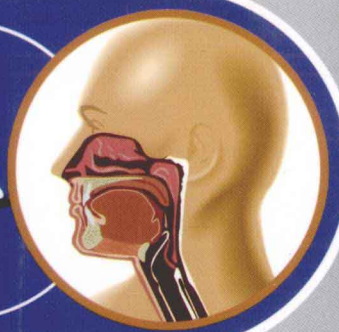


房系列丛书

呼吸内科



主任医师查房

HUXINEIKE

ZHUREN

YISHICHAFANG

主编/张玲 李登瑞 陈树珍

 军事医学科学出版社

青島劉品書

呼吸內科



主任醫師查房

HUXINEIKE

ZHURHEN

YISHIJIACHUFANG

主編/劉品書 副主編/張曉華 張曉華

山東科學技術出版社

呼吸内科主任医师查房

主 编 张 玲 李登瑞 陈树珍

副 主 编 (按姓氏笔画排序)

刘 锐 刘朋冲 李振生

梁 健 耿书军 董雅坤

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 鑫 王晓静 张 新

孟 静 陶 磊 席素雅

谢晓艳 鲍 洁

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

呼吸内科主任医师查房/张玲,李登瑞,陈树珍主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2012.5

(主任医师查房系列丛书)

ISBN 978-7-80245-947-2

I. ①呼… II. ①张… ②李… ③陈… III. ①呼吸系统疾病-诊疗
IV. ①R56

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第095643号

策划编辑:李俊卿 责任编辑:张淙 责任印制:马凌

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:三河市双峰印刷装订有限公司

发行:新华书店

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:11.5

字数:347千字

版次:2012年6月第1版

印次:2012年6月第1次

定价:25.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

近年来,随着医学科技的飞速发展,呼吸内科得到了迅猛发展。查房是临床工作中十分重要的组成部分。查房既可以了解患者病情,明确诊断,确定合理的治疗方案;同时又是不同层次医师交流和互相学习的平台,查房工作为低年资医师积累工作经验,对高年资医师提出了更高要求。查房工作既是对患者诊治的需要,同时又是临床教学的要求。我们针对临床工作的这一特点,编写了《呼吸内科主任医师查房》一书。

全书共包括十七章内容,以临床工作中诊断明确的住院病例为纲,展开叙述。每个疾病都分为三部分。

●第一部分为病历摘要。对诊断明确的典型病例进行概述,按照患者主诉、体征、辅助检查、入院诊断等格式加以叙述。

●第二部分为查房过程。通过临床查房将所述疾病的诊断线索、诊断标准、治疗方法和最新进展贯穿其中。每一病例的查房,首先归纳该患者的临床特点,设下悬念,上级医师给出解决的方法和步骤,并对检查结果和治疗效果进行分析、判断、综合、评价,最后得出明确的诊断,进行合理的治疗。

●第三部分为专家点评。通过专家对具体病例的诊治点评和对具体疾病诊疗环节的分析,让读者对疾病的发生、发展到结局有个完整的了解,帮助读者从中吸取经验教训。

本书为了贴近临床工作,在查房过程中将重要的医嘱以表格的形式列出。医嘱中采用了临床上常用的缩写,特作如下说明:

GS:葡萄糖溶液	GNS:葡萄糖盐液	NS:生理盐水
qd:每日1次	bid:每日2次	tid:每日3次
qid:每日4次	qod:隔日1次	st:即刻

q6h:每 6 小时 1 次 iv:静脉注射 iv gtt:静脉滴注
im:肌肉注射 ih:皮下注射 po:口服

本书由数十位专家精心策划,参阅了国内外大量临床资料,结合作者多年的临床经验编撰而成。既体现了经典的临床经验,又介绍了前瞻性的医疗进展。可作为临床主治医师、住院医师、进修医师、实习医师的辅助参考资料,具有很强的临床实用性和指导意义。

由于本书涉及内容广泛,书中不足之处在所难免,恳切希望广大同道惠予指正,以备再版时修订。

编 者

目 录

第一章 急性气管-支气管炎	(1)
第二章 慢性阻塞性肺疾病	(10)
第三章 支气管哮喘	(27)
第四章 支气管扩张症	(38)
第五章 肺炎	(48)
第一节 社区获得性肺炎	(48)
第二节 医院获得性肺炎	(59)
第三节 病毒性肺炎	(69)
第四节 急性间质性肺炎	(75)
第五节 肺炎支原体肺炎	(80)
第六节 军团菌肺炎	(87)
第七节 呼吸机相关肺炎	(92)
第八节 肺孢子菌肺炎	(104)
第六章 支气管-肺真菌病	(116)
第一节 肺曲霉菌病	(116)
第二节 肺念珠菌病	(122)
第三节 肺隐球菌病	(130)
第七章 理化因素所致肺炎	(138)
第一节 吸入性肺炎	(138)
第二节 放射性肺炎	(146)
第八章 肺脓肿	(151)
第九章 肺良性肿瘤及瘤样病变	(158)
第一节 肺错构瘤	(158)
第二节 肺炎性假瘤	(164)
第三节 气管-支气管淀粉样变性	(171)

第十章 肺恶性肿瘤	(182)
第一节 原发性支气管癌	(182)
一、小细胞肺癌	(182)
二、非小细胞肺癌	(191)
第二节 气管肿瘤	(198)
第三节 肺部其他原发性恶性肿瘤	(202)
一、肺原发性淋巴瘤	(202)
二、肺类癌	(206)
三、肺肉瘤	(210)
第四节 肺转移性肿瘤	(213)
第十一章 弥漫性间质性肺病	(220)
第一节 特发性肺纤维化	(220)
第二节 肺泡蛋白沉积症	(224)
第十二章 肺循环疾病	(230)
第一节 肺水肿	(230)
第二节 肺栓塞	(238)
第三节 肺动静脉瘘	(247)
第十三章 肺结核	(255)
第一节 原发型肺结核	(255)
第二节 血行播散型肺结核	(261)
第三节 继发型肺结核	(269)
第十四章 胸膜疾病	(282)
第一节 结核性胸膜炎	(282)
第二节 结核性脓胸	(291)
第三节 脓胸	(299)
第四节 气胸	(306)
第五节 恶性胸膜间皮瘤	(315)
第十五章 纵隔气肿	(329)
第十六章 呼吸衰竭	(337)
第十七章 急性呼吸窘迫综合征	(347)



第一章 急性气管-支气管炎

病历摘要

1. 入院情况 患者,女性,50岁,工人。咳嗽、咳痰10日,于2009年10月15日来院就诊。患者于6日前,受凉后出现鼻塞、流涕、咽痛、咳嗽,未经治疗,随后出现发热,体温 38°C 左右,无发冷及寒战,无明显规律性伴头痛。咳嗽逐渐加重,咳少量淡黄色黏痰,遇冷空气及煤烟等刺激性气味时咳嗽明显加重,不伴喘息、气短、胸闷等不适,咳嗽剧烈时伴有胸部隐痛。咳嗽影响睡眠及休息,曾服用抗感冒药及止咳化痰药治疗4日,患者发热、头痛、流涕症状消失,但仍剧烈咳嗽、咳少量黄黏脓痰,无咯血及大量脓臭痰,伴咽部、胸部不适。于门诊查血常规,白细胞计数高于正常,胸部X线平片示双肺纹理粗乱,冷凝集试验阳性,遂住院治疗。患者自发病以来无盗汗、乏力、咯血,无体重明显减轻情况,饮食睡眠欠佳,大小便正常。

2. 既往史 无高血压、冠心病、糖尿病、血脂紊乱、哮喘病史,无结核病密切接触史,无烟酒嗜好,家庭中无同类病患者。

3. 体格检查 体温 37°C ,脉搏90次/分,呼吸18次/分,血压120/80 mmHg,神清语利,声音稍嘶哑,浅表淋巴结未触及增大,咽充血,双侧腭扁桃体轻度肿大。双肺可闻及干啰音,未闻及湿啰音。心率90次/分,心律规整,各瓣膜听诊区未闻及杂音;腹软,肝脾未触及;双下肢无指凹性水肿,生理反射存在,病理反射未引出。

4. 辅助检查

(1) 实验室检查:WBC $11.3 \times 10^9/\text{L}$, N 81.8%, L 12.8%, E 0.5%, RBC $5.50 \times 10^9/\text{L}$, Hb 140 g/L, PLT $298 \times 10^9/\text{L}$; 血D-二聚体 $0.77 \mu\text{g}/\text{ml}$, 血钾 3.6 mmol/L, 血钠 135 mmol/L, 血氯 99 mmol/L。急查血气分析示:pH 7.41, PaO_2 (吸空气) 90 mmHg, PaCO_2 35 mmHg, SaO_2 (吸空气) 99%; 血糖 5.0 mmol/L。冷凝集试验:1:64, 阳性。肺炎支原体测定阳性,痰抗酸染色(-)。

(2) 胸部X线平片:双肺中下纹理粗乱。

(3) 肺功能:肺通气功能及换气功能正常。

(4) 心电图:窦性心律,正常心电图。

5. 入院诊断 急性气管-支气管炎,咳嗽变异性哮喘?

第一次查房 (入院第2日)

主治医师 患者的主要症状是受凉以后剧烈咳嗽,伴有少量黄黏痰,遇冷空气及刺激性气味时咳嗽加重,既往无慢性咳嗽、咳痰病史,无慢性支气管炎、无哮喘病史,双肺可闻及少许干啰音,胸部X线平片示双肺中下纹理粗乱,血白细胞计数高于正常。请大家结合临床症状、体征、胸部X线平片、实验室检查、肺功能、血气分析等结果分析一下,可考虑哪些诊断?

住院医师 根据上述临床特点,考虑如下几个诊断。

1. 急性气管-支气管炎

(1) 病史与症状:根据本病历特点:病史短,起病先有上呼吸道感染的病史,局部症状有鼻塞、流涕、咽痛、声音嘶哑,全身症状有发热、轻度畏寒、头痛、全身酸痛等,持续5日,咳嗽开始为刺激性干咳,随着卡他症状的减轻,咳嗽逐渐明显成为突出症状,受冷空气等刺激咳嗽加重,痰的性状由白黏痰转为脓性痰。

(2) 体征:主要是双肺呼吸音增粗,可闻及干啰音,未闻及哮鸣音、广泛小水泡音及爆裂音。

(3) 实验室:血常规示:白细胞计数: $11.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞:81.8%;血气分析示:pH 7.41, PaO_2 90 mmHg, $PaCO_2$ 35mmHg, SaO_2 99%;冷凝集实验:阳性。

(4) 肺功能:通气功能及换气功能正常。

(5) 胸部X线平片:双肺中下纹理粗乱。

综合以上病史、症状、体征及实验室检查、胸部X线平片等符合急性气管-支气管炎的诊断。

2. 咳嗽变异性哮喘 喘息是哮喘的典型临床表现,但咳嗽是哮喘的最常见症状,有的哮喘患者只表现为咳嗽或胸闷,无喘息或喘息不明显。咳嗽变异性哮喘又称咳嗽性哮喘,是支气管哮喘的一种特殊类型,以慢性咳嗽为唯一或主要的临床表现,表现为顽固性的咳嗽,症状时轻时重,常有反复,可持续数日或数年,因临床表现不典型,易被漏诊或误诊。特点是发作性咳嗽为唯一或主要的症状,以干咳为主,多数无痰或

有少许白色泡沫痰。咳嗽持续或反复发作 ≥ 8 周,咳嗽常因上呼吸道感染、吸入冷空气、剧烈运动后等诱发,深夜或凌晨加重,无发热,体检时多无喘鸣音,常有明显的发作期和缓解期,缓解期无症状,发作有一定的季节性,春秋季节多见,多数有个人或家庭过敏史,变应原检测阳性,抗原特异性 IgE 增高者可辅助诊断,胸部 X 线检查无明显器质性改变,肺功能检查多数正常,少数患者可有轻度阻塞性通气功能障碍的表现, $FEV_1/FVc < 70\%$ 或 $<$ 正常预计值的 80% ,气道反应性增高,支气管激发试验呈阳性反应, FEV_1 或 PEF 下降 $\geq 20\%$,并出现类似发病时的刺激性咳嗽,部分患者可有支气管舒张试验阳性, FEV_1 增加 $\geq 12\%$ 应用一般的祛痰止咳药或抗生素治疗无效,但积极的平喘药物如 β_2 受体激动药、糖皮质激素治疗常有明显的效果。咳嗽变异性哮喘与本病例特点不符合,此病例的咳嗽病史很短,故可除外。

3. 慢性支气管炎 慢性支气管炎是由于感染或非感染因素引起气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床表现有咳嗽、咳痰或喘息等症状,每年持续 3 个月,发病连续 2 年或更长时间,起病前有急性支气管炎、流行性感冒、肺炎等急性呼吸道感染史,常在寒冷季节发病,临床上出现以咳嗽、咳痰为主要症状,尤以晨起症状明显,咳白色黏液泡沫状痰或黏稠痰,急性呼吸道感染时,症状加剧,痰量增多,黏稠度增加或为黄色脓性,偶有痰中带血,慢性支气管炎早期多无体征,或在肺底部闻及干湿啰音,有喘息症状者可在小范围内出现轻度哮鸣音,长期发作者可有肺气肿体征,肺功能正常,严重时出现小气道通气功能减低。胸部 X 线平片检查阴性,或仅见两肺下部纹理增粗,或呈索条状影。本病例无慢性咳嗽、咳痰,冬季加重的病史,不符合慢性支气管炎的特点,故可除外。

4. 肺结核、气管-支气管结核 肺结核是由结核分枝杆菌引起的慢性传染病,主要表现为午后低热及慢性咳嗽、咳痰。肺结核患者的咳嗽、咳痰的严重程度与病情密切相关,早期轻症肺结核可无咳嗽或仅有轻微干咳或少量白黏痰,病变活动空洞形成,并发气管及支气管结核,结核性支气管扩张时则咳嗽频繁伴大量白黏痰或黄痰或血痰,当并发肺门、纵隔淋巴结结核、淋巴结支气管瘘时,则常有阵发性刺激性干咳与喘鸣,听诊时可闻及局限性哮鸣音或痰鸣音,胸部 X 线平片则表现为肺部的片状或纤维索条状阴影,以单侧或双侧肺上部为著。痰抗酸

染色阳性是肺结核病原学诊断的直接证据。结核菌素(PPD)试验可以作为肺结核诊断的依据之一,此患者胸部X线未发现异常阴影,咳嗽病史相对短,痰抗酸染色阴性,故可除外。

5. 社区获得性肺炎 社区获得性肺炎是指在医院外环境中由于微生物入侵引起的肺部炎症,包括在社区受感染而处于潜伏期,因其他原因住院后发病者,其发病率及病死率均很高。大多呈急性起病,可以因病原体、宿主免疫状态、并发症和年龄等不同而有差异。咳嗽是最常见症状,大多伴有咳痰,常有呼吸困难、胸痛、咯血,全身症状绝大多数有发热和寒战,但随年龄增长而减少,还有头痛、肌肉酸痛、畏食等,体征呈热性病容,重者有呼吸急促、发绀,胸部检查可有患侧呼吸运动减弱、触觉语颤增强、叩诊浊音、听诊闻及支气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音,可有湿啰音,如果病变累及胸膜可闻及胸膜摩擦音,心率通常加快,如并发中毒性心肌病变则可出现心音低钝、奔马律、心律失常和周围循环衰竭。胸部X线平片表现为肺部浸润性病变,呈云雾状、片状或斑片状,充分实变时可见支气管充气征,分布可以是全叶的,也可仅涉及段或亚段或呈多叶段分布,实验室检查可提供病原学依据。本病例患者病史短,相对简单,症状轻,发热不严重,胸部体征无湿啰音,胸部X线平片无肺部阴影,故可除外。

6. 支气管扩张症 支气管扩张症是一种常见的呼吸道慢性化脓性炎症。是指支气管树的异常扩张、变形,其特点是咳嗽、咳痰,痰常为脓性,清晨量多,缓解期脓痰多不消失,痰量在每日100 ml左右,量多者可达500 ml,可有异味和恶臭。多伴有咯血,反复感染时可伴有发热、乏力、食欲缺乏。体检时病变部位有持续存在的湿啰音,肺功能因扩张部位广泛和严重而出现阻塞性通气功能障碍,支气管造影是诊断支气管扩张症的金标准,但因存在一些并发症,故目前胸部高分辨薄层CT常可代替支气管造影作出诊断。本病例患者无慢性咳脓臭痰病史,胸部X线未提示支气管柱状或囊状扩张,故可除外。

7. 肺脓肿 肺脓肿是由于多种致病菌所引起的肺组织化脓性病变。早期为化脓性炎症,继而坏死形成脓肿,临床特征为高热,起病急骤,表现为畏寒、发热,体温可高达39~40℃,伴咳嗽,咳黏液痰或黏液脓痰,炎症波及局部胸膜可引起胸痛,呼吸时加重,病变范围较大时,可出现气急,此外还有精神不振、乏力、食欲缺乏,7~10日后,咳嗽加剧,

脓肿破溃于支气管,咳出大量脓臭痰,每日可达 300 ~ 500 ml,体温明显下降,痰带腥臭味多提示为厌氧菌感染,患者有时痰中带血或中等量咯血,如果脓肿破入胸腔,可形成脓胸、脓气胸,患者呼吸运动受限,呼吸急促加重。听诊可闻及支气管呼吸音,有时可闻及湿啰音,病变累及胸膜可闻及患侧胸膜摩擦音或出现胸腔积液体征。血白细胞计数升高,总数可达 $(20.0 \sim 30.0) \times 10^9/L$,中性粒细胞均显著增加并有核左移,中性粒细胞在 80% ~ 90% 或以上,可出现中毒颗粒。应进行病原学检查、痰涂片革兰染色检查、痰液培养及药物敏感试验检查,可采用纤维支气管镜防污染毛刷采集标本或经胸腔穿刺采集胸腔脓液,进行厌氧菌和需氧菌培养,以发现致病菌。血源性肺脓肿患者的血培养可发现致病菌,X 线检查典型的表现为大片密度较高的炎性模糊浸润阴影,边缘不清,分布在一个或数个肺段,脓肿形成后,大片密度高的炎性阴影中出现圆形透亮区及液平面。在消散期,脓腔周围炎症逐渐吸收,脓腔缩小而至消失,胸部 CT 检查可清晰显示病变情况。本病例无急骤起病、无高热、无咳大量脓臭痰史,肺部无湿啰音,胸部 X 线平片未见异常肺浸润及脓肿影,故可排除。

8. 原发性支气管肺癌 原发性支气管肺癌是发生于支气管肺系统的恶性肿瘤。目前肺癌患病率已居各种恶性肿瘤之首。根据肺癌发生的部位不同,常分为中央型和周围型,中央型肺癌肿瘤发生在段及段以上支气管,周围型肺癌发生于段以下支气管。病理组织学将肺癌分为鳞状细胞癌、腺癌、小细胞未分化癌和大细胞未分化癌。远期疗效均不理想,原发中央型或支气管内肿块引起的症状主要是咳嗽,特别是刺激性干咳,可伴有咯血、哮喘、梗阻引起的呼吸困难、阻塞性肺炎引起的发热、咳黄脓痰等。胸部 X 线平片及胸部 CT 见肺部有孤立性结节或肿块阴影,有周围型肺癌特征表现如脑回状、分叶、细毛刺状、胸膜牵扯和小空泡征,并在短期内(2 ~ 3 个月)逐渐增大者,组织、细胞学方面根据手术病理切片、活检组织切片、肺外淋巴结组织学表现符合肺癌或痰液、支气管镜毛刷、抽吸、冲洗及刮匙获得的细胞学标本镜下符合肺癌细胞学标准者,则可诊断为肺癌。本病例患者咳嗽病史短,咳嗽性质不是刺激性呛咳,胸部 X 线平片肺部无异常团块影,故可排除。

主治医师 同意住院医师对以上病例进行的分析,请主任医师根据该病例特点进行补充指导。

主任医师 同意以上分析,该病例的特点是患者以受凉后的咳嗽、咳痰等呼吸道症状为主要表现,咳嗽较剧烈,伴少量黄黏痰。为了进一步明确诊断,我建议做如下检查:胸部高分辨薄层 CT、痰普通菌培养+药物敏感试验、肺功能、痰病理、痰抗酸染色、PPD 试验、血结核抗体、肝肾功能、感染性疾病筛查、肺炎支原体测定,必要时行电子支气管镜检查。

第一次查房医嘱

长期医嘱		临时医嘱
呼吸内科护理常规		肝肾功能
一级护理		乙肝五项
普食		丙肝抗体
一人陪护		抗 HIV 抗体测定
盐酸氨溴索片 30 mg, po, bid		血结核抗体
5% 葡萄糖液	400 ml iv gtt, qd	肺炎支原体测定
阿奇霉素	0.5 g	PPD 试验
生理盐水	100 ml iv gtt, qd	痰普通菌培养+药物敏感试验
盐酸氨溴索注射液	60 mg	痰抗酸染色
		痰病理
		肺功能
		胸部高分辨薄层 CT

第二次查房 (入院第 3 日)

主治医师 请住院医师把这 2 日的检查结果和治疗情况汇报一下。

住院医师 患者咳嗽、咳痰症状明显减轻,咽痛、胸痛症状减轻,饮食、睡眠好转。体格检查:体温 36.2℃,脉搏 80 次/分,呼吸 18 次/分,血压 120/80 mmHg,神清语利,双肺听诊未闻及干湿啰音,心率 80 次/分,心律规整,无杂音,肝脾肋下未触及,双下肢无水肿。肝肾功能回报正常,乙肝五项、丙肝抗体、抗 HIV 抗体测定均正常,血结核抗体(-),肺炎支原体测定阳性。痰抗酸染色(-),肺功能示通气及弥散功能正常。胸部高分辨薄层 CT 未见异常。痰病理未发现肿瘤细胞。根据目前的资料,急性气管-支气管炎的诊断成立。请主治医师讲解有关急性气管-支气管炎的诊断及治疗。

主治医师 请主任结合本病例患者的临床特点,进一步分析确定该患者的诊断及治疗。

主任医师 根据患者的临床表现及急性气管-支气管炎的诊断标准,该患者可诊断为急性气管-支气管炎。

1. 诊断要点 急性气管-支气管炎是病毒或细菌感染、物理、化学性刺激或过敏因素等对气管-支气管黏膜所造成的急性炎症,该病大多数由病毒感染所致,其中成人多为流行性感冒病毒和腺病毒引起,小儿则以呼吸道合胞病毒或副流行性感冒病毒多见。此外,还有柯萨奇病毒、鼻病毒、冠状病毒等。肺炎支原体、肺炎衣原体亦是本病的常见病原体,细菌感染在本病占有重要地位。常见的致病菌有肺炎球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、卡他莫拉菌以及百日咳杆菌感染等。以往认为主要在小儿发病,但近年来在年轻人感染有所上升。虽然细菌感染作为致病因子在本病所占比例不高,但值得重视的是该病常在病毒感染的基础上合并细菌或支原体、衣原体感染、病毒感染抑制肺泡巨噬细胞的吞噬能力以及纤毛上皮细胞的活力,造成呼吸道免疫功能低下,使细菌、支原体和衣原体等病原菌有入侵的机会。非生物性病因有有机粉尘、刺激性气体、环境刺激物等,其病理改变主要为气管、支气管黏膜充血、水肿、黏液腺体肥大、分泌物增加,纤毛上皮细胞损伤脱落,黏膜及黏膜下层炎症细胞浸润,以淋巴细胞和中性粒细胞为主,急性炎症消退后,气管、支气管黏膜结构可完全恢复正常。

2. 临床表现 起病急,开始先有上呼吸道感染的表现,如鼻塞、流涕、咽痛、发热、畏寒、头痛、全身酸痛。咳嗽为突出症状,受凉、吸入冷空气、晨起、睡觉、体位改变或体力活动后咳嗽加重,咳嗽症状一般持续1~3周,吸烟者可更长,如为百日咳杆菌感染,咳嗽症状常超过3周,通常可达4~6周,超过半数可伴有咳痰,开始时常为黏液痰,部分患者随着病程发展可转为脓性痰。一部分患者由于气道高反应性发生支气管痉挛时,可表现为气急、喘鸣、胸闷等症状,肺部体征主要有呼吸音增粗、干啰音、湿啰音等,支气管痉挛时可闻及哮鸣音,部分患者也可无明显体征,病毒感染时,血白细胞计数可降低,当有细菌感染时,血白细胞计数及中性粒细胞比例增高。胸部X线平片一般无异常或仅有肺纹理增粗,肺功能检查可发现一部分患者气道反应性增高,但通常为一次性。根据住院医师对该患者的病史、症状、体征、实验室检查、胸部X

线平片等的分析及前期治疗情况,同意急性气管-支气管炎的诊断。

主治医师 患者诊断为急性气管-支气管炎,应该如何进行规范治疗?

主任医师 急性气管-支气管炎的治疗原则及方法如下。

1. 平时注意预防上呼吸道感染,当出现发热、头痛及全身酸痛等全身症状明显时可加用阿司匹林等解热镇痛药治疗。

2. 止咳、化痰等对症治疗是本病的主要措施,常用的止咳药有复方甘草片,成人每次3片,每日3次;右美沙芬,成人每次15~30 mg,每日3~4次;可待因,成人每次15~30 mg,每日3次。祛痰剂主要有氨溴索,成人每次30 mg,每日3次。

3. 由于部分患者气道反应性增高,导致支气管痉挛,临床上出现喘息症状,此时可应用 β_2 受体激动药,如沙丁胺醇气雾剂喷雾吸入,成人每次0.1~0.3 mg,每日3~4次,或应用氨茶碱等药物解痉平喘,成人每次0.1~0.2 g,每日3次,根据病情可用药1~2周。吸入 β_2 受体激动药可减轻患者的咳嗽症状或缩短咳嗽的持续时间。

4. 病毒感染是本病的主要病因之一,可用抗病毒药物治疗。

5. 如有细菌感染的依据或合并有严重基础疾病的患者,注意合理使用抗生素,常用的抗生素为 β -内酰胺类、喹诺酮类,也可根据痰细菌培养药物敏感试验结果选择抗生素。此患者应考虑有肺炎支原体感染,故首选大环内酯类抗生素。

第三次查房 (入院第6日)

主治医师 将患者的治疗情况向主任医师汇报,治疗1周后,患者咳嗽、咳痰症状已消失,无咽部、胸部不适,复查血常规已恢复正常,PPD试验8 mm×10 mm,一般阳性,痰普通菌培养+药物敏感试验:无致病菌生长。

主任医师 根据1周的治疗,患者病情得到控制,咳嗽、咳痰症状消失,饮食、睡眠好转,治疗效果好,急性气管-支气管炎已治愈,可以停药出院。应做好气管炎的防治宣教,平时注意锻炼身体,增强体质,防治呼吸道感染,是预防本病的有效措施,还应注意避免粉尘、刺激性气体、环境刺激物等有害刺激物的刺激以及花粉等过敏原的吸入。

专家点评

急性气管-支气管炎是呼吸道最常见疾病之一。主要由病毒或细

菌感染、理化因素、过敏因素等所致。除早期的流涕、咽痛、轻度发热、畏寒等症状外,主要临床表现为咳嗽,应注意与其他咳嗽、咳痰的呼吸系统疾病相鉴别,其中最主要鉴别的是胸部 X 线结果,因为急性气管-支气管炎胸部 X 线平片大部分正常,而其他许多呼吸系统咳嗽、咳痰的疾病胸部 X 线都应有特征性表现。其次是注意病原微生物的检查,对治疗有指导意义,急性气管-支气管炎应得到临床治愈,不应复发,若出现反复加重,则应注意其他呼吸系统疾病。以上讨论的病例则是一例典型的急性气管-支气管炎的病例,希望通过对该病例的病史、症状、体征、胸部 X 线平片、实验室检查及诊断和治疗过程,使我们对该呼吸道常见疾病的认识有进一步提高。