

医学课程学习纲要与强化训练

# 内科学学习指导

刘世明 主编



科学出版社

www.sciencep.com

医学课程学习纲要与强化训练

# 内科学学习指导

主 编 刘世明  
副主编 杨 凌 阎胜利 赵铭山  
编 委 (按姓氏汉语拼音排序)  
曹 梅 广州医学院第二附属医院  
陈飞鹏 广州医学院第二附属医院  
陈晓辉 广州医学院第一附属医院  
范亚平 南通大学附属医院  
韩学文 滨州医学院

科学出版社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

### 内 容 简 介

本书为“医学课程学习纲要与强化训练”系列教材之一,是《内科学》(案例版)的配套教材,旨在帮助理解和学好内科学。内容包括内科常见疾病的目的要求、学习纲要、英汉名词对照、强化训练及强化训练参考答案等,着重介绍内科学需要掌握的知识点。

本书适合临床医学及相关专业本科生、临床医学七年制学生及住院医师学习使用,对报考医学专业研究生及参加卫生部执业医师资格考试也具有重要的参考价值,可供临床医学研究生及承担临床教学任务的教师参考。

### 图书在版编目(CIP)数据

内科学学习指导 / 刘世明主编. —北京:科学出版社,2010.7

(医学课程学习纲要与强化训练)

ISBN 978-7-03-028144-9

I. 内… II. 刘… 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(2010)第 121066 号

策划编辑:李国红 / 责任编辑:许贵强 李国红 / 责任校对:宋玲玲

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

铭浩彩色印装有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2010年7月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2010年7月第一次印刷 印张:22

印数:1—4 000 字数:715 000

定价:39.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

## 目 录

第 1 章	肺部感染性疾病	(1)
第 2 章	支气管扩张	(11)
第 3 章	肺结核	(14)
第 4 章	慢性阻塞性肺疾病	(20)
第 5 章	支气管哮喘	(25)
第 6 章	肺血栓栓塞症	(30)
第 7 章	肺源性心脏病	(34)
第 8 章	胸膜疾病	(39)
第 9 章	原发性支气管肺癌	(44)
第 10 章	睡眠呼吸暂停综合征	(48)
第 11 章	呼吸衰竭	(49)
第 12 章	心力衰竭	(53)
第 13 章	心律失常	(61)
第 14 章	心脏骤停与心脏性猝死	(74)
第 15 章	原发性高血压	(80)
第 16 章	动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病	(91)
第 17 章	心脏瓣膜病	(102)
第 18 章	感染性心内膜炎	(111)
第 19 章	心肌疾病	(116)
第 20 章	心包疾病	(122)
第 21 章	胃食管反流病	(126)
第 22 章	食管癌	(130)
第 23 章	胃炎	(131)
第 24 章	消化性溃疡	(134)
第 25 章	胃癌	(138)
第 26 章	肠结核和结核性腹膜炎	(141)
第 27 章	炎症性肠病	(146)
第 28 章	功能性胃肠病	(151)
第 29 章	自身免疫性肝病	(154)
第 30 章	肝硬化	(157)
第 31 章	原发性肝癌	(164)
第 32 章	肝性脑病	(167)
第 33 章	急性胰腺炎	(171)
第 34 章	消化道出血	(175)
第 35 章	肾小球疾病概述	(179)
第 36 章	肾小球肾炎	(182)
第 37 章	肾病综合征	(187)

第 38 章	IgA 肾病	(192)
第 39 章	间质性肾炎	(194)
第 40 章	尿路感染	(196)
第 41 章	肾血管疾病	(201)
第 42 章	急性肾衰竭	(203)
第 43 章	慢性肾衰竭	(207)
第 44 章	贫血概述	(212)
第 45 章	缺铁性贫血	(215)
第 46 章	再生障碍性贫血	(219)
第 47 章	溶血性贫血	(224)
第 48 章	粒细胞减少和粒细胞缺乏症	(232)
第 49 章	骨髓增生异常综合征	(236)
第 50 章	白血病	(240)
第 51 章	淋巴瘤	(247)
第 52 章	出血性疾病概述	(251)
第 53 章	血小板减少性紫癜	(254)
第 54 章	弥散性血管内凝血	(257)
第 55 章	垂体瘤	(260)
第 56 章	腺垂体功能减退症	(262)
第 57 章	肢端肥大症与巨人症	(265)
第 58 章	尿崩症	(268)
第 59 章	抗利尿激素不适当分泌综合征	(270)
第 60 章	甲状腺功能亢进症	(272)
第 61 章	甲状腺炎	(277)
第 62 章	Cushing 综合征	(280)
第 63 章	原发性醛固酮增多症	(283)
第 64 章	嗜铬细胞瘤	(285)
第 65 章	糖尿病	(287)
第 66 章	肥胖症	(293)
第 67 章	痛风	(294)
第 68 章	类风湿关节炎	(296)
第 69 章	系统性红斑狼疮	(300)
第 70 章	血清阴性脊柱关节病	(305)
第 71 章	血管炎病	(308)
第 72 章	中毒	(314)
附录		(322)

# 第1章 肺部感染性疾病

## 目的要求

**掌握** 肺炎的分类方法及肺炎球菌肺炎的发病机制、临床表现、实验室和其他检查、诊断与鉴别诊断、治疗。

**熟悉** 葡萄球菌肺炎、克雷伯杆菌肺炎、肺炎支原体肺炎的临床表现、诊断、治疗；肺脓肿的发病机制、临床表现、诊断和治疗原则。

**了解** 其他病原体所致肺炎的临床特点、实验室检查和影像学特征性改变及治疗原则。

## 学习纲要

### (一) 肺炎

1. 概念 指终末气道、肺泡和肺间质的炎症,由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。

#### 2. 分类

(1) 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。

(2) 病因分类:①细菌性肺炎;②非典型病原体所致肺炎;③病毒性肺炎;④真菌性肺炎;⑤其他病原体所致肺炎;⑥理化因素所致肺炎。

(3) 患病环境分类:社区获得性肺炎及医院获得性肺炎。CAP是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎,主要致病菌为肺炎球菌。HAP亦称医院内肺炎,是指患者入院时不存在、也不处于潜伏期,而于入院48小时后在医院内发生的肺炎,主要致病菌为革兰阴性杆菌。

### (二) 细菌性肺炎

1. 肺炎链球菌肺炎 肺炎链球菌肺炎是由肺炎链球菌引起的急性肺部炎症,为院外感染的细菌性肺炎中最常见的一种。

(1) 临床表现:①症状:起病急,先有寒战,继之高热,可达39~40℃,多呈稽留热。数小时内即有明显呼吸道症状,早期为干咳,渐有少量黏痰或脓性黏痰,典型者咳铁锈色痰。累及胸膜,可导致胸痛。②体征:早期没有明显异常体征。急性病容,呼吸急促及肺实变体征和湿啰音,累及胸膜时可听到胸膜摩擦音,或有胸腔积液。严重感染可发生周围循环衰竭,甚至起病时即表现休克。

(2) 实验室检查:白细胞总数增多及中性粒细胞核左移,可见中毒性颗粒,白细胞总数减少者预后差。痰涂片可见革兰阳性成对的球菌,在白细胞内者对诊断意义较大,培养可确定菌属。

(3) 胸部X线检查:早期仅见纹理增多或淡薄、均匀阴影。典型者为大叶性、肺段或亚肺段分布的均匀密度增高阴影。

(4) 诊断与鉴别诊断:诊断:①突然起病、高热寒战、胸痛、咳嗽,咳铁锈色痰;②典型肺实变体征;③胸部X线显示按肺叶或肺段分布的大片均匀致密影;④血白细胞计数增高,中性粒细胞百分比增加,核左移。此外,痰涂片及培养有助于病因诊断。

鉴别诊断:肺结核、肺癌、急性肺脓肿、肺栓塞等。

#### (5) 治疗:

1) 一般治疗:卧床休息,进食易消化饮食,补充足够热量和蛋白质。高热患者宜用物理降温,必要时可用退热剂。缺氧者给予吸氧。

2) 抗生素的应用:一经诊断,经痰涂片初筛选,不必等待细菌培养结果,可用抗生素治疗。青霉素G仍是治疗肺炎球菌肺炎首选药。对青霉素过敏者可用红霉素,也可用林可霉素或克林霉素。重症者还可用头孢菌素或万古霉素加三代头孢菌素。

3) 并发感染性休克的处理:①补充血容量;②血管活性药物的应用,如多巴胺、间羟胺、去甲肾上腺素、山莨菪碱等;③控制感染;④对病情严重、中毒症状明显或经上述处理血压仍不回升时,在应用强有力抗生素前提下,可给予氢化可的松或地塞米松,病情好转迅速停药;⑤纠正水、电解质和酸碱失衡;⑥处理并发症,防止多器官功能衰竭。

2. 葡萄球菌肺炎 主要由金黄色葡萄球菌引起,病情严重,病死率高。金葡菌肺炎分原发(吸入)性与继发(血源)性两类。主要病理变化为化脓性炎症。

(1) 临床特点:①与肺炎链球菌肺炎相似,但起病更急,全身中毒症状更重,持续时间更长,咳粉红色乳样或脓性痰;常有末梢循环衰竭、休克表现。②肺部体征较少,可有呼吸音降低和湿啰音。③血中性粒细胞明显增加,核左移,有中毒颗粒;痰涂片、培养及血培养(血源性)有助于确诊。④胸片示,原发性感染者早期呈大片絮状、浓淡不匀的阴影,可呈节段或大叶分布,也可呈小叶样浸润,病变短期内变化很大,出现

空洞或蜂窝状透亮区或在阴影周围出现大小不等气肿大泡。血源性感染者多呈两肺多发斑片状或团块状阴影及多发性小的液体空洞。

#### (2) 治疗:

1) 抗生素的应用:应选用耐  $\beta$ -内酰胺酶的半合成青霉素,对青霉素过敏者可选用红霉素或克林霉素、氨基糖苷类、氟喹诺酮类抗生素。MRSA 及 MR-SCN 引起的肺炎则宜选用万古霉素。

2) 并发症的治疗。

3) 对症支持治疗。

**3. 肺炎克雷伯菌肺炎** 肺炎克雷伯杆菌又称肺炎杆菌,是引起肺炎最多的革兰阴性杆菌。肺炎杆菌为条件致病菌,机体免疫功能下降为易感因素。

(1) 临床特点:①主要临床表现为寒战、发热、咳嗽、咳痰、呼吸困难等。早期全身衰竭较常见。咳血液和黏液混合成砖红色痰为其特征,但较少见。也可咳铁锈色痰或痰带血丝,或伴明显咯血。②体检:呼吸困难甚至发绀,严重者可有全身衰竭、休克、黄疸。肺部检查可于相应部位发现实变体征,触觉语颤和语音传导增强,可有支气管样或支气管肺泡呼吸音,湿啰音常见。③实验室检查有白细胞和中性粒细胞增多,核左移。痰培养可有肺炎杆菌生长。④X 线表现包括大叶实变、小叶浸润和脓肿形成。

#### (2) 治疗:

1) 抗生素治疗:可选用第一、第二和第三代头孢菌素、广谱青霉素、氨基糖苷类抗生素、氟喹诺酮类及其他如亚胺培南和氨曲南等。对重症感染可采用  $\beta$ -内酰胺类抗生素与氨基糖苷类联合使用。

2) 对症支持治疗。

**4. 肺炎支原体肺炎** 是由肺炎支原体所引起的呼吸道和肺部的急性炎症改变。支原体肺炎的基本病理变化是一种化脓性细支气管炎,继而发生支气管肺炎或间质性肺炎。肺炎支原体感染可同时合并呼吸道病毒感染或细菌感染。

(1) 临床特点:起病缓慢,发病初可见感冒症状,如乏力、头痛、咽痛、鼻塞、流涕、畏寒、发热、肌肉酸痛、食欲下降、恶心呕吐等。2~3 天后出现明显咳嗽,咳少量黏痰或黏液脓性痰,有时痰中带血。多有咽部充血,少数有鼻窦炎、眼结合膜炎体征,颈淋巴结可肿大。病变广泛患者可见发绀。25% 患者可出现斑丘疹、红斑或口唇疱疹。约半数患者吸气末可闻及干性或湿啰音。少数呈肺实变体征。可并发自身免疫性溶血性贫血、雷诺现象、血小板减少性紫癜和弥散性血管内凝血及一系列其他器官的炎症。

(2) X 线检查:明显异常的肺部 X 线表现与相对较轻的症状及肺部体征不成比例,且肺部病变 X 线表现多样化。早期为间质性肺炎,见肺纹理增加及模糊

阴影,近肺门较深。多在下叶,约半数单叶或单肺段分布。

(3) 实验室检查:血清学检查是诊断肺炎支原体感染最好的方法。约半数患者红细胞凝集试验阳性,滴定效价在 1:32 以上,恢复期效价 4 倍增加的意义大。血清支原体 IgM 抗体测定可确诊。核酸杂交技术和聚合酶链反应技术可直接检测痰、咽拭子,或支气管分泌物中肺炎支原体特异性核酸,用于肺炎支原体的诊断,可达到早期、快速的要求。白细胞多正常,少数可超过  $10.0 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞轻度增多,血沉增速。偶尔有肝脏转氨酶增高。心电图异常时,提示心包炎或心肌炎。应与病毒性肺炎、军团菌肺炎等鉴别。

#### (4) 治疗:

1) 抗生素治疗:首选大环内酯类抗生素。氟喹诺酮类、四环素类也用于治疗。

2) 对症治疗及并发症治疗:对全身中毒症状明显及有肺部并发症的病例,早期短程给予糖皮质激素可迅速改善临床症状、缩短疗程。

### (三) 病毒性肺炎

病毒性肺炎是由多种不同种类的病毒侵犯肺实质而引起的肺部炎症,通常由上呼吸道感染向下蔓延所致,常伴气管-支气管炎。以呼吸道合胞病毒(RSV)、流行性感冒病毒和腺病毒为常见。

(1) 临床表现:①症状:常有上呼吸道感染的前驱症状如咽干、咽痛,继之喷嚏、鼻塞、流涕、头痛、乏力、发热、食欲减退以及全身酸痛等。病变进一步发展累及肺实质发生肺炎,则表现为咳嗽,多呈阵发性干咳、气急、胸痛,持续高热,可咳少量白色黏液痰。部分患者可并发细菌性肺炎。小儿与老人易发展为重症肺炎。②体征:病毒性肺炎胸部体征不明显或无阳性体征。其临床症状较重,而肺部体征较少或出现较迟为其特征。

(2) 实验室检查:①实验室检查:白细胞计数一般正常,亦有稍高或偏低,血沉大多正常。继发细菌感染时白细胞总数和中性粒细胞均增多。痰涂片可见白细胞,以单核细胞为主,痰培养常无致病菌生长。痰白细胞核内出现包涵体,则提示病毒感染。病毒分离、双份血清病毒抗体滴度测定和特异性诊断技术如免疫荧光法、聚合酶链反应等都有助于病原学诊断。②胸部 X 线检查:主要为间质性肺炎的改变,两肺呈网格状阴影,肺纹理增粗、模糊。严重者两肺中下野可见弥漫性结节性浸润。X 线表现一般在 2 周后逐渐消退。

(3) 治疗:①对症治疗,原则上不用抗生素预防感染。一旦明确合并细菌感染,选用敏感抗生素治

疗。②抗病毒治疗:利巴韦林、阿昔洛韦、阿糖腺苷、更昔洛韦等。

#### (四) 肺部真菌病

肺部真菌病为临床最常见的深部真菌病。临床表现无特异性,诊断须综合考虑宿主因素、临床特征、微生物学检查及组织学检查资料,最可靠的检查是病理学检查。

**1. 肺念珠菌病** 是由白色念珠菌或其他念珠菌所引起的急性、亚急性或慢性肺炎。本病多继发于慢性呼吸道炎症、结核、肺癌和存在免疫功能低下疾病的基础上,原发者少见。

(1) 临床表现:有诱发本病的原因,如广谱抗生素、激素、免疫抑制剂和体内放置的导管等。

1) 支气管炎型:类似慢性支气管炎症状。咳嗽,咳白色黏液性痰,有时呈乳白色,偶有痰中带血丝,多不发热。X线显示两肺中下野纹理增粗。

2) 肺炎型:类似急性肺炎,发热、畏寒,咳白色黏液痰,有酵臭味,可呈胶冻状,有时咯血、气急。X线显示支气管肺炎阴影,两肺中下野有弥漫点状或小片状阴影,也可病变融合成大片状肺炎阴影,时有变化起伏,还可有多发性脓肿。

(2) 实验室检查:因正常人痰中有念珠菌,诊断本病要求连续3次以上痰培养有念珠菌生长,涂片可见菌丝。

(3) 治疗:轻症在消除诱因后(如停广谱抗生素、激素、免疫抑制剂等),常能自行好转。重症则需用抗真菌药物治疗,如两性霉素B、氟胞嘧啶、氟康唑、酮康唑、咪康唑。

**2. 肺曲霉病** 主要是由烟曲霉引起,该菌常寄生在上呼吸道,只有在慢性病患者机体免疫力降低时才能致病。临床上将本病分为曲霉球、变态反应性支气管肺曲霉病和侵入性肺曲霉病等3种类型。

(1) 临床表现:在原发性或继发性免疫功能低下的基础上,特别是有中性粒细胞减低,在接受抗生素治疗的同时仍有发热迁延不愈的患者,应高度警惕本病的可能。

1) 曲霉球:曲霉寄生在肺部慢性疾病所伴有的空腔内,如肺囊肿、支气管扩张、肺结核空洞中。患者无明显全身症状,但有反复咳嗽和咯血。X线见在原有的慢性空洞中有一团球影,随体位改变而在空腔内移动。

2) 变态反应性支气管肺曲霉病:对曲霉过敏者吸入大量孢子后,阻塞小支气管,引起短暂性肺不张,也可引起远端肺部出现反复游走性浸润。患者畏寒、发热、乏力、有刺激性咳嗽,咳棕黄色浓痰,有时带血。痰中有大量嗜酸细胞和曲霉丝。烟曲霉培养阳性,周

围嗜嗜酸细胞增多。X线见短暂性实变或肺不张。CT见戒指征、轨道征。

3) 侵入性肺曲霉病:最常见。发热、咳嗽、咳脓性痰、胸痛、咯血和呼吸困难,并有播散至其他器官引起的相应症状和体征。X线早期为浸润或结节状阴影,常融合成实变或坏死形成空洞,少数有胸腔积液。CT见晕轮征、新月征。

(2) 诊断:确诊有赖于培养和组织学检查。血清沉淀试验(存在IgG抗体,Ⅲ型变态反应)或琼脂扩散试验对本病诊断也有帮助。

(3) 曲霉球一般对抗真菌药物治疗无效,应争取手术治疗。变态反应性支气管肺曲霉病,糖皮质激素是治疗本病最有效的药物,可抑制变态反应,减少痰液,使支气管管腔不利于曲霉种植,联合应用两性霉素B,雾化吸入治疗效果较好。侵入性肺曲霉病主要采用抗真菌药物治疗。两性霉素B为首选药。对顽固性或复发性、侵入性肺曲霉病者,若病灶局限,可做部分肺切除。

**3. 肺隐球菌病** 是由新型隐球菌引起的亚急性或慢性内脏真菌病。感染途径可能有吸入空气中的新型隐球菌孢子,鸽粪中的病菌是人类隐球菌病的重要来源,孢子被吸入后停留在肺部造成肺部感染。人的免疫功能低下为其发病的重要原因。可经血行播散至全身,倾向于累及中枢神经系统,以隐球菌脑膜炎最常见。

(1) 临床表现:原发性肺部感染一般症状较轻,约有1/3病例无症状。初发常有上呼吸道感染症状,进而出现低热、咳嗽、咳黏液痰。偶有咯血和胸膜炎症。X线胸片显示肺纹理增加或结节状阴影,偶有空洞形成。急性间质性炎症可表现为弥漫性浸润或粟粒样病灶。

(2) 实验室检查:痰涂片墨汁染色或培养发现隐球菌可提示诊断。可行肿大淋巴结组织活检。

(3) 治疗:常用的药物主要是两性霉素B和氟胞嘧啶,两者有协同作用。也可使用氟康唑。

#### (五) 肺脓肿

肺脓肿(lung abscess)是肺组织化脓性病变,早期为化脓性肺炎,继而坏死、液化、脓肿形成。临床上以高热、咳嗽、咳大量脓臭痰,X线显示一个或数个含气液平的空洞为特征。

**1. 病原体** 肺脓肿绝大多数是内源性感染,主要由吸入口咽部菌群所致。厌氧菌是肺脓肿最常见的病原体。血源性肺脓肿中病原菌以金葡菌最为常见。

##### 2. 发病机制与病理

(1) 吸入性肺脓肿:口鼻咽腔寄居菌经口咽吸入,是急性肺脓肿的最主要原因。本型常为单发性,



吸入性分泌物易进入右肺。

(2) 血源性肺脓肿:各种感染导致的菌血症,病原菌脓毒栓子,经循环至肺,引起小血管栓塞,进而肺组织炎症、坏死,形成脓肿。此型病变常为多发性,叶段分布无一定,但常发生于两肺的边缘部,中小脓肿为多。病原菌多为金黄色葡萄球菌。

(3) 继发性肺脓肿:继发于其他肺部疾病。空洞型结核、支气管扩张、支气管囊肿和支气管肺癌等继发感染,可引起肺脓肿。肺部邻近器官化脓性病变穿破至肺亦可形成脓肿。

### 3. 临床表现

(1) 症状:急性吸入性肺脓肿起病急骤,畏寒、发热,伴咳嗽、咳黏痰或黏液脓性痰。炎症波及壁层胸膜可引起胸痛。病变范围较大者可出现气促。约7~10天后,咳出大量脓臭痰,有时痰中带血或中等量咯血。慢性肺脓肿患者可有慢性咳嗽、咳脓痰、反复咯血,继发感染和不规则发热等,常有贫血、消瘦等消耗症状。血源性肺脓肿多先有原发病灶引起感染中毒症状。经数日或数周后才出现咳嗽、咳痰,痰量不多,极少咯血。

(2) 体征:胸部局部叩诊浊音,呼吸音减低,湿啰音或胸膜摩擦音;即使有空洞形成,亦很少有典型的空洞体征。并发胸膜渗液时有胸腔积液的体征。慢性肺脓肿有杵状指(趾)。

### 4. 实验室检查和辅助检查

(1) 外周血白细胞计数及中性粒细胞比例均显著增加。慢性肺脓肿患者的白细胞无明显改变,但可有轻度贫血,血沉加快。

(2) 病原学检查:痰培养(需氧及厌氧)。怀疑血源性肺脓肿者血培养。

(3) 影像学检查:肺脓肿的X线表现根据类型、病期、支气管的引流是否通畅以及有无胸膜并发症而有所不同。吸入性肺脓肿在早期与细菌性肺炎相似。脓肿形成后,大片浓密炎性阴影中出现圆形或不规则透亮区及液平面。慢性肺脓肿脓腔壁增厚,内壁不规则,伴纤维组织显著增生,并有程度不等的肺叶收缩,胸膜增厚。血源性肺脓肿在一肺或两肺边缘部见多发的、散在的小片状炎症阴影,或呈边缘较整齐的球形病灶,其中可见脓腔及平面或液化灶。

(4) 纤维支气管镜检查:可明确有无支气管腔阻塞,及时发现病因或解除阻塞恢复引流。

### 5. 诊断与鉴别诊断

(1) 诊断:对有口腔手术、昏迷呕吐或异物吸入史,突发畏寒、高热、咳嗽和咳大量脓臭痰的患者,其血白细胞总数及中性粒细胞显著增高,X线示浓密的炎性阴影中有空洞、气液平面,可作出诊断。有皮肤创伤感染、疔、痈等化脓性病灶,或静脉吸毒者,出现高热不退、咳嗽、咳痰等症状,X线胸片示两肺多发性

肺脓肿者,可诊断为血源性肺脓肿。痰、血培养,包括厌氧菌培养以及抗菌药物敏感试验,对确定病因诊断、抗菌药物的选用有重要价值。

(2) 鉴别诊断:细菌性肺炎、空洞型肺结核、支气管肺癌、支气管肺炎继发感染、Wegener肉芽肿等。

**6. 治疗** 治疗的原则是选择敏感药物抗炎和采取适当方法进行脓液引流。

(1) 抗菌药物治疗:可选用青霉素、克林霉素和甲硝唑。脆弱拟杆菌和产黑色素拟杆菌给予林可霉素或克林霉素治疗,总疗程8~10周,或直至临床症状完全消失,X线显示脓腔及炎性病变完全消散,仅残留纤维条索状阴影为止。

血源性肺脓肿可选用耐酶青霉素或第一代头孢菌素治疗,若过敏或不能耐受者可改为克林霉素或万古霉素,对MRSA则需用万古霉素。

(2) 痰液引流:体位引流,有明显痰液阻塞征象者可经纤支镜冲洗吸引。

(3) 外科治疗。适应证为:①肺脓肿病程超过3个月,经内科治疗脓腔不缩小,或脓腔过大(5cm以上)估计不易闭合者;②大咯血经内科治疗无效或危及生命;③伴有支气管胸膜瘘或脓胸经抽吸和冲洗疗效不佳者;④支气管阻塞限制了气道引流,如肺癌。

## 英汉名词对照

1. community acquired pneumonia, CAP: 社区获得性肺炎
2. hospital acquired pneumonia, HAP: 医院获得性肺炎
3. mycoplasmal pneumonia: 支原体肺炎
4. viral pneumonia: 病毒性肺炎
5. severe acute respiratory syndrome, SARS: 严重急性呼吸综合征
6. lung abscess: 肺脓肿

## 强化训练

### (一) 名词解释

1. 肺炎
2. community acquired pneumonia
3. hospital acquired pneumonia
4. 血源性肺脓肿
5. SARS

### (二) 选择题

#### 【A1型题】

1. 关于肺炎链球菌肺炎的致病菌,那一项是正确的( )
  - A. 非上呼吸道正常菌群
  - B. 易发生感染性休克
  - C. 易产生耐药

- D. 起病急,多呈稽留热  
E. 易累及胸膜出现胸痛
2. 下列哪项对诊断肺炎链球菌肺炎最有价值( )  
A. 肺实变体征  
B. X线肺部大片阴影,呈肺叶或肺段分布  
C. 白细胞总数及中性粒细胞数增高  
D. 痰检出革兰染色阳性双球菌  
E. 肺部湿啰音
3. 关于肺炎链球菌肺炎,下列哪项描述是正确的( )  
A. 多发生于老年体弱或免疫功能低下者  
B. 以急起寒战、高热、咳嗽、咳铁锈色痰为特征  
C. X线胸片为斑片状阴影  
D. 血白细胞增加,分类以中性粒细胞略增加  
E. 治疗以喹诺酮类药物为首选
4. 关于肺炎球菌肺炎,下列哪项错误( )  
A. 可表现为大叶性肺炎  
B. 一般不引起肺组织坏死或形成空洞  
C. 治疗首选青霉素 G  
D. 肺炎消散后,多留有纤维瘢痕  
E. 少数患者可并发脓胸
5. 下列哪一项不符合支原体肺炎的临床特点( )  
A. 常于秋冬季发病  
B. 起病缓、乏力、咽痛、咳嗽、发热  
C. X线肺部检查多轻微改变  
D. 并发结膜炎、心肌炎  
E. 肺炎支原体 IgG 效价上升
6. 下列最不符合严重急性呼吸综合征表现的是( )  
A. 体温常大于 38℃      B. 有接触传染史  
C. X线肺有实变影      D. 血白细胞常增高  
E. 严重者易发生 ARDS
7. 在细菌性肺炎与肺结核的鉴别中,下列哪一项最有意义( )  
A. 有无发热病史      B. 白细胞总数和分类  
C. 痰细菌学检查      D. X线病灶阴影的部位与密度  
E. 血沉和 PPD 试验
8. 医院内获得性肺炎中,最常见的致病菌是( )  
A. 肺炎球菌      B. 革兰阴性杆菌  
C. 葡萄球菌      D. 厌氧菌  
E. 真菌
9. 容易并发脓气胸的肺炎是( )  
A. 肺炎球菌肺炎      B. 肺炎支原体肺炎  
C. 金黄色葡萄球菌肺炎      D. 病毒性肺炎  
E. 肺炎杆菌肺炎
10. 诊断支原体肺炎的主要依据是( )  
A. 临床表现      B. X线特异表现  
C. 血清冷凝集试验阳性      D. 血细菌培养  
E. 红霉素试验性治疗
11. 肺炎球菌肺炎的铁锈色痰的最主要原因( )  
A. 痰内有大量红细胞  
B. 红细胞破坏后释放含铁血黄素  
C. 是纤维蛋白和红细胞结合的产物  
D. 痰内含有大量肺泡巨噬细胞  
E. 以上都不是
12. 社区获得性肺炎最常见的病原菌( )  
A. 军团菌      B. 肺炎支原体  
C. 肺炎克雷伯杆菌      D. 肺炎球菌  
E. 铜绿假单胞菌
13. 关于医院获得性肺炎,哪项不正确( )  
A. 多继发于有各种原发疾病的危重患者  
B. 革兰阳性球菌所占比例高  
C. 耐药细菌日益增多  
D. 一些非致病菌亦常导致医院获得性肺炎  
E. 在医院内感染的肺炎
14. 肺炎球菌肺炎合并感染性休克时的治疗措施有( )  
A. 防止心、肺及肾衰竭  
B. 补充血容量,纠正休克  
C. 大剂量青霉素  
D. 应用糖皮质激素  
E. 以上均是
15. 医院获得性肺炎发生的时间是指( )  
A. 入院前 48 小时      B. 入院前 24 小时  
C. 入院后 12 小时      D. 入院后 24 小时  
E. 入院后 48 小时
16. 肺部革兰阴性菌感染的共同点是( )  
A. 肺实变组织坏死后易形成多发性脓肿  
B. 呼吸道症状逐渐加重  
C. 呼吸道症状较轻  
D. 并发胸腔积液  
E. 很少发生肺脓肿
17. 支原体肺炎自行消散的时间为( )  
A. 7~10 天      B. 3~4 周  
C. 11~20 天      D. 2~3 天  
E. 3~5 天
18. 下列肺炎中,最易并发肺脓肿的是( )  
A. 肺炎球菌性肺炎      B. 支原体肺炎  
C. 葡萄球菌性肺炎      D. 克雷伯杆菌肺炎  
E. 病毒性肺炎
19. 肺脓肿与空洞型肺结核继发感染的主要鉴别点是( )  
A. 发病部位      B. 脓痰      C. 血沉  
D. 痰菌检查      E. 发热
20. 在有效抗生素治疗下,影响肺脓肿疗效的主要原因是( )

- A. 未充分休息  
 B. 脓液引流不畅  
 C. 未输血  
 D. 未用中药治疗  
 E. 脓肿部位

21. 急性肺脓肿最具特征的症状是( )  
 A. 畏寒高热  
 B. 咳嗽伴咯血  
 C. 呼吸困难  
 D. 咳大量脓臭痰  
 E. 咳嗽伴胸痛
22. 吸入性肺脓肿最常见感染的细菌是( )  
 A. 大肠埃希菌  
 B. 葡萄球菌  
 C. 粪球菌  
 D. 厌氧菌  
 E. 星形诺卡菌

【A2型题】

1. 患者,男性,24岁。3天前受凉开始寒战、高热、咳嗽,咳少许黏痰,带血。X线示右下肺大片浸润影,有支气管充气征。痰培养1次,无细菌生长。最可能的诊断是( )  
 A. 肺炎链球菌肺炎  
 B. 肺结核  
 C. 肺炎支原体肺炎  
 D. 肺脓肿  
 E. 非真菌感染
2. 患者,女,26岁。5天前出现畏寒、发热,体温达39.8℃;伴咳嗽,吐痰,左侧胸痛。体检:左下肺呼吸音稍低,少许湿啰音。为明确诊断最简单而有价值的检查是( )  
 A. 血常规  
 B. 血培养  
 C. 纤维支气管镜检查  
 D. 胸部X线  
 E. 血气分析
3. 患者,男性,55岁,有慢性支气管炎病史12年。近来出现高热,咳嗽、咳痰加重,痰液黏稠呈砖红色胶冻状。该患者最可能的诊断是( )  
 A. 肺炎链球菌肺炎  
 B. 葡萄球菌肺炎  
 C. 军团菌肺炎  
 D. 肺炎克雷伯杆菌肺炎  
 E. 肺炎支原体肺炎
4. 患者,女,30岁。曾面部疖挤压排脓,今日高热寒战、咳嗽,听诊两肺呼吸音增强,血白细胞 $16 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.92,胸片两肺散在圆形密度增深阴影。诊断应考虑( )  
 A. 支气管囊肿继发感染  
 B. 肺炎克雷伯杆菌肺炎  
 C. 葡萄球菌肺炎  
 D. 肺炎球菌肺炎  
 E. 肺念珠菌病
5. 患者,女,50岁。有肺癌化疗史,近日出现寒战高热,咳少量黏液血痰,腹泻水样便,心率80次/分,右肺湿啰音。可能诊断是( )  
 A. 肺炎球菌肺炎  
 B. 急性胃肠炎  
 C. 军团菌肺炎  
 D. 支原体肺炎  
 E. 病毒性肺炎
6. 患者,女,20岁。低热,乏力,咳嗽,咳少量黏痰。胸片示两下肺网状、小叶分布的斑片状浸润阴影。白

细胞 $9.8 \times 10^9/L$ 。可能的诊断是( )

- A. 浸润型肺结核  
 B. 病毒性支气管炎  
 C. 支原体肺炎  
 D. 军团菌肺炎  
 E. 葡萄球菌肺炎
7. 患者,男性,34岁。既往体健,突发寒战,高热39~40℃,咳嗽、胸痛,黏液脓痰。次日症状加重,气促、烦躁、神志模糊、四肢厥冷、出汗、指端发绀,呼吸35次/分,心率120次/分,血压80/50mmHg。最可能的诊断是( )  
 A. 自发性气胸  
 B. 胸膜炎  
 C. 重症肺炎  
 D. 肺梗死  
 E. 真菌性肺炎
8. 患者,男性,28岁。因咳嗽、咳痰、发热3天就诊。体检:体温39℃,血压80/50mmHg,心率140次/分。治疗除控制感染外,首要的处理应该是( )  
 A. 使用强心剂  
 B. 补充血容量  
 C. 使用血管活性药物  
 D. 使用大剂量肾上腺皮质激素  
 E. 使用利尿剂
9. 患者,男性,80岁。因左股骨颈骨折入院,10天后出现发热,咳嗽、咳痰、气促。体检:体温38℃,呼吸30次/分,心率110次/分,神志清,双肺呼吸音粗,双下肺可闻及中等量细湿啰音。血常规:白细胞 $16 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.89,淋巴细胞0.11。首行哪项检查( )  
 A. 肺功能检查  
 B. 胸片  
 C. 胸部CT  
 D. 支气管纤维镜检查  
 E. 超声心动图
10. 上述患者胸片:双下肺肺纹理增粗,可见斑点、斑片状渗出影。最可能诊断应为( )  
 A. 肺结核  
 B. 社区获得性肺炎  
 C. 医院获得性肺炎  
 D. 肺癌  
 E. 肺栓塞
11. 同上患者痰培养出铜绿假单胞菌,治疗首选( )  
 A. 头孢他啶  
 B. 红霉素  
 C. 青霉素钠  
 D. 去甲万古霉素  
 E. 伊曲康唑
12. 患者,男性,50岁。突然寒战、高热,弛张热型,咳嗽,痰少,10天后痰量增加,每天约200ml,有恶臭。体征:右上肺叩诊浊音,听诊可闻及支气管呼吸音及湿啰音。诊断最可能是( )  
 A. 支气管扩张并感染  
 B. 肺炎球菌性肺炎  
 C. 急性肺脓肿  
 D. 干酪性肺炎  
 E. 肺癌合并感染
13. 患者,男性,60岁。患肺脓肿,病程1个月,目前仍有高热、脓痰,空洞为2cm。最关键的治疗是( )  
 A. 祛痰、止咳  
 B. 休息、输血等支持疗法  
 C. 免疫治疗  
 D. 手术切除



6. 血源性肺脓肿的临床特征有( )

- 早期肺部可无明显异常体征
- 在脓肿向支气管溃破前,多无明显的呼吸道症状
- 病灶呈多发性
- 病变常发生在肺的边缘部位
- 大多为厌氧菌感染

### (三) 填空题

- 肺炎按解剖分类,可分为\_\_\_\_\_肺炎、\_\_\_\_\_肺炎和\_\_\_\_\_肺炎。
- 肺炎按病因分类,可分为\_\_\_\_\_肺炎、\_\_\_\_\_肺炎、\_\_\_\_\_肺炎、\_\_\_\_\_肺炎和\_\_\_\_\_肺炎。
- 按患病环境,肺炎可分为\_\_\_\_\_两类。
- 肺炎链球菌肺炎特征性痰呈\_\_\_\_\_,葡萄球菌肺炎呈\_\_\_\_\_,克雷伯杆菌肺炎呈\_\_\_\_\_,铜绿假单胞菌肺炎呈\_\_\_\_\_。
- 临床上一般将肺曲霉病分为\_\_\_\_\_等三种类型。
- 肺脓肿从发病机制分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
- 引起病毒性肺炎的常见病毒有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

### (四) 判断题

- 金葡菌肺炎分为原发和继发两类,前者经呼吸道感染,后者经血液播散至肺。
- 变形杆菌肺炎属机会性、继发性感染,以社区获得性为主。
- 军团菌肺炎治疗首选青霉素类抗生素,亦可用喹诺酮类药物。
- 支原体肺炎约占非细菌性肺炎的1/3以上,占各种原因引起肺炎的30%左右。
- 厌氧菌是肺脓肿最常见的病原体,血源性肺脓肿病原体以链球菌为常见。

### (五) 简答题

- 按照发病机制肺脓肿如何分类?
- 简述肺脓肿外科治疗的适应证。

### (六) 问答题

- 肺炎并发感染性休克的处理。
- 社区获得性肺炎的临床诊断标准。
- 重症肺炎的诊断标准。

### (七) 案例分析题

1. 患者,男性,50岁。因发热、咳嗽、胸痛7天,呼吸困难、四肢厥冷1天就诊,咳嗽、胸痛、咳暗红色血性痰,且逐渐加重,呼吸困难、烦躁、四肢厥冷、出汗。无吸烟史,既往体健。体检:体温38.8℃,血压75/41mmHg,神志恍惚,烦躁不安,对提出的问题不能正

确回答,口唇发绀,四肢冰凉,右中下肺叩诊呈浊音,右中下肺呼吸音明显减弱,右下肺可闻及少许细湿啰音。血常规:白细胞 $21 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.94。胸片示右中下肺可见大片状高密度阴影,边缘尚清。

问题:(1)根据病史、体征和辅助检查,诊断及诊断根据是什么?

(2)下一步需如何检查确诊?

(3)目前应如何处理?

2. 患者,女性,45岁。发热、咳嗽5天。患者5天前洗澡受凉后,出现寒战,发热,体温高达40℃,伴咳嗽、咳少许铁锈色痰。无胸痛,无痰中带血,无咽痛及关节痛。门诊给双黄连及退热止咳药后,体温仍高,在38~40℃之间波动。纳差,睡眠差,大小便正常。既往体健,个人史、家族史无特殊。体检:体温38.5℃,脉搏104次/分,呼吸20次/分,血压120/80mmHg。发育正常,营养中等,神志清,无皮疹,浅表淋巴结不大,头部器官大致正常,咽无充血,扁桃体不大,颈静脉无怒张,气管居中,胸廓无畸形,呼吸平稳,右下肺叩诊浊音,语颤增强,可闻湿啰音,心界不大,心率104次/分,律齐,无杂音,腹软,肝脾未及。血常规:血红蛋白130g/L,白细胞 $11.7 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.79,嗜酸粒细胞0.01,淋巴细胞0.20,血小板 $210 \times 10^9/L$ 。

问题:(1)诊断及诊断依据。

(2)鉴别诊断是什么?

(3)进一步检查是什么?

(4)治疗原则是什么?

## 强化训练参考答案

### (一) 名词解释

- 肺炎:是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症,可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。
- 社区获得性肺炎:是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。
- 医院获得性肺炎:是指患者入院时不存在、也不处于潜伏期,而于入院48小时后在医院内发生的肺炎。
- 血源性肺脓肿:皮肤创伤感染、疔痈、骨髓炎、腹腔感染、盆腔感染、亚急性感染性心内膜炎等所致的菌血症,病原菌脓毒栓子,经循环至肺,引起小血管栓塞,进而肺组织炎症、坏死,形成脓肿。
- SARS:传染性非典型肺炎是由SARS冠状病毒(SARS-CoV)引起的一种具有明显传染性、可累及多个脏器的特殊肺炎,世界卫生组织将其命名为严重急性呼吸综合征(SARS)。

### (二) 选择题

【A1型题】 1. C 2. D 3. B 4. D 5. C 6. D 7. C

8. B 9. C 10. C 11. B 12. E 13. B 14. E 15. E  
16. A 17. B 18. C 19. D 20. B 21. D 22. D

【A2型题】 1. A 2. D 3. D 4. C 5. C 6. C 7. C

8. B 9. B 10. C 11. A 12. C 13. E 14. B

【B型题】 1. E 2. D 3. A 4. B 5. D 6. C 7. C

8. E 9. C 10. A 11. E 12. C 13. C 14. E

【C型题】 1. B 2. D

【X型题】 1. BD 2. ABDE 3. ABC 4. BCD

5. ABE 6. ABCD

### (三) 填空题

1. 大叶性(肺泡性) 小叶性(支气管性) 间质性
2. 细菌性 非典型病原体所致 病毒性 真菌性  
其他病原体所致 理化因素所致的肺炎
3. 社区  
获得性肺炎和医院获得性肺炎
4. 铁锈色 粉红色  
乳样或脓性 砖红色痰 绿色
5. 曲霉球、变态  
反应性支气管肺曲霉病和侵入性肺曲霉病
6. 吸入  
性肺脓肿 血源性肺脓肿 继发性肺脓肿
7. 呼吸  
道合胞病毒 流行性感冒病毒 腺病毒。

### (四) 判断题

1. T 2. F 3. F 4. F 5. F

### (五) 简答题

1. 按照发病机制分为:①吸入性肺脓肿:口鼻咽腔寄居菌经口咽吸入,是急性肺脓肿的最主要原因。本型常为单发性,由于右总支气管较陡直,且管径较粗,吸入性分泌物易进入右肺。②血源性肺脓肿:皮肤创伤感染、疔痈、骨髓炎、腹腔感染等所致的菌血症,病原菌脓毒栓子引起小血管栓塞,进而肺组织炎症、坏死,形成脓肿。常发生于两肺的边缘部,中小脓肿为多。③继发性肺脓肿:多继发于其他肺部疾病。空洞型结核、支气管扩张、支气管囊肿和支气管肺癌等继发感染,可引起肺脓肿。肺部邻近器官化脓性病变或外伤感染、膈下脓肿、肾周围脓肿、脊柱旁脓肿、食管穿孔等。

2. ①肺脓肿病程超过3个月,经内科治疗脓腔不缩小,或脓腔过大(5cm以上)估计不易闭合者;②大咯血经内科治疗无效或危及生命;③伴有支气管胸膜瘘或脓胸经抽吸和冲洗疗效不佳者;④支气管阻塞限制了气道引流,如肺癌。对病情重不能耐受手术者,可经胸壁插入导管到脓腔进行引流。术前应评价患者一般情况和肺功能。

### (六) 问答题

1. (1) 补充血容量:一般静脉滴注低分子右旋糖酐和平衡盐液补充血容量,维持收缩压在12~13kPa(90~100mmHg)、脉压>4.0kPa(30mmHg)和适当尿排出量(>30ml/h),若有条件检测中心静脉压,维持其在0.591~0.98kPa(6~10cmH<sub>2</sub>O)为宜。

(2) 血管活性药物的应用:输液中可加入适量的血管活性药物,血管活性药物有缩血管和扩血管两类。以使用血管扩张药为主,常用药物有多巴胺、间羟胺、卜胺唑啉、去甲肾上腺素、山莨菪碱等。

(3) 控制感染:迅速、积极地控制感染是治疗肺炎并感染性休克的重要环节。抗生素选用原则:有效、强力及联合静脉给药,最好根据病菌的药敏试验结果选用抗生素。

(4) 糖皮质激素的应用:对病情严重、中毒症状明显或经上述处理血压仍不回升时,在应用强有力抗生素前提下,可给予氢化可的松100~200mg或地塞米松5~10mg静滴,病情好转迅速停药。

(5) 纠正水、电解质和酸碱失衡:治疗过程中应密切检测酸碱和电解质变化,如发现失衡应及时纠正。

(6) 处理并发症:应保护心、脑、肾功能,及时处理并发症,防止多器官功能衰竭。

2. (1) 新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道疾病症状加重,并出现脓性痰,伴或不伴胸痛。

(2) 发热。

(3) 肺实变体征和(或)闻及湿啰音。

(4) 白细胞 $>10 \times 10^9/L$ 或 $<4 \times 10^9/L$ ,伴或不伴细胞核左移。

(5) 胸部X线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。

以上1~4项中任何1项加第5项,并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸粒细胞浸润症及肺血管炎等后,可建立临床诊断。

3. 出现下列征象中1项或以上者可诊断为重症肺炎,需密切观察,积极救治,有条件时,应收住ICU治疗:①意识障碍;②呼吸频率 $\geq 30$ 次/分;③ $PaO_2 < 60$ mmHg, $PaO_2/FiO_2 < 300$ ,需行机械通气治疗;④动脉收缩压 $< 90$ mmHg;⑤并发脓毒性休克;⑥X线胸片显示双侧或多肺叶受累,或入院48小时内病变扩大 $\geq 50\%$ ;⑦少尿:尿量 $< 20$ ml/h,或 $< 80$ ml/4h,或并发急性肾衰竭需要透析治疗。

### (七) 案例分析题

1. (1) 诊断:右中下肺大叶性炎并感染性休克。

诊断依据:①发热、咳嗽、胸痛7天,呼吸困难、四肢厥冷1天,伴烦躁、出汗。②体温38.8℃,血压75/41mmHg,神志恍惚,烦躁不安,不能正确回答问题,口唇发绀,四肢冰凉,右中下肺叩诊呈浊音,右中下肺呼吸音明显减弱,右下肺可闻及少许细湿啰音。③血常规:白细胞 $21 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.94。④胸片示右中下肺可见大片状高密度阴影。

(2)可行痰细菌培养+药敏试验,痰找抗酸菌,纤支镜检查,胸部CT。

(3)处理原则:①补充血容量,应掌握先快后慢,先盐后糖,先晶体液,见尿补钾的补液原则。可首先给予低分子右旋糖酐或706代血浆500ml,在1小时内静脉输入,然后酌情给予等渗葡萄糖盐水,10%葡萄糖溶液等。24小时内输液总量约2500~3000ml左右,维持尿量在每小时30ml以上。②血管活性药物的应用。补充血容量及纠正酸中毒后,如末梢循环仍无改善或尿量不增加时,可应用血管活性药物。在休克早期,应用血管收缩药以升高血压,维持脑、冠状动脉的血供。可用间羟胺(其他血管收缩药)静脉滴注,使收缩压维持在90~100mmHg左右。在补充血容量的基础上,应用血管扩张药,特别适用于血容量补足,但四肢湿冷,末梢发绀、尿量不增的患者,可选用多巴胺静脉滴注。③控制感染。先经验性选择抗生素,再根据痰培养+药敏结果选择抗生素。宜加大青霉素剂量,或2~3种广谱抗生素联合应用。④糖皮质激素的应用,对病情严重患者,抗生素和血管活性药仍不

能控制时,可静脉滴注氢化可的松100~200mg或地塞米松10~20mg。⑤纠正水、电解质和酸碱紊乱。有明显酸中毒者,可静脉滴注5%碳酸氢钠200~250ml,然后根据血气分析结果进行处理。⑥保护重要器官功能,防止器官功能衰竭。如出现呼吸衰竭时,应及时给予相应处理。⑦支持疗法和监护。包括吸氧,保暖,注意排痰,保持呼吸道的湿化与通畅。

2. (1)诊断:右下肺炎(肺炎球菌性可能性大)。

诊断依据:①发病急,寒战、高热、咳嗽、铁锈色痰。有受凉诱因。②右下肺叩浊,语颤增强,可闻及湿啰音。

③血白细胞数增高,中性粒细胞比例增高。

(2)鉴别诊断:①其他原因肺炎如干酪性肺炎、革兰阴性杆菌肺炎、葡萄球菌肺炎等;②急性肺脓肿;③肺癌。

(3)进一步检查:①X线胸片;②痰培养+药敏试验。

(4)治疗原则:①抗感染;②对症治疗。

(赵铭山)

## 第2章 支气管扩张

### 目的要求

**掌握** 支气管扩张的诊断要点、鉴别诊断和治疗。

**熟悉** 支气管扩张的病因和发病机制和病理学特点。

### 学习纲要

支气管扩张是指近端中等大小的支气管由于管壁的肌肉和弹性成分的破坏导致其异常扩张。为常见的慢性支气管疾病,多见于儿童和青年,主要表现为慢性咳嗽、咳大量脓痰、反复咯血。易招致支气管反复的细菌感染。

#### (一) 病因、发病机制和病理

支气管扩张的发病因素较多,其病因可为一种或多种病因同时存在:①支气管-肺感染;②细菌感染;③支气管阻塞;④遗传和先天的因素;⑤化学因素。

支气管扩张的主要发病机制是由于炎症导致支气管弹性和肌肉成分破坏,而周围未损害的肺组织的收缩力将受损支气管牵张从而造成影像学上特征性的扩张改变。周围肺组织牵拉所造成的慢性支气管过度扩张也引起肌性成分的收缩,从而造成其增生和肥厚。

病理:支气管扩张可弥漫发生于双肺多个肺叶,也可局限在1~2处病灶。好发部位:肺下叶比上叶的多,左侧多于右侧,右中叶单发性者也不少见,炎性支气管扩张多见于下叶。扩张的支气管有3种类型:柱状扩张、囊状扩张及不规则扩张。

#### (二) 临床表现

##### 1. 症状

(1) 慢性咳嗽:通常发生在早上和晚上,体位变化引起咳嗽、咳痰。

(2) 大量脓痰:每日痰量可多达数百毫升,多呈脓性,静置后可分4层。厌氧菌感染者,痰有恶臭。

(3) 反复咯血:为本病的特点,呈间歇性,多因感染而诱发。咯血量多少不定,多者咯血达数百毫升。部分患者无咳嗽和咳痰,以反复咯血为唯一症状,称为干性支气管扩张症。

(4) 全身症状:患者常出现同一肺段反复肺部感染。可出现发热、乏力、消瘦、肌肉酸痛等全身中毒症

状。在疾病晚期多伴有营养不良,因并发慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺心病而出现呼吸困难、右心衰竭等表现。

**2. 体征** 早期常无阳性体征。病情严重或继发感染时,病变部位可闻及固定而持久的湿啰音。慢性病例可有杵状指(趾),发绀。出现肺气肿、肺心病时有相应的体征。

#### (三) 实验室检查和其他检查

(1) 胸片:胸片显示肺纹理明显粗乱增多,在增多的纹理中可有“轨道征”。部分呈杵状增粗影。囊性支气管扩张的改变为卷发样阴影。

(2) 支气管碘油造影:确诊支气管扩张的最重要方法。目前逐渐为高分辨CT所代替。

(3) 高分辨CT:特征性表现包括支气管扩张,支气管管壁增厚,支气管由中心向外周逐渐变细的特点消失以及扩张气管内气液平的存在。

(4) 痰涂片细菌检查和痰细菌培养,药敏试验指导选择抗生素。

(5) 其他检查:白细胞计数增高,核左移,血沉增快。肺功能检查,支纤镜检查。

#### (四) 诊断与鉴别诊断

鉴别诊断包括慢性支气管炎、肺脓肿、支气管肺曲霉病、肺结核、先天性肺囊肿、弥漫性细支气管炎。

#### (五) 治疗

支气管扩张的治疗原则是治疗基础疾病,控制感染,处理并发症,清除痰液,手术(或介入)治疗。

(1) 治疗基础疾病。

(2) 物理排痰、药物祛痰。

(3) 抗生素的应用,痰量及脓性成分增加等急性感染征象时需抗生素治疗。

(4) 咯血的治疗:大咯血应静脉应用止血剂或垂体后叶素;效果不佳,行支气管动脉栓塞术或紧急手术治疗。

(5) 支气管扩张剂使用:在不咯血的情况下可应用。

(6) 外科手术及支气管动脉栓塞治疗。

### 英汉名词对照

1. bronchiectasis: 支气管扩张

2. bronchography: 支气管造影



## 强化训练

### (一) 名词解释

1. 支气管扩张 2. 干性支气管扩张

### (二) 选择题

#### 【A1 型题】

- 支气管扩张的原因最常见的是( )  
A. 结核性感染 B. 支气管内结石  
C. 支气管-肺部感染 D. 支气管外肿大淋巴结压迫  
E. 慢性支气管炎继发
- 由于气管、支气管解剖结构特点,支气管扩张易发生于( )  
A. 左侧支气管 B. 两下叶支气管  
C. 上叶支气管 D. 前段支气管  
E. 右侧支气管
- 下列支气管扩张的描述中,错误的是( )  
A. 多在中、老年发病  
B. 肺下部持续存在局限性湿啰音  
C. 长期咳嗽,咳大量脓痰,反复咯血  
D. 胸片示肺纹理粗乱或卷发样阴影  
E. 治疗主要以引流痰液和抗感染为主
- 长期反复大量咳脓痰,偶有痰中带血者应首先考虑( )  
A. 空洞型肺结核 B. 支气管扩张  
C. 支气管肺癌 D. 肺脓肿  
E. 肺炎
- 气管扩张伴厌氧菌感染痰的特征为( )  
A. 黄绿色 B. 痰量与体位有关  
C. 静置分层 D. 有恶臭  
E. 大量脓痰
- 下列哪一项不是支气管扩张的发病因素( )  
A. 肺结核 B. 儿童时患麻疹或百日咳  
C. 克雷伯杆菌肺感染 D. 支气管哮喘  
E. 先天性丙种球蛋白缺乏症
- 支气管扩张最有意义的体征是( )  
A. 消瘦 B. 杵状指  
C. 贫血 D. 局限性湿啰音  
E. 局限性哮鸣音
- 干性支气管扩张指( )  
A. 干咳为主  
B. 咳嗽剧烈,并伴有咯血  
C. 反复咯血,一般无咳嗽、咳痰  
D. 局限于肺上叶  
E. 纤维支气管镜见支气管黏膜干燥、萎缩
- 目前临床确诊支气管扩张常首选( )  
A. 血常规及痰检查 B. 胸部 X 线

- 高分辨率 CT D. 支气管镜检查
- 支气管造影
- 防止支气管扩张急性感染关键在于( )  
A. 注射疫苗 B. 选择抗生素  
C. 祛痰药物应用 D. 使用支气管扩张剂  
E. 加强呼吸道痰液引流

- 继发性支气管扩张的主要发病因素是( )  
A. 长期大量的吸烟  
B. 有害气体的误吸  
C. 先天性发育障碍  
D. 支气管肺组织的感染和支气管阻塞  
E. 遗传因素

- 较常出现杵状指(趾)的呼吸系统疾病是( )  
A. 慢性支气管炎 B. 阻塞性肺气肿  
C. 支气管哮喘 D. 支气管扩张症  
E. 支原体肺炎

#### 【A2 型题】

- 患者,男性,48 岁。长期咳嗽,咳黄脓痰并有少量咯血 10 余年,每逢秋冬季好发,持续时间均在 3 个月左右。可考虑为慢性支气管炎和支气管扩张两种诊断。下列哪一条有助于支气管扩张的诊断( )

- 发病年龄
- 发病季节
- 症状持续时间
- 反复咳嗽、脓痰和固定部位湿啰音
- X 线胸片

- 患者,女性,30 岁。确诊支气管扩张症 12 年,近 5 天来咳嗽加剧,咳黄脓痰,痰量较多。体检:左下肺可闻湿啰音。今日突然痰量减少,且出现发热,体温 39℃。应首先考虑( )

- 突发感染加重
- 混合感染
- 并发肺脓肿
- 支气管引流不畅
- 抗生素选用不当

- 患者,男性,54 岁。支气管扩张 30 余年,大咯血就诊。体检:血压 110 / 70mmHg,烦躁,端坐呼吸,口唇发绀,呼吸 28 次 / 分,双下肺呼吸音减弱,心率 128 次 / 分,律整,无杂音。该患者抢救措施中最关键的是( )

- 立即使用鼻导管吸氧
- 让患者采取患侧卧位
- 立即输血或输液
- 立即采用解除呼吸道梗阻的措施
- 立即使用中枢呼吸兴奋剂

#### 【B 型题】

- 高热、寒战、胸痛、咳嗽、咯铁锈色样痰
- 长期低热、盗汗、消瘦、咳嗽,近期高热,咯大量脓痰
- 发热、咳嗽,咯臭味脓痰