体和胃内容物、氧中毒、溺水、大量输血、重症胰腺炎、药物或麻醉品中毒等。

发病机制主要为肺泡-毛细血管急性损伤,引起肺泡-毛细血管通透性增加和肺泡表面活性物质减少有关。

3. 临床表现 临床特点为急性、进行性呼吸频速、窘迫和难以纠正的低氧血症。早期无异常体征发现,中期两肺有湿啰音,晚期有肺实变体征。后期常合并多器官功能障碍。

#### 4. 诊断

(1)有引起ARDS的高危因素和原发病。

(2) 进行性呼吸窘迫,呼吸 $>28$ 次/分,一般氧疗难纠正。

(3) 胸部 X 线示两肺弥散性浸润阴影进行性扩大,融合成大片。

(4) 血气分析,  $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ , 氧合指数  $(\text{PaO}_2/\text{FiO}_2) \leq 200\text{mmHg}$  (ARDS 时),  $\leq 300\text{mmHg}$  (ALI 时), 肺毛细血管楔压 (PCWP)  $\leq 18\text{mmHg}$ 。

#### 5. 治疗

(1) 氧疗:常用高浓度( $>50\%$ )给氧,如吸氧后  $\text{PaO}_2$  仍 $<60\text{mmHg}$ ,应予机械通气。

(2) 机械通气:呼气末正压通气(PEEP)是抢救本病的重要措施。

(3) 糖皮质激素的应用:原则为早期、大量、短程。

(4) 消除肺水肿:控制入液量,使用利尿剂。ARDS 后期可输血浆白蛋白,以提高胶体渗透压。

(5) 其他:加强营养支持、原发病或诱因的治疗等。

## 八、肺炎

### (一) 概述

1. 概念 肺炎是由各种病因引起的肺实质炎症,如感染、理化因素、免疫损伤、过敏及药物因素等,其中以感染最常见。

#### 2. 分类

(1) 病因分类:感染性肺炎(细菌性肺炎、病毒性肺炎、支原体肺炎、真菌性肺炎等)和非感染性肺炎。

(2) 解剖分类:①大叶性(肺泡性)肺炎;②小叶性(支气管性)肺炎;③间质性肺炎。

(3) 感染来源分类:①社区获得性肺炎:指在医院外罹患的感染性肺炎(包括有明确潜伏期的病原体感染在入院后平均潜伏期内发病者);②医院获得性肺炎:指在入院时不存在,也不在感染的潜伏期内,是在入院 48h 后在医院内发生的肺炎。

3. 实验室及其他检查 细菌性肺炎血白细胞总数和中性粒细胞升高,重者有核左移或胞质内中毒颗粒。病毒性及真菌性肺炎多无明显变化。X 线检查可见呈段、叶分布的大片均匀高密度阴影,支气管气道征等。病原学检查可通过细菌培养(痰培养、血培养)、血清学检查、聚合酶链反应(PCR)等明确。

4. 治疗原则 针对致病菌选择敏感抗生素,重视对症与支持治疗,预防和处理并发症。

(二) 肺炎球菌肺炎 是临床最常见的肺炎。居社区获得性肺炎首位。

1. 临床表现 起病急,寒战、高热。咳嗽、咳痰,铁锈色痰是本病特征。胸痛,咳嗽或深呼吸时加剧。可有胃肠道症状。体征可见急性病容,口角和鼻周可出现单纯性疱疹,严重时可有发绀。出现肺实变体征时,患侧叩诊浊音、语颤增强,闻及管状呼吸音及干湿性啰音。消散期可闻及湿啰音。

并发症有感染性休克(中毒型肺炎或休克型肺炎)、渗出性胸膜炎、心肌炎等。

2. 治疗 青霉素 G 为首选,如对青霉素过敏可选用红霉素、林可霉素、氟喹诺酮类药物等。重症可联合用药或改用第一代或第二代头孢菌素,但头孢菌素与青霉素有交叉过敏,用前应作过敏试验。同时给予对症和各种支持治疗。通常预后良好,年老体弱及免疫功能低下者预后较差。



### (三) 葡萄球菌肺炎 由葡萄球菌所致急性化脓性肺部感染。

1. 临床表现 大多急性起病,寒战高热,呈弛张热。吸入性感染者有咳嗽、咳大量脓痰或脓血痰、胸痛、气促等表现,有肺实变体征、湿性啰音和胸膜摩擦音。血源性感染者全身中毒症状明显,可有烦躁、谵妄和昏迷。病重者可有休克、贫血和全身衰竭。

X线检查,原发吸入性感染有片状密度增高阴影;血源性感染可见双肺多发性小片云团状阴影,并在短期内出现空腔液平。

2. 治疗 选用敏感抗生素治疗。

### (四) 克雷白杆菌肺炎 由克雷白杆菌引起的急性肺部炎症。

1. 临床表现 起病急,寒战、高热、咳嗽、咳痰、痰量多、粘稠不易咳出。棕红色胶冻样痰为本病特征。体征可有急性病容、呼吸困难、发绀、肺实变征和湿啰音。病人多有基础疾病,一般情况较差。

X线摄片可见肺段、叶炎性实变,叶间隙弧形下坠,常有单个或多发性空腔或呈蜂窝状。

2. 治疗 首选氨基糖苷类抗生素或广谱抗生素或第二、三代头孢菌素。

### (五) 肺炎支原体肺炎 由肺炎支原体引起的肺部急性炎症。

1. 临床表现 起病缓慢,咳嗽为本病突出表现,常为阵发性刺激性呛咳,较顽固持久,无痰或少量粘液;体检大多肺部无明显异常体征,少数可闻及散在干湿啰音;可有咽部充血、颈部淋巴结肿大等。

2. 治疗 首选大环内酯类抗生素。亦可用四环素类抗生素。

## 九、肺 脓 肿

(一) 病因和发病机制 肺脓肿主要由细菌引起,多为厌氧菌或厌氧菌与需氧菌混合感染,少数为真菌等感染所致。

根据感染途径不同可分为吸入性、血源性、继发性三种类型;根据临床特点及病程长短不同可分为急性和慢性两种。

### (二) 临床表现

1. 症状 急性肺脓肿多有原发感染灶或手术、劳累、受凉等病史。起病急,畏寒高热,体温达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上,呈弛张热。重者有意识改变等中毒症状。同时有咳嗽、咳大量脓痰。厌氧菌感染时痰臭难闻。可有胸痛,呼吸困难。约有 $1/3$ 病人有不同程度的咯血。

慢性肺脓肿常有咳嗽、咳脓痰、反复发热和反复咯血、贫血、消瘦等。

2. 体征 早期肺部可无阳性体征;病变发展可出现肺实变体征;脓腔增大时可有空瓮音;病变累及胸膜可闻及胸膜摩擦音或呈现胸腔积液体征。慢性肺脓肿常有杵状指(趾)。

(三) 诊断 急性发作的畏寒、高热、咳嗽和咳大量脓臭痰等临床表现,结合白细胞总数及中性粒细胞增高,典型的X线表现(大片状浓密阴影、内有空洞及液平面),可作出诊断。

(四) 治疗 抗感染和痰液引流是本病的关键性治疗。体位引流注意事项同支气管扩张。必要时考虑手术治疗。



## 十、肺 结 核

**(一) 传染途径** 主要通过呼吸道传染。排菌的病人是主要的传染源。其次是经消化道感染,以及其他途径。

**(二) 肺结核的临床类型** 根据 1998 年中华医学会结核分会制定的新分类法,分为:

1. 原发型肺结核(I型) 是初次感染。原发病灶、肺门淋巴结炎和连接二者的淋巴管炎,统称为原发综合征。

2. 血行播散型肺结核(II型) 有急性、亚急性和慢性血行播散型三种。

3. 继发型肺结核(III型) 包括浸润型肺结核与慢性纤维空洞型肺结核。

4. 结核性胸膜炎(IV型) 可分为结核性干性胸膜炎、结核性渗出性胸膜炎和结核性脓胸三种类型。

5. 其他肺外结核(V型) 按部位及脏器命名,如骨结核、肾结核、肠结核、结核性脑膜炎等。

**(三) 临床表现**

1. 全身症状 主要表现为结核毒血症状。如消瘦、午后潮热和盗汗等。妇女可出现月经失调或闭经、结节性红斑等。如肺部病灶急剧进展、播散、合并感染时可有不规则高热。

2. 呼吸系统症状 多为干咳、咯血、胸痛、呼吸困难等。大量胸腔积液时,患侧胸廓饱满,叩诊浊音,语颤减弱或消失,气管向健侧移位。病变广泛纤维化或胸膜增厚粘连时,患侧胸廓下陷,肋间隙变窄,气管偏向患侧,叩诊浊音,健侧有代偿性肺气肿。

3. 实验室及其他检查

(1) 结核分枝杆菌检查:痰中查出结核分枝杆菌是诊断肺结核的最特异、最可靠的依据。

(2) 影像学检查:常见 X 线表现有渗出性病灶、纤维钙化硬结病灶、干酪性病灶和空洞。

(3) 结核菌素(结素)试验:掌握结素试验的注射剂量、方法、部位、观察时间、结果判断、阳性与阴性的临床意义。

**(四) 诊断**

1. 依据 明确的结核接触史;典型的临床表现;胸部 X 线检查有相应病灶及痰结核菌检查阳性(是最可靠依据)。

2. 诊断记录程序 按四部分记录。分别为肺结核类型、病变范围和空洞部位、痰菌检查(包括方法和结果)、活动性及转归(分进展、好转和稳定三期)。

**(五) 治疗**

1. 抗结核化学药物治疗法 是治疗的主要手段。化疗原则为早期、适量、联用、全程和规律。掌握几种主要的抗结核药物的名称、成人剂量、用法和主要不良反应。

2. 对症治疗

(1) 毒血症状:在使用有效抗结核药物基础上应用糖皮质激素。

(2) 咯血:安静休息,患侧卧位。小剂量镇静剂、镇咳药,也可使用垂体后叶素和其他的止血药物如 6-氨基己酸、卡巴克络(安络血)等。抢救大咯血时,注意保持呼吸道通畅,



防止窒息尤其重要。

### 3. 手术治疗

## 十一、自发性气胸

**(一) 临床表现** 典型的表现是患侧突发性胸痛、刺激性干咳、呼吸困难。严重者烦躁不安、出汗、发绀、脉细速,甚至休克。体检患侧胸廓饱满,呼吸运动减弱,气管向健侧移位,肋间隙增宽,叩诊鼓音,语颤及呼吸音减弱或消失。右侧气胸时肝浊音界下降,左侧气胸时心浊音界叩诊不清。如为液气胸,可有积液体征。

并发症有液气胸、脓气胸、血气胸、纵隔气胸、支气管胸膜瘘等。

### (二) 辅助检查

1. X线检查 气胸部位透亮度增高,无肺纹理。肺被压向纵隔,呈凸面向外的密度增高阴影,肺边缘可见气胸线。纵隔向健侧移位,横膈下降。如有积液则可见肋膈角变钝、液平面。如纵隔旁出现透光带则提示纵隔气肿。

2. 胸腔内压测定 胸内负压减少或呈正压,根据测压情况将气胸分为三类:分为闭合性(单纯性)、交通性(开放性)、张力性(高压性)。

**(三) 诊断** 突发性胸痛、刺激性干咳、呼吸困难等症状及气胸体征,结合X线检查有气胸征象,即可以确诊。

### (四) 治疗

1. 排气治疗 根据不同类型选择气胸箱抽气、胸腔插管水封瓶闭式引流或负压连续吸引、紧急排气等方法。

2. 吸氧 经鼻导管或面罩吸入40%以下的氧。

3. 其他 治疗原发病及对症治疗、胸膜粘连术、手术治疗等。

## 十二、间质性肺疾病(ILD)

**(一) 概述** 本病是一组疾病群。病变主要侵犯肺间质组织。随病情进展而呈现间质纤维化,最终肺泡结构破坏变形与纤维组织增生,形成多囊状蜂窝肺的病理改变。

**(二) 特发性肺纤维化(IPF)** 指病因未明的发生在肺部的弥漫性肺间质纤维化。是原发性ILD中最常见的一种。病变局限在肺内,预后差。临床分为急性型和慢性型。前者极少见,多为慢性型。

1. 临床表现 以隐袭性进行性呼吸困难和缺氧为特点。肺底可闻及吸气相Velcro's音(吸气爆裂音),似尼龙带拉开声音。主要并发症有肺部感染、慢性肺心病、呼吸衰竭。

2. 治疗 首选糖皮质激素。如为老年病人、杵状指、低氧血症、胸片示广泛纤维化和蜂窝肺者,则不推荐用激素。当激素无效或不能耐受者可选用免疫抑制剂。注意对症、酌情吸氧、加强支持疗法等。

## 十三、原发性支气管肺癌(肺癌)

**(一) 分类** 解剖学分类可分为中央型肺癌和周围型肺癌;组织学分类可分为小细胞肺癌(SCLC)和非小细胞肺癌(NSCLC)两类,后者包括鳞状上皮细胞癌、腺癌及大细胞癌。



## (二) 临床表现

1. 呼吸系统和全身表现 如咳嗽,尤其是刺激性干咳;咯血、喘鸣、胸闷、气急、发热、消瘦等。

2. 肿瘤扩展和转移引起的表现 如胸痛、吞咽困难、声音嘶哑、上腔静脉阻塞综合征、Horner 综合征;头痛、黄疸、骨痛。以及异位内分泌综合征、神经肌肉综合征等。

## (四) 临床分期 目前均使用国际抗癌联盟制订的 TNM 分期法。

T 表示原发肿瘤。T<sub>0</sub>:无原发肿瘤证据,T 右下角数字表示原发肿瘤大小和/或是否侵犯胸膜、支气管。数字越大,病期越晚。

N 表示区域淋巴结。N<sub>0</sub>:未发现局部淋巴结侵犯,N<sub>3</sub>:表示肿瘤转移到对侧纵隔、肺门或同侧锁骨上淋巴结等处。

M 表示远处转移。M<sub>0</sub>:未发现远处转移;M<sub>1</sub>:已有远处转移。

(五) 辅助检查 通常行胸部 X 线,必要时行 CT、MRI 等检查;非小细胞肺癌的痰脱落细胞学检查阳性率高;纤维支气管镜检查是目前诊断肺癌的重要方法;其他有如淋巴结活检、胸水癌细胞检查等。

(六) 治疗 综合治疗是肿瘤治疗的发展趋势,肺癌的综合治疗方式是非小细胞肺癌首选手术,辅以化疗和放疗;小细胞癌多选用化疗加放疗加手术。

## 十四、睡眠呼吸暂停综合征(SAS)

(一) 概念 是一种常见的睡眠呼吸障碍疾患。主要特征是睡眠过程中反复出现呼吸暂停现象,引起体内缺氧进而损害多种器官,最终导致心脑血管疾病。

### (二) 分类 分三大类:

1. 阻塞型睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)是最常见的一类。系解剖学因素或功能性因素使得呼吸道过窄所致。此时口腔与鼻无气流通过,但胸腹式呼吸仍然存在。

2. 中枢型睡眠呼吸暂停综合征(CSAS)是由于脑部未能有效地把呼吸讯号传送到有关的器官及组织,导致呼吸暂停。此时口腔与鼻气流与胸腹式呼吸运动同时暂停。

3. 混合型睡眠呼吸暂停综合征(MSAS)是在一次呼吸暂停的过程中,开始为中枢性呼吸暂停,而后出现阻塞性呼吸暂停。

### (三) 阻塞型睡眠呼吸暂停综合征

1. 临床表现 最常见的症状是睡眠过程中反复出现持续时间超过 10s 的口鼻气流中断。

2. 诊断 目前认同的诊断标准是:在每晚 7h 睡眠中,超过 10s 呼吸暂停现象反复出现 30 次以上,或睡眠呼吸紊乱指数(the respiratory disturbance index, RDI)即睡眠呼吸暂停+低通气指数(the apnea/hypopnea index, AHI,即平均每小时睡眠中的呼吸暂停+低通气次数)等于或大于 5 者。

低通气是指呼吸气流强度降低值超过正常呼吸气流强度值的 50%以上,并伴有动脉血氧饱和度较基础水平下降 $\geq 4\%$ 。

3. 治疗 戒烟、戒酒;睡眠姿势取侧卧位;减肥治疗等,必要时可行气道正压通气。手术治疗和口腔内矫治器也可考虑。