

实用临床内科诊断治疗学

SHI YONG LIN CHUANG NEI KE ZHEN DUAN ZHI LIAO XUE

主 编 卢连元 靖树新

梁江久 张延泉

.....

天津科学技术出版社

实用临床内科诊断治疗学

主编 卢连元 靖树新 梁江久 张延泉



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用临床内科诊断治疗学/卢连元等主编. —天津:天津科学技术出版社,2008.5
ISBN 978-7-5308-4546-2

I. 实… II. 卢… III. 内科—疾病—诊疗 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 057315 号

责任编辑:王 彤

责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332393(发行部) 23332392(市场部) 27217980(邮购部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安市第三印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 28.25 字数 653 000

2008 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

定价:49.00 元

主 编 卢连元 靖树新 梁江久 张延泉

副主编 骆 青 栾兆芳 梁迎春 张 霞 王 越
郭传军

编 委 (按姓氏笔画为序)

丁秀和	马衍香	马丽华	王 辉	王 蕾
王立香	白明明	司玉凤	孙 晓	刘 慧
刘晓琰	邢秀红	杜玉花	张 丽	张馨娜
苏 净	陈 杰	陈丽茜	宋 霞	吴 鹏
赵 林	赵 娜	武 艺	苗在健	倪西泉
郭冬梅				

前 言

随着科学技术的飞速发展,临床医学工作的不断进步,诊断技术与治疗方法日新月异。如何适应现代医学模式的转变和临床要求,是目前摆在广大临床医务工作者面前的一项重大课题。为了紧跟医学科学发展的步伐,反映当前临床内科医学最新研究成果,更好地为临床工作服务,我们在繁忙的工作之余,广泛收集国内外近期文献,认真总结自身经验,精心编写了《实用临床内科学》一书,奉献给读者。

本书共分九章,内容包括内科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,对每种疾病从概述、分析病因开始,讲述临床表现、实验室及其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗等,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。

本书旨在实用,其体例新颖、结构严谨、言简意明,必将对临床内科医务工作者、医学院校师生开展医疗教研工作产生一定的指导作用。

由于水平所限,书中难免存有缺点和错误,恳请同道批评指正。

山东省泰安市中心医院 卢连元

2007年12月

目 录

第一章 呼吸系统疾病	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 慢性支气管炎	5
第四节 阻塞性肺气肿	10
第五节 慢性肺源性心脏病	12
第六节 支气管哮喘	19
第七节 支气管扩张症	30
第八节 肺炎	33
第九节 气胸	67
第十节 原发性支气管肺癌	70
第十一节 呼吸衰竭	80
第二章 循环系统疾病	91
第一节 慢性心力衰竭	91
第二节 急性心力衰竭	103
第三节 心律失常	106
第四节 心脏骤停	128
第五节 原发性高血压	138
第六节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	147
第七节 感染性心内膜炎	161
第八节 心肌疾病	167
第九节 心包炎	179
第三章 消化系统疾病	186
第一节 急性胃炎	186
第二节 慢性胃炎	188
第三节 消化性溃疡	194
第四节 胃癌	201
第五节 溃疡性结肠炎	207
第六节 肝硬化	213
第七节 原发性肝癌	223
第八节 急性胰腺炎	232
第四章 泌尿系统疾病	237

第一节	急性肾小球肾炎·····	237
第二节	急进性肾小球肾炎·····	240
第三节	慢性肾小球肾炎·····	243
第四节	隐匿性肾小球肾炎·····	247
第五节	肾病综合征·····	248
第六节	IgA 肾病·····	255
第七节	间质性肾炎·····	258
第八节	尿路感染·····	260
第九节	肾小管性酸中毒·····	266
第十节	Fanconi 综合征·····	268
第十一节	急性肾功能衰竭·····	268
第十二节	慢性肾功能衰竭·····	277
第五章	血液和造血系统疾病·····	285
第一节	缺铁性贫血·····	285
第二节	再生障碍性贫血·····	288
第三节	白血病·····	292
第四节	过敏性紫癜·····	305
第五节	特发性血小板减少性紫癜·····	307
第六章	内分泌和代谢疾病·····	331
第一节	腺垂体功能减退症·····	313
第二节	单纯性甲状腺肿·····	314
第三节	甲状腺功能亢进症·····	316
第四节	甲状腺功能减退症·····	321
第五节	糖尿病·····	324
第六节	痛风·····	335
第七章	风湿病和结缔组织病·····	339
第一节	系统性红斑狼疮·····	339
第二节	类风湿性关节炎·····	344
第八章	神经系统疾病·····	349
第一节	三叉神经痛·····	349
第二节	特发性面神经麻痹·····	355
第三节	多发性神经病·····	357
第四节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经根病·····	359
第五节	急性脊髓炎·····	363
第六节	脊髓压迫症·····	365
第七节	短暂性脑缺血发作·····	367
第八节	脑血栓形成·····	370
第九节	脑栓塞·····	376

第十节	脑出血·····	378
第十一节	蛛网膜下腔出血·····	382
第十二节	颅内压增高综合征·····	384
第十三节	脱髓鞘疾病·····	390
第十四节	锥体外系疾病·····	395
第十五节	癫痫·····	407
第十六节	重症肌无力·····	415
第十七节	周期性麻痹·····	419
第九章	现代内科诊疗技术·····	422
第一节	胸腔穿刺术·····	422
第二节	胸腔闭式引流术·····	423
第三节	人工心脏起搏·····	424
第四节	心脏电复律·····	429
第五节	机械通气·····	431

第一章 呼吸系统疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory tract infection)是对鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称,是呼吸道最常见的一种传染源。常见病因为病毒,少数由细菌引起。

一、病因与发病机制

急性上呼吸道感染的主要病原体为鼻病毒、流感病毒(甲、乙、丙)副流感病毒、呼吸道合胞病毒、冠状病毒、腺病毒及柯萨奇病毒等。细菌感染可直接或继发于病毒感染之后发生,以溶血性链球菌为多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等。人体在受凉、淋雨或过度疲劳等因素影响下,呼吸道局部防御功能处于低下状态,病毒和细菌等可通过飞沫传播,也可由接触鼻、咽、眼结膜表面上的传染物而经手传播。发病与年龄、体质及环境密切相关,尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病者更易罹患。

二、病理

一般表现为鼻腔及咽喉黏膜的充血、水肿、上皮细胞破坏及浆液性和黏液性的炎性渗出,伴有细菌性感染时可有中性粒细胞浸润,并有脓性分泌物。并发肺炎时肺充血、水肿,肺泡内含有纤维蛋白和渗出液,呈现支气管肺炎改变。不同病毒可以引起不同程度的细胞增殖及变性,鼻病毒及肠道病毒较黏液病毒引起的改变严重。严重感染时,连接呼吸道的副鼻窦和中耳道可形成阻塞,发生继发性感染。

三、临床表现

(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。检查可见咽部明显充血,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、诊断和鉴别诊断

根据病史、流行情况、鼻咽部症状和体征,结合周围血常规和胸部X线检查可做出临床诊断。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。

本病需与下列疾病鉴别。

1. 过敏性鼻炎 主要表现为喷嚏频作,鼻涕多,呈清水样,鼻腔水肿、苍白,分泌物中有较多嗜酸性细胞。发作常与外界刺激有关,常伴有其他过敏性疾病,如荨麻疹等。

2. 急性传染病前驱期 麻疹、脊髓灰质炎、脑炎、流行性脑炎、伤寒、斑疹伤寒、白喉等,在患病初期可伴有上呼吸道症状,但有明确的流行病学史,并有其特定的症状特点可资鉴别。

3. 流行性感 感冒 流感的潜伏期很短,一般1~3天,常有明显的流行性。起病急骤,以全身中毒症状为主,出现畏寒、高热、头痛、头晕、全身酸痛、乏力等。呼吸道症状轻微或不明显,可有咽痛、流涕、流泪、咳嗽等。少数患者有食欲减退,伴有腹痛、腹胀及腹泻等消化道症状。病毒分离和血清学诊断可供鉴别。

六、治疗

(一)对症治疗 发热、头痛、肢体酸痛者,可给予解热镇痛药,如复方阿司匹林片0.5~1.0g,每日3次;鼻塞流涕者,可用抗过敏药,如扑尔敏4mg,每日3次,或用1%的麻黄素液滴鼻;咳嗽者,可给予镇咳药,如克咳敏5~10mg,口服,每日3次,或氯化铵棕色合剂10ml,口服,每日3次;声嘶、咽痛者,可作雾化吸入治疗,或口含华素片。

(二)抗感染治疗 如有继发细菌感染者,可选择抗菌药物治疗。经验用药常选:①头孢氨苄0.25~0.5g,口服,每日4次。②罗红霉素150mg,口服,每日2次。③阿莫西林0.5g,口服,每日3~4次。

(三)抗病毒治疗 有一定的疗效。①离子通道M₂阻滞剂:如金刚烷胺(amantadine)及其衍生物甲基金刚乙胺(rimantadine)可用于预防和治疗甲型流感病毒,阻滞其在

细胞内的复制。在发病 24 ~ 48 小时内使用,可减轻发热等症状。②神经氨酸酶抑制剂:如奥司他韦(oseltamivir)和扎那米韦(zanamivir)等,能有效治疗和预防甲、乙型流感病毒,早期(48 小时内)使用可以减轻症状、缩短症状持续时间。③其他药物:吗啉胍(moroxidine, ABOB)对流感病毒、腺病毒和鼻病毒等有一定的疗效;广谱抗病毒药利巴韦林(ribavirin)对流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒等 RNA 病毒和 DNA 病毒均有较强的抑制作用,主张早期使用。

(四)中药 中药对普通感冒有一定疗效。常用中成药有:感冒冲剂、板蓝根冲剂、银翘解毒片等。复方柴胡注射液对病毒性感冒也有效。

七、预防

1. 平时应加强体育锻炼,增强体质,提高抗病能力。
2. 避免受凉、淋雨及与感冒患者接触。感冒流行期间,外出要戴口罩,勿去公共场所,防止交叉感染。室内应经常开窗通风及进行空气消毒。
3. 室内用食醋 5 ~ 10ml/m³ 加等量水稀释,关闭门窗加热熏蒸,每日 1 次,连用 3 次。
4. 流感疫苗行鼻腔喷雾;也可用贯众、板蓝根、野菊花、桑叶等中草药熬汤饮用。
5. 恢复期若出现眼睑水肿、心悸、关节痛等症状,应及时诊治。

(王 越 张延泉 张 丽)

第二节 急性气管—支气管炎

急性气管—支气管炎(acute tracheobronchitis)是生物性或非生物性因素引起的气管—支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状为咳嗽、咳痰,多于短期内恢复。如迁延不愈或反复发作可演变成慢性支气管炎。常见于寒冷季节或气候突变之时诱发。

一、病因和发病机制

在过度疲劳、受凉等情况下,上呼吸道的防御机能减弱,病原微生物乘机侵入上呼吸道而发病。

(一)病毒性感染 如鼻病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒等,首先引起上呼吸道炎症,向下蔓延引起气管—支气管炎。

(二)细菌感染 病毒感染抑制肺泡巨噬细胞的杀菌作用,所以细菌感染常在病毒感染的基础上发生,最常见的细菌为流感嗜血杆菌与肺炎球菌。

(三)理化因素 包括冷空气、粉尘、二氧化硫、氯气等,可以引起气管—支气管的无菌性炎症。

(四)其他因素 副鼻窦或扁桃体感染的分泌物吸入气管、支气管后可直接引起本病。对细菌蛋白或寒冷过敏,或者寄生虫如钩虫、蛔虫、肺吸虫的幼虫在肺内移行引起的过敏,也可引起急性气管—支气管炎。

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

1. 发病初期常表现为上呼吸道感染症状,有鼻塞、流鼻涕、咽痛和声音嘶哑等临床表现。全身症状较为轻微,但可出现低热、畏寒、周身乏力,自觉咽喉部发痒,并有刺激性咳嗽及胸骨后疼痛。

2. 早期痰量不多,但痰液不易咳出,2~3日后痰液可由黏液性转为黏液脓性。如受凉、吸入冷空气或刺激性气体可使咳嗽加剧或诱发咳嗽。晨起时或夜间咳嗽常常较为显著。咳嗽也可为阵发性,有时呈持久性咳嗽。咳嗽剧烈时伴有恶心、呕吐及胸部、腹部肌肉疼痛。如伴有支气管痉挛,可有哮鸣和气急。

3. 病程有一定的自限性,全身症状可在4~5天内消退,但咳嗽有时可延长数周。

4. 严重并发症较为少见,只有相当少的患者会发生肺炎。偶尔严重的咳嗽可造成肋骨骨折,有时会发生晕厥、呕吐、尿失禁和肌酸磷酸激酶的升高。

5. 查体有时可发现干性啰音,咳嗽后消失;肺底部偶可听到湿性啰音,伴有支气管痉挛时,可听到哮鸣音。

四、实验室和其他检查

(一)外周血常规 多数病例的白细胞计数和分类无明显改变,细菌感染严重时白细胞总数和中性粒细胞可增多。

(二)痰液检查 痰液涂片和培养可发现致病菌。

(三)胸部X线 多数表现为肺纹理增粗,少数病例无异常表现。

五、诊断

根据病史和临床表现,结合血象和X线检查,可做出临床诊断。

1. 多有上呼吸道感染史,表现为咳嗽、咯痰等呼吸道症状。

2. 如为理化刺激引起,一般有明确接触史。

3. 听诊双肺呼吸音正常或发现粗的干性啰音,咳嗽后消失,两肺底可有散在干湿啰音。

4. X线检查无明显变化。

六、鉴别诊断

1. 流行性感冒 流感有流行病学史,急骤起病,高热和全身肌肉酸痛等全身中毒症状明显,病毒分离和补体结合试验可以确诊。

2. 其他呼吸系统疾患如肺结核、肺脓肿、支原体肺炎、麻疹、百日咳和肺癌等,以上疾病初发时常伴有急性气管—支气管炎症状,但均表现各自的特点,可资鉴别。

七、治疗

(一)一般治疗 适当休息,多饮水,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、喷托维林或苯丙哌林等镇咳剂。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

如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. 解痉和抗过敏 对于因过敏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、 β_2 -受体激动剂(如沙丁胺醇等)和马来酸氯苯那敏等。

4. 超声雾化吸入治疗 此疗法可达到湿化气道、稀释痰液、局部抗炎的目的,对刺激性咳嗽效果较好。一般使用生理盐水 20ml 雾化吸入,如痰液黏稠亦可在生理盐水中加入 α -糜蛋白酶 5mg,以利于黏痰溶解及抗炎。并发细菌感染者,可用加入生理盐水 10~20ml 丁胺卡那霉素 0.2g 雾化吸入,每日 2~3 次。

(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。

八、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。

(王 越 张延泉 张 丽)

第三节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(简称慢支),是气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床以咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征。病情进展较慢,常并发阻塞性肺气肿,进而至肺动脉高压、慢性肺源性心脏病。该病在我国十分常见,据调查我国约有 3000 多万人患此病,患病率约为 3%。老年人患病率较高,可达到 15% 左右,北方较南方患病率高,农村山区较平原患病率高,大气污染严重的地区患病率高,吸烟者比不吸烟者患病率高。

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) 遗传因素 从家庭普查结果来看,本病有一定的遗传倾向。有遗传因素的患者血中缺乏一种与遗传有关的 α_1 -抗胰蛋白酶(α_1 -antitrypsin)。在炎症时,白细胞释放的酶可以破坏肺组织, α_1 -抗胰蛋白酶能对抗白细胞释放的酶对肺组织的损伤,若 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏,则导致慢性肺部组织的损伤。另外免疫球蛋白 A(IgA)及丙种球蛋白缺乏,也是其病因之一。

(二) 感染因素 呼吸道感染是慢性支气管炎发病与急性发作的重要原因,其中以病毒为多。病毒感染后,导致呼吸道柱状上皮细胞损伤,免疫功能低下,为细菌继发感染创造了条件。据文献报道,慢性支气管炎患者常见的细菌有奈瑟球菌、绿色链球菌、肺炎球

菌及流感嗜血杆菌,而与肺炎球菌、流感嗜血杆菌及慢性支气管炎继发感染关系密切。

(三)大气污染 大气中的刺激性烟雾、有害气体如二氧化硫、二氧化氮、氯气、臭氧等对支气管黏膜慢性刺激,常为慢性支气管炎发病的诱发因素之一。

(四)吸烟 国内外大量科学研究证明吸烟是慢性支气管炎的主要病因。吸烟能使气道纤毛运动功能降低,肺泡巨噬细胞功能异常,分泌黏液腺体增生,蛋白酶—抗蛋白酶失衡,刺激支气管平滑肌收缩等。

(五)过敏因素 喘息型慢支往往有过敏史,对多种抗原激发的皮肤试验阳性率较高,在患者痰液中嗜酸性粒细胞数量与组胺含量都有增高。过敏反应可使支气管收缩或痉挛、组织损害和炎症反应,继而发生慢支。

(六)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。

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

(一)症状 起病缓慢,病程较长,反复急性发作而逐渐加重。主要症状有咳嗽、咳痰或伴喘息。

1. 咳嗽 特点是长期、反复、逐渐加重的咳嗽,一般清晨起床后咳嗽较重,白天较轻,临睡前有阵咳或咳痰。冬季或寒冷季节咳嗽较重,夏季缓解或减轻,重者咳嗽频繁,一年四季都出现咳嗽。

2. 咳痰 痰量以清晨较多,咳嗽后即排痰,一般为白色黏液或白色泡沫样痰,偶有痰中带血。急性发作伴有细菌感染时,痰可变为黏液脓性或黄色脓痰。

3. 喘息 部分慢支患者有过敏因素参与,支气管平滑肌痉挛时可引起喘息,常伴有哮鸣音。反复发作数年,并发阻塞性肺气肿时可伴有活动后气短。

(二) 体征 慢性支气管炎早期常无明显体征。有时在肺底部可闻及湿性和干性啰音,喘息性支气管炎在咳嗽或深吸气后可听到哮鸣音,发作时有广泛的湿啰音和哮鸣音。长期反复发作,可见肺气肿的体征。

(三) 主要并发症

1. 阻塞性肺气肿 为慢性支气管炎最常见的并发症。终末细支气管狭窄阻塞,肺泡壁破裂,相互融合所致。症见气急,活动后加重,伴有肺气肿的体征,如桶状胸,肺部叩诊呈过清音,X 检查示肺野透亮度增加。

2. 支气管扩张症 慢性支气管炎反复发作,支气管黏膜充血、水肿,形成溃疡,管壁纤维增生,管腔变形、扩张或狭窄,扩张部分呈柱状改变,形成支气管扩张,症见咳嗽,痰多或咯血。

3. 支气管肺炎 慢性支气管炎蔓延至周围肺组织中导致感染,患者有寒战,发热,咳嗽增剧,痰量增加且呈脓性。白细胞总数及中性粒细胞增多,X 线检查,两下肺野有沿支气管分布的斑点状或小片状阴影。

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 主要根据病史和症状。凡有咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发病持续 3 个月,连续两年以上,并排除其他心、肺疾病(如肺结核、尘肺、支气管哮喘、支气管扩张、肺癌、心脏病、心功能不全等)时,可作出诊断。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。必要时应做胸部 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

1. 控制感染 抗生素使用原则为及时、有效,感染控制后即予停用,以免产生耐药和二重感染。在未获得明确病原诊断前,所用抗生素应覆盖主要致病菌。常用抗生素可选用 β -内酰胺类、大环内酯类、喹诺酮类等,如阿莫西林 0.5g,口服,每日 3~4 次;罗红霉素 0.15g,口服,每日 2 次;左氧氟沙星 0.2g,口服,每日 2 次;感染严重者同类药品可静脉滴注,每日 2 次,疗程 5~7 天。

2. 祛痰、镇咳 除刺激性干咳外,一般不宜单用镇咳药物,因痰不易咳出,反可加重病情。使用祛痰止咳剂,促进痰液引流,有利于感染的控制。常用的药物有:盐酸氨溴索(沐舒坦)30mg,口服,每日 2 次;必嗽平 16mg,口服,每日 2~3 次;氯化铵棕色合剂,10ml,口服,每日 2~3 次。若痰黏稠仍不易咳出时,可配以生理盐水,加入 α -糜蛋白雾化吸入,以稀释气道分泌物。若剧烈干咳也可选用克咳敏 5~10mg,每日 3 次,口服。

3. 解痉平喘 适用于喘息型患者急性发作,或合并肺气肿者,常用药物如下。

(1) 氨茶碱:一般可口服 1~2 片(0.1~0.2g),每日 3 次。少数喘息严重者,静脉注射氨茶碱 0.25g + 25% 葡萄糖 40ml,缓慢推注,每次推注不应少于 10~15 分钟,每日不超过 4 次。静脉滴注者 5% 葡萄糖 500ml + 氨茶碱 0.5g。每日总量不超过 1g。

(2) 喘啉:对心血管的副作用仅为氨茶碱的 1/10,因此多用于有心血管并发症心动过速的患者。尤其老年人适合应用。口服 0.3~0.5g,较大剂量可达较强的平喘作用。

(3) 氨茶碱缓释片:此药是近年来药物研制的一大进展,其特点是血浓度波动小,每次 1 片(300mg),每日 2 次,每 12 小时 1 次。对服氨茶碱夜间仍有胸闷、气短的患者,改用缓释片效果明显。

(4)肾上腺素:对 α 、 β 肾上腺受体均有较强兴奋作用,既可扩张支气管,同时也兴奋心肌,增加心肌耗氧量,因此仅用于无高血压及心血管疾患的喘息患者。用法:0.1%肾上腺素0.3~0.5ml,皮下或肌肉注射,30~60秒后,便可使支气管痉挛缓解。

(5)舒喘灵:拟肾上腺素药。本品主要兴奋 β -肾上腺素受体,对支气管痉挛有明显的解痉作用。口服:每次2~4mg,每日3次。雾化吸入:0.1~0.2mg(即喷1~2次),每日1~3次。

(6)叔丁氯喘通(妥布特罗,氯丁喘胺):本品主要兴奋 β_2 -受体,对支气管平滑肌具有强而持久的扩张作用,对心脏兴奋作用较轻。用法:每次0.5~2mg,每日2次。糖浆:成人每次10~15ml,每日3次。甲状腺机能亢进症、高血压病、心脏病、糖尿病及孕妇禁用和或慎用。

(7)博利康尼(叔丁喘宁):本品作用于 β_2 -受体选择性高,对心血管作用为异丙肾上腺素的1/100、喘乐宁的1/10。气雾吸入:0.25~0.5mg(1~2喷),每6小时1次。口服:5mg,每日3次。皮下注射:每次0.25~0.5mg,每日最高剂量1mg。心脏病、高血压病、甲亢、糖尿病、咯血及孕妇慎用。

(8)海索那林(息喘酚):本品为一种新型选择性 β_2 -受体兴奋剂。对各种原因引起的喘息均有明显疗效。成人常用量,每次1~2片,每日3次。

(9)美喘清(扑哮息敏):对支气管平滑肌 β -受体有较高的选择性,为第三代 β -受体兴奋剂。其选择性优于喘速灵、异丙肾上腺素等药。成人50 μ g,早晚各1次。气雾吸入:10~20 μ g,每日3次,10天为一疗程。甲亢、高血压、心脏病、糖尿病及孕妇、婴幼儿慎用。禁与儿茶酚胺类药物配伍。

(10)溴化异丙托品:对支气管平滑肌有较高的选择性,吸入少量即可产生显著扩张支气管作用,并不增加痰液黏稠度,对心血管影响很小。适用于慢性支气管炎、支气管哮喘,尤其适用于不能耐受 β -受体激动剂者。用法:爱喘乐报雾剂0.025% $\times$ 20ml,每揿1下为0.02mg,每次40~80 μ g,每日3~6次。青光眼、幽门梗阻、前列腺肥大、妇女妊娠期时慎用。

(11)氧托溴胺:为胆碱能受体阻滞剂,对支气管平滑肌具有较高选择性,稍强于异丙托品,持续时间亦长,不通过血脑屏障,治疗量对心血管无明显影响。气雾剂:15ml中含30mg,每揿1下为100 μ g,每次揿2下,每日2次吸入。

(12)肾上腺皮质激素类:能对抗靶细胞释放介质,具有明显的平喘作用,并有强大的抗炎作用。但久用可引起医源性胃溃疡、高血压、水钠潴留、脂肪堆积、糖尿病;甚至引起骨质疏松导致骨骼无菌坏死病理性骨折。应在其他药物未能控制的喘息发作时,才能考虑使用。①氢化可的松:100~400mg加5%葡萄糖500ml静脉滴注。待病情初步缓解后,可改用强的松10mg,每日3次口服,2周后减半5mg,每日3次,1个月后可改用10mg,隔日1次顿服,一般可在1~1/2个月停用。②地塞米松:一般对氢化可的松无效者,可选用此药,剂量为5~10mg加入液中静滴,用法与上药相同。待病情初步缓解后,改为强的松口服,方法亦同上。对慢性喘息性支气管炎需服强的松者,20mg隔日顿服,于2~3个月停药。

(二)缓解期治疗 治疗以增强体质,提高机体抗病能力和预防复发为主。加强锻