

| 临床常见病诊疗学 |

临床医学概论

Outline of Clinical Medicine

李 芳 赵亚洲 李景庆 © 编著



華齡出版社

临床常见病诊疗学

临床医学概论

李 芳 赵亚洲 李景庆 编著

责任编辑: 林欣雨

封面设计: 三鼎甲

责任印制: 李未圻

图书在版编目 (CIP) 数据

临床医学概论 / 李芳, 赵亚洲, 李景庆编著. -- 北

京: 华龄出版社, 2015.6

(临床常见病诊疗学 / 贾毅飞主编)

ISBN 978-7-5169-0589-0

I. ①临… II. ①李…②赵…③李… III. ①临床医
学 - 概论 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第136895号

书 名: 临床医学概论

作 者: 李 芳 赵亚洲 李景庆 编著

出版发行: 华龄出版社

印 刷: 北京紫瑞利印刷有限公司

版 次: 2015年6月第1版 2015年6月第1次印刷

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 10

字 数: 145千字

定 价: 90.00元 (全三册)

地 址: 北京市西城区鼓楼西大街41号

邮编: 100009

电 话: 84044445 (发行部)

传真: 84039173

网 址: <http://www.hualingpress.com>

目录

CONTENTS

绪 论	1
-----	---

第一篇 内科学

第一章 呼吸系统疾病	5
第一节 肺炎	5
第二节 肺结核	7
第三节 支气管哮喘	10
第四节 慢性阻塞性肺疾病	13
第五节 肺源性心脏病	15
第二章 循环系统疾病	19
第一节 高血压	19
第二节 心脏瓣膜病	28
第三节 心脏骤停与心脏性猝死	39
第四节 心源性休克	40
第五节 动脉粥样硬化和冠心病	44
第六节 心力衰竭	56
第三章 消化系统疾病	61
第一节 胃食管反流病	61
第二节 胃炎	62
第三节 消化性溃疡	64
第四节 肝硬化	67
第五节 肝性脑病	68
第六节 胰腺炎	70

第四章 泌尿系统疾病	74
第一节 急性肾小球肾炎.....	74
第二节 急性膀胱炎.....	75
第三节 急性肾盂肾炎.....	76
第四节 急性肾衰竭.....	77
第五节 慢性肾衰竭.....	79
第五章 血液系统疾病	81
第一节 缺铁性贫血.....	81
第二节 白血病.....	82
第三节 淋巴瘤.....	92
第四节 特发性血小板减少性紫癜.....	99
第六章 神经及精神疾病	101
第一节 脑出血.....	101
第二节 蛛网膜下腔出血.....	103
第三节 脑血栓.....	103
第四节 脑栓塞.....	105
第五节 精神分裂症.....	106
第六节 抑郁症.....	109

第二篇 护理学

第一章 护理程序和评判性思维	111
第一节 评估.....	111
第二节 护理诊断.....	113
第三节 护理计划.....	114
第四节 实施.....	117
第五节 护理评价.....	118
第六节 评判性思维和护理临床决策.....	119
第二章 给药	122
第一节 口服给药法.....	122
第二节 注射给药法.....	123

第三章 静脉输液与输血·····	133
第一节 静脉输液法·····	133
第二节 静脉输血·····	140
第四章 病情观察及危重患者的抢救和护理·····	145
第一节 病情观察·····	145
第二节 危重症患者的护理·····	147
第五章 医疗与护理文件记录·····	148
第一节 医疗与护理文件的记录和管理·····	148
第二节 医疗和护理文件的书写·····	150

绪论

临床医学(clinical medicine)是诊断、治疗和预防各种疾病的学科群,属于应用科学。随着生物学、物理学、化学、基础医学等现代科学技术的迅速发展,临床医学的内容亦在不断更新和拓展。高职高专医学院校《临床医学概论》教材内容上也随着临床医学的蓬勃发展而进行了相应调整,在讲述诊断学基础、内科、外科、妇产科和儿科常见病、多发病临床概论的基础上,还相应增加了计划生育、精神科、心理卫生等内容。因此,它在高职高专医学院校非临床医学专业的教学中占有较为重要的地位。

一、健康的概念和医学模式的转变

(一)健康的概念

健康是人类的第一财富,人人都十分珍惜自己的健康。然而,长期以来人们都把健康片面理解为“不生病”,只有在生病时才寻求医生的帮助,并认为健康仅仅是卫生部门的责任,忽视了个人乃至全社会对健康的共同责任。世界卫生组织(WHO)1948年提出健康的定义为:“健康不仅仅是没有疾病或不虚弱,而是身体、精神的健康和社会适应良好的总称。”1978年9月,国际初级卫生保健大会上发表的《阿拉木图宣言》中重申:“健康不仅是疾病和体弱的匿迹,而且是身心健康、社会幸福的完好状态。”1990年WHO又提出健康包括“躯体健康、心理健康、社会适应良好、道德健康”4个方面。因此,健康概念远超出了疾病的范围,把人体的健康与生物的、心理的和社会的关系紧密地联系起来。

近年来,国内外医学界提出“亚健康”状态的新概念,是指介于健康和疾病之间的一种生理功能低下的状态。国外也称之为“第三状态”或“灰色状态”。一般认为衰老、疲劳综合征、慢性病的恢复期等均属于“亚健康”状态范畴,极有可能发展为疾病。

(二)医学模式的转变

从历史上看,医学模式的发展经历了以下几个阶段。

1. 神灵主义医学模式

古人认为“神灵”主宰着人类的生命健康,疾病是神灵的惩罚或者是妖魔鬼怪的附身,只能祈求神灵或依赖巫术来保护健康和治疗疾病。

2. 自然哲学医学模式

随着社会的发展,人类对健康和疾病产生了粗浅的理解概括,用朴素唯物论与自然辩证法的一些观点,对于生活规律、外在环境对健康和疾病的影响有了初步认识。

3. 机械论医学模式

18世纪以来,物理学和机械学的进步与发展,推动了欧洲产业革命的深入,法国医生拉美特利等人认为:“人是机器,疾病是机器某部分故障或失灵,需要修补完善”,保护健康就是维护机器。这种观点忽略了人的生物性、社会性。

4. 生物医学模式

人们从生物学的观点来认识生命现象以及健康与疾病的关系,认为人类健康与疾病单纯是由生物因素所致,人类疾病必然有生物学科方面的改变。疾病的变化和医学科学的进展,逐渐暴露出生物医学模式的片面性和局限性。

5. 社会生态学模式

社会生态学模式以生态相对平衡的观点来解释健康与疾病的问题,它认为若宿主、环境和病因三者之间的动态平衡破坏则发生疾病。这种观点忽略了心理因素对健康和疾病的影响。

6. 生物-心理-社会医学模式

随着人类疾病谱的改变,人类对疾病与健康的认识不断深化,通过长期的医学实践经验及大量的医学研究资料表明,疾病与生物因素、心理因素、社会因素密切相关。疾病已由单因单果、单因多果向多因单果、多因多果发展,医学模式过渡到生物-心理-社会医学模式,即现代医学模式。

医学模式的转变是现代社会发展的必然趋势,也是临床医学发展的必然趋势。新的医学模式强调了卫生服务的整体观,即把病人称为患有疾病的、有心理活动的、处于现实社会中的活生生的人来对待,应从局部到整体,从医“病”到医“人”,从个体到群众,从医治疾病为主扩展到对人群的“预防、治疗、保健、康复”综合服务,从原有的生物医学范畴扩展到心理医学和社会医学的广阔领域。这就要求临床医学概论的教学内容也要随着医学模式的转变而变化。

二、临床医学概论的研究范围和内容

临床医学的范围很广,但根据高职高专医学院校教学的需要,《临床医学概论》教材涵盖了诊断学基础、内科常见疾病、外科常见疾病、妇产科常见疾病及计划生育、儿科常见疾病、心理卫生及精神科常见疾病。每种疾病的编写内容包括概述、病因和发病机制,临床表现、诊断要点、治疗要点等。考虑到本书主要用于非临床医学专业,选讲的课题均以临床各科常见病、多发病等为主。要求学生通过们临床医学概论》的学习和临床见习,能对常用的诊断技术、临床医学中的常见病、多发病、诊断要点具有必要的基础知识,对常见病,多发病的防治要点有所了解,并从中找出与本专业的结合点。为毕业后从事健康服务打下坚实的基础。限于教学计划、课程大纲要求,还有相当多的临床学科,多种疾病未能编入本书之内,学生应在学习期间及今后的实际工作中,结合本专业特点不断深入学习,以丰富和拓展自己的知识面。

三、学习临床医学概论的目的、要求和方法

学习《临床医学概论》的目的是以就业为导向,能运用临床医学的基本理论知

识、基本操作技能、基本态度方法，树立良好的服务理念，解决专业工作中所遇到的健康问题，并进一步为维护和保障人民健康，发展我国医学事业和社会主义现代化建设服务。

在学习临床医学概论的过程中，一方面要经常复习相关的基础医学知识，另一方面应寻找与所学专业的结合点，为日后从事本专业和间接为病人服务打下扎实的基础。同时，拓展知识面，了解疾病的全貌，掌握疾病的发展规律。在学习上应注意理论联系实际，由浅入深，循序渐进，持之以恒，定能达到学好临床医学的目的。

通过学习应达到以下几点要求。

首先，熟悉临床各科常见病、多发病的病因、发病机制，常用实验室检查和辅助检查及诊断要点。

其次，注意培养科学的临床思维方法和分析解决问题的能力，结合本专业及相关知识，去发现临床的需求，调动学习的积极性和兴趣。

再次，树立“健康为人人、人人为健康”的正确观念，把自己的学习和工作与人民的健康联系起来，注重体现“以人为本”及人文关怀，在日后的工作中，表现出关心、爱护、尊重病人和认真负责的态度。

最后，探究学习方法，培养自学能力，树立“终身教育”的观念、提高和丰富自己，为今后的发展夯实基础，不断地进取。

四、现代医学的进展

现代医学技术具有高科技的特色。医学的发展历来与科学技术的进步密切相连。临床医学在充分应用基础医学高科技最新成果的基础上，不断创新诊断和治疗方法。

(一)在病因和发病机制方面

近年来，由于免疫学、遗传学、内分泌学及物质代谢研究等方面的迅速发展，对不少疾病的病因和发病机制有了新的认识。如病毒和遗传因素在白血病发病机制中的主要作用，免疫功能障碍在恶性肿瘤、肾小球疾病、类风湿疾病等病变中所起的作用，已发现遗传病和免疫病中不少新的综合征和新的病种。

(二)在检查和诊断技术方面

放射免疫和酶学检查技术的建立和完善，为诊断学提供了新的有效手段。临床生化自动分析仪的问世，目前已能在较短的时间内完成数百份标本、数十项指标的生化分析；电子显微镜和扫描电镜的问世、放射性核素标记、荧光标记技术、基因诊断技术的应用，将医学的认知推进到亚细胞水平并深入到分子水平；影像学包括CT、MRI、数字减影、超声等医学影像的计算机处理达到高度精确、迅速，而对病人几乎没有什么损伤；各种光导纤维内窥镜和导管等无创、低创性直视检查技术，可深入到人体的多数器官，获得准确的形态、机能、病理诊断；基因诊断技术可用于检出与遗传因素相关的疾病，进而使这类疾病能够得到早期发现和准确诊断，促进临床诊断技术不断提高。

(三)在治疗方面

介入性治疗的发展如经皮穿刺腔内冠状动脉成形术(PrCA), 射谱热球囊冠脉成形术等拯救了众多急性心肌梗死的患者, 减少了并发症, 提高了患者的生活质量。腔镜技术、人工低温术、人工心肺机、骨髓移植、器官移植术、各种人造器官的研究开发和应用、激光刀等的面世, 明显减少了病人的创伤, 拓展了手术的适应证, 提高了手术的质量和水平。基因治疗、基因重组或修补技术、基因工程技术生物制品的逐渐开发应用等, 大大丰富了治疗手段, 提高了疗效。

随着基础医学、生物医学工程的发展, 临床医学诊治水平的提高、医学模式的转变, 以及对祖国传统医学的整理和提高, 临床医学必将出现深刻变化。我们要以努力学习和积极进取的精神, 不断地钻研和创新, 以满足人民群众对健康的需求。

第一篇 内科学

第一章 呼吸系统疾病

第一节 肺炎

肺炎指终末气道、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。其中细菌性肺炎是最常见的肺炎，也是最常见的感染性病症之一。

【临床表现】

1.症状 起病多急骤，常有受寒、淋雨史，可有先驱的上呼吸道感染史。

典型症状为：突然寒战、高热、胸痛、咳嗽、咳铁锈色痰。

特殊表现：部分病人可伴有明显消化道症状，如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。少数患者可表现为剧烈上腹痛，须与急腹症相鉴别。

严重病人可发生神经精神症状，如神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、昏迷等。

中毒性肺炎者，毒血症症状明显，主要包括中毒性休克和中毒性脑病，亦可有中毒性肝炎、心肌炎等表现，而肺部体征不多，应引起重视。

2.体征 胸部体检的典型体征为：肺实变的表现，患侧呼吸运动减弱，触觉语颤增强，叩诊呈浊音，听诊可闻及支气管呼吸音和湿啰音。病变延及胸膜者，可有胸膜摩擦音及胸腔积液体征。

可有高热、口唇疱疹，严重者可有紫绀、鼻翼扇动、血压降低至休克。并发菌血症者可出现皮下出血点，偶可出现轻度黄疸；并发心衰、脑膜炎者，则有相应的体征。

【辅助检查】

1.确立诊断 胸部X片。

2.确定病因

(1) 血培养。

(2) 痰革兰染色和培养。

(3) 胸水革兰染色和培养。

(4) 血清学 急性期和恢复期血清，测定抗病毒、衣原体、支原体、军团菌等抗体。

(5) 支气管镜和经皮肺穿 对于疗效不佳、病原菌不明，而又需与其他疾病鉴别者，可酌情检查，获取下呼吸道分泌物或抽吸物作病原学检查、细胞学及病理学检

查，免疫功能缺陷的病人常需作此项检查。

3.确定严重程度 下列情况提示危险性升高：

(1) 动脉血气分析 氧分压降低，二氧化碳分压升高，pH降低。

(2) 血常规 白细胞计数 $<4 \times 10^9/L$ 或 $>20 \times 10^9/L$ 。

(3) 血液生化 血尿素氮升高，血钠降低，血白蛋白降低。

【诊断与鉴别诊断】

1.诊断 根据典型的症状、体征和X线检查，可建立肺炎的临床诊断。

肺炎的病因诊断主要靠病原学检查，下列资料可提供有关病因的线索：

(1) 社区获得性肺炎的病原大多为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎支原体及衣原体。

(2) 50%以上的院内获得性肺炎由革兰阴性杆菌所致。

(3) 吸入性肺炎要注意厌氧菌的混合感染。

(4) 免疫功能缺陷病人可有多种机会感染。

(5) 支原体肺炎多见15~30岁的青少年。

(6) 军团菌肺炎多见于中老年人，病人常有高热、意识改变、肌肉疼痛、腹痛、呕吐和腹泻、低钠、低蛋白和血尿（50%病例）。

2.鉴别诊断 常须与肺结核、肺癌、慢性支气管炎急性发作、肺栓塞及肺水肿等疾病相鉴别。

【治疗与预防】

1.一般治疗

(1) 口腔或静脉补液，以纠正脱水。

(2) 有低氧血症者应予吸氧。

(3) 密切观察呼吸、循环状况，严重患者收进ICU。有呼衰经治疗无改善者应行机械通气。

(4) 对症治疗 物理降温、吸氧、镇咳、祛痰及镇静等。

2.抗生素使用 开始时抗生素的选用为经验性，以后根据临床表现及病原学检查调整。

轻症者可口服抗生素，严重或有呕吐者须静脉给药。

疗程一般为14d，或热退后3d，由静脉给药改为口服用药。老年人肺炎用药时间稍长。严重病例须长达3周。

抗生素根据经验选用：

(1) 院外获得性肺炎 首选青霉素、头孢菌素类和/或新大环内酯类抗菌药，重症者可选用碳青霉烯类；对于疑为耐药菌株者，可选喹诺酮类。必要时，可选用万古霉素或去甲万古霉素等。

(2) 院内获得性肺炎 第二或第三代头孢菌素（或酶抑制剂复合剂）加氨基苷类抗生素，重症者可选用碳青霉烯类加氨基苷类或喹诺酮类。

(3) 吸入性肺炎 青霉素类与酶抑制剂的合剂加甲硝唑等。

3.中毒性肺炎的处理

- (1) 注意补充血容量。
- (2) 适当应用血管活性药物。
- (3) 可应用皮质激素以减轻炎症反应。

(4) 抗生素的应用方面,一般主张联合用药,经静脉给药。并根据痰培养或血培养结果,选择敏感的抗生素。

4.预防 加强体育锻炼,增强体质。减少危险因素,如吸烟、酗酒等。年龄>65岁者可注射流感疫苗。对年龄>65岁或<65岁但有心血管病、肺疾病、糖尿病、酗酒、肝硬化和免疫抑制者(如HIV感染、肾衰竭、器官移植受者等)可注射肺炎疫苗。

第二节 肺结核

肺结核是结核杆菌引起的慢性传染性疾病。结核杆菌可侵犯各个脏器,但以肺部侵犯为最常见。病理改变为渗出、增殖、干酪坏死、空洞形成。临床表现多为低热、盗汗、乏力、食欲不振等全身症状和咳嗽、咳痰、咯血、胸痛等。

【临床表现】

1.症状 多数患者缓慢起病,全身症状有午后低热、乏力、食欲减退、体重减轻、面颊潮红及盗汗。妇女可有月经失调或闭经。病灶进展播散时,可有高热。

呼吸道症状有咳嗽、咳少量黏性痰、胸痛,1/3患者可有不同程度咯血。

病情轻者,常无明显症状。病变广泛、病情重者,可有呼吸困难、甚至呼吸衰竭,可并发肺心病。

部分患者还有其他改变,如关节炎、皮下结节、浅表淋巴结肿大,中枢神经系统、心、肝等受累或角膜、结膜和虹膜睫状体炎的改变。

2.体征 早期病变小或位于肺组织深部者,可无异常体征。

病变范围较大时,叩诊呈浊音,听诊呼吸音减低,或为支气管肺泡呼吸音,咳嗽后可闻及湿啰音。

病变发生广泛纤维化时,患者胸廓下陷,肋间变窄,气管移位,叩诊浊音,对侧可有代偿性肺气肿体征。

【辅助检查】

1.实验室检查 血、小便和大便常规、血沉、血糖、肝功能(治疗中每月查1次,HBsAg阳性,特别是血清HBV-DNA阳性者最初2个月每周1次,以后每2周1次)、乙肝两对半、HBsAg阳性者查血清HBV-DNA。留晨痰3口,分装1次送检找抗酸杆菌,治疗中应每月查痰1次以判断疗效。必要时做痰分枝杆菌培养、鉴定及药敏。并发肺部感染者做痰普通菌培养。

2.器械检查

- (1) 胸部X线检查 治疗前及治疗中每1~3个月拍1次胸片,必要时做体层摄影或CT。
- (2) 诊断困难者可做纤维支气管镜或经皮肺穿刺活检。

(3) 心电图、肺功能仪、血气分析等了解心、肺功能损害程度。

3. 结核菌素试验 (PPD) 可协助诊断。

【诊断与鉴别诊断】

1. 原发型肺结核

(1) 多见于儿童和青少年。

(2) 多数发病较缓慢, 多无症状, 少数有结核中毒症状。部分病人体查伴有颈淋巴结肿大。

(3) X线检查大部分病人仅有肺门淋巴结肿大, 偶可见哑铃状典型影像。

(4) 多数病人 PPD 试验呈强阳性。

(5) 连续多次查痰或培养可获阳性。

(6) 必要时做纤维支气管镜或淋巴结活检可获阳性病理或病原学结果。

(7) 经有效抗结核治疗, 多数病灶吸收和症状改善。

2. 血型播散型肺结核

(1) 儿童多发, 女性多于男性。

(2) 常有结核病密切接触史及近期急性传染病或营养不良史。

(3) 急性及亚急性大多有明显菌血症和呼吸道症状, 慢性多无症状。

(4) X线: 急性者示两肺满布大小、密度和分布相等的粟粒样阴影, 亚急性病人示两肺大小不等之结节状影, 结节有融合趋势。慢性病人多在两肺有大小不等、新旧不等、密度不均的结节影。

(5) 多数血沉增快、急性病人 PPD 可呈阴性。

(6) 眼底检查可发现脉络膜粟粒结节或结节性脉络膜炎。

(7) 抗结核治疗后, 多数症状改善, 病灶逐渐吸收, 但病程较长。

3. 继发型肺结核

(1) 多见于成人。

(2) 一般起病较缓慢, 有轻重不一的结核中毒症状、呼吸道症状和体征。干酪性肺炎病情较严重, 症状和体征更为明显。

(3) X线胸片示病变常分布在一侧肺或两侧上肺, 根据病理发展不同阶段可表现为浸润性病变、干酪性坏死、溶解空洞形成、纤维硬结、钙化或结核球等为主的各种不同病变影像特征。

(4) 大部分病人可有血沉增快。

(5) 除干酪性肺炎及复治耐药或慢性纤维空洞型肺结核病人外, 大部分初治病人抗结核治疗后效果好。

4. 结核性胸膜炎

(1) 青少年多见。

(2) 多数起病较急, 多有不同程度结核中毒症状、刺激性干咳、胸痛、气短。渗出性胸膜炎时患侧胸呼吸运动受限、肋间隙饱满、语颤减弱、呼吸音减弱或消失, 局部叩诊浊音。

(3) 胸部X线：少量积液可仅为肋膈角变钝。中量积液可见均匀密度增高的外高内低的弧形影，纵隔向健侧移位。包裹性积液为胸壁侧“D”字影。叶间积液侧位片呈梭形影。

(4) 血沉增快，胸水多为草黄色，检查为渗出液，糖量和氯化物减低，腺苷脱氢酶(ADA)增高，偶可查到结核菌。

(5) 胸膜活检适用于病因不明病人的诊断与鉴别。

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

6.鉴别诊断 常须与肺炎(病毒性、衣原体、支原体、细菌性和真菌性肺炎)、肺脓肿、肺霉菌病、肺寄生虫病、肺部及纵隔肿瘤、胸膜间皮瘤相鉴别，其他尚须与结核病、弥漫性肺间质纤维化、肺隔离症、肺囊肿、矽肺、肺大泡、支气管扩张等鉴别。

【治疗】

1.一般治疗 高热量、高蛋白、多种维生素营养支持。中毒症状重或心肺功能不全者卧床休息。

2.抗结核药物治疗 应严格遵守“早期、规律、联合、适量、全程”的治疗原则。

化学药物治疗是目前结核病最主要的治疗方法。现代化疗的目标包括：①杀菌以控制疾病，临床细菌学阴转；②防止耐药以保持药效；③灭菌以杜绝或防止复发。

(1)初治：以往的长程或标准方案：3HSP/9~15HP(开始3个月为H、S、P三药联用，后9~15个月停用S、只用H、P)。目前多采用短程化疗方案，如2HRZ/4HR，或2HRZ/4H3R3(前2个月H、R、Z为每天用药，后4个月H、Z为每周用药3次)；或亦可采用2HRS/7HR、2HRE/7HR；WHO协助我国结核病控制项目采用全程督导治疗方案：2H3R3Z3S3/4H3R3。一般来说，如不能采取督导化疗，则最好不采用间隔给药。

(2)复治：初治失败、不规则化疗超过3个月、观察期或取消登记的非活动性肺结核复发均为复治病例。多联用2种以上以往未用过或根据药敏选药治疗。如2HRSP/7~10HR；2H3R3Z3S3/4H3R3，或2H3R3Z3E3S3/4H3R3；另外，亦可联用氧氟沙星或环丙沙星治疗。

3.对症治疗 症状重者应卧床休息；咯血处理见“咯血”章节。对于诊断明确的结核性胸膜炎、心包炎，可短期应用强的松以减轻症状、加快积液吸收，疗程为6~8周。

4.手术治疗 目前由于化疗药物的发展，肺结核需外科手术治疗已较少见。其指征有：

(1)经强力正规化疗9~12个月、痰菌仍然阳性的干酪样病灶、厚壁空洞、再通的阻塞性空洞。

(2)一侧毁损肺、支气管结核伴肺不张或肺化脓症。

(3)结核性脓胸或伴支气管胸膜瘘。

(4)不能控制的大咯血。

(5)疑似肺癌或合并肺癌。

但对于对侧肺或支气管有活动性结核者、患侧支气管内膜结核累及切除部位者，或全身情况差，心、肝、肾功能不全不能耐受手术者则为手术禁忌。

【预防】

1.控制传染源 痰结核菌阳性患者早期接受合理化疗，痰中结核菌可在短期内减少，以至消失，几乎100%可获治愈，因此早期发现病人，尤其是菌阳性者，并及时给予合理的化疗是现代防痨工作的中心环节。

2.切断传染途径 结核菌主要通过呼吸道传染，因此禁止随地吐痰。对菌阳性病人的痰、日用品，以及周围的东西要加以消毒和适当处理，室内可用紫外线照射消毒，患者用过的食具可煮沸，被褥在烈日下暴晒，痰盒、便器可用5%~10%来苏浸泡；平时应保持室内通风、空气清洁，勤洗澡、勤换衣。

3.保护易感人群

(1)接种卡介苗 它是一种无致病力的活菌苗，接种于人体后可使未受结核菌感染者获得对结核病的特异性免疫力，保护率约为80%，可维持5~10年；接种对象主要为新生儿和婴幼儿，大中小学生和刚进入城市的少数民族地区人员。但接种卡介苗所产生的免疫力也是相对的，应重视其他预防措施。

(2)提高抗感染和自我保护能力 树立良好的卫生、生活行为习惯，不抽烟、不酗酒、勤洗澡，保证充足的睡眠，平衡膳食、合理营养，加强体育锻炼，预防感冒，合理使用抗生素；减少与结核病人接触，探视病人必须征得医生准许。

第三节 支气管哮喘

支气管哮喘简称哮喘，是由多种细胞（嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等）和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性气道炎症导致气道反应性增高，通常出现广泛多变的可逆性气流受限，并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间和/或清晨发作、加剧，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

【临床表现】

1.症状 反复发作的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽，肺部常可闻及哮鸣音。有些患者以反复刺激性干咳为主要表现，而没有明显喘息和哮鸣音等表现，为咳嗽变异性哮喘。

每次发作持续数小时至数天不等，常由吸入花粉、有机尘埃、冷空气诱发，或由上呼吸道感染诱发，亦有运动和药物诱发。可自行缓解或经治疗后好转。

部分患者合并有其他过敏性疾病，如过敏性鼻炎、荨麻疹和皮肤湿疹等。亦有其他药物或物质过敏史者。

并发症：急性发作时可并发自发性气胸、纵隔气肿、肺不张；长期反复发作或感染可并发慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、间质性肺炎、肺纤维化和肺心病。

2.体征 发作时所有辅助呼吸肌均参加活动，叩诊过清音，呼气时两肺满布哮鸣音，呼气时间延长。

哮喘长期反复发作可并发肺气肿，出现相应体征。

3.哮喘严重程度分级

(1) 间歇发作 间歇发作 <1 次/周,发作时间短,由数小时至数天,夜间哮喘症状 ≤ 2 次/月,发作间期无症状,且肺功能正常,PEF或 $FEV_1 \geq 80\%$ 预计值、变异率 $<20\%$ 。

(2) 轻度持续 症状发作 ≥ 1 次/周、 <1 次/d,发作时可能影响活动和睡眠,夜间症状 >2 次/月,PEF或 $FEV_1 \geq 80\%$ 预计值、变异率 $20\% \sim 30\%$ 。

(3) 中度哮喘 每日有症状,发作时影响活动和睡眠,夜间症状 >1 次/周,PEF或 FEV_1 为 $60\% \sim 80\%$ 预计值、变异率 $>30\%$ 。

(4) 严重哮喘 症状持续、发作频繁,夜间症状频繁,因哮喘症状体力活动受限。PEF或 $FEV_1 \leq 60\%$ 预计值、变异率 $>30\%$ 。

4.急性发作分级

(1) 轻度发作 活动时气促,可平卧,安静、无出汗,呼吸增快,但无辅助呼吸肌活动,用支气管舒张剂后 FEV_1 , $>$ 预计值的 70% ,吸入空气时 PaO_2 正常和/或 $PaCO_2 < 6.0kPa (45mmHg)$ 、血氧饱和度(SaO_2) $>95\%$ 。

(2) 中度发作 稍活动后即感气促,喜坐位,有焦虑或烦躁、出汗,呼吸增快,常有辅助呼吸肌活动,喘鸣音响亮,脉率在 $100 \sim 120$ 次/min、有奇脉,用支气管舒张剂后 FEV_1 , $>$ 预计值的 $50\% \sim 70\%$,吸入空气时 $PaO_2 > 8.0kPa (60mmHg)$ 或 $PaCO_2 < 6.0kPa (45mmHg)$ 、 SaO_2 为 $91\% \sim 95\%$ 。

(3) 重症哮喘发作 呼吸困难严重而致说话不连续,可因严重呼吸困难而致虚脱、大汗、脱水,或出现紫绀、意识障碍。呼吸频率 >40 次/min、或有节律异常,辅助呼吸肌运动。“沉默胸”,心率 >120 次/min或有心律失常、奇脉或低血压。可有气胸或皮下气肿。 $FEV_1 < 25\%$ 预计值、PEF $<100L/min$ 、肺活量(VC) $<1L$ 。吸入空气时 $PaO_2 < 8.0kPa (60mmHg)$ 和/或 $PaCO_2 > 6.0kPa (45mmHg)$ 、 $SaO_2 < 90\%$, $pH < 7.3$ 。

【辅助检查】

1.呼吸功能检查 发作时有阻塞性通气功能障碍, FEV_1 或PEF降低、昼夜变异率增加。

2.支气管舒张试验 是检查支气管即时反应性的常用方法之一,分别测定吸入短效支气管舒张剂(常用 β 受体激动剂)前后的PEF或 FEV_1 等,计算用药后PEF或 FEV_1 的改善率。计算公式为:(用药后PEF或 FEV_1 -用药前PEF或 FEV_1) \div 用药前PEF或 FEV_1 。

3.支气管激发试验 用以测定气道反应性。常用吸入激发剂为乙酰胆碱、组胺。吸入激发剂后其通气功能、气道阻力增加。在设定的激发剂量范围内,如 FEV_1 下降 $>20\%$,可诊断为激发试验阳性。

4.血气分析 哮喘发作时,动脉 PaO_2 可减低, $PaCO_2$ 不升高或可下降,而重症哮喘时, $PaCO_2$ 则升高, pH 值低于正常。

5.胸部X线检查 在哮喘发作早期可见“两面三刀”肺透亮度增加,呈过度充气状态;在缓解期多无异常。同时要注意肺不张、气胸或纵隔气肿等并发症的存在。

【诊断与鉴别诊断】

1.诊断标准

(1) 反复发作的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽,吸入花粉、有机尘埃、冷空气诱