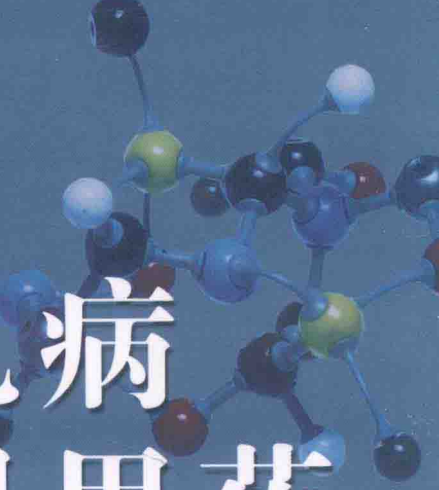




内科常见病 诊疗与合理用药

上

杨 军等◎编著

 吉林科学技术出版社

内科常见病 诊疗与合理用药

(上)

杨 军等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

内科常见病诊疗与合理用药/ 杨军等编著. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2016. 7
ISBN 978-7-5578-1128-0

I. ①内… II. ①杨… III. ①内科—常见病—诊疗②
内科—常见病—用药法IV. ①R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第167877号

内科常见病诊疗与合理用药

Neike changjianbing zhenliao yu heli yongyao

编 著	杨 军 闫恩平 刘爱华 常光宇 倪晨明 宋军超
出 版 人	李 梁
责任编辑	隋云平 端金香
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	1060千字
印 张	45
版 次	2016年7月第1版
印 次	2017年6月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-1128-0
定 价 180.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

编 委 会

主 编

杨 军 枣庄市立医院
闫恩平 德州市立医院
刘爱华 临清市人民医院
常光宇 安丘市人民医院
倪晨明 济南军区总医院
宋军超 石家庄市第二医院

副 主 编

王立华 河南省驻马店市中医院
贾江伟 河南省上蔡县人民医院
孔 青 河北医科大学附属以岭医院
郭立勤 济南军区青岛第一疗养院第一疗养区
孟伟玲 焦作市妇幼保健院
丁于洲 河南省鲁山县中医院

编 委 (按姓氏拼音字母排序)

常光宇	丁于洲	范燕峰	郭立勤	郭伟民
贾江伟	孔 青	李 哲	刘爱华	刘玉东
孟伟玲	倪晨明	宋军超	宋 颖	王立华
王展华	闫恩平	杨 军	姚冬云	尹洪飞
赵林华				

前 言

内科学在临床医学中占有极其重要的位置,它是临床医学各科的基础,有医学之母之称。内科学包含了疾病的定义、病因、症状、实验室诊断、影像检查、鉴别诊断、诊断、治疗和预后等内容。内科学的方法是通过病史询问或面谈后,进行理学检查,根据病史与检查所见,做实验诊断与影像检查,以期在众多鉴别诊断中排除可能性较低者,获得最有可能的诊断;获得诊断后,对病人进行追踪观察,以选择介入或者药物等治疗方法,并根据病人的状况调整药物的使用,防止并处理副作用及并发症。

药物是指能影响机体生理、生化和病理过程,用以预防、诊断、治疗疾病的化学物质。它通过改变生物过程的速率,影响生物功能的进行速度,从而达到治愈疾病的目的。

由于临床用药更新迅速,内科疾病的诊疗又离不开药物,所以我们组织了一批经验丰富的临床医师将内科常见病与临床常用药物,融汇合一,编写了这本《内科常见病诊疗与合理用药》。本书以实用性为原则,以循证医学的方法和观点为基础,内容新颖,科学性和可操作性高,是一本极具参考价值的专科书籍。

本书在编写过程中,坚持学术性与实用性相结合,基础性与创新性相结合;力求全面、系统、准确的阐述内科临床常见疾病与合理用药的基本理论、知识和技能,实现科学性和实践性的有机统一。本书为内科和药剂科临床医师共同编写而成,由于编写经验不足,书中难免存在疏漏,敬请广大读者批评指正。

目 录

第一章 呼吸系统疾病与合理用药	(1)
第一节 急性上呼吸道感染	(1)
第二节 急性气管-支气管炎	(4)
第三节 慢性支气管炎	(5)
第四节 慢性阻塞性肺病	(8)
第五节 肺脓肿	(13)
第六节 支气管哮喘	(16)
第七节 肺炎	(21)
第八节 肺结核	(33)
第九节 呼吸衰竭	(39)
第十节 急性呼吸窘迫综合征	(44)
第十一节 肺栓塞	(48)
第十二节 间质性肺病	(54)
第十三节 呼吸系统疾病病人的护理	(65)
第十四节 呼吸系统疾病常用药物	(93)
第二章 消化系统疾病与合理用药	(114)
第一节 食管疾病	(114)
第二节 胃疾病	(125)
第三节 肠道疾病	(144)
第四节 胰腺疾病	(168)
第五节 胆系疾病	(178)
第六节 肝脏疾病的影像学诊断	(186)
第七节 肝脏疾病诊疗	(198)
第八节 消化系统疾病的中西医结合治疗	(216)
第九节 消化系统疾病常用药物	(228)
第三章 循环系统疾病与合理用药	(249)
第一节 冠心病	(249)
第二节 冠心病的介入治疗	(272)
第三节 心肌疾病	(277)
第四节 心律失常	(295)

第五节	心律失常导管消融治疗	(312)
第六节	心脏瓣膜病	(317)
第七节	经皮导管治疗瓣膜性心脏病	(337)
第八节	高血压	(349)
第九节	肾动脉狭窄的介入治疗	(355)
第十节	周围动脉疾病的介入治疗	(361)
第十一节	先天性心脏病的介入治疗	(370)
第十二节	抗高血压药物	(374)
第十三节	循环系统疾病常用药物	(388)
第四章	泌尿系统疾病与合理用药	(410)
第一节	急性肾小球肾炎	(410)
第二节	急进性肾小球肾炎	(413)
第三节	慢性肾小球肾炎	(416)
第四节	原发性肾病综合征	(418)
第五节	微小病变肾病和局灶节段性肾小球硬化	(420)
第六节	ANCA 相关性小血管炎肾损害	(422)
第七节	膜性肾病和膜增生性肾小球肾炎	(424)
第八节	IgA 肾病和狼疮性肾炎	(426)
第九节	过敏性紫癜和混合性结缔组织病的肾损害	(429)
第十节	缺血性肾病	(433)
第十一节	间质性肾炎	(439)
第十二节	急性下尿路感染	(447)
第十三节	肾盂肾炎	(448)
第十四节	尿路结石和 Alport 综合征	(450)
第十五节	I 型心肾综合征和肝肾综合征	(454)
第十六节	急性肾损伤	(457)
第十七节	慢性肾功能衰竭	(459)
第十八节	急性肾功能衰竭	(462)
第十九节	泌尿系统疾病常用药物	(471)
第五章	内分泌代谢性疾病与合理用药	(484)
第一节	下丘脑、垂体疾病	(484)
第二节	甲状腺疾病	(493)
第三节	甲状旁腺疾病	(512)
第四节	肾上腺疾病	(518)
第五节	糖尿病	(533)
第六节	代谢病	(544)

第七节	内分泌代谢疾病相关综合征	(555)
第八节	内分泌代谢性疾病合理用药	(561)
第六章	风湿免疫疾病与合理用药	(566)
第一节	类风湿关节炎	(566)
第二节	系统性红斑狼疮	(576)
第三节	多发性肌炎和皮肌炎	(597)
第四节	系统性硬化症	(600)
第五节	混合性结缔组织病	(605)
第六节	痛风	(607)
第七节	莱姆病	(611)
第八节	风湿热	(613)
第九节	风湿免疫疾病常用药物	(617)
第七章	感染性疾病与合理用药	(623)
第一节	流行性感冒	(623)
第二节	流行性腮腺炎	(624)
第三节	麻疹	(628)
第四节	流行性乙型脑炎	(632)
第五节	破伤风	(638)
第六节	伤寒	(642)
第七节	抗生素类药物	(647)
第八节	抗病毒药	(649)
第八章	血液系统疾病	(653)
第一节	缺铁性贫血	(653)
第二节	巨幼红细胞性贫血	(657)
第三节	再生障碍性贫血	(661)
第四节	白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(669)
第五节	过敏性紫癜	(673)
第六节	特发性血小板减少性紫癜	(675)
第七节	骨髓增生异常综合征	(676)
第八节	急性白血病	(679)
第九节	慢性粒细胞白血病	(681)
第十节	慢性淋巴细胞白血病	(683)
第十一节	真性红细胞增多症	(686)
第十二节	原发性血小板增多症	(687)
第十三节	骨髓纤维化	(688)
第十四节	淋巴瘤	(690)

第九章 新生儿疾病	(695)
第一节 新生儿窒息	(695)
第二节 新生儿呼吸暂停	(698)
第三节 胎粪吸入综合征	(699)
第四节 新生儿感染性肺炎	(700)
第五节 新生儿惊厥	(701)
第六节 新生儿缺氧缺血性脑病	(704)
第七节 新生儿黄疸	(705)
第八节 新生儿休克	(709)
参考文献	(711)

第一章 呼吸系统疾病与合理用药

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或咽喉部急性炎症的总称。大多数由病毒引起,少数为细菌所致。其发病不分年龄、性别、职业和地区。全年皆可发病,冬春季较多。可通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播,多数为散发性,但常在气候突变时流行。由于病毒的类型较多,人体对各种病毒感染后产生的免疫力较弱且短暂,并无交叉免疫,同时在健康人群中有病毒携带者,故一个人一年内可有多次发病。

【病因与发病机制】

急性上呼吸道感染约有 70%~80% 由病毒引起。可有鼻病毒、副流感病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、流感病毒甲、乙、丙型等。细菌感染可直接感染或继发于病毒感染之后,以溶血性链球菌为最常见,其次为肺炎球菌、葡萄球菌、流感嗜血杆菌、偶或为革兰氏阴性细菌。其感染主要表现为咽炎或扁桃体炎。上述的病原体(病毒和细菌)在人体受凉、淋雨、过度疲劳等诱因使全身或呼吸道局部防御功能降低时,原已存在于上呼吸道的或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖,引起本病。尤其是老幼体弱,或患有慢性呼吸道疾患,如鼻窦炎、扁桃体炎者,更易诱发。

【病理】

组织学上可无明显病理改变,亦可出现上皮细胞的破坏。可有炎症因子参与发病,使上呼吸道粘膜血管充血和分泌物增多,伴单核细胞浸润,浆液性及粘液性炎性渗出。继发细菌感染者可有中性粒细胞浸润及脓性分泌物。

【临床表现】

(一)普通感冒

为病毒感染引起,俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他。起病较急,主要表现为鼻部症状,如喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,也可表现为咳嗽、咽干、咽痒或烧灼感甚至鼻后滴漏感。咽干、咳嗽和鼻后滴漏与病毒诱发的炎症介质导致的上呼吸道传入神经高敏状态有关。2~3 天后鼻涕变稠,可伴咽痛、头痛、流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、声嘶等,有时由于咽鼓管炎致听力减

退。严重者有发热、轻度畏寒和头痛等。体检可见鼻腔粘膜充血、水肿、有分泌物,咽部可为轻度充血。一般经 5~7 天痊愈,伴并发症者可致病程迁延。

(二)急性病毒性咽炎和喉炎

由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床表现为咽痒和灼热感,咽痛不明显。咳嗽少见。急性喉炎多为流感病毒、副流感病毒及腺病毒等引起,临床表现为明显声嘶、讲话困难、可有发热、咽痛或咳嗽,咳嗽时咽喉疼痛加重。体检可见喉部充血、水肿,局部淋巴结轻度肿大和触痛,有时可闻及喉部的喘息声。

(三)急性疱疹性咽峡炎

多由柯萨奇病毒 A 引起,表现为明显咽痛、发热,病程约为一周。查体可见咽部充血,软腭、腭垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围伴红晕。多发于夏季,多见于儿童,偶见于成人。

(四)急性咽结膜炎

主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。表现为发热、咽痛、畏光、流泪、咽及结膜明显充血。病程 4~6 天,多发于夏季,由游泳传播,儿童多见。

(五)急性咽扁桃体炎

病原体多为溶血性链球菌,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、葡萄球菌等。起病急,咽痛明显、伴发热、畏寒,体温可达 39℃ 以上。查体可发现咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色脓性分泌物。有时伴有颌下淋巴结肿大、压痛,而肺部查体无异常体征。

(六)并发症

少数患者可并发急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎。以咽炎为表现的上呼吸道感染,部分患者可继发溶血性链球菌引起的风湿热、肾小球肾炎等,少数患者可并发病毒性心肌炎,应予警惕。

【辅助检查】

(一)血液检查

因多为病毒性感染,白细胞计数常正常或偏低,伴淋巴细胞比例升高。细菌感染者可有白细胞计数与中性粒细胞增多和核左移现象。

(二)病原学检查

因病毒类型繁多,且明确类型对治疗无明显帮助,一般无需明确病原学检查。需要时可用免疫荧光法、酶联免疫吸附法、血清学诊断或病毒分离鉴定等方法确定病毒的类型。细菌培养可判断细菌类型并做药物敏感试验以指导临床用药。

【诊断与鉴别诊断】

根据鼻咽部的症状和体征,结合周围血象和阴性胸部 X 线检查可作出临床诊断。一般无需病因诊断,特殊情况下可进行细菌培养和病毒分离,或病毒血清学检查等确定病原体。但须与初期表现为感冒样症状的其他疾病鉴别。

（一）过敏性鼻炎

起病急骤,常表现为鼻黏膜充血和分泌物增多,伴有突发的连续喷嚏、鼻痒、鼻塞、大量清涕,无发热,咳嗽较少。多由过敏因素如螨虫、灰尘、动物毛皮、低温等刺激引起。如脱离过敏原,数分钟至1~2小时内症状即消失。检查可见鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸性粒细胞增多,皮肤针刺过敏试验可明确过敏原。

（二）流行性感

为流感病毒引起,可为散发,时有小规模流行,病毒发生变异时可大规模暴发。起病急,鼻咽部症状较轻,但全身症状较重,伴高热、全身酸痛和眼结膜炎症状。取患者鼻洗液中黏膜上皮细胞涂片,免疫荧光标记的流感病毒免疫血清染色,置荧光显微镜下检查,有助于诊断。近来已有快速血清PCR方法检查病毒,可供鉴别。

（三）急性气管-支气管炎

表现为咳嗽咳痰,鼻部症状较轻,血白细胞可升高,X线胸片常可见肺纹理增多。

（四）急性传染病前驱症状

很多病毒感染性疾病前期表现类似,如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎、肝炎、心肌炎等病。患病初期可有鼻塞、头痛等类似症状,应予以重视。如果在上呼吸道症状一周内,呼吸道症状减轻但出现新的症状,需进行必要的实验室检查,以免误诊。

【治疗】

由于目前尚无特效抗病毒药物,以对症处理为主,同时戒烟、注意休息、多饮水、保持室内空气流通和防治继发细菌感染。

（一）对症治疗

对有急性咳嗽、鼻后滴漏和咽干的患者应给予伪麻黄碱治疗以减轻鼻部充血,亦可局部滴鼻应用。必要时适当加用解热镇痛类药物。

（二）抗菌药物治疗

目前已明确普通感冒无需使用抗菌药物。除非有白细胞升高、咽部脓苔、咯黄痰和流鼻涕等细菌感染证据。可根据当地流行病学史和经验用药,可选口服青霉素、第一代头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类。极少需要根据病原菌选用敏感的抗菌药物。

（三）抗病毒药物治疗

由于目前有滥用造成流感病毒耐药现象,所以如无发热,免疫功能正常,发病不超过2天一般无需应用。对于免疫缺陷患者,可早期常规使用。利巴韦林和奥司他韦有较广的抗病毒谱,对流感病毒、副流感病毒和呼吸道合胞病毒等有较强的抑制作用,可缩短病程。

（四）中药治疗

具有清热解毒和抗病毒作用的中药亦可选用,有助于改善症状,缩短病程。

【预防】

重在预防,隔离传染源有助于避免传染。加强锻炼、增强体质、生活饮食规律、改善营养。避免受凉和过度劳累,有助于降低易感性,是预防上呼吸道感染最好的方法。年老体弱易感者应注意防护,上呼吸道感染流行时应戴口罩,避免在人多的公共场合出入。

（刘爱华）

第二节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由感染、物理化学刺激或过敏引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状有咳嗽和咳痰。常见于寒冷季节或气候突变之时诱发。也可由急性上呼吸道感染蔓延而来。

【病因与发病机制】

可以由病毒、细菌直接感染,也可因急性上呼吸道感染的病毒或细菌蔓延引起本病。常见病毒是腺病毒、鼻病毒、冠状病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒和副流感病毒等;常见细菌为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌等;衣原体和支原体感染有所增加。常在病毒感染的基础上继发细菌感染。物理与化学性刺激如过冷空气、粉尘、某些刺激性气体等,均易引起本病。对细菌、蛋白质或冷空气过敏也可发病。寄生虫如钩虫、蛔虫等幼虫在肺脏移行时,也可以引起支气管炎。儿童有反复急性气管-支气管炎发作者,应排除少见疾病如囊性纤维化肺病或低免疫球蛋白血症的可能性。

【病理】

气管、支气管黏膜充血水肿,淋巴细胞和中性粒细胞浸润;同时可伴纤毛上皮细胞损伤、脱落;黏液腺体肥大增生。合并细菌感染时,分泌物呈脓性。

【临床表现】

起病较急,常先有急性上呼吸道感染症状,如鼻塞、喷嚏、咽痛、声嘶等。全身症状轻微,仅有轻度畏寒、发热、头痛及全身酸痛等。咳嗽开始不重,呈刺激性,痰少。1~2天后咳嗽加剧,痰由粘液转为粘液脓性。部分病例常在晨起、晚睡、体位改变、吸入冷空气或体力活动后有阵发性咳嗽;有时甚至终日咳嗽。剧咳时可伴恶心呕吐或胸腹肌痛。当伴发支气管痉挛,可出现程度不等的气促,伴胸骨后发紧感。体检听诊两肺呼吸音增粗,散在干、湿性啰音。啰音的部位常不恒定,咳痰后可减少或消失。急性气管-支气管炎一般呈自限性,发热和全身不适可在3~5天消退,咳嗽有时延长数周方愈。如迁延不愈,日久可演变为慢性支气管炎。有慢性阻塞性肺病等基础疾病患者,病情较重,可有发绀、气急等症状,好转也延缓。

【辅助检查】

周围血白细胞计数可正常。由细菌感染引起者,可伴白细胞总数和中性粒细胞百分比升高,血沉加快。痰培养可发现致病菌。X线胸片检查大多为肺纹理增多。少数无异常发现。

【诊断与鉴别诊断】

根据病史、咳嗽和咳痰等呼吸道症状,两肺散在干、湿性啰音等体征,结合血象和X线胸片,可作出临床诊断。病毒和细菌检查有助于病因诊断,需与下列疾病相鉴别:

(一)流行性感冒

起病急骤,发热较高,全身中毒症状(如全身酸痛、头痛、乏力等)明显,呼吸道局部症状较轻。流行病史、分泌物病毒分离和血清学检查,有助于鉴别。

（二）急性上呼吸道感染

鼻咽部症状明显，咳嗽轻微，一般无痰。肺部无异常体征。胸部 X 线正常。

（三）其他

其他肺部疾病如支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种疾病可表现为类似的咳嗽咳痰表现，应详细检查，以资鉴别。

【治疗】

（一）对症治疗

咳嗽无痰或少痰，可用右美沙芬、喷托维林（咳必清）镇咳。咳嗽有痰而不易咳出，可选用盐酸氨溴索、溴己新（必嗽平）。较为常用的为兼顾止咳和化痰的棕色合剂，也可选用中成药止咳祛痰。发生支气管痉挛时，可用平喘药如茶碱类、 β_2 受体激动剂等。发热可用解热镇痛药对症处理。

（二）抗菌药物治疗

有细菌感染证据时应及时使用。可以首选大环内酯类、青霉素类，亦可选用头孢菌素类或喹诺酮类等药物。多数患者口服抗菌药物即可，症状较重者可经肌内注射或静脉滴注给药，少数患者需要根据病原体培养结果指导用药。

（三）一般治疗

多休息，多饮水，避免劳累。

（刘爱华）

第三节 慢性支气管炎

慢性支气管炎简称慢支，是指感染或非感染因素引起的气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。常见的并发症有慢性阻塞性肺气肿、肺动脉高压和慢性肺源性心脏病，老年人多见。

【诊断步骤】

（一）病史采集

1. 现病史 注意询问有无慢性咳嗽、咯痰，痰量多少、痰的颜色。有无喘息或气急，是否活动或劳动后明显，是否影响日常生活。有无过度劳累、感冒等诱发因素。

2. 过去史 有无长期慢性咳嗽，是否有晨起和夜间临睡前较重、白天较轻等特点。有无药物、食物过敏史，若有，应询问何种药物、食物。

3. 个人史 有无吸烟史，如有，应询问吸烟的量、年数。以往是否接触过有害气体。

4. 家族史 有无类似的发作病史。

（二）体格检查

1. 早期可无任何异常体征。

2. 急性发作时肺部可有散在的干、湿啰音，以背部及肺底部为多见。

3. 有喘息者可听到哮鸣音。

4. 并发肺气肿时可见桶状胸、叩诊为过清音,语颤和呼吸音降低。

5. 一般无杵状指。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血常规:继发感染时白细胞计数和中性粒细胞计数增多,有时嗜酸性粒细胞也可增多。

(2) 痰液检查:涂片或培养可查见致病菌。

2. 特殊检查

(1) X线胸片:早期无明显改变,以后有肺纹理增粗、紊乱,呈网状或束条状,以下肺野为主,中晚期肺透亮度增加、肋间隙增宽,横膈位置下降。

(2) 肺功能:小气道阻塞时最大呼气流速-容量曲线流量降低,闭合气量增大。中大气道狭窄、阻塞时,一秒钟用力肺活量(FEV_1)降低,最大通气量(MVV)降低,肺活量的最大呼气量($FEF_{25\% \sim 75\%}$)降低。

(四) 诊断要点

1. 咳嗽、咯痰或伴有喘息。

2. 每年发病持续3个月,连续2年或以上。

3. 排除其他心肺疾病。

4. 如每年发病持续不足3个月,但有明确的客观检查依据(如X线、呼吸功能等)也可诊断。

(五) 鉴别诊断

1. 支气管扩张 咳嗽、咯痰或咯血反复发作,可有大量脓痰,同一部位反复感染者,肺部有固定性湿啰音,X线胸片常见有下肺纹理粗乱或呈卷发状,肺部CT或支气管造影可确诊。

2. 支气管哮喘 一般幼年或青壮年发病,以发作性呼气性呼吸困难为特点,肺部可闻及哮鸣音,气道反应性增加,可逆试验阳性,缓解后可无症状。常有个人或家族过敏史。要注意咳嗽变异型哮喘患者常以咳嗽为唯一症状。

3. 肺结核 大多有结核的毒性症状,如发热、乏力、盗汗、消瘦和咯血等,X线胸片对诊断有重要意义,有时痰中可找到结核杆菌。

4. 肺癌 年龄在40岁以上,部分有吸烟史,有刺激性咳嗽,痰中带血,X线胸片发现有肺部块状阴影或阻塞性肺炎,痰脱落细胞及纤维支气管镜检查有助于诊断。

5. 心功能不全 由于心功能不全引起肺淤血而导致咳嗽,但常为干咳,痰量不多。详细询问病史可发现有心悸、气急、下肢水肿等心脏病征象。X线胸片提示心影增大和心电图提示心肌受损均有助于鉴别。

6. 矽肺 有明确工业粉尘接触史,胸片存在结节状改变,肺门阴影扩大及肺纹理增多呈网状可做出诊断。

【治疗方案】

(一) 一般治疗

如为缓解期,病人应加强锻炼,增强体质,提高免疫功能。病人应注意个人卫生,避免各种诱发因素的接触和吸入。注意预防感冒。

(二) 药物治疗

1. 控制感染 慢支急性发作的主要原因是呼吸道感染。如能培养出致病菌,可按药敏试验选用抗生素;如无药敏试验结果,可据病情轻重经验性选用阿莫西林、头孢拉啶、罗红霉素、头孢克罗或莫西沙星等,疗程 7~10 天。低热、痰量不多、咳嗽不明显等病情较轻者,可用阿莫西林胶囊 0.5g,3 次/天,口服(青霉素皮试阴性后用);或用克林霉素胶囊 0.3g,3 次/天,口服;或用头孢拉啶胶囊 0.5g,3~4 次/天,口服;或用莫西沙星片 0.4g,1 次/天,口服。有高热、痰量明显增多、明显咳嗽、白细胞明显升高等病情较重者,可用青霉素 80 万 U,2 次/天,肌肉注射(青霉素皮试阴性后用);或用青霉素 240 万 U 静脉滴注,2 次/天。亦可据病情联合用药。

2. 祛痰镇咳 可选用复方甘草合剂 10ml,3 次/天,口服;或用必嗽平 8~16mg,3 次/天,口服;或用氨溴索(沐舒坦)30mg,3 次/天,口服;或用稀化粘素(吉诺通)0.3g,3 次/天,口服。

3. 解痉平喘 有气喘者加服平喘药物,可用抗胆碱能药物溴化异丙托品(爱全乐)40~80 μ g,3~4 次吸入/天;或用 β_2 受体激动剂沙丁胺醇 100~200 μ g,每 24 小时不超过 8~12 喷;或用氨茶碱 0.1g,3 次/天,口服;如上述药物使用后气道仍有持续阻塞,亦可加用泼尼松 20~40mg/天,分次口服。

【病情观察】

(一) 观察内容

主要应观察咳嗽的性质,咯痰的量和颜色以及有无异味,有无喘息及其严重程度,有无发热,重点注意观察病人对治疗的反应,评估治疗疗效。

(二) 动态诊疗

临床缓解期可给予门诊随访,急性发作期则需及时住院治疗。有感染诱因的应先根据经验给予抗感染治疗,如病情控制不理想或用药与药敏结果不符合,则应及时调整治疗方案,选用敏感的药物治疗,加强对症、支持治疗。

【临床经验】

(一) 诊断方面

本病以长期反复急性发作与缓解交替为特点,病人多有长期吸烟或经常吸入刺激性气体或粉尘的病史。过度劳累、气候变化和感冒常为诱因,引起急性发作或病情加重,或由上呼吸道感染迁延不愈,演变发展为慢性支气管炎。有明确的客观检查依据(如 X 线、呼吸功能等)者,虽其症状和体征不典型,亦应诊断为慢性支气管炎。

(二) 治疗方面

1. 经治医师应区分病人是急性发作期抑或临床缓解期,因为处于疾病的不同时期,治疗的侧重点有所区别。如为缓解期,可使用免疫调节剂,提高自身抵抗力,减少发作;如为急性期,主要是予以抗感染、祛痰、镇咳以及解痉平喘等治疗。具体病人的症状可不相同,治疗时可根据病人的实际临床症状,予以治疗。

2. 一般根据病人肺功能的受损程度来判断病人是否需要长期使用支气管扩张剂,从临床角度看,避免急性发作比治疗更为重要。建议病人戒烟也是治疗措施之一,因为下降的肺功能在戒烟后可以部分恢复或改善。

(三) 医患沟通

经治医师应主动告知病人及家属本病反复发作的特点,以及诊断治疗方法等,以便病人及家属能理解、配合。如疾病迁延反复、肺功能有损害,应采取积极的治疗,并可吸入糖皮质激素,以减慢肺功能下降的速度;缓解期则应加强功能锻炼等;从事粉尘类工作的患者应加强防护或更换工作。治疗中如排除其他肺部疾病者需行特殊检查的(如支气管镜检查),应预先告知病人及家属有关检查的利弊、风险,家属签字表示同意后施行。

(四) 病历记录

1. 门急诊病历 记录病人就诊时的症状及发病过程,发病诱因、过敏史、吸烟史,起病情况。咳嗽、咯痰的时间、性质,尤其注意有无痰血。喘息的特点,是否与活动、劳动有关。体检记录有无锁骨上淋巴结肿大、桶状胸,是否呼吸音降低或闻及啰音。首次门诊应做胸部X线和肺功能检查,以利鉴别诊断和了解有无气流受限,并记录在案。

2. 住院病历 慢性支气管炎常因急性发作或出现并发症而住院。应重点记录患者对所采取治疗措施的反应、病情的变化。

(王展华)

第四节 慢性阻塞性肺病

慢性阻塞性肺病(COPD)是一种具有气流受限特征的,可以预防和治疗的疾病,气流受限不完全可逆,呈进行性发展。COPD主要累及肺脏,但也可引起全身(或称肺外)的不良效应。

【诊断步骤】

(一) 病史采集

1. 现病史 应注意询问有无喘息症状,本病患者起病初期可无此类表现,当肺功能下降明显时则出现喘息症状。呼吸困难是否呈进行性加重,本病早期只在上楼、劳动后气促,晚期则平地活动甚至休息时也存在。注意询问有无慢性咳嗽、咯痰的症状,是否有季节发病的特点。如有突发胸闷、气急、胸痛和严重呼吸困难,提示病人并发气胸。

2. 过去史 有无类似发作史,如有,应询问以往的诊疗经过,是否长期服药、为何种药物。有无肺结核病史。

3. 个人史 有无长期粉尘、烟雾或有害气体接触史,有无长期吸烟史,如有,应询问吸烟的量、年数。

4. 家族史 家族中是否有类似的发病史, α_1 抗胰蛋白酶缺乏引起者,往往有家族史。

(二) 体格检查

1. 早期体征可不明显,肺部听诊病人呼气延长或呼气时出现干啰音。

2. 典型的肺气肿体征:桶状胸,胸廓前后径增加,肋间隙增宽,呼吸幅度降低,呼气时间延长,触觉语颤减弱,叩诊呈过清音,心浊音界缩小,肺下界和肝浊音界下降,呼吸音降低,心音遥远。