



中公教育

给人改变未来的力量

医疗卫生事业单位公开招聘工作人员考试指导用书

医疗卫生系统

公开招聘工作人员考试核心考点

临床医学专业知识

李俊勇 王娜·主编

中公教育医疗卫生系统考试研究院·审定

① 浓缩各科考点精华 ② 汇聚名师智慧结晶

③ 精准把握命题趋势 ④ 核心考点科学指引

⑤ 加快提升应试能力 ⑥ 纵横考场高分必备



适用于各省市（区、县）医疗卫生事业单位、医院、三支一扶、乡镇卫生院、社区卫生服务站、乡村医生等招聘考试

世界图书出版公司

医疗卫生系统公开招聘工作人员考试核心考点

临床医学专业知识

中公教育医疗卫生系统考试研究院 审定

世界图书出版公司

北京·广州·上海·西安

图书在版编目(CIP)数据

临床医学专业知识 / 李俊勇, 王娜编. —北京: 世界图书出版公司北京公司, 2012.11

(医疗卫生系统公开招聘工作人员考试核心考点)

ISBN 978-7-5100-5318-4

I. ①临… II. ①李… ②王… III. ①临床医学-医药卫生人员-聘用-资格考试-自学参考资料 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 232543 号

医疗卫生系统公开招聘工作人员考试核心考点·临床医学专业知识

责任编辑: 王志平 倪艳霞

装帧设计: 中公教育设计中心

出版: 世界图书出版公司北京公司

出版人: 张跃明

发行: 世界图书出版公司北京公司

(地址: 北京朝内大街 137 号 邮编: 100010 电话: 64077922)

销售: 各地新华书店

印刷: 三河市祥达印装厂

开本: 787 mm×1092 mm 1/16

印张: 20

字数: 480 千

版次: 2013 年 1 月第 1 版 2013 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5100-5318-4

定 价: 46.00 元

版权所有 翻印必究

前言

为加快医疗卫生事业改革与发展,优化医疗卫生机构专业技术人员队伍,提高医务人员整体素质,根据人事部《事业单位公开招聘人员暂行规定》,医疗卫生事业单位新进人员必须经过公开招聘考试通过后方可录用。医疗卫生系统的招聘工作人员考试须遵循“公开、平等、竞争、择优、任人唯贤、德才兼备”的原则,采取考试与考核相结合的方式进行。

据不完全统计,全国每年医疗卫生事业单位招聘人数达 10 万人,报考比例更是节节攀升。为了帮助考生在掌握考试所要求的基础知识和基本技能的基础上,进行科学、规范、专业的考前训练,以熟悉考试题型、掌握解题方法和技巧,中公教育力邀医学界资深教育和命题专家,在深入分析、研究全国医疗卫生系统招考考情的基础上,精心编写了医疗卫生事业单位公开招聘工作人员考试指导用书。

本套教材共 21 本图书,基本涵盖了医疗卫生系统招聘考试的大部门科目,包括广受考生欢迎的 11 本基础教材,及 10 本专业课试卷。本书有以下几个特点:

1. 紧贴考试·针对性强

本书严格依据医疗卫生系统最新考试要求编写,内容符合医疗卫生系统考试的考查重点——检测考生从事医疗卫生工作必须具备的基本能力素质,测评考生的综合分析能力、基本知识的掌握情况以及运用理论知识分析判断的能力,因此针对性强,使考生免做无用功。

2. 核心考点·命中率高

本书在深入分析、研究医疗卫生事业单位招聘考试真题的基础上,创造性地将考试的理论知识点与命题实践相结合,对知识点进行系统地归纳总结,考点覆盖面广,命中率极高。“以最短的复习时间获得最好的成绩”是每一个考生的心愿,本书将众多命题研究专家的最新研究成果汇编成书,指引考生找到正确的备考方法,减轻考生负担,助考生事半功倍,轻松备考。

3. 内容权威·实用性强

本书由多位医学专家和具有多年一线教学经验的教师精心编写而成，又经过了数次的专业审读，内容翔实可靠，不仅集权威性、时效性于一身，而且具有极强的实用性，对考生快速提高考试成绩有极大的促进作用。

4. 超值服务·巩固提升

凡购买医疗卫生系统系列正版丛书，凭随书附赠密码卡，登录资料网站，即可立享价值 150 元精选资料下载，有效巩固各学科知识点，进一步提高应试能力。

中公教育医疗卫生考试研究院

2013 年 1 月

目录

第一部分 内科学

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第二章 循环系统疾病	(13)
第三章 消化系统疾病	(28)
第四章 泌尿系统疾病	(33)
第五章 血液系统疾病	(38)
第六章 内分泌及代谢系统疾病	(43)
第七章 风湿及中毒	(53)

第二部分 外科学

第一章 无菌术	(59)
第二章 外科病人的体液失调	(61)
第三章 外科休克	(65)
第四章 麻醉	(69)
第五章 重症监测治疗与复苏	(73)
第六章 外科感染	(75)
第七章 创伤	(79)
第八章 烧伤	(81)
第九章 颅内压增高和脑疝	(83)
第十章 颅脑损伤	(85)
第十一章 颈部疾病	(87)
第十二章 乳房疾病	(89)
第十三章 胸部损伤	(91)
第十四章 腹外疝	(93)
第十五章 腹部损伤	(95)
第十六章 急性化脓性腹膜炎	(97)

第十七章 胃十二指肠疾病	(98)
第十八章 小肠疾病	(100)
第十九章 阑尾疾病	(101)
第二十章 结、直肠与肛管疾病	(103)
第二十一章 肝疾病	(107)
第二十二章 门静脉高压症	(109)
第二十三章 胆道疾病	(110)
第二十四章 消化道大出血的鉴别诊断和处理原则	(112)
第二十五章 急腹症的诊断与鉴别诊断	(113)
第二十六章 胰腺疾病	(114)
第二十七章 泌尿、男性生殖系统感染	(116)
第二十八章 泌尿系统梗阻	(117)
第二十九章 尿石症	(118)
第三十章 骨折概论	(119)
第三十一章 上肢骨、关节损伤	(121)
第三十二章 下肢骨、关节损伤	(122)

第三部分 妇科学

第一章 妊娠的诊断	(123)
第二章 孕期监护与孕期保健	(125)
第三章 正常分娩	(127)
第四章 正常产褥	(129)
第五章 病理妊娠	(131)
第六章 妊娠合并症	(138)
第七章 异常分娩	(141)
第八章 分娩期并发症	(144)
第九章 异常产褥	(146)
第十章 女性生殖系统炎症	(148)
第十一章 女性生殖器官肿瘤	(150)
第十二章 妊娠滋养细胞疾病	(153)
第十三章 生殖内分泌疾病	(155)
第十四章 子宫内膜异位症和腺肌症	(157)
第十五章 女性生殖器损伤性疾病	(159)

第四部分 儿科学

第一章 绪论	(160)
第二章 生长发育	(161)
第三章 儿童保健原则	(163)
第四章 儿科疾病诊治原则	(164)
第五章 营养和营养障碍疾病	(166)
第六章 新生儿与新生儿疾病	(171)
第七章 遗传代谢性疾病	(177)
第八章 免疫性疾病	(179)
第九章 感染性疾病	(182)
第十章 消化系统疾病	(186)
第十一章 呼吸系统疾病	(188)
第十二章 心血管系统疾病	(192)
第十三章 泌尿系统疾病	(195)
第十四章 造血系统疾病	(196)
第十五章 神经系统疾病	(199)
第十六章 内分泌系统疾病	(201)
第十七章 儿科急救	(202)

第五部分 神经病学

第一章 神经系统疾病的常见症状	(203)
第一节 意识障碍	(203)
第二节 失语症、失用症及失认证	(204)
第三节 视觉障碍和眼球运动障碍	(205)
第四节 眩晕和听觉障碍	(207)
第五节 感觉障碍	(208)
第六节 瘫痪	(209)
第七节 不自主运动	(210)
第八节 共济失调	(210)
第二章 神经病学的临床检查方法	(212)
第三章 神经系统疾病的辅助诊断方法	(214)
第四章 周围神经疾病	(216)
第一节 脑神经疾病	(216)

第二节 脊神经疾病	(217)
第五章 脊髓疾病	(222)
第六章 脑血管疾病	(226)
第七章 中枢神经系统感染	(231)
第八章 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(236)
第九章 运动障碍疾病	(238)
第十章 癫痫	(241)
第十一章 头痛	(244)
第十二章 痴呆	(246)
第十三章 神经系统发育异常性疾病	(247)
第十四章 神经系统遗传性疾病	(249)
第十五章 神经-肌肉接头疾病	(250)
第十六章 肌肉疾病	(252)

第六部分 传染病学

第一章 总论	(254)
第二章 病毒感染	(257)
第一节 病毒性肝炎	(257)
第二节 脊髓灰质炎	(262)
第三节 流行性感胃	(262)
第四节 麻疹	(263)
第五节 水痘	(263)
第六节 传染性单核细胞增多症	(264)
第七节 流行性腮腺炎	(264)
第八节 流行性乙型脑炎	(265)
第九节 流行性出血热	(266)
第十节 登革热	(266)
第十一节 狂犬病	(267)
第十二节 艾滋病	(267)
第三章 立克次体感染	(268)
第四章 细菌感染	(270)
第五章 螺旋体病	(277)
第六章 寄生虫病	(278)

第七部分 诊断学基础

第一章 常见症状	(281)
第二章 基本检查方法及一般检查	(292)
第三章 头颈部检查	(293)
第四章 胸部检查	(294)
第五章 心脏血管检查	(296)
第六章 腹部检查	(299)
第七章 神经系统检查	(300)
第八章 心电图	(301)
第九章 实验诊断	(305)
医疗卫生专业知识考点精讲课程	(306)
中公教育·全国分校一览表	(308)

第一部分 内科学

第一章 呼吸系统疾病

一、考试概要

掌握:

1.肺炎的分类、临床表现、诊断、鉴别诊断及治疗。2.结核病在人体内发生发展过程,临床类型及鉴别诊断要点;抗结核病药物的正确应用;结核病预防原则和方法。3.慢性阻塞性肺疾病的临床表现、分级、实验室及特殊检查、诊断、鉴别诊断、并发症及治疗。4.支气管哮喘的临床表现、实验室检查及其他检查、诊断、鉴别诊断及治疗。5.肺癌的临床表现、诊断及治疗原则。6.呼吸衰的概念、分类、诊断和治疗原则,慢性呼衰临床表现、实验室检查、处理原则。

二、核心考点

考点一 | 急性气管-支气管炎 |

(一)定义:急性气管-支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的急性气管-支气管黏膜炎症。多为散发,无流行倾向,年老体弱者易感。临床症状主要为咳嗽和咳痰。常发生于寒冷季节或气候突变时。也可由急性上呼吸道感染迁延不愈所致。

(二)临床表现

1.症状:起病较急,通常全身症状较轻,可有发热。初为干咳或少量黏液痰,随后痰量增多,咳嗽加剧,偶伴血痰。咳嗽、咳痰可延续2~3周,如迁延不愈,可演变成慢性支气管炎。伴支气管痉挛时,可出现程度不等的胸闷气促。

2.体征:查体可无明显阳性表现。也可以在两肺听到散在干、湿啰音,部位不固定,咳嗽后可减少或消失。

(三)实验室和其他辅助检查: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强。少数无异常发现。

(四)治疗

1.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),桃金娘油提取物化痰,也可雾化帮助祛痰。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。

2.抗菌药物治疗:有细菌感染证据时应及时使用。可以首选新大环内酯类、青霉素类,亦可选用头孢菌素类或喹诺酮类药物。多数患者口服抗菌药物即可,症状较重者可经肌肉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。

考点二 | 肺炎 |

(一)定义:是指终末气道、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。细菌性肺炎是最常见的肺炎。

临床分类:

按解剖分类:大叶性(肺泡性)、小叶性(支气管性)、间质性肺炎

按病因分类:细菌性肺炎、非典型病原体所致肺炎、病毒性肺炎、肺真菌病、其他病原体所致肺炎、理化因素所致的肺炎如放射性肺炎、化学性肺炎。

按患病环境分类:社区获得性肺炎、医院获得性肺炎

(二)临床表现:细菌性肺炎的症状变化较大,可轻可重,决定于病原体和宿主的状态。

1.常见症状:为咳嗽、咳痰,或原有呼吸道症状加重,并出现脓性痰或血痰,伴或不伴胸痛。肺炎病变范围大者可有呼吸困难,呼吸窘迫。大多数患者有发热。

2.体征:早期肺部体征无明显异常,重症者可有呼吸频率增快,鼻翼扇动,发绀。肺实变时有典型的体征,如叩诊浊音、语颤增强和支气管呼吸音等,也可闻及湿性啰音。并发胸腔积液者,患侧胸部叩诊浊音,语颤减弱,呼吸音减弱。

(三)诊断:根据典型症状与体征,结合胸部X线检查,易作出初步诊断。

肺炎病情严重程度评估:肺炎严重性决定于三个主要因素:局部炎症程度,肺部炎症的播散和全身炎症反应程度。

重症肺炎目前还没有普遍认同的诊断标准,如果肺炎患者需要通气支持(急性呼吸衰竭、气体交换严重障碍伴高碳酸血症或持续低氧血症)、循环支持(血流动力学障碍、外周低灌注)和需要加强监护和治疗(肺炎引起的脓毒症或基础疾病所致的其他器官功能障碍)可认为重症肺炎。

美国重症肺炎标准如下:主要标准:①需要有创机械通气;②感染性休克需要血管收缩剂治疗。次要标准:①呼吸频率 ≥ 30 次/分;②氧合指数($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) ≤ 250 ;③多肺叶浸润;④意识障碍/定向障碍;⑤氮质血症($\text{BUN} \geq 20 \text{ mg/dL}$);⑥白细胞减少($\text{WBC} < 4.0 \times 10^9/\text{L}$);⑦血小板减少($\text{血小板} < 10.0 \times 10^9/\text{L}$);⑧低体温($T < 36^\circ\text{C}$);⑨低血压,需要强力的液体复苏。符合1项主要标准或3项次要标准以上者可诊断为重症肺炎,考虑收入ICU治疗。

表 1-1-1 肺炎的鉴别诊断

病原体	病史症状体征	X线表现
肺炎链球菌	起病急,寒战,高热,咳铁锈色痰,胸痛,肺实变体征	肺叶或肺段实变,无空洞,可伴有胸腔积液
金黄色葡萄球菌	起病急,寒战,高热,脓血痰,气急、毒血症状重,休克。	肺叶或小叶浸润,早期空洞,脓胸,可见液气囊腔
肺炎克雷伯杆菌	起病急,寒战,高热,全身衰竭,咳砖红色胶冻样痰	肺叶或肺段实变,蜂窝状脓肿,叶间隙下坠
支原体	起病缓,可小流行乏力,肌痛头痛	下叶间质性支气管肺炎,3~4周可自行消散。
军团菌	高热,肌痛,相对缓脉	下叶斑片浸润,进展迅速,无空洞
厌氧菌	吸入病史,高热,腥臭痰,毒血症症状明显	支气管肺炎 脓胸,脓气胸 多发肺脓肿
念珠菌	慢性病史,畏寒高热粘痰	双下肺纹理增多,支气肺炎或大片浸润,可有空洞

(四)治疗

抗菌药物治疗:抗感染治疗是肺炎治疗的最主要环节。细菌性肺炎的治疗包括经验性治疗和针对病原体治疗。青壮年和无基础疾病的社区获得性肺炎患者,常用青霉素类、第一代头孢菌素等,医院获得性肺炎常用第二、三代头孢菌素、 β -内酰胺类 β -内酰胺酶抑制剂、氟喹诺酮

类或碳青霉烯类。重症肺炎的治疗首先应选择广谱的强力抗菌药物,并应足量、联合用药。

肺炎的抗菌药物治疗应尽早进行,一旦怀疑为肺炎即马上给予首剂抗菌药物。病情稳定后可从静脉途径转为口服治疗。肺炎抗菌药物疗程至少 5 天,大多数患者需要 7~10 天或更长疗程,如体温正常 48~72 小时,无肺炎任何一项临床不稳定征象可停用抗菌药物。肺炎临床稳定标准为:① $T \leq 37.8^{\circ}\text{C}$;②心率 ≤ 100 次/分;③呼吸频率 ≤ 24 次/分;④血压:收缩压 ≥ 90 mmHg;⑤呼吸:室内空气条件下动脉血氧饱和度 $\geq 90\%$ 或 $\text{PaO}_2 \geq 60$ mmHg;⑥能够口服进食;⑦精神状态正常。

抗菌药物治疗后 48~72 小时应对病情进行评价,治疗有效表现体温下降、症状改善、临床状态稳定、白细胞逐渐降低或恢复正常,而 X 线胸片病灶吸收较迟。如 72 小时后症状无改善,其原因可能有:①药物未能覆盖致病菌,或细菌耐药。②特殊病原体感染如结核分枝杆菌、真菌、病毒等。③出现并发症或存在影响疗效的宿主因素(如免疫抑制)。④非感染性疾病误诊为肺炎。⑤药物热。需仔细分析,作必要的检查,进行相应处理。

考点三 | 常见各种肺炎 |

(一)细菌性肺炎

考生牢记:病理改变有充血期,红色肝变期,灰色肝变期,消散期。

1. 临床表现

(1)症状:发病前常有受凉、淋雨、疲劳、醉酒、病毒感染史,多有上呼吸道感染的前驱症状。起病多急骤,高热、寒战,全身肌肉酸痛,体温通常在数小时内升至 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,可有患侧胸部疼痛,咳嗽或深呼吸时加剧。痰少,可带血或呈铁锈色。

(2)体征:患者呈急性热病容。病变广泛时可出现发绀。有败血症者,可出现皮肤、黏膜出血点,巩膜黄染。早期肺部体征无明显异常。肺实变时叩诊浊音、触觉语颤增强并可闻及支气管呼吸音。消散期可闻及湿啰音。重症感染时可伴休克、急性呼吸窘迫综合征及神经精神症状,表现为神志模糊、烦躁、呼吸困难、嗜睡、谵妄、昏迷等。累及脑膜时有颈抵抗及出现病理性反射。

本病自然病程大致 1~2 周。发病 5~10 天,体温可自行骤降或逐渐消退;使用有效的抗菌药物后可使体温在 1~3 天内恢复正常。患者的其他症状与体征亦随之逐渐消失。

(3)并发症:肺炎链球菌肺炎的并发症近年来已很少见。

2. 检查

(1)实验室检查:血白细胞计数 $(10\sim 20)\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞多在 80%以上,并有核左移,细胞内可见中毒颗粒。年老体弱、酗酒、免疫功能低下者的白细胞计数可不增高,但中性粒细胞的百分比仍增高。痰直接涂片作革兰染色及荚膜染色镜检,如发现典型的革兰染色阳性、带荚膜的双球菌或链球菌,即可初步作出病原诊断。痰培养 24~48 小时可以确定病原体。重症肺炎应做血培养。如合并胸腔积液,应积极抽取积液进行细菌培养。

(2)X 线检查:早期仅见肺纹理增粗,或受累的肺段、肺叶稍模糊。随着病情进展,表现为大片炎症浸润阴影或实变影,在实变阴影中可见支气管充气征,肋隔角可有少量胸腔积液。在消散期,X 线显示炎性浸润逐渐吸收,多数病例在起病 3~4 周后才完全消散。

3. 诊断:根据典型症状与体征,结合胸部 X 线检查,易作出初步诊断。年老体衰、继发于其他疾病、或呈灶性肺炎改变者,临床表现常不典型,需认真加以鉴别。病原菌检测是确诊本病的主要依据。

4. 治疗

(1)抗菌药物治疗:一经诊断即应给予抗菌药物治疗,不必等待细菌培养结果。首选青霉素 G,对青霉素过敏者,或耐青霉素或多重耐药菌株感染者,可用氟喹诺酮类、头孢噻肟或头孢曲

松等药物,多重耐药菌株感染者可用万古霉素、替考拉宁等。

(2)支持疗法:患者应卧床休息,注意补充足够蛋白质、热量及维生素。鼓励饮水每日 1~2 L。

(3)并发症的处理:①持续发热的其他原因尚有耐青霉素的肺炎链球菌(PRSP)或混合细菌感染、药物热或并存其他疾病。②肿瘤或异物阻塞支气管时,经治疗后肺炎虽可消散,但阻塞因素未除,肺炎可再次出现。③伴发胸腔积液者,应酌情取胸液检查及培养以确定其性质。④并发脓胸,应积极排脓引流。

(二)葡萄球菌肺炎

1.临床表现

(1)症状:本病起病多急骤,寒战、高热,体温多高达 39~40℃,胸痛,痰脓性,量多,带血丝或呈脓血状。毒血症状明显,病情严重者可早期出现周围循环衰竭。

(2)体征:早期可无体征,其后可出现两肺散在性湿啰音。病变较大或融合时可有肺实变体征,气胸或脓气胸则有相应体征。

2.实验室及其他检查:外周血白细胞计数明显升高,中性粒细胞比例增加,核左移。胸部 X 线显示肺段或肺叶实变,可形成空洞,或呈小叶状浸润,其中有单个或多发的液气囊腔。另一特征是 X 线阴影的易变性,表现为一处炎性浸润消失而在另一处出现新的病灶,或很小的单一病灶发展为大片阴影。

3.诊断:根据全身毒血症状,咳嗽、脓血痰,白细胞计数增高、中性粒细胞比例增加、核左移并有中毒颗粒和 X 线表现,可作出初步诊断。细菌学检查是确诊的依据,可行痰、胸腔积液、血和肺穿刺物培养。

4.治疗:强调应早期清除引流原发病灶,选用敏感的抗菌药物。可选用耐青霉素酶的半合成青霉素或头孢菌素,

(三)肺炎支原体肺炎

1.临床表现

(1)症状:通常起病较缓慢。咳嗽多为阵发性刺激性呛咳,咳少量黏液。发热可持续 2~3 周,体温恢复正常后可能仍有咳嗽。肺外表现更为常见,如皮炎(斑丘疹和多形红斑)等。

(2)体征:可见咽部充血,儿童偶可并发鼓膜炎或中耳炎,颈淋巴结肿大。胸部体格检查与肺部病变程度常不相称,可无明显体征。

2.实验室和其他检查:X 线显示肺部多种形态的浸润影,呈节段性分布,以肺下野为多见。血白细胞总数正常或略增高,以中性粒细胞为主。起病 2 周后,冷凝集试验阳性。

3.诊断和鉴别诊断:需综合临床症状、X 线表现及血清学检查结果作出诊断。培养分离出肺炎支原体对诊断有决定性意义。

4.治疗:早期使用适当抗菌药物可减轻症状及缩短病程。本病有自限性,多数病例不经治疗可自愈。大环内酯类抗菌药物为首选,如红霉素、罗红霉素和阿奇霉素。

(四)肺真菌病

肺真菌病是最常见的深部真菌病。近年来由于广谱抗菌药物、糖皮质激素、细胞毒药物及免疫抑制剂的广泛使用,器官移植的开展,以及免疫缺陷病如艾滋病增多,肺真菌病有增多的趋势。

考点四 | 肺脓肿

(一)定义及病因

1.定义:肺脓肿是肺组织坏死形成的脓腔。临床特征为高热、咳嗽和咳大量脓臭痰。胸部 X 线显示一个或多发的含气液平的空洞,如多个直径小于 2 cm 的空洞则称为坏死性肺炎。

2.病因:病原体常为上呼吸道、口腔的定植菌,包括需氧、厌氧和兼性厌氧菌。90%肺脓肿患者合并有厌氧菌感染。

3.病因分类:吸入性肺脓肿、继发性肺脓肿、血源性肺脓肿。

(二)临床表现

1.症状:吸入性肺脓肿患者多有齿、口、咽喉的感染灶,或手术、醉酒、劳累、受凉和脑血管病等病史。急性起病,畏寒、高热,体温达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,伴有咳嗽、咳黏液痰或黏液脓性痰。如感染不能及时控制,可于发病的10~14天,突然咳出大量脓臭痰及坏死组织,每日可达300~500 mL,静置后可分成3层。约有1/3患者有不同程度的咯血。一般在咳出大量脓痰后,体温下降,全身毒性症状随之减轻。血源性肺脓肿多先有畏寒、高热等表现。经数日或数周后才出现咳嗽、咳痰,痰量不多。慢性肺脓肿患者常有咳嗽、咳脓痰、反复发热和咯血,持续数周到数月。

2.体征:初起时肺部可无阳性体征;病变继续发展,可出现肺实变体征,可闻及支气管呼吸音;肺脓腔增大时,可出现空瓮音;病变累及胸膜可闻及胸膜摩擦音或呈现胸腔积液体征。慢性肺脓肿常有杵状指(趾)。

(三)检查

1.实验室和其他检查:急性肺脓肿血白细胞总数达 $(20\sim 30)\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞在90%以上,核明显左移。

2.细菌学检查:痰涂片革兰染色,痰、胸腔积液和血培养包括需氧和厌氧培养,以及抗菌药物敏感试验,有助于确定病原体和选择有效的抗菌药物。

3.X线检查:早期的炎症在X线表现为大片浓密模糊浸润阴影,边缘不清,或为团片状浓密阴影,分布在一个或数个肺段。后期出现圆形透亮区及气液平面,其四周被浓密炎症浸润所环绕。脓腔内壁光滑或略有不规则。经脓液引流和抗菌药物治疗后,肺脓肿周围炎症先吸收,逐渐缩小至脓腔消失,最后仅残留纤维条索阴影。

4.纤维支气管镜检查:有助于明确病因和病原学诊断,并可用于治疗

(四)诊断:对有口腔手术、昏迷呕吐或异物吸入后,突发畏寒、高热、咳嗽和咳大量脓臭痰等病史的患者,其血白细胞总数及中性粒细胞显著增高,X线示浓密的炎性阴影中有空腔、气液平面,作出急性肺脓肿的诊断并不困难。

(五)治疗:治疗原则是抗菌药物治疗和脓液引流。

1.抗菌药物治疗:吸入性肺脓肿多为厌氧菌感染,一般均对青霉素敏感,仅脆弱拟杆菌对青霉素不敏感,但对林可霉素、克林霉素和甲硝唑敏感。

血源性肺脓肿多为葡萄球菌和链球菌感染,可选用耐 β -内酰胺酶的青霉素或头孢菌素。

如为阿米巴原虫感染,则用甲硝唑治疗。如为革兰阴性杆菌,则可选用第二代或第三代头孢菌素、氟喹诺酮类,可联用氨基糖苷类抗菌药物。

抗菌药物疗程8~12周,直至X线胸片脓腔和炎症消失,或仅有少量的残留纤维化。

2.脓液引流:是提高疗效的有效措施。痰液稠不易咳出者可用祛痰药或雾化吸入生理盐水、祛痰药或支气管舒张剂以利痰液引流。身体状况较好者可采取体位引流排痰,引流的体位应使脓肿处于最高位,每日2~3次,每次1~15分钟。经纤维支气管镜冲洗及吸引也是引流的有效方法。

3.手术治疗:适应证为:①肺脓肿病程超过3个月,经内科治疗脓腔不缩小,或脓腔过大(5 cm以上)估计不易闭合者。②大咯血经内科治疗无效或危及生命。③伴有支气管胸膜瘘或脓胸经抽吸、引流和冲洗疗效不佳者。④支气管阻塞限制了气道引流,如肺癌。对病情重不能耐

受手术者,可经胸壁插入导管到脓腔进行引流。术前应评价患者一般情况和肺功能。

考点五 | 支气管扩张 |

(一)病因病理

1.病因:支气管扩张的主要病因是支气管-肺组织感染和支气管阻塞。

2.病理:支气管扩张常常是位于段或亚段支气管管壁的破坏和炎性改变,受累管壁的结构,包括软骨、肌肉和弹性组织破坏被纤维组织替代。扩张的支气管包括三种不同类型:①柱状扩张。②囊状扩张。③不规则扩张。

(二)临床表现

1.症状:(1)慢性咳嗽、大量脓痰。其严重度可用痰量估计:轻度, $<10\text{ mL/d}$;中度, $10\sim 150\text{ mL/d}$;重度, $>150\text{ mL/d}$ 。急性感染发作时,黄绿色脓痰量每日可达数百毫升。感染时痰液收集于玻璃瓶中静置后出现分层的特征:上层为泡沫,下悬脓性成分,中层为混浊黏液,下层为坏死组织沉淀物。(2)反复咯血 $50\%\sim 70\%$ 的患者有程度不等的咯血,从痰中带血至大量咯血,咯血量与病情严重程度、病变范围有时不一致。部分患者以反复咯血为唯一症状,临床上称为“干性支气管扩张”,其病变多位于引流良好的上叶支气管。(3)反复肺部感染其特点是同一肺段反复发生肺炎并迁延不愈。(4)慢性感染中毒症状如反复感染,可出现发热、乏力、食欲减退、消瘦、贫血等,儿童可影响发育。

2.体征:早期或干性支气管扩张可无异常肺部体征,病变重或继发感染时常可闻及下胸部、背部固定而持久的局限性粗湿啰音。

(三)实验室检查及其他检查:胸部 X 线平片检查时,囊状支气管扩张的气道表现为显著的囊腔,腔内可存在气液平面。扩张的气道往往聚拢,纵切面可显示为“双轨征”,横切面显示“环形阴影”。这是由于扩张的气道内充满了分泌物,管腔显像较透亮区致密,产生不透明的管道或分支的管状结构。但是这一检查对判断有无支气管扩张缺乏特异性,病变轻时影像学检查可正常。

可明确支气管扩张诊断的影像学检查为支气管造影。目前 CT 已成为支气管扩张的主要诊断方法。

(四)诊断

根据反复咯脓痰、咯血的病史和既往有诱发支气管扩张的呼吸道感染病史,HRCT 显示支气管扩张的异常影像学改变,即可明确诊断为支气管扩张。

(五)治疗

治疗基础疾病

对活动性肺结核伴支气管扩张应积极抗结核治疗,低免疫球蛋白血症可用免疫球蛋白替代治疗。

控制感染:出现痰量及其脓性成分增加等急性感染征象时需应用抗生素。

改善气流受限:支气管舒张剂可改善气流受限,并帮助清除分泌物。

清除气道分泌物:化痰药物,以及振动、拍背和体位引流等胸部物理治疗均有助于清除气道分泌物。为改善分泌物清除,应强调体位引流和雾化吸入重组脱氧核糖核酸酶,后者可通过阻断中性粒细胞释放 DNA 降低痰液黏度。

考点六 | 肺结核 |

(一)肺结核的传播与病理变化

1.结核病在人群中的传播

传染源:结核病的传染源主要是继发性肺结核的患者。

传播途径:飞沫传播是肺结核最重要的传播途径。

易感人群:免疫力低下,都是结核病的易感人群。

影响传染性的因素:通风换气,减少空间微滴的密度是减少肺结核传播的有效措施。

化学治疗对结核病传染性的影响:接受化学治疗后,痰内结核分枝杆菌不但数量减少,活力也减弱或丧失。

2.结核病的病理变化:是炎性渗出、增生和干酪样坏死。

(二)临床表现:咳嗽咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难,发热为最常见症状,多为午后潮热。部分患者有结核中毒症状:倦怠乏力、盗汗、食欲减退和体重减轻等。体征:多寡不一,取决于病变性质和范围。影像学诊断肺结核病影像特点是病变多发生在上叶的尖后段和下叶的背段,密度不均匀、边缘较清楚和变化较慢,易形成空洞和播散病灶。

结核菌素实验判定标准:硬结直径 ≤ 4 mm 为阳性,5~9 mm 为弱阳性,10~19 mm 为阳性, ≥ 20 mm 或虽 < 20 mm 但局部出现水泡和淋巴管炎为强阳性反应。

肺结核分类:(1)原发型肺结核。(2)血行播散型肺结核。(3)继发型肺结核:①浸润性肺结核;②空洞性肺结核;③结核球;④干酪样肺炎;⑤纤维空洞性肺结核。(4)结核性胸膜炎。(5)其他肺外结核,如骨结核、肾结核、肠结核。(6)菌阴肺结核。

(三)治疗

1.结核病的化学治疗化疗原则:早期、规律、全程、适量、联合。

2.常用抗结核病药物

异烟肼:早期杀菌力最强;常用量:成人剂量每日 300 mg,顿服;副作用:药物性肝炎,周围神经炎。

利福平:快速杀菌;常用量:每日 450~600 毫克。副作用:一过性转氨酶升高。

吡嗪酰胺:杀灭菌作用;常用量:成人用药为 1.5 g/d,副作用:高尿酸血症、肝损害、食欲不振、关节痛和恶心。

乙胺丁醇:成人剂量为 0.75~1.0 g/d;副作用:视神经炎

链霉素:杀菌作用;常用量:肌肉注射,0.75 g/d,每周 5 次;副作用:耳毒性、前庭功能损害 and 肾毒性等。

考点七 慢性支气管炎及慢性阻塞性肺疾病

(一)慢性支气管炎

1.病因:(1)有害气体和有害颗粒感染因素。(2)感染因素是慢性支气管炎发生发展的重要原因之一。(3)其他因素:免疫、年龄和气候等因素均与慢性支气管炎有关。

2.临床表现:缓慢起病,病程长,反复急性发作而病情加重。主要症状为咳嗽、咳痰,或伴有喘息。体征:早期多无异常体征。急性发作期可在背部或双肺底听到干、湿啰音,咳嗽后可减少或消失。如合并哮喘可闻及广泛哮鸣音并伴呼气期延长。实验室检查:X 线检查早期可无异常。反复发作表现为肺纹理增粗、紊乱,呈网状或条索状、斑点状阴影,以双下肺野明显。呼吸功能检查早期无异常。血液检查细菌感染时偶可出现白细胞总数和/或中性粒细胞增高;痰液检查可培养出致病菌。

3.诊断标准:依据咳嗽、咳痰,或伴有喘息,每年发病持续 3 个月,并连续 2 年或 2 年以上,并排除其他慢性气道疾病。

4.治疗:(1)急性加重期的治疗:控制感染;镇咳祛痰;平喘;(2)缓解期治疗:戒烟;增强体质,预防感冒;反复呼吸道感染者,可试用免疫调节剂或中医中药。