

北京大学第三医院 组织编写

# 临床诊治 要点与盲点

## 呼吸系统疾病

主编 贺蓓 肖毅



人民卫生出版社  
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

北京大学第三医院 组织编写

# 临床诊治 要点与盲点

## 呼吸系统疾病

主编 贺 蓓 肖 毅

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床诊治要点与盲点. 呼吸系统疾病 / 北京大学第三  
医院组织编写. —北京: 人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-24283-7

I. ①临… II. ①北… III. ①呼吸系统疾病—诊疗  
IV. ①R4 ②R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 055123 号

|      |                                                  |                                |
|------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
| 人卫智网 | <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a> | 医学教育、学术、考试、健康,<br>购书智慧智能综合服务平台 |
| 人卫官网 | <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>   | 人卫官方资讯发布平台                     |

版权所有, 侵权必究!

临床诊治要点与盲点: 呼吸系统疾病

组织编写: 北京大学第三医院

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

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

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 20

字 数: 370 千字

版 次: 2017 年 6 月第 1 版 2017 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-24283-7/R · 24284

定 价: 78.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



# 《临床诊治要点与盲点:呼吸系统疾病》编委会

## 主 编

贺 蓓 北京大学第三医院

肖 毅 北京协和医院

## 副主编

文仲光 中国人民解放军总医院第一附属医院

张睢扬 中国人民解放军火箭军总医院

马迎民 首都医科大学附属北京朝阳医院

沈 宁 北京大学第三医院

## 编 委 (按病例出现顺序排列)

魏晓阳 中国人民解放军总医院第一附属医院

马 楠 中国人民解放军总医院第一附属医院

马凌云 中国人民解放军总医院第一附属医院

肖 燕 中国人民解放军总医院第一附属医院

杨 薇 北京大学第三医院

朱 红 北京大学第三医院

丁艳苓 北京大学第三医院

王 飞 北京大学第三医院

王建丽 北京大学第三医院

周庆涛 北京大学第三医院

聂理会 首都医科大学附属北京胸科医院

王 隽 首都医科大学附属北京胸科医院

蔡宝云 首都医科大学附属北京胸科医院

段鸿飞 首都医科大学附属北京胸科医院

初乃惠 首都医科大学附属北京胸科医院

|     |                             |
|-----|-----------------------------|
| 马建新 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 张睢扬 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 李朝霞 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 刘 辉 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 白 珀 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 王 英 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 梁 霄 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 焦 俊 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 宋云熙 | 中国人民解放军火箭军总医院               |
| 黄 蓉 | 北京协和医院                      |
| 龚娟妮 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 / 北京市呼吸疾病研究所 |
| 翟振国 | 中日友好医院 / 国家呼吸系统疾病临床医学研究中心   |
| 金 金 | 北京医院                        |
| 方保民 | 北京医院                        |
| 乔力松 | 北京医院                        |
| 王孟昭 | 北京协和医院                      |
| 许晓岩 | 首都医科大学附属北京朝阳医院              |
| 李 杰 | 首都医科大学附属北京朝阳医院西院            |
| 杜毅鹏 | 北京大学第三医院                    |
| 张 静 | 北京大学第三医院                    |
| 伍 蕊 | 北京大学第三医院                    |
| 黄 慧 | 北京协和医院                      |
| 彭 敏 | 北京协和医院                      |
| 毛文苹 | 首都医科大学附属北京朝阳医院西院            |
| 米 崧 | 首都医科大学附属北京朝阳医院西院            |
| 崔 娜 | 首都医科大学附属北京朝阳医院              |
| 柳 涛 | 北京协和医院                      |
| 田欣伦 | 北京协和医院                      |
| 徐凯峰 | 北京协和医院                      |
| 张 杰 | 首都医科大学附属北京天坛医院              |

# 序 言

正确诊断和治疗患者,是临床医师所期待的。但由于有些疾病复杂疑难,常常可能发生误诊、漏诊,甚至误治。本书由具有丰富临床经验的临床专家,从介绍病例开始,将诊治过程中的要点和盲点加以分析,每个章节都凝聚着临床实践过程中的经验、教训,十分宝贵,希望能够通过这样的写作实现临床“经验”的“传”与“授”。

本书与以往病例讨论和疾病专著有所不同:

本书追求抓住重心,但求精而专。读者会注意到,当本书作者提出“要点”后,会就“点”而不是病例本身展开话题,而以后的讨论和诊治叙述,可能不是来自教科书,或者是没有“标准答案”,而是更多来自临床实践。在读者读完一个章节后,可以获得临床思维的方法,而不仅仅是对一个疾病的认识。

本书中的“盲点”,是临床中误认为是正确、而实际上是错误的“点”,这些也是诊治过程中的“要点”,本书作者提出的“盲点”,多是与年轻医师们经验不足或者横向思维不够有关,本书以“盲点”形式提出,是希望引起更多关注,并启发大家的深入思考。

本书并没有涵盖全部呼吸系统疾病,而是围绕诊治中较常遇到的问题展开,突出临床思维过程,并可达到举一反三的目的。希望本书能够成为年轻医生成长的良师益友。

北京大学第三医院 呼吸与危重症医学科



2017. 3. 20

# 目 录

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 第一章 肺部感染性疾病                                | 1  |
| 病例 1 判断社区获得性肺炎病原体的基础要点                     | 3  |
| 病例 2 社区获得性肺炎也有耐药菌感染的可能                     | 7  |
| 病例 3 发热、血白细胞增高及肺部浸润影不一定是肺炎                 | 13 |
| 病例 4 肺炎支原体肺炎出现大叶性肺炎改变并不少见                  | 19 |
| 病例 5 大环内酯类抗菌药物治疗无效不能除外肺炎<br>支原体感染          | 23 |
| 病例 6 医院获得性肺炎患者痰培养出鲍曼不动杆菌不一定是<br>致病菌        | 27 |
| 病例 7 如何区别痰培养出的细菌是定植菌还是致病菌                  | 30 |
| 病例 8 免疫力正常患者中的重症腺病毒肺炎                      | 35 |
| 病例 9 隐球菌肺炎易被误诊为社区获得性细菌性肺炎                  | 40 |
| 病例 10 伴有肾功能不全的重症肺孢子菌肺炎患者应采用卡泊芬净与<br>磺胺联合治疗 | 44 |
| 病例 11 反复咯血也应考虑肺曲霉球                         | 49 |
| 病例 12 合理使用诊断性治疗有助于确诊侵袭性肺部真菌感染              | 54 |
| 第二章 结核和非结核分枝杆菌感染                           | 59 |
| 病例 13 警惕初治肺结核耐多药结核病的可能                     | 61 |
| 病例 14 T 细胞斑点试验阳性一定是活动性结核病吗                 | 67 |
| 病例 15 不能除外肺结核的社区获得性肺炎应用喹诺酮类药物<br>抗感染的讨论    | 71 |
| 病例 16 寻找特点、提早诊断——结核性脑膜炎                    | 74 |
| 病例 17 注意有肺结核病史患者可能合并非结核分枝杆菌肺病              | 78 |
| 病例 18 有肝病史者肺结核治疗方案的制订                      | 82 |

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| <b>第三章 慢性气流受限性疾病及呼吸衰竭</b>                       | 87  |
| 病例 19 慢性阻塞性肺疾病急性加重的抗菌药物治疗                       | 89  |
| 病例 20 曲霉过敏可能是慢性阻塞性肺疾病急性加重患者喘息治疗疗效不佳的因素之一        | 93  |
| 病例 21 慢性阻塞性肺疾病急性加重机械通气时血气目标如何掌握                 | 97  |
| 病例 22 适当呼气末正压和有创 - 无创无间隙序贯在心力衰竭合并呼吸衰竭患者脱机拔管中的应用 | 101 |
| 病例 23 警惕慢性阻塞性肺疾病合并重叠综合征                         | 104 |
| 病例 24 正确认识肥胖低通气综合征                              | 109 |
| 病例 25 合并甲状腺功能减退的老年呼吸衰竭患者的治疗                     | 113 |
| 病例 26 真菌致敏的哮喘患者抗真菌治疗可能有效                        | 117 |
| 病例 27 慢性阻塞性肺疾病患者下呼吸道标本培养出曲霉菌要警惕侵袭性肺曲霉病          | 121 |
| 病例 28 变应性支气管肺曲菌病容易误诊为哮喘                         | 126 |
| <b>第四章 肺血管病</b>                                 | 129 |
| 病例 29 肺动脉高压合并血管内血栓形成需注意筛查肺动脉炎                   | 131 |
| 病例 30 应用肝素抗凝过程中应警惕肝素诱导的血小板减少症                   | 137 |
| 病例 31 急性大块肺栓塞诊断不要过于依赖 CTPA                      | 142 |
| 病例 32 诊断出肺血栓栓塞症时需考虑合并恶性肿瘤                       | 146 |
| <b>第五章 肺部肿瘤</b>                                 | 151 |
| 病例 33 小细胞肺癌的治疗要按照其自身的特点进行                       | 153 |
| 病例 34 非小细胞肺癌的治疗必须明确诊断和分期                        | 157 |
| 病例 35 晚期 <i>EGFR</i> 基因敏感突变的非小细胞肺癌的治疗不能仅依靠靶向药物  | 160 |
| 病例 36 基因检测阴性的晚期肺癌患者的个体化化疗                       | 164 |
| 病例 37 男性吸烟晚期肺腺癌患者可能从靶向治疗中获益                     | 169 |
| 病例 38 以肺部弥漫性磨玻璃影为首发表现的淋巴瘤                       | 172 |
| <b>第六章 间质性肺疾病</b>                               | 177 |
| 病例 39 以急性呼吸衰竭为首要表现的急性嗜酸性粒细胞性肺炎                  | 179 |
| 病例 40 MPO-ANCA 阳性的嗜酸性粒细胞肉芽肿性多血管炎                |     |

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| 出现反复复发 .....                                | 183 |
| 病例 41 干燥综合征相关性间质性肺病患者胸部影像可见多发<br>囊状气腔 ..... | 188 |
| 病例 42 纵隔气肿对皮肤炎相关间质性肺病诊断具有提示意义 .....         | 192 |
| 病例 43 对于以间质性肺炎为首发表现的类风湿关节炎应<br>密切随诊 .....   | 195 |
| 病例 44 警惕小量咯血为唯一首发症状的弥漫性肺泡出血 .....           | 199 |
| 病例 45 肉芽肿性多血管炎垂体受累的治疗 .....                 | 203 |
| 病例 46 重视以肺间质纤维化为首发表现的 ANCA 相关性<br>血管炎 ..... | 208 |
| 病例 47 并非所有的结节病患者均需要接受糖皮质激素的治疗 .....         | 212 |
| 病例 48 特发性肺纤维化患者呼吸困难加重考虑肺栓塞 .....            | 216 |
| 病例 49 过敏性肺炎的激素治疗不宜过早过快停用 .....              | 221 |
| 病例 50 肺活检有助于诊断暴露原不明确的过敏性肺炎 .....            | 225 |
| <b>第七章 胸膜疾病</b> .....                       | 229 |
| 病例 51 恶性胸腔积液的处理 .....                       | 231 |
| 病例 52 切勿忽视乳糜胸的诊断与鉴别诊断 .....                 | 235 |
| 病例 53 糖皮质激素在结核性胸腔积液治疗中的应用 .....             | 239 |
| <b>第八章 呼吸系统少见疾病</b> .....                   | 243 |
| 病例 54 弥漫性泛细支气管炎抗菌药物治疗之路 .....               | 245 |
| 病例 55 肺泡蛋白沉积症——以小叶间隔增厚为突出表现的<br>间质性肺炎 ..... | 250 |
| 病例 56 肺泡蛋白沉积症——糖皮质激素治疗无效的间质性<br>肺病 .....    | 254 |
| 病例 57 没有内脏转位的原发性纤毛运动障碍 .....                | 258 |
| 病例 58 肺淋巴管肌瘤病获得诊断的多种途径 .....                | 262 |
| <b>第九章 经支气管镜介入治疗相关问题</b> .....              | 269 |

# 第一章 肺部感染性疾病



# 病例 1 判断社区获得性肺炎病原体的基础要点

【关键词】社区获得性肺炎 病原体

## 【引言】

社区获得性肺炎(community-acquired pneumonia,CAP)的本质是由病原体引起的肺实质炎症,确定引起CAP的病原体是初始经验性选择抗菌药物的关键。引起CAP最常见的病原体为肺炎支原体(*mycoplasma pneumoniae*,MP)、肺炎链球菌(*streptococcus pneumoniae*,SP)和流感嗜血杆菌,三者约占50%~60%;其次为卡他莫拉菌、肺炎衣原体(*chlamydia pneumoniae*,CP)、金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌、肺炎克雷伯杆菌、铜绿假单胞菌、肠球菌、厌氧菌及军团菌等;广义引起CAP的病原体还包括结核分枝杆菌、真菌、病毒及原虫等。此外,因不同病原体的混合感染导致的CAP也较为常见,如肺炎支原体和细菌的混合感染,细菌和病毒的混合感染,以及需氧菌和厌氧菌的混合感染等。

在我国北京和上海等多个大城市的三级甲等医院进行CAP病原体调查结果也显示,MP、SP和流感嗜血杆菌是引起CAP前三位的病原体。CAP病原学诊断较为困难,仍有近半数患者病原体检测阴性。由于我国经济发展存在地域性差异,抗菌药物的使用种类和强度也不尽相同,因此引起CAP的病原体组成及耐药性存在一定的差异,不可盲目根据国外及国内大城市、大医院的流行病学资料判断引起CAP的病原体,并据此选择抗菌药物,应根据当地流行病学资料及临床经验指导CAP的病原学诊断和治疗。如何正确判断引起CAP的病原体,应抓住以下要点。

## 要 点

- ◎ 根据人口学特征、居住环境、既往史及感染性疾病接触史判断引起 CAP 的病原体
- ◎ 根据临床资料判断引起 CAP 的可能病原体

### 【要点】

#### 要点 1:根据人口学特征、居住环境、既往史及感染性疾病接触史判断引起 CAP 的病原体

详细了解 CAP 患者的人口学特征、居住环境、既往史及感染性疾病接触史,对判断引起 CAP 的病原体有一定的指导意义。儿童及青少年患 MP 肺炎的比例较高,随着年龄的增长,MP 肺炎的发病率逐渐降低,细菌感染的比例增加,65 岁以上的老年人细菌性肺炎的比例显著增加。既往史和引起 CAP 的一些危险因素也对判断引起 CAP 的病原体有一定的作用。

肺囊性纤维化、支气管扩张和其他结构性肺病患者多为铜绿假单胞菌属和金黄色葡萄球菌感染;慢性阻塞性肺疾病和慢性支气管炎患者多为肺炎链球菌、革兰阴性杆菌(如流感嗜血杆菌)和铜绿假单胞菌属感染;慢性误吸引起的 CAP 多为混合感染、厌氧菌和革兰阴性杆菌感染;流感继发的 CAP 多为金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌和流感嗜血杆菌感染;静脉注射吸毒者常见病原体为金黄色葡萄球菌(包括耐甲氧西林金黄色葡萄球菌)、肺炎链球菌、厌氧菌和结核分枝杆菌;长期使用类固醇激素者应警惕曲霉菌感染;金黄色葡萄球菌和厌氧菌多见于酗酒的人;口腔卫生差或牙周炎患者多见厌氧菌感染;HIV 感染早期、CD4<sup>+</sup> T 淋巴细胞正常的患者多为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌和结核分枝杆菌感染,而 HIV 感染晚期、CD4<sup>+</sup> T 淋巴细胞减少的患者除上述病原体外,肺孢子菌、新型隐球菌、组织胞浆菌和球孢子菌感染也常见;皮肤感染者继发 CAP 常见金黄色葡萄球菌感染;合并其他严重基础疾病,如肾功能不全、神经系统疾病、营养不良和肝脏疾病者多见肺炎链球菌、革兰阴性杆菌(如流感嗜血杆菌)和非典型病原体(如肺炎支原体、肺炎衣原体和军团菌)感染;患病前密切接触感染性疾病的患者,可能与所接触患者的病原体一致;居住或工作在一起的人群,同时或先后发病可能为同一病原体。

#### 要点 2:根据临床资料判断引起 CAP 的可能病原体

CAP 患者发病情况、临床症状、化验检查结果及影像学表现不仅是诊断 CAP 及评价其严重性的重要依据,也对判断可能的病原体有一定帮助。细菌性肺炎多表现为急性起病,体温较高,咳嗽并伴有脓性痰;血白细胞总数、中性粒细胞计数及 C-反应蛋白显著升高,出现全身炎症反应及脓毒症时降钙素原明显升高,影像学多表现为肺实质炎症。咳铁锈色痰提示肺炎链球菌感染可

能性大,咳黄色胶冻样痰肺炎克雷伯杆菌感染可能性大,咳翠绿色痰铜绿假单胞菌感染可能性大。血源性金黄色葡萄球菌肺炎往往进展迅速,表现为双肺多发浸润影,并常伴有多发空洞。

肺炎支原体肺炎多表现为高热、剧烈干咳;血白细胞总数和中性粒细胞计数正常或轻度升高,C-反应蛋白轻中度升高,降钙素原多正常,合并细菌感染上述指标则明显升高。轻症患者影像学多表现为肺间质改变,肺纹理增多、增粗及出现网格影,中、重症患者表现肺实质渗出影,甚至出现大叶性肺炎的改变。

病毒性肺炎多起病急,进展迅速,常并发呼吸功能不全;白细胞总数和中性粒细胞计数正常或降低,C-反应蛋白正常或轻度升高,影像学既可出现肺间质性病变,也可出现肺实质性渗出性病变或实变征。

## 【盲点】

### 盲点 1:反复使用同一种或同一类抗菌药物治疗 CAP

前期抗菌药物治疗的品种、剂量、给药方法、疗程及治疗反应对判断引起 CAP 的病原体以及后续经验性选择抗菌药物十分重要。杜绝反复使用同一种或同一类抗菌药物,致使病情持续加重,甚至发展为重症 CAP 的现象发生。

### 盲点 2:中、重度 CAP 患者也不需要病原学诊断

对门诊治疗的轻、中度患者,如无严重的基础疾病及耐药菌感染的危险因素,可以不进行病原学诊断,而根据 CAP 的常见病原体经验性选择抗菌药物,并观察治疗效果。对于需要住院治疗的中、重度患者,尤其是需要入住 ICU 的危重患者和初始经验性治疗失败的患者,以及可能有少见病原体感染的患者,应积极进行病原学诊断。

## 【诊治箴言】

1. 根据 CAP 患者的人口学资料,当地 CAP 常见病原体及药物敏感性、临床资料和前期抗菌药物使用情况以及治疗的效果,推断可能的病原体是初始经验性选择抗菌药物的关键。

2. 密切观察抗菌药物的疗效及进行积极的病原学诊断,对初始经验性治疗失败的患者再次选择抗菌药物十分重要。

## 【参考文献】

1. 中华医学会呼吸病分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655.
2. 刘又宁, 陈民钧, 赵铁梅, 等. 中国城市成人社区获得性肺炎 665 例病原学多中心调查.

中华结核和呼吸杂志,2006,29(1):3-8.

3. 尹玉东,曹彬,王辉,等. 北京地区社区获得性肺炎中肺炎支原体耐药情况的多中心调查. 中华结核和呼吸杂志,2013,36(12):1-5.
4. 于学忠,周荣斌,陈旭岩,等. 2015 年中国急诊社区获得性肺炎临床实践指南. 中国急诊医学杂志,2015,24:1324-1344.
5. 王旭,等. 204 例社区获得性肺炎患者抗菌药物应用分析. 中国医院用药评价与分析, 2015,12:1646-1648.
6. 邓伟吾. 正确理解和合理使用“社区获得性肺炎”诊断和治疗指南. 上海交通大学学报, 2008,1057-1061.
7. 徐作军,丁可,黄慧,等. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南临床应用调查及 490 例病例分析. 中华结核和呼吸杂志,2007,30:4424-4446.
8. John SB, Carrie LS, Samir SS, et al. The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America Clin Infect Dis, 2011,53(7):25-76.

(中国人民解放军总医院第一附属医院 文仲光)

# 病例 2 社区获得性肺炎也有耐药菌感染的可能

【关键词】社区获得性肺炎 经验性抗菌治疗 肺炎克雷伯杆菌 超广谱  $\beta$ -内酰胺酶

## 【引言】

社区获得性肺炎 (community-acquired pneumonia, 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在入院后潜伏期内发病的肺炎。一般认为, 引起 CAP 的病原体多为临床常见, 且对抗菌药物较为敏感的病原体, 如肺炎链球菌、肺炎支原体、流感嗜血杆菌及肺炎克雷伯杆菌等。

近年来, 由于社会人口老龄化, 心脑血管疾病、肿瘤等各种慢性病发病率的增加, 各种侵入性操作、广谱抗菌药物、肾上腺皮质激素和免疫抑制剂的广泛应用, 以及临床微生物检测手段的不断改进, 引起 CAP 的病原体组成、致病性及对抗菌药物敏感性发生了很大变化。因此, 初始经验性抗菌药物选择要充分考虑当地 CAP 常见的病原体及对抗菌药物的敏感性, 并积极进行病原学诊断, 一旦初始经验性抗感染治疗失败, 应根据病原学结果给予针对性抗感染治疗。

## 【病例重现】

患者男性, 69 岁, 既往健康。1 周前受凉后出现发热, 咳少量黄痰, 血常规白细胞计数  $17.0 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞百分比 86%, C-反应蛋白 126mg/L (正常 < 10mg/L), 血小板压积 1.1mg/L。胸片及胸部 CT 检查提示右下肺大片高密度渗出影 (图 1-1, 图 1-2)。临床诊断 CAP, 曾分别静脉滴注阿奇霉素 0.5g/d, 连用 4 天; 盐酸莫西沙星 0.4g/d, 连用 3 天, 无效。痰培养为肺炎克雷伯杆菌, 超广谱  $\beta$ -内酰胺酶阳性, 其中亚胺培南 / 西司他丁的最小抑菌浓度为 2mg/L,

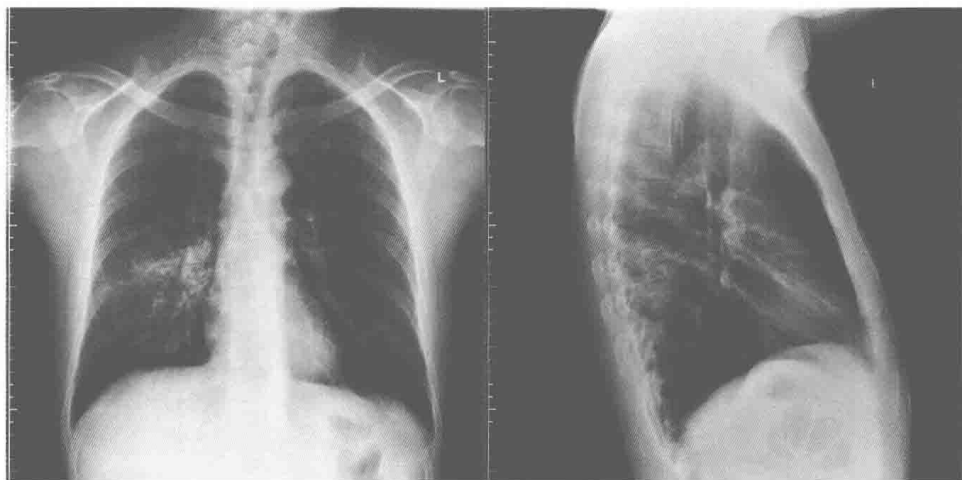


图 1-1 胸片提示右下肺大片高密度渗出影

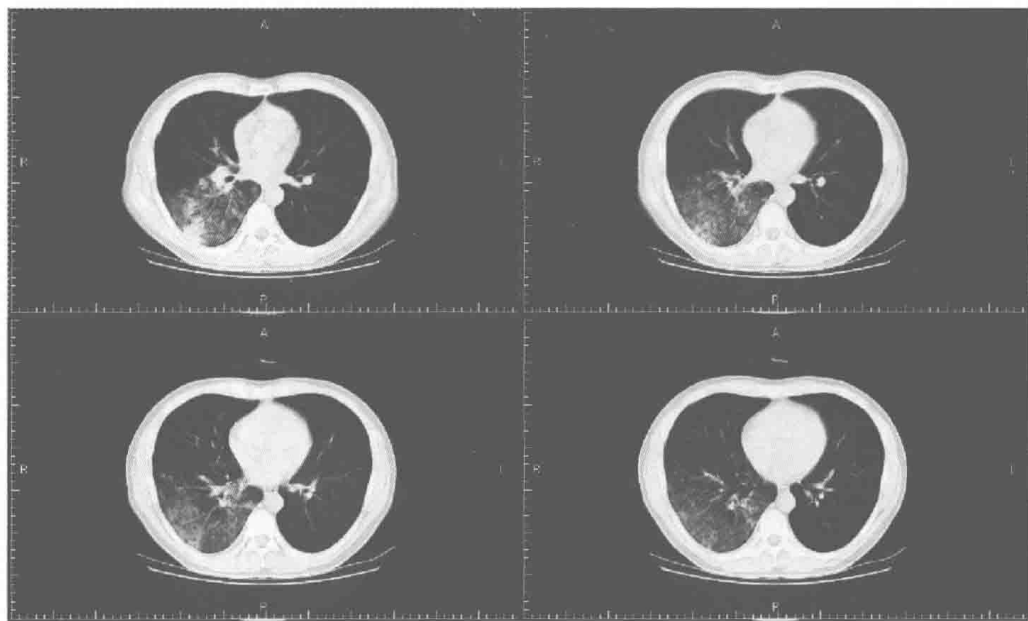


图 1-2 胸部 CT 检查提示右下肺大片高密度渗出影

血清肺炎支原体抗体 1 : 40。给予亚胺培南 / 西司他丁 0.5g, 每 6 小时一次, 第 4 天体温降至正常, 咳嗽、咳痰症状明显好转, 第 8 天复查胸部 CT, 提示右下肺浸润影大部吸收, 当日出院 (图 1-3)。

【提示点】

1. 老年男性, 既往体健。急性起病, 发热、咳嗽。血白细胞及中性粒细胞升高, 肺内大片渗出影。