

CHANG JIAN JI BING DE ZHEN LIAO HE HU LI

常见疾病的诊疗和护理

杨春辉 主编

 星光红 出版社
朝鲜民族

常见疾病的诊疗和护理

主 编 杨春辉

副主编 艾 江 付德才 刘德新



江苏人民
卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见疾病的诊疗和护理/杨春辉主编. —牡丹江:黑龙江朝鲜民族出版社,2004.6
ISBN 7-5389-1202-9

I. 常... II. 杨... III. ①常见病-诊疗②常见病-护理 IV. ①R4②R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 056681 号

书 名/ 常见疾病的诊疗和护理

主 编/ 杨春辉

责任编辑/ 姜贤模

责任校对/ 宋纪文

封面设计/ 咸成镐

出版发行/ 黑龙江朝鲜民族出版社

印 刷/ 牡丹江书刊印刷厂

开 本/ 787×1092 1/16

印 张/ 32.75

字 数/ 850 千字

版 次/ 2004 年 6 月第 1 版

印 次/ 2004 年 6 月第 1 次印刷

印 数/ 1-1 000 册

书 号/ ISBN 7-5389-1202-9/R·67

定 价/ 52.00 元

(如印装质量有问题,请与本社发行部联系调换)

《常见疾病的诊疗和护理》

主编 杨春辉

副主编 艾江 付德才 刘德新

编 委

(依姓氏笔画为序)

马晓霞	牡丹江市铁路中心医院
车玉兰	牡丹江市二院分院
白永军	宁安市人民医院
艾 江	牡丹江医学院红旗医院
付德才	牡丹江医学院红旗医院
孙雪梅	柴河林业局职工医院
许凤春	牡丹江医学院护理教研室
朱丽红	牡丹江医学院红旗医院
许 杰	牡丹江医学院红旗医院
闫福宇	牡丹江市第一人民医院
刘贵河	宁安市人民医院
刘德新	牡丹江医学院红旗医院
李云峰	牡丹江市中医院
李玉华	牡丹江市二院分院
张义举	宁安市人民医院
李英子	宁安市第二人民医院
李振林	牡丹江市中医院
李惠媛	牡丹江市北方医院
金爱顺	牡丹江市铁路中心医院
张 磊	牡丹江工人疗养院
杨春辉	牡丹江医学院红旗医院
周艳慧	牡丹江市肿瘤医院
姜相莲	牡丹江医学院红旗医院
法 晶	宁安市人民医院
栾红梅	牡丹江市肿瘤医院
聂德新	宁安市人民医院
郭淑华	宁安市人民医院

目 录

第一篇 呼吸系统疾病

第一章 急性上呼吸道感染及急性气管 - 支气管炎	李惠媛 (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)
第二章 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和肺源性心脏病	李惠媛 (4)
第一节 慢性支气管炎	(4)
第二节 阻塞性肺气肿	(7)
第三节 肺源性心脏病	(10)
第三章 支气管哮喘	闫福宇 (17)
第四章 支气管扩张症	闫福宇 (20)
第五章 呼吸衰竭	闫福宇 (22)
第一节 慢性呼吸衰竭	(23)
第二节 急性呼吸衰竭	(27)
第三节 成人型呼吸窘迫综合征	(28)
第六章 原发性支气管肺癌	闫福宇 (30)
第七章 肺炎	法晶 (38)
第一节 肺炎球菌肺炎	(39)
第二节 葡萄球菌肺炎	(42)
第三节 克雷白杆菌肺炎	(43)
第四节 肺炎支原体肺炎	(43)
第五节 其他常见革兰阴性杆菌肺炎	(43)
第六节 军团菌肺炎	(44)
第八章 肺结核	法晶 (45)
第九章 胸腔积液	法晶 (49)
第十章 肺脓肿	法晶 (50)

第二篇 循环系统疾病

第一章 心力衰竭	李玉华(55)
第一节 总论	(55)
第二节 慢性心力衰竭	(58)
第三节 急性心力衰竭	(64)
第二章 心脏骤停与心脏性猝死	李玉华(66)
第三章 高血压病	许杰(69)
第四章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	许杰(76)
第一节 心绞痛	许杰(76)
第二节 心肌梗死	张磊(83)
第五章 心律失常	张磊(87)
第一节 窦性心律失常	(87)
第二节 房性心律失常	(91)
第三节 房室交界区性心律失常	(94)
第四节 室性心律失常	(98)
第五节 心脏传导阻滞	(101)
第六章 感染性心内膜炎	张磊(104)
第一节 亚急性感染性心内膜炎	(104)
第二节 急性感染性心内膜炎	(106)
第七章 心脏瓣膜病	白永军(106)
第一节 二尖瓣疾病	(106)
第二节 主动脉瓣疾病	(111)
第三节 三尖瓣疾病	(115)
第四节 肺动脉瓣疾病	(116)
第五节 多动脉瓣疾病	(117)
第八章 心包疾病	白永军(117)
第一节 急性心包炎	(117)
第二节 慢性缩窄性心包炎	(120)
第九章 心肌疾病	孙雪梅(122)
第一节 心肌病	(122)
第二节 心肌炎	(132)

第三篇 消化系统疾病

第一章 食管疾病	杨春辉(139)
第一节 胃食管反流性疾病	(139)
第二节 食管癌	(143)
第二章 胃、十二指肠疾病	杨春辉(148)
第一节 非溃疡性消化不良	(148)
第二节 胃炎	(151)
第三节 消化性溃疡	(157)
第四节 胃癌	(166)
第三章 肝脏疾病	杨春辉(171)
第一节 脂肪肝	(171)
第二节 肝硬化	艾江(175)
第三节 原发性肝癌	(182)
第四节 肝性脑病	(190)
第四章 胰腺炎及腹膜炎	艾江(196)
第一节 急性胰腺炎	(196)
第二节 慢性胰腺炎	(201)
第三节 结核性腹膜炎	杨春辉(203)
第五章 上消化道出血	杨春辉(206)
第六章 肠道疾病	李云峰(213)
第一节 溃疡性结肠炎	(213)
第二节 大肠癌	(217)
第三节 青年大肠癌	(223)

第四篇 泌尿系统疾病

第一章 肾小球病病	郭淑华(227)
第一节 急性肾小球肾炎	(227)
第二节 慢性肾小球肾炎	(231)
第三节 急进性肾小球肾炎	(234)
第四节 隐匿性肾小球肾炎	(237)

第五节 肾病综合征	(237)
第二章 间质性肾炎	李英子(241)
第一节 急性间质性肾炎	(241)
第二节 慢性间质性肾炎	(243)
第三章 泌尿系统感染	李英子(243)
第四章 慢性肾功能衰竭	李英子(248)

第五篇 风湿性疾病

第一章 类风湿性关节炎	郭淑华(255)
第二章 系统性红斑狼疮	郭淑华(258)

第六篇 内分泌及代谢系统疾病

第一章 甲状腺功能亢进症	马晓霞(261)
第二章 糖尿病	马晓霞(266)

第七篇 神经系统疾病

第一章 周围神经疾病	聂德新(277)
第一节 总论	(277)
第二节 脑神经疾病	(278)
第三节 脊神经疾病	(282)
第二章 脊髓病病	聂德新(288)
第一节 带状疱疹病毒性脊髓炎	(288)
第二节 单纯疱疹病毒性脊髓炎	(289)
第三节 急性横贯性脊髓炎	(289)
第四节 脊髓压迫症	(291)
第五节 脊髓蛛网膜炎	(292)
第六节 缺血性脊髓血管病	(292)
第七节 出血性脊髓血管病	(293)
第八节 脊髓空洞症	(294)
第九节 亚急性联合变性	(295)

第三章 脑部疾病	车玉兰(296)
第一节 局部解剖	(296)
第二节 脑血管疾病	(297)
第三节 颅内占位性病变	(306)
第四节 头痛	李振林(311)
第五节 偏头痛	(312)
第六节 紧张性头痛	(316)
第七节 低颅压性头痛	(317)
第八节 癫痫	(318)
第四章 颅内压增高	李振林(325)
第五章 锥体外系疾病	张义举(331)
第一节 概述	(331)
第二节 震颤麻痹	(332)
第三节 小舞蹈病	(335)
第四节 肝豆状核变性	(336)
第五节 其他锥体外系疾病	(338)
第六章 脱髓鞘疾病	张义举(338)
第一节 概述	(338)
第二节 急性播散性脑脊髓炎和急性出血性白质脑炎	(339)
第三节 多发性硬化	(340)
第四节 弥漫性硬化和同心圆性硬化	(344)
第五节 脑桥中央髓鞘溶解症	(345)
第七章 神经—脱接头与脱肉疾病	张义举(346)
第一节 概述	(346)
第二节 重症肌无力	(347)
第三节 周期性瘫痪	(349)
第八章 某些系统性疾病的中枢神经系统并发症	刘贵河(351)
第一节 概述	(351)
第二节 心脏病的神经系统并发症	(353)
第三节 肺性脑病	(354)
第四节 缺氧性脑病	(355)
第五节 肝脏疾病的神经系统并发症	(356)
第六节 尿毒症的神经系统并发症	(357)
第七节 糖尿病的神经系统并发症	(358)
第八节 内分泌疾病的神经系统并发症	(359)

第九节	结缔组织疾病的神经系统并发症	(360)
第十节	副肿瘤综合征	(361)

第八篇 传 染 病

第一章	病毒感染	金爱顺 付德才(365)
第一节	病毒性肝炎	(365)
第二节	流行性感胃	金爱顺(386)
第三节	流行性腮腺炎	付德才(390)
第四节	麻疹	(392)
第五节	流行性出血热	(396)
第二章	细菌感染	付德才(404)
第一节	猩红热	(404)
第二节	细菌性痢疾	(407)

第九篇 护 理

第一章	呼吸系统病病的护理	周艳慧(413)
第一节	慢性支气管炎的护理	(413)
第二节	阻塞性肺气肿的护理	(415)
第三节	呼吸衰竭疾病的护理	(417)
第四节	支气管哮喘疾病的护理	(420)
第五节	原发性支气管肺癌的护理	(422)
第六节	肺结核症病的护理	(426)
第二章	循环系统疾病的护理	许凤春(429)
第一节	心绞痛疾病的护理	(429)
第二节	心肌梗死疾病的护理	(430)
第三节	高血压病的护理	(434)
第四节	心律失常病人的护理	(435)
第五节	心包炎病人的护理	(437)
第三章	消化系统病病的护理	栗红梅(438)
第一节	消化性溃疡的护理	(438)
第二节	胃癌病人的护理	(442)
第三节	上消化道出血疾病的护理	(444)

第四节	溃疡性结肠炎的护理	(450)
第五节	纤维结肠镜检查的护理	(452)
第六节	肝硬化病人的护理	刘德新(452)
第七节	肝性脑病的护理	(456)
第八节	肝癌疾病的护理	(459)
第九节	急性胰腺炎病人的护理	(462)
第十节	肠结核疾病的护理	(464)
第十一节	结核性腹膜炎的护理	(466)
第十二节	纤维胃镜、十二指肠镜检查的护理	(468)
第四章	神经系统疾病的护理	许凤春(470)
第一节	脑血栓病人的护理	(470)
第二节	脑出血疾病的护理	(472)
第三节	帕金森氏病的护理	(473)
第五章	传染科疾病的护理	姜相莲(476)
第一节	病毒性肝炎的护理	(476)
第二节	流行性乙型脑炎的护理	(478)
第三节	肾综合征出血热的护理	(480)
第四节	麻疹病人的护理	(482)
第五节	伤寒病人的护理	(483)
第六节	细菌性痢疾病人的护理	(484)
第七节	流行性脑脊髓膜炎的护理	(486)
第八节	布氏杆菌病的护理	(488)
第九节	疟疾病人的护理	(489)
第十节	并殖吸虫疾病的护理	(490)
第十一节	囊虫病人的护理	(491)
第六章	老年病的护理	朱丽红(492)

第一篇 呼吸系统疾病

第一章 急性上呼吸道感染及急性气管—支气管炎

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory tract infection)是最常见的呼吸道传染病,常见的病因为各种病毒,少数为细菌。包括鼻腔、咽或喉部的急性炎症。其发病不分年龄、性别、职业和地区。尽管本病具有自限性,但因其具有较强的传染性,而且对于某些人来说还可能引起严重并发症,故仍应给予重视。

【流行病学】 本病全年皆可发病,冬春季节较多。主要通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播,也可由于接触病毒而感染。一般为散发性,常因气候突变时而发生区域性流行。因病毒种类多,人体对各种病毒感染后产生的免疫较弱且短暂,并缺乏交叉免疫,同时在健康人群中有病毒携带者,故1个人1年内可多次感染。

【病因和发病机制】 急性上呼吸道感染约70%~80%由病毒引起。主要有流感病毒甲、乙、丙型、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等。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,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌和葡萄球菌等。其感染主要表现为鼻炎、咽炎或扁桃体炎。

在人体受凉、淋雨、过度疲劳等诱因下,全身或呼吸道局部防御功能降低时,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。尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病者,如鼻旁窦炎、扁桃体炎者,更易诱发。

【病理】 鼻腔及咽黏膜充血、水肿、上皮细胞破坏,少量单核细胞浸润,有浆液性及黏液性炎症渗出。继发细菌感染时,可有中性粒细胞浸润及大量脓性分泌物。

【临床表现】

一、普通感冒 俗称“伤风”,以鼻咽部卡他症状为主要表现。多为鼻病毒感染,次为副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等。起病较急,初期有咽干、咽痒、鼻塞,随后打喷嚏、流清水样鼻涕,2~3天后变稠,颜色变黄。可伴咽痛、流泪、声带水肿而声嘶或呼吸不畅,有时由于耳咽管炎使听力减退。一般无发热及全身症状,或有轻度低热、不适、轻度畏寒和头痛。体检见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物,咽轻度充血。如无并发症,一般1周可痊愈。

二、病毒性咽炎和喉炎 多由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒及呼吸道合胞病毒等引起,表现为咽部痒和灼热感,讲话困难、咽痛、咳嗽,有时有发热。体检时见咽喉部充血,软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围有红晕,以后形成疱疹。多见夏季发作,常见于儿童,偶见于成人。

三、疱疹性咽峡炎 由柯萨奇病毒 A 引起,表现为发热、明显咽痛,病程约 1 周。体检见咽部充血,口腔黏膜表面可见散在疱疹或浅表溃疡,多见于儿童。

四、咽结膜热 由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。临床表现有发热或咽痛,咽及结合膜充血明显,夏季多发,儿童多见。

五、细菌性咽-扁桃体炎 由溶血性链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎链球菌引起。起病急,表现为发热(多高达 39℃ 以上)和咽痛,体检见咽部充血明显,扁桃体肿大,表面可有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、压痛,肺部无异常体征。

【实验室检查】

一、血象 在病毒感染时,白细胞计数正常或降低,细胞分类淋巴细胞较多;而细菌感染,白细胞计数常增多,中性粒细胞增多,且常有核左移现象。

二、免疫学检查 可采用免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血清学诊断法等。

三、病原学检查 可做病毒分离及鉴定,以判断病毒的类型。若考虑细菌感染,则可酌情做分泌物细菌培养,以判断细菌类型。

【并发症】 可并发急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎。部分患者继发风湿病、肾炎、心肌炎。

【鉴别诊断】 根据病史、流行病学、鼻咽部的症状和体征,结合白细胞计数和 X 射线检查,可做出临床诊断。进行细菌培养或病毒分离,或病毒血清学检查、免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血凝抑制试验等,可做出病因诊断。

本病需与下列疾病鉴别。

一、过敏性鼻炎 起病急,鼻腔发痒,喷嚏频繁,鼻涕呈水样,多于晨间发作,经过数分钟至 1~2 小时可痊愈。检查:鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸性粒细胞增多。

二、流行性感冒 常有明显的流行趋势。起病急,全身症状较重,畏寒、高热、全身酸痛,眼结膜炎症明显,面鼻部症状较轻。

三、急性传染病前驱症状 如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎等,在患病初期常有上呼吸道症状,在这类病的流行季节或流行区应密切观察,并进行必要的实验室检查,加以区别。

【治疗】目前尚无特殊抗病毒药物。对症或中西医结合治疗为常用的措施。

一、对症治疗 注重保暖,多饮水,适当休息,室内应保持适宜的温度和湿度。病情较重或老年体弱者应卧床休息。如有发热、头痛,可用复方阿斯匹林,每次 0.3~0.5g,或吲哚美辛,每次 25mg 等;咽痛可用六神丸、消炎喉片、溶菌酶喉片、度米芬喉片,3~4 次/天,并配合雾化吸入治疗;鼻塞、流涕可用 1% 麻黄素滴鼻,并口服克敏能,每次 10mg,1 次/天,或扑尔敏每次 4mg 口服;咳嗽者可适当给予镇咳祛痰药。

二、病因治疗 病毒感染可试用三氮唑核苷 0.2 克/次,每 2 小时 1 次口服,该药是抑制核酸合成的广谱抗病毒药物。中草药对治疗病毒性上呼吸道炎有较好疗效。常用的成药中有感冒冲剂、板蓝根冲剂、清热解毒口服液、银翘解毒丸(片)等,均有较好疗效。细菌感染可根据病原菌的药敏试验选用青霉素、头孢菌素、大环内酯类或氟喹诺酮类。

【预防】 锻炼身体,增强体质,提高机体抵抗力。避免受凉,注意劳逸结合,勿过度疲劳,保持生活规律化。在流行季节避免人群聚集,注重隔离病人。

第二节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎(acute tracheobronchitis)是由于感染、物理化学刺激或过敏等因素引起的气管-支气管黏膜急性炎症,常见于寒冷季节或气温突然变化,也可由急性上呼吸道感染迁延而来。临床主要症状为咳嗽、咳痰。

【病因和发病机制】

一、感染 感染是急性气管-支气管炎的主要致病因素。常由急性上呼吸道炎症的病毒或细菌向下蔓延而发病。细菌感染多在病毒感染的基础上继发,常见的致病菌为肺炎球菌、流感嗜血杆菌、链球菌和葡萄球菌。

二、物理及化学因素 如过冷空气、粉尘、烟雾或刺激性气体(如二氧化硫、二氧化氮、氯气)的吸入,对气管-支气管黏膜急性刺激亦可引起。

三、过敏性因素 常见的如花粉、真菌孢子的吸入;寄生虫如钩虫、蛔虫的幼虫在肺部移行,这些因素引起气管-支气管的过敏性炎症反应。

【临床表现】

发病初期常有上呼吸道感染病史,如鼻塞、流涕、咽痛、声嘶。全身症状轻微,可有轻度畏寒、发热、头痛、全身肌肉酸痛、乏力、咽痒。继之出现咳嗽,初为刺激性干咳,或咯少量黏液痰,1~2天后痰量渐增,呈黏液脓性痰,偶可痰中带血。咳嗽在受凉、吸入冷空气、早晨起床和睡下时加剧。咳嗽可为阵发性,也可终日咳嗽,咳嗽剧烈时可伴有恶心、呕吐及胸腹肌疼痛。伴支气管痉挛时可有气急和哮鸣。症状多于3~5天内消退,但咳嗽有时可迁延数周。若迁延不愈,可发展为慢性支气管炎。体征不多,肺部听诊呼吸音“粗糙”,可闻及散在干、湿罗音,用力咳嗽或咳痰后罗音的性质与部位可改变或消失。

白细胞计数和分类多无明显改变。病毒感染者血淋巴细胞可增加,细菌感染白细胞计数可增高,过敏者嗜酸性粒细胞增高。痰涂片或培养可发现致病菌。X射线胸片检查大多无异常或肺纹理增粗。

【诊断】 根据上呼吸道感染、理化因素、吸入病史及咳嗽和咳痰、肺部散在干、湿性罗音等临床表现,结合血象和X射线片胸部检查,可做出临床诊断。病毒和细菌及抗体检测、痰细菌检查有助于病原的诊断。过敏者血嗜酸性粒细胞可增多,抗原激发试验阳性。

【鉴别诊断】

一、急性上呼吸道感染 以鼻、咽、喉部的卡他症状为主,咳嗽轻而痰少,肺部无异常体征,胸部X线检查无异常。

二、流行性感 急性起病,全身症状重,发热较高,常有流行群体发病特点,依据病毒分离和病毒抗体检测可以鉴别。

三、其他 支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等疾病,可伴有与急性支气管炎相似的症状体征,需仔细检查鉴别。

【治疗】

一、一般治疗 适当休息,注意保暖,多饮水,进易消化食物。

二、抗生素治疗 若为细菌感染,根据感染的严重程度及持续的时间长短或痰培养结果,可选用适当的抗生素口服或注射治疗。如青霉素80万U肌注,每8小时1次,或口服阿莫西林每次0.5g,每日3次。亦可用环丙沙星每次0.25g或氧氟沙星每次0.2g,每日3次口服,或头孢氨苄、头孢

拉定每次0.5g,每日3次口服。亦可用复方磺胺甲恶唑每次1.0g,每日2次口服,或红霉素每次0.3g,每日4次口服。对口服抗菌药物治疗无效的患者,可改用静脉滴注给予抗菌药物。

三、对症治疗 干咳剧烈者,可口服镇咳药,如科福乐每次20~40mg,每日3次,或咳必清每次25mg,每日3次,或可待因每次15~30mg,每日3次,还可配合生理盐水雾化吸入;痰液黏稠不易咳出者,可选用祛痰药物,如必嗽平每次16mg,每日3次口服,或羧甲基半胱氨酸每次0.5g,每日3次口服,或溴化己胺醇(沐舒坦)每次30mg,每日3次口服;胸闷气喘者可选用平喘药物,如氨茶碱0.1~0.2g,每日3次口服,或舒氟美每日0.1g,每日2次口服;高热头痛者可选用解热镇痛药,如阿司匹林、去痛片、消炎痛等。

【预防】提倡体育锻炼,增强体质,预防感冒,改善劳动卫生条件,治理环境污染,避免有害气体及过敏物质的吸入等。

(李惠媛)

第二章 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和肺源性心脏病

第一节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(chronic bronchitis,简称慢支)是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征。病情缓慢进展,常并发阻塞性肺气肿、肺动脉高压,甚至肺源性心脏病。这是一种呼吸系统常见病和多发病,尤以老年人多见。

【病因和发病机制】

尚不完全明了。通常认为是烟雾、粉尘等长期刺激,各种病原微生物反复感染,并在一定内在因素作用下,使炎症经久不愈,逐渐发展而成。有关因素如下:

一、吸烟 烟雾中含有100多种有害气体,能引起支气管黏膜上皮细胞增生和变异,纤毛活动能力下降并倒伏、脱落,自主神经功能紊乱,腺体分泌增加,使局部清除和防御功能降低。吸烟时间愈长,每日吸烟量愈大,发病率愈高。吸烟者较非吸烟者的发病率高2~8倍。戒烟后慢性支气管炎症状可减轻或消失,病情可缓解甚至痊愈。

二、理化因素 如寒冷气候、刺激性烟雾和有害气体等的长期作用,使气道黏液分泌过多,平滑肌痉挛等,均可促进慢性支气管炎的发生和发展。

三、感染 感染是慢性支气管炎发生发展的重要因素,主要为病毒和细菌感染。病毒主要有鼻病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒和腺病毒等,常由上呼吸道感染蔓延到下呼吸道,并可在此基础上继发细菌感染。常见细菌有肺炎球菌、流感嗜血杆菌、甲型链球菌及奈瑟球菌等。但感染并非总是引起慢性支气管炎首发的因素,只是其缓慢进展的重要因素。

四、内在因素 过敏体质、气道自主神经功能紊乱、呼吸道局部防御能力下降等,均可促进气道黏膜及黏膜下组织慢性炎症的形成和发展,并与环境因素及感染等一起,使病变逐步发展。

【病理】早期主要为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、增生并有鳞状上皮化生;之后病情加重,病变向下累及管壁周围组织,黏膜下平滑肌束断裂、萎缩,黏液腺体

肥厚并呈过度分泌状态;晚期,黏膜有萎缩性改变,气管周围纤维组织增生,造成管腔的僵硬或塌陷;远端气道尤其是终末呼吸单位因呼气时气道陷闭过早而发生过度充气,久之发展成肺气肿。

【病理生理】在早期,一般反应大气道功能的检查如第1秒用力呼气量(FEV₁)、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。

【临床表现】多为缓慢起病,病程较长。急性发作期常有咳嗽、咳痰或同时伴有喘息,多由于秋冬季节气候突变、过度劳累或上呼吸道感染而诱发。缓解期症状多不明显,但一般不能完全恢复到正常。(1)咳嗽:由支气管黏膜充血水肿或分泌物积聚而引起,严重程度因病情而定。一般晨起时较重,伴较明显的排痰,白天较轻,晚间睡前可有阵咳或排痰。(2)咳痰:一般为白色黏液泡沫痰,常因大气污染而呈灰色或灰白色,在晨起时及夜间睡眠中体位变动时较多。继发细菌感染时痰液可变为脓性,量也相应增多,偶有带血。如在原有慢性支气管炎的基础上,出现痰量过多尤其带有特殊气味,咯血反复且量较大,或伴明显进行性消瘦者,应警惕有其他严重疾病的存在。(3)喘息或气急:急性发作时可伴有喘息并有肺部明显哮鸣音,由发病时支气管痉挛引起。慢性支气管炎发展到晚期时若并发阻塞性肺气肿,可出现进行性加重的活动性气急,与此不同。

急性发作期可有呼吸音粗糙,双肺下部及背部可闻及干湿罗音,伴有喘息者可有典型的呼气相哮鸣音。缓解期则无任何异常体征。

【临床分型、分期】目前常按其发作时有无喘息及哮鸣音分为单纯型与喘息型。

一、单纯型 指慢性支气管炎发作时表现为咳嗽、咳痰,不伴有喘息及肺部哮鸣音。

二、喘息型 指慢性支气管炎发作时除有咳嗽、咳痰外,还伴有喘息及呼气相哮鸣音,且在夜间睡眠时加重,平喘药治疗有效,呈典型的可逆性。最近有人提出所谓喘息型慢性支气管炎其本质是慢性支气管炎与支气管哮喘并存。

临床上常根据病情活动情况将慢性支气管炎分为如下3期。

1. 急性发作期 在1周内咳嗽、咳痰症状出现或加重,或痰液性状变为脓性或量明显增加,或伴有发热及下呼吸道炎症表现或咳、痰、喘任何一项明显加重。

2. 慢性迁延期 指有不同程度的咳嗽、咳痰与喘息,症状持续存在达1个月以上者。

3. 临床缓解期 指急性发作期的所有临床症状经治疗或临床缓解,症状基本消失,或仅有轻微的咳嗽与少量咳痰,保持2个月以上者。

【实验室和辅助检查】

一、血液检查 急性发作或伴有肺部感染时,白细胞计数增高及中性粒细胞增多,喘息型者可有嗜酸性粒细胞的比例与数量增多。老年与全身情况差者可无明显改变。缓解期一般无异常。

二、痰液检查 直接涂片或培养可见肺炎球菌、流感嗜血杆菌、甲型链球菌及奈瑟球菌等致病菌,并可见大量的中性粒细胞及破坏脱落的气道上皮细胞;喘息型者可见较多的嗜酸性粒细胞。如涂片中见较多量的脓细胞,提示并发有支气管肺炎。

三、X射线检查 早期可无异常。病变反复发作,引起支气管管壁增厚,以及细支气管或肺泡间质炎性细胞浸润与纤维化时,可见两肺纹理增多、增粗及紊乱,呈网状、索条状、斑点状阴影,以两下肺野为多。病变进一步发展则可形成肺气肿。

四、呼吸功能检查 早期一般无异常。当小气道(直径在2mm以下的细支气管)病变引起管腔阻塞时,可出现闭合气量增加,以及最大呼气流速下降;进一步发展有明显气道阻塞时,即可以有典型的阻塞性通气功能障碍表现,如最大通气量下降(<预计值的80%),第1秒用力呼气量占肺

活量的比值减少($<70\%$),最大呼气流速-容量曲线减低更为明显。

【诊断和鉴别诊断】根据咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发病持续3个月,连续两年或以上,并排除其他引起慢性咳嗽、咳痰与气喘的心肺疾患(如肺结核、支气管扩张、尘肺、哮喘、慢性充血性心力衰竭等)时,可做出诊断。如临床表现不典型,每年发病持续不足3个月,而有明确的客观检查依据,如典型的X射线表现与肺功能变化等,亦可诊断。

慢性支气管炎需与下述痰病相鉴别:

一、支气管扩张 与支气管先天发育异常有关的慢性感染性疾病。具有反复咳嗽、多量黄脓痰、反复咯血等特点。一般起病较早,肺部常有湿罗音,可有杵状指(趾),X射线片表现为下肺纹理粗乱或呈卷发状。成年起病型者及轻症病例与慢性支气管炎较难鉴别,可通过支气管造影或CT检查加以鉴别。

二、肺结核 多有结核中毒症状,如午后低热、盗汗、消瘦等。病变常见于两肺上野,X射线检查和痰结核菌检查或结核菌素试验可资确诊。

三、支气管哮喘 常为特应质患者或有过敏性疾病的家族史,多幼年发病。一般无慢性咳嗽、咳痰史。呈突然发作的呼气性气喘伴肺部哮鸣音,有明显的季节性与变应性特征,经治疗后可迅速缓解。病变反复或病程长久后,常并发有慢性支气管炎,则酷似慢性喘息型支气管炎,其治疗原则与手段也无本质区别,且近年来有学者提出所谓慢性喘息型支气管炎即慢性支气管炎与哮喘同时存在的特殊表现,故此2种疾病在这类情况下的鉴别既很困难也无必要性。

四、原发性支气管肺癌 多见于40岁以上男性,一般无发热及感染中毒症状。经X射线胸片、痰细胞学及纤维支气管镜等检查可获确诊。但要强调早期发现痰病线索,进行必要的辅助检查,以期做到早发现、早诊断、早治疗。

五、矽肺及其他尘肺 一般有明确的粉尘及职业接触史,临床多表现为慢性干咳、进行性活动性气短。X射线检查可见两肺弥漫性纹理增多、紊乱、网织结节与斑片等间质纤维化性改变,可有肺门淋巴结增大。后期影响呼吸功能时,一般表现为限制性通气障碍。

【治疗】

一、控制感染 根据痰培养致病菌对抗生素敏感试验的结果进行抗菌药物的选择,对未经确定病原菌的情况下,则需进行经验用药,对于轻症的患者口服或肌注即可,重症的患者应采用静脉途径用药。常用的抗生素有青霉素G 80万U肌注,每日3次,或400万~600万U稀释后静脉滴注;或头孢拉定每日4g;或红霉素每日1.5g;或丁胺卡那霉素每日0.4g稀释后分次静脉滴注;或环丙沙星或氧氟沙星每次0.2g,每日2~3次口服或每日0.4g分次静脉滴注。疗程视病情轻重一般1~2周。

二、祛痰、镇咳 可选用药物或物理学方法。常用药物有氯化铵合剂、溴己新。近年来提倡使用超声波雾化吸入疗法,使呼吸道分泌物变得稀薄而容易排出,并在雾化液中加入各种治疗药物(如蛋白酶、糖皮质激素、抗生素),既提高了药物的生物利用度,又因局部给药直接到达病变部位改善了疗效,且可因减少总药量而降低用药副作用。但需注意,年老体弱者及反应差者慎用,以免大量痰液涌出引起窒息。应避免应用强镇咳药,以免抑制中枢及加重呼吸道阻塞和炎症,导致病情恶化。

三、解痉、平喘 常用氨茶碱、特布他林(terbutaline,喘康速)等口服或用沙丁氯醇(salbutamol,舒喘灵)或异丙托溴铵(ipratropine,异丙托品)等吸入剂或雾化吸入。若气道舒张剂使用后气道仍有持续阻塞,可试用糖皮质激素,泼尼松20~40mg/d。

四、缓解期治疗 加强锻炼,增强体质,注重个人卫生,避免各种诱发因素的接触和吸入。另外