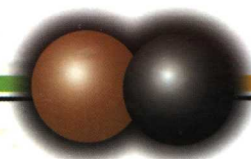


实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列



呼吸病学

边树怀 高颖 李芳 主编



中国科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

呼吸病学/边树怀,高颖,李芳主编. —北京:中国科学技术出版社,2006.7

(实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列)

ISBN 7-5046-4451-X

I.呼... II.①边... ②高... ③李... III.呼吸系统疾病—诊断 IV.R560.4

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第084243号

自2006年4月起本社图书封面均贴有防伪标志,未贴防伪标志的为盗版图书。

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街16号 邮政编码:100081

电话:010-62103210 传真:010-62183872

<http://www.kjpbooks.com.cn>

科学普及出版社发行部发行

北京正道印刷厂印刷

*

开本:787毫米×1092毫米 1/16 印张:13.75 字数:350千字

2006年8月第1版 2006年8月第1次印刷

印数:1—1000册 定价:28.00元

(凡购买本社的图书,如有缺页、倒页、
脱页者,本社发行部负责调换)

实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列

总 前 言

随着医学事业的不断发展,为了提高临床疾病的诊断与鉴别诊断水平,河北医科大学、北京医科大学、南京大学医学院、华西医科大学、河南医科大学和上海精神卫生研究所等十余所附属医院及科研单位的有关内、外、妇、儿、五官科学、影像学和电生理学等专家教授,结合自己多年的临床、科研及教学实践经验,参考大量国内外有关文献,通力合作编著了这套“实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列”。此套专著以最新观点,体现当代国内外先进水平,理论联系实际,普及与提高相结合,突出临床实用价值,内容全面、新颖、实用、重点突出、简明扼要,是一套全新的实用诊断与鉴别诊断学专著。

目前国内外有关诊断与鉴别诊断学专著甚少,为了适应科学技术飞速发展和我国医学事业的需要,我们编著了此诊断与鉴别诊断专著系列,共分为近30个分册,包括神经病学、精神病学、呼吸病学、血液病学、心脏病学、消化病学、肾脏病学、内分泌病学与代谢病学、免疫风湿病学、理化因子病学、传染病与寄生虫病学、老年病学、肿瘤学、地方病与职业病学、普通外科及小儿外科学、胸心外科学、泌尿外科学、脑外科学、骨外科学、整形外科学、妇产科学、儿科学、眼科学、耳鼻喉科学、口腔科学、皮肤病与性病学、实用临床电生理学和CT诊断学及MRI诊断学等。该专著系列以要点形式阐述疾病的诊断与鉴别诊断以及与其有关的实验室、影像学和电生理学等诊断与鉴别诊断的理论依据,便于学习、理解、掌握和应用,既适用于医学院校师生学习参考,又适用于各类医院和医疗单位医务人员工作和学习使用。

由于我们经验不足,参编人员较多,书中难免存在缺点和疏漏,请广大读者批评指正。

编著者

2000年8月

实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列

编审委员会

主 编

刘名顺 马 骥 赵继贤

编 委

(依姓氏笔画为序)

马 骥(主任医师)	王士杰(教 授)	王孟山(教 授)
王富军(主任医师)	王增林(教 授)	仇树林(教 授)
孙相如(教 授)	刘名顺(教 授)	刘青蕊(教 授)
刘 巍(教 授)	何玉军(教 授)	宋新光(教 授)
陈兴时(教 授)	张英泽(教 授)	张秀清(编 审)
张 斌(教 授)	沈鹤飞(教 授)	林元珠(教 授)
周昌贵(教 授)	孟繁坑(教 授)	赵树元(教 授)
赵继贤(教 授)	段玉芹(教 授)	秦同文(教 授)
曹月敏(教 授)	黄向华(教 授)	董全胜(教 授)
董燕平(教 授)	韩俊平(副 教 授)	甄承恩(教 授)
蔡文清(教 授)	黎国屏(教 授)	

本书前言

呼吸系统疾病是医学科学的一个重要分支学科,是内科最常见的疾病,与人民健康密切相关,病死率高。近10年来,随着科学技术的高速发展,影像学、内窥镜、生物化学和分子生物学技术的不断发展,使得呼吸系统疾病研究日新月异,新概念、新方法不断提出,对疾病诊断和鉴别诊断有了新的认识。及时、正确的诊断是疾病有效治疗的前提和基础。临床上非常需要一部反映医学科学进展,更新学科专业知识,规范呼吸系统疾病诊断和鉴别诊断的专业著作。

《实用临床医学诊断与鉴别专著系列·呼吸病学》由多年从事呼吸内科专业医疗、教学、科研工作的专家、教授等编写。本书以呼吸系统疾病临床诊治为中心,结合国内外最新资料,既有理论综述又有经验总结,突出临床实用,力求体现这个学科领域的当代最新水平,可供各级医务人员、医学院校的师生临床学习和工作中参考。本书共分17章,包括呼吸系统疾病的常见症状、体征、客观检查等的诊断和鉴别诊断,每种疾病附有英文病名,书后附有中、英文索引和附录,便于读者查阅。每章通过一种临床所见,引申出数种或数十种疾病,并以要点形式对每种疾病的病因、发病机理、临床表现、诊断和鉴别诊断进行简述,期望能有助于临床医师对呼吸系统各种疾病进行科学的综合归纳分析,最后作出客观的临床诊断。

尽管本书编写采用统一格式,但由于各章节内容不同,又是多人分头编写,参编者水平不一,学术观点亦不尽一致,加之我们编者水平有限,书中难免有不足或疏漏之处,请读者批评指正。

编著者

2006年4月

实用临床医学诊断与鉴别诊断专著系列

呼吸病学

主 编

边树怀 高 颖 李 芳

副 主 编

白晓谊 薛春光 杨 爽 王志康
周韶辉 李英肖 宋朝晖 王 刚

编 委

(依姓氏笔画为序)

于立杰	于 薇	王秀萍	王 磊	边 臻
刘永欣	张保敏	张晓云	张 隆	张霄鹏
陆素妍	陈淑霞	周 策	郑吉敏	胡建军
赵志勇	赵海军	耿清峰	容春莉	郭志强
高立平	高 丽	阎志军	谢丽丽	董学勤
董 洁	赫立恩	静国峰		

责任编辑 金维克
责任校对 凌红霞
责任印制 李春利

目 录

第一章 呼吸系统常见临床症状	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 咳嗽与咳痰	(6)
第三节 咯血	(9)
第四节 胸痛	(12)
第五节 呼吸困难	(14)
第六节 发绀	(18)
第七节 意识障碍	(20)
第二章 上呼吸道、气管及支气管病	(24)
第一节 急性上呼吸道感染	(24)
第二节 急性气管—支气管炎	(25)
第三节 慢性支气管炎	(25)
第四节 阻塞性肺气肿	(27)
第五节 支气管扩张症	(29)
第六节 支气管哮喘	(30)
第三章 肺炎	(35)
第一节 肺炎链球菌肺炎	(36)
第二节 葡萄球菌肺炎	(37)
第三节 绿脓杆菌性肺炎	(38)
第四节 克雷伯杆菌性肺炎	(38)
第五节 肺部真菌感染	(39)
第六节 支原体肺炎	(39)
第七节 军团菌肺炎	(40)
第八节 病毒性肺炎	(42)
第四章 肺部真菌病	(43)
第一节 肺曲霉病	(43)
第二节 肺念珠菌病	(44)
第五章 肺部寄生虫病	(46)
第一节 肺吸虫病	(46)
第二节 肺血吸虫病	(47)
第三节 肺、胸膜阿米巴病	(49)
第四节 肺疟疾病	(50)
第五节 肺弓形虫病	(51)
第六节 肺螨病	(53)
第七节 肺包虫病	(54)

第六章 肺结核	(57)
第七章 肺脓肿	(62)
第八章 支气管和肺肿瘤	(64)
第一节 支气管肺癌	(64)
第二节 肺部转移性肿瘤	(67)
第三节 支气管、肺良性肿瘤	(68)
第九章 纵隔肿瘤	(71)
第一节 胸腺瘤	(71)
第二节 纵隔畸胎瘤	(73)
第三节 纵隔神经源性肿瘤	(74)
第四节 胸内甲状腺	(76)
第十章 肺血管疾病	(77)
第一节 肺源性心脏病	(77)
第二节 肺动脉栓塞	(80)
第三节 肺动脉高压	(83)
第十一章 胸膜疾病	(85)
第一节 胸腔积液	(85)
第二节 气胸	(88)
第三节 胸膜间皮瘤	(90)
第四节 乳糜胸	(92)
第五节 结核性胸膜炎	(94)
第十二章 间质性肺疾病	(98)
第一节 特发性肺纤维化	(99)
第二节 急性间质性肺炎	(101)
第三节 脱屑性间质性肺炎	(102)
第四节 闭塞性细支气管炎伴机化性肺炎	(103)
第十三章 肉芽肿性肺疾病	(105)
第一节 结节病	(105)
第二节 韦格纳肉芽肿病	(108)
第三节 肺嗜酸性肉芽肿	(110)
第十四章 常见呼吸病综合征	(112)
第一节 急性呼吸窘迫综合征	(112)
第二节 咳嗽晕厥综合征	(114)
第三节 右肺中叶综合征	(115)
第四节 肺闭锁综合征	(116)
第五节 肺出血—肾炎综合征	(116)
第六节 肥胖—低通气综合征	(117)
第七节 不动纤毛综合征	(118)
第八节 卡塔格内综合征	(119)
第九节 弯刀综合征	(120)

第十节	霍纳综合征	(121)
第十一节	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	(122)
第十二节	上腔静脉综合征	(123)
第十三节	肋骨尖端综合征	(124)
第十四节	肺尖肿瘤综合征	(125)
第十五节	消失肺	(125)
第十六节	肺泡-毛细血管阻滞综合征	(126)
第十七节	急性原发性膈肌炎综合征	(127)
第十八节	创伤性窒息综合征	(128)
第十九节	Nezelof 综合征	(128)
第二十节	吕弗勒综合征	(129)
第二十一节	Churg - Strauss 综合征	(130)
第十五章	呼吸衰竭	(132)
第十六章	慢性肾功能衰竭的呼吸系统并发症	(134)
第一节	尿毒症肺	(134)
第二节	尿毒症胸膜炎	(135)
第三节	慢性肾衰时的肺部感染	(137)
第四节	肺钙化	(137)
第十七章	呼吸系统疾病常用诊断技术	(139)
第一节	胸部 X 线检查	(139)
第二节	胸部 CT 检查	(141)
第三节	胸部磁共振成像检查	(142)
第四节	核医学检查技术	(144)
第五节	支气管镜检查	(148)
第六节	肺功能检查	(152)
第七节	动脉血气分析	(156)
第八节	胸膜腔穿刺术	(163)
第九节	病原微生物检查	(166)
参考文献		(169)
附录 1	常见呼吸系统疾病临床诊断思路	(171)
附录 2	常用呼吸系统疾病实验室检查正常值	(175)
附录 3	现行呼吸系统疾病临床诊断和治疗指南(摘要)	(185)
附录 4	传染性非典型肺炎临床诊治标准专家共识	(198)
附录 5	中文索引	(201)
附录 6	英文索引	(205)

第一章 呼吸系统常见临床症状

第一节 发热

发热(fever)是指机体在致热源作用下,使体温调节中枢的调定点上移而引起的调节性体温升高,体温上升超过正常值的 0.5°C ,即口温高于 37.3°C ,肛温高于 37.6°C ,或一日体温变动超过 1.2°C 。正常人的体温受体温调节中枢所控制,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内(一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$),早晨6时最低,午后4~6时最高。正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响稍有波动,但波动范围一般不超过 1°C 。

一、发生机制

人体在正常情况下,产热和散热保持着动态平衡。由于各种原因导致产热增加或散热减少,则出现发热。发热是由发热激活物作用于机体,激活体内内生致热源细胞产生和释放内生致热源,再经一些后继环节引起体温升高。

1. 外源性致热源

包括LPS、病毒、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、细菌及其毒素、真菌、原虫、抗原-抗体复合物、致热类固醇(如尿睾酮)、尿酸结晶等,不能直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核-吞噬细胞系统,使其产生并释放内生致热源,再经一些后继环节引起发热。

2. 内生致热源

又称白细胞致热源,体内内生致热源细胞在发热激活物作用下产生和释放的能引起体温升高的物质称之为内生致热源。包括白介素-1、白介素-6、肿瘤坏死因子、干扰素等。通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点,使调定点上移,体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动,并通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌阵缩(寒战)而产热增加;同时也通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩排汗停止,散热减少。以上的综合调节作用使体温升高引起发热。

3. 非致热源性发热

常见于以下几种情况。

- (1) 体温调节中枢直接受损 如脑外伤、出血、炎症等。
- (2) 产热过多的疾病 癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等。
- (3) 散热减少的疾病 如广泛皮肤病、心力衰竭等。

二、病因和分类

发热的病因很多,临床通常分为感染性与非感染性两大类,其中以感染性多见(见表1-1)。

表 1-1

发热性质	病 因	疾 病
感染性发热	各种病原体(细菌、病毒、支原体、衣原体、螺旋体、立克次体和寄生虫等)	急性、慢性全身或局灶感染
非感染性发热	血液病	淋巴瘤、恶性组织细胞病、噬血细胞综合征、白血病等
	变态反应及结缔组织病	风湿热、药物热、系统性红斑狼疮、皮炎、多肌痛、结节性多动脉炎、结节性脂膜炎、成人 Still 病等
	实体肿瘤	肾癌、肾上腺癌、肝癌、肺癌等
	理化损伤	热射病、大的手术、创伤及烧伤等
	神经源性发热	脑出血、脑干伤、植物神经功能紊乱等
其 他		甲亢、内脏血管梗塞、组织坏死、痛风等

三、临床表现

1. 发热的分度

按发热的高低可分为以下四种:低热 $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$; 中度发热 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$; 高热 $39.1 \sim 40^{\circ}\text{C}$; 超高热 41°C 以上。

2. 发热的临床分期

分为体温上升期、高热期、体温下降期三个阶段。体温上升期有两种方式:①骤升型,②缓升型;体温下降有两种方式:①骤降,②渐降。

四、诊断要点

详细询问病史,对发热的病因诊断常能提供重要线索,不可忽视,如起病缓急,有无明显诱因,发热前有无畏寒及寒战,退热的方式,发热时的伴随症状,以及相关的流行病学资料等。

(一) 病史

1. 热度及热程

(1) 急性发热 指自然热程在 2 周以内者,绝大多数为感染性发热。病毒是主要病原体,非感染者仅占少数。

(2) 原因不明发热 指发热持续 2~3 周以上,体温几度超过 38.5°C ,经完整的病史询问、体格检查以及常规的实验室检查不能明确诊断者。感染、肿瘤性疾病、结缔组织病占 80%,最终诊断不明者占 5%~10%。

(3) 长期低热(慢性微热) 指体温波动于 $37.5 \sim 38.4^{\circ}\text{C}$,持续 4 周以上。可见功能性疾病如月经前低热、妊娠期低热、夏季微热、神经功能性微热、感染后低热等。感染性疾病多见于结核、链球菌感染后状态、慢性尿路感染、慢性病灶性感染(牙周脓肿、鼻窦炎、胆道感染、前列腺炎、慢性盆腔炎等)、慢性病毒性肝炎、CMV 感染、梅毒等。非感染性疾病多见于甲亢、结缔组织病、肝硬化、消化性溃疡、原因未明的肠炎、血液病、恶性肿瘤、间脑综合征、原发性选择性 IgA 缺陷病等。

2. 热型及临床意义

发热患者在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将各体温数值连接起来成体

温曲线,该曲线的不同形态称为热型。病因不同其热型常也不同,许多疾病的发热具有规律性及特异性,这些热型有助于鉴别诊断。但必须注意以下几点:①抗生素的广泛应用,及时控制了感染;②解热镇痛药或糖皮质激素的应用;③个体反应性的强弱。以上因素可以影响热型使其变得不典型或不规则。

(1)稽留热 多见于伤寒、斑疹伤寒、大叶性肺炎等。

(2)弛张热 多见于风湿热、败血症、脓毒血症、肝脓肿、严重肺结核等。

(3)间歇热 多见于疟疾、肾盂肾炎、布鲁菌病等。

(4)波状热 多见于布鲁菌病。

(5)消耗热 多见于败血症。

(6)马鞍热 多见于登革热。

(7)回归热 多见于回归热、何杰金病等。

(8)不规则热 多见于风湿热、感染性心内膜炎、流感、阿米巴肝脓肿、肺结核、恶性肿瘤等。

3. 体温升降方式

(1)骤升型发热见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎、败血症、输液反应等。

(2)缓升型发热见于伤寒初期、结核病、布氏杆菌病等。

(3)骤降型发热见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎、输液反应及服用退热药者。

(4)渐降型发热见于伤寒缓解期、风湿热及感染性疾病经抗生素治疗有效时。

(二)体格检查

发热患者需要全面的体格检查,包括体温、脉搏、呼吸、血压,并要重点检查皮肤、黏膜有无皮疹、淤点及肝、脾、淋巴结肿大等。

1. 一般状况及全身皮肤黏膜检查,全身营养状况

(1)恶病质提示重症结核、恶性肿瘤。

(2)有无皮疹及皮疹类型,斑疹见于丹毒、斑疹伤寒。

(3)面部蝶形红斑、指端及甲周红斑提示系统性红斑狼疮(SLE)。

(4)环形红斑见于风湿热。

(5)丘疹和斑丘疹见于猩红热、药物热。

(6)玫瑰疹见于伤寒和副伤寒。

(7)睑结膜及皮肤少许淤点,指端、足趾、大小鱼际肌有压痛的Osler小结见于感染性心内膜炎。

(8)软腭、腋下有索状或抓痕样出血点,见于流行性出血热。

(9)皮肤散在淤点、淤斑、紫癜见于再生障碍性贫血、急性白血病及恶性结缔组织病。

(10)大片淤斑提示弥散性血管内凝血。

(11)有皮肤疔肿者要考虑败血症和脓毒血症。

2. 注意全身淋巴结有无肿大

(1)局部淋巴结肿大,质软,有压痛,考虑相应引流区域有炎症。

(2)局部淋巴结肿大,质硬,无压痛,可能为癌肿转移或淋巴瘤。

(3)全身淋巴结肿大见于淋巴瘤、急慢性白血病、传染性单核细胞增多症、系统性红斑狼疮等。

3. 头颈部检查

- (1) 结膜充血多见于麻疹、出血热、斑疹伤寒。
- (2) 扁桃体肿大,其上附有黄白色渗出物,考虑化脓性扁桃体炎。
- (3) 外耳道流出脓性分泌物为化脓性中耳炎。
- (4) 乳突红肿压痛为乳突炎。
- (5) 颈项强直见于脑膜炎、脑膜脑炎。
- (6) 甲状腺肿大伴突眼、高热见于甲亢危象。

4. 心脏情况

- (1) 心脏扩大,新出现收缩期杂音提示风湿热。
- (2) 原有心脏瓣膜病,杂音性质发生改变,要考虑感染性心内膜炎。

5. 肺部检查

- (1) 一侧肺局限性浊音,语颤增强,有湿罗音,提示大叶性肺炎。
- (2) 下胸部或背部固定或反复出现湿罗音,见于支气管扩张伴继发性感染。
- (3) 一侧肺下部叩诊呈浊音,呼吸音、语颤减低,提示胸腔积液。

6. 腹部检查

- (1) 胆囊点压痛, Murphy 征阳性伴皮肤、巩膜黄染,提示为胆囊炎、胆石症发热。
- (2) 中上腹明显压痛,肋腹部皮肤灰紫色斑(Grey - Turner 征)或脐周皮肤青紫(Gullen 征),见于出血坏死性胰腺炎。
- (3) 右下腹或全腹胀痛,有时伴腹块,腹壁或会阴部有瘻管,全身营养差,考虑克罗恩病(Crohn病)。
- (4) 肝肿大,质硬,表面有结节或巨块,提示肝癌发热。
- (5) 肝脾同时肿大,可见于白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、系统性红斑狼疮等。
- (6) 季肋点压痛,肾区叩击痛,提示上尿路感染。

7. 四肢及神经系统检查

- (1) 杵状指伴发热,见于肺癌、肺脓肿、支气管扩张、感染性心内膜炎。
- (2) 关节红肿压痛见于风湿热、红斑狼疮或类风湿性关节炎。
- (3) 克氏征或布氏征阳性见于中枢神经系统感染。

(三) 实验室检查

对于急性发热患者如通过询问病史和体格检查能明确诊断者,可不必做有关的实验室检查,但对病因不明尤其是病变严重者,必须及时作相应的实验室检查。

1. 血常规、尿常规、便常规

- (1) 中性粒细胞增加伴发热,常见于细菌感染、大出血、组织损伤后。
- (2) 中性粒细胞减少,见于伤寒、副伤寒、急性病毒感染、疟疾、黑热病、急性再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、系统性红斑狼疮、急性播散性结核、急性粒细胞减少症等。
- (3) 嗜酸性粒细胞增加,常见于药物热、血清病。
- (4) 嗜酸性粒细胞减少见于伤寒。
- (5) 高热伴贫血见于急性溶血、急性再生障碍性贫血等。

2. 寒战高热时应作血培养,血涂片检查

血涂片检查对诊断疟疾、回归热、白血病、系统性红斑狼疮、钩端螺旋体病等很有帮助。

3. 高热超过1周

应作肥达反应及外斐反应、布氏杆菌凝集试验。

4. 怀疑呼吸系统疾病

应做胸部透视或胸部X线检查,做痰培养、痰涂片检查。

5. 怀疑肝脏疾病

应做肝功能及腹部B超检查。

6. 有出血倾向

应做出凝血时间、血小板、凝血酶原时间测定等。

7. 怀疑泌尿系统感染

应做尿培养。

8. 有关节痛者

应做抗链球菌溶血素“O”试验及C反应蛋白、抗核抗体、血沉、血清蛋白电泳、免疫球蛋白等检测。

9. 高热原因未明

用抗生素无效者,有必要做淋巴结活检,骨髓活检。

10. 血清学检查

(1) 肥达反应阳性,见于伤寒、副伤寒。

(2) 外斐反应阳性,考虑斑疹伤寒。

(3) 布氏杆菌凝集试验阳性,考虑布氏杆菌病。

(4) 嗜酸性凝集试验阳性,考虑传染性单核细胞增多症。

(5) 冷凝集试验阳性,考虑支原体肺炎等。

五、鉴别诊断

询问病史时,应当重视发热的伴随症状及体征,尤其注意具有定位意义的伴发热的局部症状,以便确定病变的存在系统。

1. 发热伴呼吸道症状

咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等,应作胸部X线检查,可见于急性支气管炎、急性肺炎、支气管扩张合并感染、肺结核、肺梗死、肺脓肿、肺坏疽、肺出血、胸腔积液等。

2. 发热伴寒战

常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。结核病、伤寒、立克次体病与病毒感染者罕见有寒战,一般也不见于风湿热。

3. 发热伴淋巴结肿大

周期性发热伴全身性淋巴结肿大是霍纳金病的临床特征。不规则发热伴淋巴结肿大常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、丝虫病、急性淋巴细胞型白血病、系统性红斑狼疮、艾滋病等。局限淋巴结肿大可见于局限性感染、恶性淋巴瘤、恶性肿瘤的转移等。

4. 发热伴皮疹

常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病。

5. 发热伴肝脾肿大

常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤、黑热病、急性血吸虫病等。

6. 发热伴皮肤黏膜出血

可见于重症感染及某些急性传染病,如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病,如急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

7. 发热伴关节肿痛

常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

8. 发热伴昏迷

先发热后昏迷常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等。先昏迷后发热见于脑出血、巴比妥类中毒等。

9. 发热患者的面容

发热患者多数呈急性面容。伤寒患者常表情淡漠,斑疹伤寒、流行性出血热患者常呈醉酒面容。麻疹患者常见眼睑水肿、结膜充血、分泌物增多等。猩红热患者常可见口周苍白。面容苍白可见于急性白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病。发热伴面部蝶形红斑是播散性红斑狼疮的特殊面部表现。口唇部单纯疱疹常见于某些急性传染病,如流行性脑脊髓膜炎、大叶性肺炎、流行性感音、大肠杆菌败血症、间日疟、流行性脑膜炎等,一般不见于小叶性肺炎、干酪性肺炎。

10. 发热伴胸痛

多见于肺炎、胸膜炎、心肌梗死、肺脓肿等。

11. 发热伴肌肉痛

多见于肌炎、皮炎、旋毛虫病、军团病、钩端螺旋体病、药物热等。

12. 发热伴神经障碍者

多见于脑炎、脑膜炎、感染中毒性脑病、脑出血、中暑、颞动脉炎、红斑狼疮脑病等。

第二节 咳嗽与咳痰

咳嗽(cough)、咳痰(expectoration)是临床最常见的症状之一。咳嗽是一种防御性反射动作,借以清除呼吸道分泌物及气道内异物。痰是气管、支气管的分泌物或肺泡内的渗出液,咳痰是呼吸道内的病理性分泌物,借助咳嗽排出体外,正常成人的呼吸道黏膜每日分泌少量的黏液,使呼吸道保持湿润。

一、发病机理

咳嗽是由于延髓咳嗽中枢受刺激引起,呼吸道内分泌物或异物等刺激呼吸道黏膜,通过迷走神经、舌咽神经、三叉神经的感觉纤维传入。激动经喉下神经、膈神经、脊神经分别传到咽肌、声门、膈与其他呼吸肌,引起咳嗽动作将呼吸道分泌物排出。

咳嗽的全过程包括快速、短促吸气,膈下降,声门迅速关闭,继而呼气肌、膈肌与腹肌快速收缩,使肺内压快速升高,然后声门突然开放,肺内高压气流喷射而出,冲出声门裂隙而发生咳嗽动作与特别音响,呼吸道内分泌物或异物亦随之被排出。

二、咳嗽的常见病因

1. 呼吸道疾病

咽、喉、气管、支气管和肺受到刺激性气体(如冷热空气、氯、溴、酸、氨等)、粉尘、异物、炎症、出血与肿瘤等刺激咽喉或支气管黏膜,均可引起咳嗽。

2. 胸膜疾病

胸膜病变如胸膜炎、胸膜间皮瘤、自发性气胸或胸腔穿刺可引起咳嗽。

3. 心脏疾病

心功能不全、肺栓塞可引起咳嗽。

4. 中枢性因素

从大脑皮质发出冲动传至延髓咳嗽中枢,人可随意引起咳嗽或抑制咳嗽反射,脑炎、脑膜炎时也可招致咳嗽。

三、诊断要点

(一) 病史

仔细询问病史,对咳嗽、咳痰的诊断常能提供重要线索,不可忽视,如咳嗽的伴随症状、时间长短、痰液的性质(痰量、痰的气味、痰色、痰的状态)等等,对其诊断意义很重要。同时要注意判断是咽喉病变还是支气管病变;是肺部本身病变还是心血管疾病的继发改变;是肺部炎症还是肺部肿瘤。

(二) 临床表现及其意义

1. 咳嗽的性质

(1) 干性咳嗽 指咳嗽时无痰或痰量甚少,可见于急性咽喉炎、支气管炎、早期肺结核、胸膜炎、二尖瓣狭窄、原发型肺动脉高压等等。

(2) 湿性咳嗽 指咳嗽时伴有痰液(气管渗出物),可见于肺炎、慢性支气管炎、肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、支气管胸膜瘘等等。

2. 咳嗽的时间与节律

(1) 骤起咳嗽 常见于吸入刺激性气体所致急性咽喉炎、气管与支气管异物,百日咳、气管或支气管分叉部受压迫(淋巴结结核或肿瘤)等。

(2) 慢性咳嗽 多见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺结核、肺脓肿、隐源性致纤维化性肺炎等。

(3) 发作性咳嗽 多见于百日咳、肿瘤以及以咳嗽为主要症状的支气管哮喘(变异性哮喘)等。

(4) 夜间咳嗽 多见于慢性心衰、肺结核等。

(5) 清晨或体位改变时咳嗽等 多见于慢性支气管炎、支气管扩张症和肺脓肿等。

3. 咳嗽的音色

指咳嗽时声音的色彩和特性。

(1) 咳嗽声音嘶哑 多见于声带炎症、喉炎、喉结核、喉癌和喉返神经麻痹等。

(2) 犬吠样咳嗽 多见于会厌、喉部病变或气管受压等。

(3) 金属音调样咳嗽 常见于纵隔肿瘤、主动脉瘤、肺癌等。

(4) 咳嗽声音微弱 常见于极度衰竭或声带麻痹。

4. 痰的性状和量

痰的性质可分为黏液性、浆液性、脓性、黏液脓性、血性等等。痰量可分为少量、中量、大量。

(1) 铁锈色痰提示肺炎球菌感染。

(2) 粉红色乳状痰提示金黄色葡萄菌感染。

(3) 灰绿色、红砖色痰提示克雷伯杆菌感染。

- (4)痰有恶臭气味者,提示由梭形杆菌、螺旋体或厌氧细菌感染所产生。
- (5)黄绿色或翠绿色,提示铜绿假单胞菌(绿脓杆菌)感染。
- (6)痰白黏稠、牵拉成丝难以咳出,提示有白色念珠菌感染。
- (7)大量稀薄浆液性痰中含粉皮样物,提示棘球蚴病(包虫病)。
- (8)日咯数百至上千毫升浆液泡沫样痰,还应考虑弥漫性肺泡癌的可能。

5. 常见呼吸系统疾病患者的咳痰特点

(1)慢性支气管炎 痰量一般较多,为白色泡沫黏性痰,含有黄色成分时表明有继发感染。

(2)支气管扩张症 长期咳脓痰,间或小量或大量咯血,有时带腥臭味。痰量受体位的影响,每日可达100~500mL,静置后可分为三层,上层为泡沫,中层为黏痰,下层为脓性物和坏死组织。

(3)呼吸道或肺组织感染性疾病 痰为较稠的黄绿色脓性痰。

(4)肺炎链球菌性肺炎 有一小部分患者咳铁锈色痰。

(5)肺脓肿 为脓白色黏痰。

(6)支气管哮喘 咳少量黏稠痰,也可咳大量白色黏液痰。

(7)尘肺、矽肺 是黑色或灰色痰,此种痰也可见于大量吸烟者。

(8)肺水肿 为粉红色稀薄泡沫痰。

(9)克雷伯杆菌肺炎 为红棕色黏稠胶冻样痰。

(三)体格检查

首先应注意气管的位置,慢性脓胸、胸膜肥厚、慢性肺结核、肺不张等疾病气管可向患侧移位;大量气胸或大量胸腔积液时气管可向健侧移位。颈部皮下气肿多由于张力性气胸或纵隔气肿引起。肺一侧叩诊呈鼓音多见于气胸,双侧叩诊呈过清音多见于阻塞性肺气肿。肺下部叩诊呈浊音多考虑肺实变或胸腔积液;肺气肿体征伴剑突下明显心尖搏动应考虑肺源性心脏病。心血管疾病常有明显的相应体征,如血压升高、心脏杂音、心功能不全的相应表现等。听诊注意肺部罗音及呼吸音,肺炎患侧可闻及湿性罗音,肺不张、胸腔积液呼吸音减低,双侧散在哮鸣音多见于支气管哮喘。

(四)辅助检查

1. 实验室检查

- (1)痰液检查 痰涂片、培养对肺结核、肺真菌病的诊断有重要意义。
- (2)痰病理发现癌细胞能明确支气管肺癌的诊断。
- (3)痰中发现肺吸虫卵可诊断肺吸虫病。
- (4)痰中找到阿米巴滋养体可诊断肺阿米巴病。
- (5)痰中发现包囊虫的棘球蚴的头可诊断肺棘球蚴病。

2. 胸部X线透视及摄片检查

能进一步明确肺部病变的部位、范围与形态,有时也可确定其性质,如肺部炎症、肺结核、肺脓肿、肺癌、肺囊虫、尘肺等。对于肺深部病变,则X线体层摄影、CT、MRI、纤支镜检查等价值较大。

3. 内镜检查

纤维支气管镜可直接窥视支气管黏膜异常改变,并通过活检、刷检、抽吸及灌洗液作组织学或病原学诊断,具有重要的鉴别诊断价值。纵隔镜可以帮助诊断纵隔肿瘤和发现纵隔淋巴