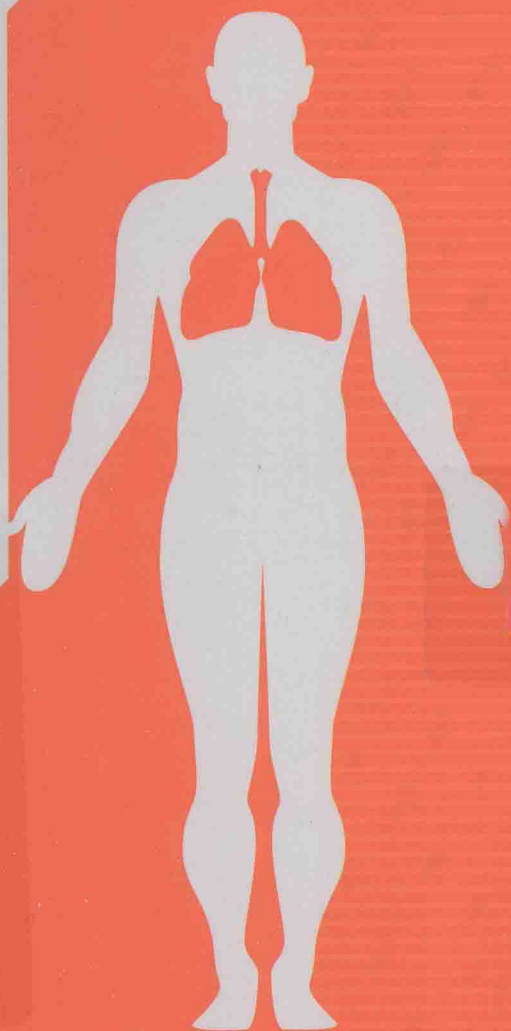
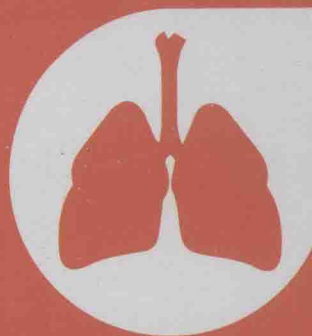


YINAN FEIBU JIBING
ZHENZHI SHILI YU PINGXI

李 羲 张劭夫 主编

疑难肺部疾病 诊治示例与评析

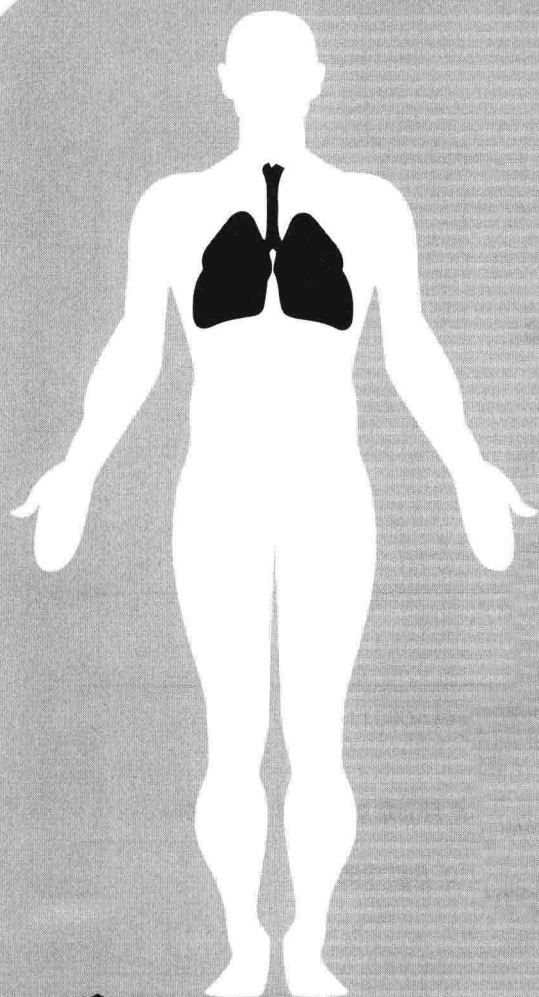
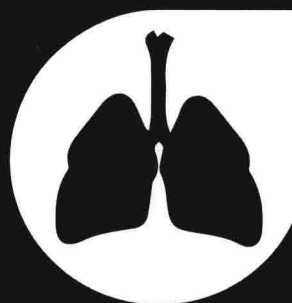


化学工业出版社

**YINAN FEIBU JIBING
ZHENZHI SHILI YU PINGXI**

李 羲 张劭夫 主编

疑难肺部疾病 诊治示例与评析



化学工业出版社

· 北 京 ·

本书以国内多家三级甲等医院呼吸内科临床所遇到的疑难病例为切入点，进行病例诊疗过程的系统描述以及经验教训的评析。采用阶段提问、步步深入、引人入胜的叙述方式，分析思路清晰，具有较大的临床实践参考价值。全书内容翔实、丰富、生动，重点突出，触类旁通，图文并茂。所举病例兼顾了疑难性与普遍性，对于培养临床医师的临床思维具有较好的启发作用，并可对那些在临床工作中罕见的病例提供有价值的间接的临床经验。本书可供呼吸科及相关科室医师阅读参考，也可供各高等院校相关专业研究生学习使用。

图书在版编目（CIP）数据

疑难肺部疾病诊治示例与评析 / 李羲，张劲夫主编.
北京：化学工业出版社，2014.2
ISBN 978-7-122-19483-1

I. ①疑… II. ①李…②张… III. ①肺疾病 - 疑难病 - 诊疗 IV. ① R563

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2014）第 005201 号

责任编辑：赵兰江	文字编辑：何 芳
责任校对：宋 玮	装帧设计：张 辉

出版发行：化学工业出版社（北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011）
印 刷：北京永鑫印刷有限公司
装 订：三河市宇新装订厂
787mm × 1092mm 1/16 印张 37¹/₂ 字数 940 千字 2014 年 6 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询：010-64518888（传真：010-64519686） 售后服务：010-64518899
网 址：http://www.cip.com.cn
凡购买本书，如有缺损质量问题，本社销售中心负责调换。

定 价：128.00 元	版权所有 违者必究
--------------	-----------

前言

无论是哪一科医生，无论使用什么手段治疗患者，其先决条件是做出正确的诊断。诊断正确，治愈患者；诊断错误，必然治疗错误，轻则经济损失，重则贻误生命。近十余年来，中华医学会呼吸分会相继制定了呼吸系统常见病如慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、社区获得性肺炎、医院获得性肺炎等诊治指南，自从普及学习这些指南以来，我国呼吸专业医生对这些疾病的诊治水平有了显著提高。然而，临床工作中，误诊情况仍时有发生，尤其是对疑难疾病的诊断。有些也是笔者亲历，譬如，一例左上肺阴影，见毛刺、空泡被临床诊断为“肺癌”，而仓促行胸腔镜切除病灶，结果病理诊断是肺结核。一例发热、颈部淋巴肿大、皮疹、肝功能损害，被诊断为“感染性发热”，一味应用三线抗菌药物治疗而结果无效，实际是朗罕细胞组织细胞增生症。凡此种种，均是误诊的例子。为何即便是在辅助检查设备日趋完善、实验室检查手段十分先进的今天，对疾病的诊断，尤其是对疑难疾病的诊断，总体水平仍有待提高？这是因为在我们采取这些检查方法之前，临床医生必须对症状或体征所属的疾病范围和检测取舍做出判断，这就需要临床医生具备产生正确的“初始方向感”的能力。诚然，学科发展的专业化是临床医学深入发展的趋势，但恰恰是这种过强的学科专业化带来的专业思维的分隔倾向客观上成为限制专科医生临床思维的羁绊。

疑难肺部疾病临床上多见于两种情况。其一是常见疾病的少见表现，譬如，结核性渗出性胸膜炎是常见的呼吸系统疾病，其咳嗽、胸痛、气短的表现也为呼吸内科医生所熟知。然而，有的结核性渗出性胸膜炎患者可以腰痛为首发症状。有的肺结核可表现为大叶性浸润，临床表现为高热、咳嗽、咳痰、肺部湿啰音，而被误诊为大叶性肺炎。还有的肺结核影像表现可集两肺片状、斑片状阴影、多发囊样空腔改变、网状或蜂窝状阴影及实变影于一体，并可见空气支气管征。其二是某些疾病临床少见、罕见，如朗罕细胞组织细胞增生症、淋巴管肌瘤病等。我国幅员辽阔、人口众多，无论是前者，还是后者，疑难病例数都相当可观。如果对疑难呼吸疾病的正确诊断率低，将对人们的健康产生极大影响。

由于和患者接触时间的有限性、对病情了解的肤浅性、病例资料收集在短时间的不完整性、疾病临床表现的不典型性等，都可能使医生无法立即给出一个肯定诊断，此时做出印象诊断，在诊断后面加一个“？”就要比画个“。”更客观。

由于专科医生们精力所限和专科工作中不可避免产生的专业性思维惯性以及目前医疗形势的严峻性，专科医生们往往习惯于在自己的专业领域内寻找问题的答案，而对涉及的其他专业的问题要么认识不足，要么不愿花费精力去思考分析，而以会诊的方式简单解决。这势必影响临床医生的综合分析能力。

鉴于上述，我们决定编写一本疑难肺部疾病诊断与治疗的参考书。

本书在编排上，目录中没有按疾病分类编排，而是每一病例以一系列题方式出现，旨在让读者阅读时能摆脱目录中冠以某一疾病的限制，更好地发挥读者对该病例的诊断思维，开拓思路。

每一病例均是该患者诊治过程的实际记录并经整理而成，编者是该患者的直接诊治医生或医疗小组成员。

如果读者在阅读本书部分内容或全部内容后，对肺部疑难病的诊治有所启示、有所收获、有所提高，那将是编者最大的欣慰！因此，也期待广大读者在读后给我们反馈，以便在再版时使本书不断得以完善提高。

李羲 张劲夫

2013年8月19日

目 录

- 第 1 章 间断发热 7 天，咳嗽、咯血、呼吸窘迫 1 天 / 1
- 第 2 章 影像表现为晕征的肺部结节影是手术切除还是内科治疗？ / 9
- 第 3 章 发热、胸痛 7 天 / 14
- 第 4 章 反复发热 4 月余、肺部多发结节影 / 18
- 第 5 章 肺脓肿反复发热 1 月余 / 23
- 第 6 章 咳嗽、咯血、肺部空洞性病变——结核性空洞？ / 28
- 第 7 章 反复咳嗽、咳痰伴气促 1 个月，双肺结节影 / 33
- 第 8 章 发热、两肺多发性实变、空腔阴影 / 38
- 第 9 章 大叶性肺炎抗感染治疗后症状消失，胸部 CT 变化不大，是病灶延迟吸收吗？ / 46
- 第 10 章 年轻女性患者喘息为何如此难治？ / 54
- 第 11 章 急性脑梗死溶栓续以抗凝过程中急行胸腔镜下左上肺叶楔形切除术：利大于弊？ / 60
- 第 12 章 右下肺腺癌术后化疗后再次出现咯血 / 69
- 第 13 章 胚胎移植后孕妇发热、气促，双肺弥漫性病变 / 76
- 第 14 章 肺部阴影伴颌下肿块 / 82
- 第 15 章 发热、气促，乳糜胸 / 87
- 第 16 章 头痛、发热、意识障碍 / 92
- 第 17 章 咳嗽、咳痰、畏寒、发热 2 月 / 97
- 第 18 章 不明原因阻塞性肺炎并一过性中心支气管扩张 / 102
- 第 19 章 发热、双肺结节影 / 111
- 第 20 章 肺部多发结节样肿块——肿瘤？真菌？ / 121
- 第 21 章 肾移植术后 6 年，胸痛、气促 1 月 / 128
- 第 22 章 干咳 20 天 / 134
- 第 23 章 呼吸困难 1 月、发热 4 天 / 138
- 第 24 章 发热伴干咳 1 月 / 142
- 第 25 章 咳嗽、咳痰 2 月，右肺阴影 / 150
- 第 26 章 反复咳嗽咳痰 2 年 / 155
- 第 27 章 伴嗜酸粒细胞增高的肺疾病 1 例 / 162
- 第 28 章 咳嗽、喘息，嗜酸粒细胞增高 / 168
- 第 29 章 肺部阴影并外周血嗜酸粒细胞增高 / 175
- 第 30 章 慢性阻塞性肺疾病患者反复哮喘样发作 1 月 / 183
- 第 31 章 胸闷 1 周，双肺弥漫性病变，降钙素原升高 / 189
- 第 32 章 肾病综合征患者发热肺部阴影应用亚胺培南等药治疗效果欠佳 / 195

- 第 33 章 慢性阻塞性肺疾病并肺间质病变 / 202
- 第 34 章 支气管哮喘及左下肺高密度影 / 210
- 第 35 章 青年男性,咳嗽、咳痰、喘息半年余 / 215
- 第 36 章 常规治疗无效咳嗽 / 222
- 第 37 章 经久不愈的咳嗽 / 227
- 第 38 章 咳嗽、咳痰、咯血 1 月余 / 231
- 第 39 章 体外受精和胚胎移植后突发呼吸困难 / 235
- 第 40 章 中年男性,发作性意识障碍、抽搐 / 245
- 第 41 章 咳嗽、咳痰、胸痛、肺部阴影是肺炎? / 253
- 第 42 章 右胸痛 1 年余:肺结核? / 259
- 第 43 章 反复咳嗽、咳痰半年,加重 2 周,气喘 2 天 / 263
- 第 44 章 肺部多发空洞样改变 / 267
- 第 45 章 大量咳痰伴活动后呼吸困难 / 272
- 第 46 章 中年男性,咳嗽、咳痰半年 / 276
- 第 47 章 左上肺陈旧性肺结核新发右上肺结节影 / 285
- 第 48 章 不明原因的胸腔积液 / 292
- 第 49 章 囊柱状、蜂窝状改变的影像表现是支气管扩张症? / 298
- 第 50 章 左侧胸痛伴痰中带血、呼吸困难、左下肢肿胀、疼痛 2 天 / 303
- 第 51 章 咳嗽、痰中带血伴活动后呼吸困难 4 月,加重伴胸痛 2 天 / 309
- 第 52 章 体检发现右肺门占位伴阻塞性肺不张 / 316
- 第 53 章 胸腔内肿块,骨质破坏——肺癌骨转移? / 321
- 第 54 章 产后发热、咳嗽、皮肤破溃——结核? / 326
- 第 55 章 长程发热、咯血,右中叶肺不张 / 332
- 第 56 章 咳嗽、右中上叶病变 7 年——肺癌? 淋巴瘤? / 338
- 第 57 章 气促、双肺磨玻璃影、乳酸脱氢酶增高 / 346
- 第 58 章 体检发现右肺散在结节影 / 355
- 第 59 章 慢性咳嗽、双肺磨玻璃影 / 359
- 第 60 章 发热 8 天,胸部 CT 示左下肺炎症 / 366
- 第 61 章 发热、咳嗽 3 月,伴两肺多发阴影 / 371
- 第 62 章 反复咳嗽、咳痰 2 年,呼吸困难 2 月 / 377
- 第 63 章 乳腺癌手术及化疗后出现双肺多发阴影、呼吸衰竭 / 386
- 第 64 章 乏力、呼吸困难 2 月 / 395
- 第 65 章 双肺弥漫性病变 / 402
- 第 66 章 咳嗽、咳痰 4 天即出现 II 型呼吸衰竭 / 407
- 第 67 章 反复咳嗽、咳痰、憋喘 / 415
- 第 68 章 咳嗽,咳痰,肺部磨玻璃影 / 423
- 第 69 章 间断胸痛、气促近 1 年 / 429
- 第 70 章 咳嗽、弥漫性肺部病灶 / 434
- 第 71 章 反复发作呼吸困难 16 年、双肺弥漫性病变 / 439
- 第 72 章 反复咳嗽、咳痰、咯血 5 年,加重伴气促 3 月 / 446

- 第 73 章 活动后呼吸困难、左侧胸腔积液 / 451
- 第 74 章 咳嗽、胸闷 5 天，左侧胸腔中等量积液 / 456
- 第 75 章 反复咳嗽伴咳血丝痰、气促 1 月余 / 464
- 第 76 章 发热、双肺多发病变 / 469
- 第 77 章 发热、皮疹、颈部淋巴结肿大 / 475
- 第 78 章 难治性哮喘合并嗜酸粒细胞升高、肾功能不全 / 481
- 第 79 章 发热、痰中带血、双下肢疼痛、活动后气短半月，双下肢水肿 3 天 / 486
- 第 80 章 咳嗽，淋巴结肿大，肺部磨玻璃影 / 492
- 第 81 章 反复咯血 2 月 / 499
- 第 82 章 慢性咳嗽、咳痰 10 年，呼吸困难 5 年，突发自主呼吸停止、意识障碍 / 505
- 第 83 章 不明原因乳糜性胸腔积液 / 512
- 第 84 章 反复咯血 2 年 / 520
- 第 85 章 间断咳嗽、咳痰伴痰中带血 2 月 / 528
- 第 86 章 间断性咯血伴咳嗽、咳痰 7 年，加重 4 天 / 532
- 第 87 章 咳嗽、咳痰、发热 20 天，伴劳力性气促 15 天，加重 3 天 / 537
- 第 88 章 阵发性咳嗽、咳痰 3 月 / 550
- 第 89 章 不明原因胸闷、呼吸困难 / 554
- 第 90 章 长期发热、咳嗽、关节痛、心包积液并贫血 / 560
- 第 91 章 发热、头痛、视物模糊 / 567
- 第 92 章 游泳呛咳后出现胸闷、气促 / 572
- 第 93 章 体检发现纵隔囊性肿物 / 578
- 第 94 章 间断反复发热 5 月，咳嗽、咳痰 20 天，加重 3 天 / 582

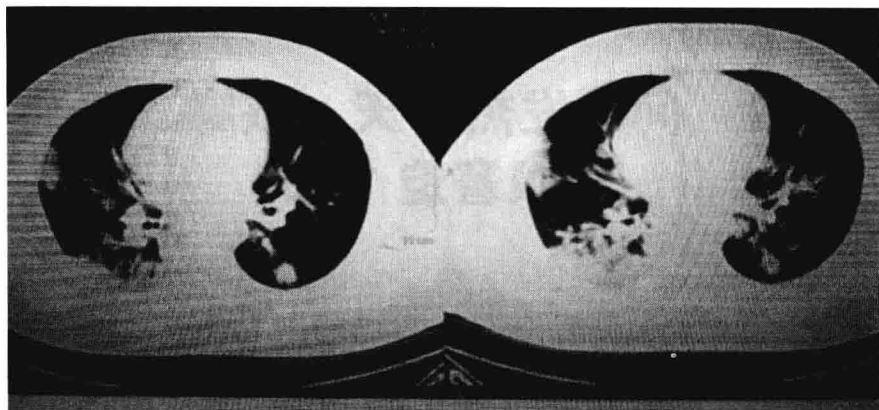


图 1-1 2009 年 11 月 10 日胸 CT 示双肺斑片状密度增高影，以右下肺为著

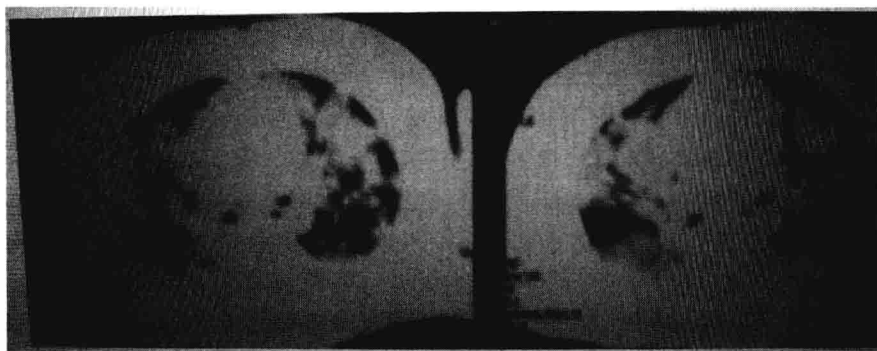


图 1-2 2009 年 11 月 11 日胸 CT 示双肺出现大片状密度增高影

【诊断】

- (1) 间质性肺炎？
 - ① 甲型 H1N1 流感（危重病例）？
 - ② ARDS？
 - ③ 双肺重症肺炎？
 - ④ 急性肺水肿？
 - ⑤ 肺栓塞？
- (2) 急性Ⅱ型呼吸衰竭。
- (3) 感染中毒性休克。
- (4) 多脏器功能不全。
- (5) 低蛋白血症。

【诊断依据】

1. 间质性肺炎

① 甲型 H1N1 流感（危重病例）依据：在甲型 H1N1 流感流行期间，患者接触流感样患者后突然出现间断发热 7 天，其父母曾被患者传染出现流感样症状，后突发咳嗽、咯血、呼吸窘迫 1 天，在外院出现血压降低至 75/35mmHg，入院后查体：一般状态极差，血

压 135/75mmHg（多巴胺维持下），呼吸机辅助通气（模式 SIMV，吸入氧浓度 100%，PEEP 20cmH₂O），血氧饱和度 90%，脉搏 95 次/分，体温 37.9℃，肥胖，极度呼吸窘迫，烦躁，意识模糊，口唇颜面四肢末端明显发绀，镇静状态，有自主呼吸，但较弱，约 4 次/分，听诊双肺呼吸音粗，满布湿啰音，心率 95 次/分，心律规整，心音略弱，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。辅助检查：入院时面罩高流量吸氧下动脉血气示 PaO₂ 22mmHg，PaCO₂ 51mmHg；血常规示白细胞 $7.9 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 72.2%；肺 CT 示双肺出现大片状密度增高影。高度怀疑本病。

② ARDS 依据：患者突发呼吸窘迫，入院后查体：一般状态极差，血压 135/75mmHg（多巴胺维持下），呼吸机辅助通气（模式 SIMV，吸入氧浓度 100%，PEEP 20cmH₂O），血氧饱和度 90%，脉搏 95 次/分，体温 37.9℃，肥胖，极度呼吸窘迫，烦躁，意识模糊，口唇颜面四肢末端明显发绀，镇静状态，有自主呼吸，但较弱，约 4 次/分，听诊双肺呼吸音粗，满布湿啰音，入院时面罩高流量吸氧下动脉血气示 PaO₂ 22mmHg，PaCO₂ 51mmHg。应高度警惕本病。

③ 双肺重症肺炎依据：患者接触感冒患者后间断发热 7 天，咳嗽、咯血、呼吸窘迫 1 天，伴有感染中毒性休克、呼吸衰竭，查体：听诊双肺呼吸音粗，满布湿啰音，心率 95 次/分，心律规整，心音略弱，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。辅助检查：入院时面罩高流量吸氧下动脉血气示 PaO₂ 22mmHg，PaCO₂ 51mmHg；血常规示白细胞 $7.9 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 72.2%；肺 CT 示双肺出现大片状密度增高影。与昨日胸部 CT 比较病变范围增大显著超过 50%。考虑本病可能性较大。

④ 急性肺水肿依据：患者突然出现呼吸窘迫，端坐呼吸，听诊双肺满布湿啰音，肺 CT 示双肺弥漫、相对对称大片状密度增高影及磨玻璃影，应警惕本病存在。

⑤ 肺栓塞依据：青年男性，突发咳嗽、咯血、呼吸窘迫 1 天，迅速出现循环衰竭，查体：听诊双肺呼吸音粗，满布湿啰音。肺 CT 示双肺出现大片状密度增高影。应警惕大面积肺栓塞的发生。

2. 急性Ⅱ型呼吸衰竭

依据：患者接触流感样患者后突然出现间断发热 7 天，咳嗽、咯血、呼吸窘迫 1 天，既往体健。入院后查体：一般状态极差，呼吸机辅助通气（模式 SIMV，吸入氧浓度 100%，PEEP 20cmH₂O），血氧饱和度 90%，极度呼吸窘迫，烦躁，意识模糊，口唇颜面四肢末端明显发绀，听诊双肺呼吸音粗，满布湿啰音，入院时面罩高流量吸氧下动脉血气示 PaO₂ 22mmHg，PaCO₂ 51mmHg。

3. 感染中毒性休克

依据：患者接触流感样患者后突然出现间断发热 7 天，咳嗽、咯血、呼吸窘迫 1 天，在外院出现血压降低至 75/35mmHg，入院后查体：一般状态极差，血压 135/75mmHg（多巴胺维持下），听诊双肺呼吸音粗，满布湿啰音。辅助检查：肺 CT 示双肺出现大片状密度增高影。

4. 多脏器功能不全

依据：呼吸衰竭、感染中毒性休克、肝功能损害。肝功能示谷丙转氨酶 50U/L，谷草转氨酶 60U/L。

5. 低蛋白血症

依据：肝功能示白蛋白 29.7g/L。

【下一步诊疗计划】

1. 检查计划

① 定期复查胸部 X 线床头片、心电图。

② 监测生命指征变化。

③ 查心脏彩超、心肌酶学、脑钠肽 (BNP)、弥散性血管内凝血 (DIC) 初筛、咽拭子检查、痰培养。

2. 治疗计划

① 有创呼吸机辅助通气。

② 抗病毒 (奥司他韦、喜炎平、连花清瘟胶囊)、糖皮质激素冲击 (初始剂量每日甲泼尼龙 240mg 静脉滴注, 逐渐减量)、预防感染、纠正休克、脏器支持与保护治疗。

③ 营养支持及对症治疗。

按上述诊疗后, 患者原有症状、体征、辅助检查的变化以及出现的新情况如下。

症状: 患者病情逐渐缓解, 呼吸窘迫症状逐渐减轻并消失, 咳嗽、咳痰症状减轻, 无咯血, 无发热, 治疗过程中曾出现一过性窦性心动过缓、多尿, 数日后缓解, 12 月 4 日生命指征平稳, 成功脱机。但 12 月 5 日开始患者出现易怒、多梦、睡眠障碍、幻听、被害妄想等精神症状, 并出现自我伤害行为, 由于发现及时, 未造成严重后果。无头晕、头痛, 无恶心、呕吐。病程中伴有乏力。既往否认精神障碍疾病病史。

查体: 一般状态尚可, 血压 130/80mmHg, 鼻导管低流量吸氧血氧饱和度 94%, 脉搏 95 次/分, 体温 36.59℃, 呼吸 21 次/分, 肥胖, 意识清楚, 查体配合, 对答如流, 双侧瞳孔等大等圆, 直径 3mm, 对光反射存在, 无颈项强直, 口唇颜面四肢末端无发绀, 双肺叩诊呈清音, 听诊双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音及胸膜摩擦音。心率 95 次/分, 心律规整, 心音略弱, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。四肢腱反射正常, 病理反射未引出。

辅助检查: 复查胸部 X 线片及胸部 CT 示肺部阴影明显吸收 (图 1-3、图 1-4)。复查动脉血气分析、血糖、尿常规、肝功能、血离子、血常规、头部 CT 均大致正常, 心电图、心脏彩超、BNP 大致正常。咽拭子检查结果示甲型 H1N1 流感病毒核酸阳性。痰培养结果阴性。D-二聚体早期增高, 复查后恢复正常。

【诊断】

(1) 甲型 H1N1 流感 (危重病例)。

(2) 低蛋白血症。

(3) 精神障碍。

① 药物所致精神障碍?

② 躯体感染所致精神障碍?

③ 创伤后应激障碍?

④ 精神分裂症?

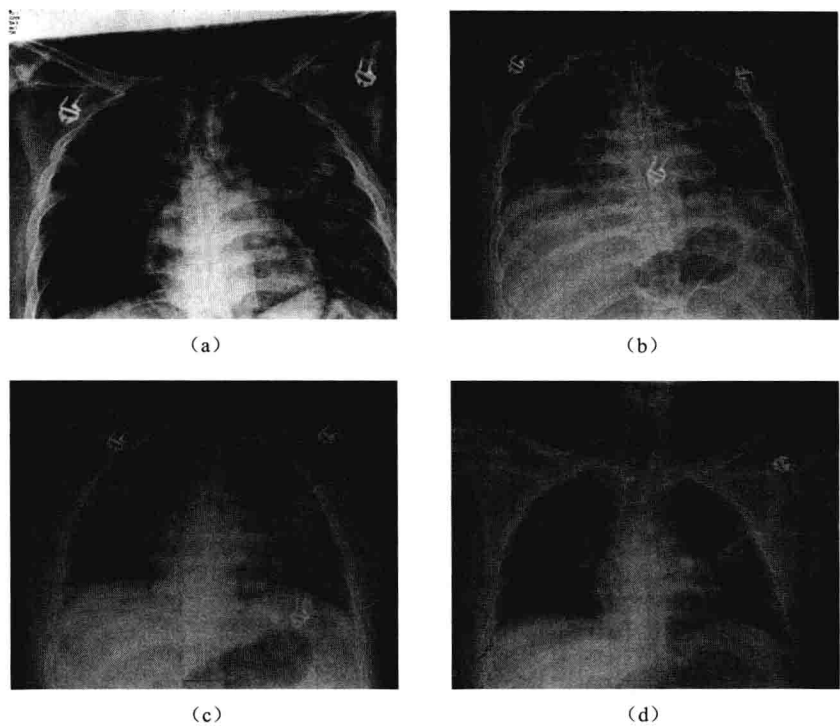


图 1-3 (a) 图为 11 月 15 日床头胸片，(b) 图为 11 月 18 日床头胸片，(c)、(d) 图为 11 月 24 日床头胸片，结果示双肺斑片状、片状、条索状、磨玻璃状密度增高影，以两肺周边部为著。病变逐渐吸收

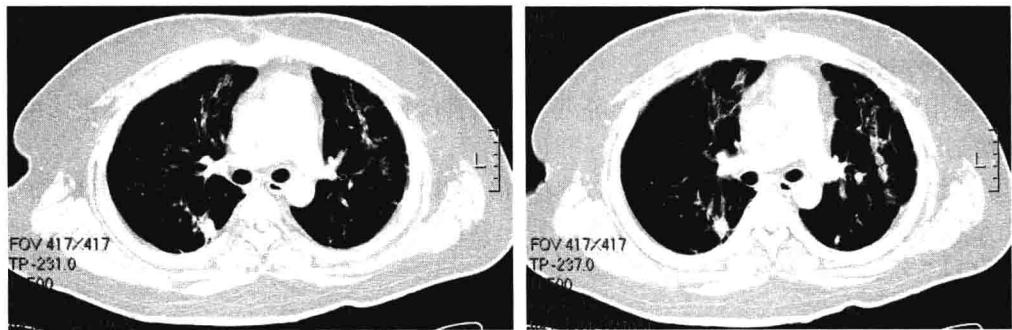


图 1-4 2009 年 12 月 6 日胸 CT 示双肺大片状密度增高影明显吸收，遗留片状、条索状密度增高影

【诊断依据】

1. 甲型 H1N1 流感（危重病例）

依据：在甲型 H1N1 流感流行期间，患者接触流感样患者后突然出现间断发热 7 天，其父母曾被患者传染出现流感样症状，后患者突发咳嗽、咯血、呼吸窘迫 1 天，在外院出现血压降低至 75/35mmHg。入院后查体：一般状态极差，血压 135/75mmHg（多巴胺维持下），呼吸机辅助通气（模式 SIMV，吸入氧浓度 100%，PEEP 20cmH₂O），血氧饱和度 90%，脉搏 95 次/分，体温 37.9℃，肥胖，极度呼吸窘迫，烦躁，意识模糊，口唇颜面四肢末端明显

发绀，镇静状态，有自主呼吸，但较弱，约4次/分，听诊双肺呼吸音粗，满布湿啰音，心率95次/分，心律规整，心音略弱，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。辅助检查：入院时面罩高流量吸氧下动脉血气示 PaO_2 22mmHg， PaCO_2 51mmHg；血常规示白细胞 $7.9 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞72.2%；肺CT示双肺出现大片状密度增高影。与前日胸部CT比较病变范围增大显著超过50%。咽拭子检查结果示甲型H1N1流感病毒核酸阳性。给予有创呼吸机辅助通气、抗病毒（奥司他韦、喜炎平、连花清瘟胶囊）、糖皮质激素冲击（初始剂量每日甲泼尼龙240mg静脉滴注，逐渐减量）、预防感染、纠正休克、脏器支持与保护治疗、营养支持及对症治疗后上述症状逐渐缓解。

2. 低蛋白血症

依据：肝功能示白蛋白29.7g/L。

3. 精神障碍

① 药物所致精神障碍依据：患者治疗中应用的各种药物，如糖皮质激素、镇静药、奥司他韦等均有引起精神障碍不良反应，患者出现易怒、多梦、睡眠障碍、幻听、被害妄想等精神症状。

② 躯体感染所致精神障碍依据：患者年轻男性，接触流感样患者后突然出现间断发热7天，咳嗽、咯血、呼吸窘迫1天，已明确诊断为甲型H1N1流感（危重病例），考虑为病毒、细菌混合感染，给予抗感染、抗病毒及糖皮质激素治疗有效，在病程早期患者一直行机械通气，给予轻度镇静治疗，精神障碍症状尚不明显，停用镇静药物后出现易怒、多梦、睡眠障碍、幻听、被害妄想等精神症状，并出现自我伤害行为。神经科查体无明显异常。

③ 创伤后应激障碍依据：患者为年轻男性，接触流感患者后突然患危及生命的疾病，且治疗过程中承受了巨大的不适，在创伤结束后短期内出现易怒、多梦、情感麻木、失眠、幻听、被害妄想等精神症状。

④ 精神分裂症依据：出现持续性幻听、被害妄想等精神症状，并出现自我伤害行为。

【下一步诊疗计划】

① 停用镇静药、喹诺酮类抗生素等可引起精神障碍的药物，糖皮质激素减量速度稍加快，1周后观察精神障碍缓解情况。

② 增加与患者沟通、解释，进行心理疏导，同时设置有亲属陪伴和医护人员专护的病房，让家属对其进行疏泄、解释、支持、鼓励，帮助患者从痛苦中走出来，加维思通口服液0.5mL 每日2次口服。

按上述诊疗后，患者原有症状、体征、辅助检查的变化以及出现的新情况如下。

症状：停用环丙沙星及奥司他韦，糖皮质激素减量，1周后患者精神症状无明显缓解。对患者进行心理疏导加维思通口服液后患者精神系统症状逐渐好转。至12月20日，患者停用维思通口服液，意识清楚，已无被害妄想、幻听、自我伤害等症状，生活基本可自理，仍活动后轻度心悸和呼吸困难，嘱其继续维持泼尼松30mg 每日1次口服，2周后以每周5mg泼尼松递减治疗，予以办理出院。2010年1月29日随诊，患者无咳嗽、咳痰、呼吸困难、抑郁、被害妄想等症状。

查体：未见明显阳性体征。

辅助检查：2010年1月29日复查胸CT示遗留片状、条索状密度增高影（图1-5）。



图 1-5 2010 年 1 月 29 日胸 CT 示双肺可见片状、条索状密度增高影

【诊断】

- ① 甲型 H1N1 流感（危重病例）。
- ② 低蛋白血症。
- ③ 创伤后应激障碍。

【诊断依据】

- ① 甲型 H1N1 流感（危重病例）：依据同前。
- ② 低蛋白血症：依据同前。

③ 创伤后应激障碍依据：患者为年轻男性，接触流感患者后突然患危及生命的疾病，且治疗过程中承受了巨大的不适，在创伤结束后短期内出现易怒、多梦、情感麻木、失眠、幻听、被害妄想等精神症状，通过增加与患者沟通、解释，进行心理疏导，同时设置有亲属陪伴和医护人员专护的病房，让家属对其进行疏泄、解释、支持、鼓励，帮助患者从痛苦中走出来，同时短期应用对症药物维思通口服液后患者上述症状迅速消失。

【讨论】

在本病例的诊断和治疗方面有如下特点。

1. 短期内出现第二次发热症状同时病情迅速进展为 ARDS，激素和辅助机械通气治疗是关键

该患者年轻，体质肥胖，体温正常 2 天后出现第二次发热症状同时病情进展迅速，10h 之内迅速出现呼吸窘迫，咳血痰，双肺影像迅速进展几乎为白肺改变。提示我们反复发热是患者感染的病毒毒力强、增殖活跃的表现，该病毒有明显的嗜肺性，同时可引起严重免疫功能紊乱，过激炎症反应是形成 ARDS 根本原因，所以尽早应用抗病毒药物和辅助机械通气及适当的糖皮质激素冲击治疗是目前最有效的救治措施，此时迅速有效的有创机械通气治疗是救治 ARDS 的关键，我们体会在能维持血氧分压 PaO_2 60mmHg 以上的情况下，气道峰压（PIP）不宜过大，吸纯氧时间不宜过长，以免造成气压伤和加重肺损伤，同时也可给予连续性肾替代治疗（CRRT）和恢复期患者血清及抗损伤药物的辅助治疗，治疗中未发现不良反应，其治疗作用和机制还需探讨。

2. 并发症（包括全身多脏器损伤改变、感染及重度营养不良等）的对症救治不容忽视与多数危重症患者相似，全身多脏器损伤改变及重度营养不良如循环障碍、休克、心

肌酶学增高、各种心律失常（一过性窦性心动过缓、多发室性早搏、窦性心动过速等）、血液系统功能异常（白细胞总数减少多不明显、单核细胞比例增加明显）、转氨酶增高、胆红素增高、血糖增高，多合并明显低蛋白血症，提示我们发病短时间内出现上述表现不能完全用病毒的毒力强攻击多脏器形成损伤来解释，其中很重要的原因可能病毒感染后诱导炎症递质瀑布样释放，导致全身炎症反应，甚至出现多脏器功能衰竭，营养支持治疗对于此类患者也有重要意义。

3. 注意患者心理状态和依从性，及时发现调整精神症状

部分患者突出表现为疾病后焦虑及抑郁，不能良好配合治疗，尤其对于本身心理承受能力低或经济状况不佳的患者。该患者在治疗好转过程中曾出现幻听、被害妄想等精神症状和自我伤害行为，虽由于发现及时，未造成严重后果，但神经精神症状出现提示我们对于急性重症患者，当抢救成功、患者意识清醒后应增加对患者心理状态的调整，增加对其关心和沟通，尽量增加亲属陪护，安抚患者，减少心理性疾病如抑郁症等的发生，同时可请心理医生进行针对性治疗，如短期内症状无好转应及时请精神科专家会诊及给予药物治疗。故注意调整患者心理状态和依从性，及时发现调整精神症状，也是救治成功的重要环节。

【评析】

本病例总结了甲型 H1N1 流感（危重病例）的诊治经验，尤其是患者治疗中晚期出现精神障碍应引起广大医务工作者的注意。部分患者，尤其是急危重症患者，容易在治疗过程中出现情感或精神障碍，出现抑郁症表现等，医务工作者应及时发现，在治疗躯体疾病的同时增加对患者心理状态的调整，增加对其关心和多沟通，减少心理性疾病如抑郁症等的发生，提高患者治疗依从性，促进疾病恢复。

（苏振中 张捷）

参考文献

- [1] 卫生部. 甲型 H1N1 流感诊疗方案（2009 年第三版）.
- [2] 王祖成. 精神病学. 北京：人民卫生出版社，2002.
- [3] 李凌江. 精神病学. 北京：高等教育出版社，2003.
- [4] 王丽颖，杨蕴萍. 创伤后应激障碍的研究进展（一）. 国外医学精神病学分册，2004, 31(1): 32-35.
- [5] 王丽颖，杨蕴萍. 创伤后应激障碍的研究进展（二）. 国外医学精神病学分册，2004, 31(2): 115-112.
- [6] Ledesma J, Pozo F, Ruiz M P, et al. Spanish Influenza Surveillance System (SISS): Substitutions in position 222 of haemagglutinin of pandemic influenza A (H1N1) 2009 viruses in Spain. Clin Virol, 2011, 51(1): 75-78.
- [7] Miller R R, MacLean A R, Gunson R N, et al. Occurrence of haemagglutinin mutation D222G in pandemic influenza A (H1N1) infected patients in the West of Scotland, United Kingdom, 2009-2010. Euro Surveill, 2010, 15(16): 19546.

第2章 影像表现为晕征的肺部结节影 是手术切除还是内科治疗？



【病历资料】

一般资料：患者男性，64岁，退休工人。住院号169163。因咳嗽、间断咯血2月以“右下肺阴影”于2008年9月19日收住院。患者2个月前无明显诱因出现咳嗽，以干咳为主，间断痰中带血丝，外院门诊间断抗感染治疗无效，咯血量增多，由偶见咳血丝痰到咯血2~4次/天，总量<10mL/d，色鲜红，伴乏力，无发热、盗汗、消瘦、胸痛及气促。外院胸片示右下肺类圆形阴影，边界不规整，边缘模糊。为进一步明确诊断而入院。既往体健。有吸烟史30余年，1包/3~4日。有饮酒史，啤酒1瓶/天。无家禽接触史。

查体：体温（T）36.8℃，脉搏（P）81次/分，呼吸（R）20次/分，血压（BP）145/90mmHg。神志清楚。全身浅表淋巴结未触及肿大。气管居中。胸廓对称，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心界不大，心率（HR）81次/分，律齐，无杂音。其余检查（-）。

辅助检查：血常规白细胞（WBC） $8.67 \times 10^9/L$ ，红细胞（RBC） $4.39 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白（Hb）138g/L，血小板（PLT） $189 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞（N）71%。尿常规正常。大便常规正常。肝功能GLB 35.10g/L，余正常。肾功能正常。血气分析pH 7.43，PaO₂ 74mmHg，PaCO₂ 38mmHg，HCO₃⁻ 25mmol/L。心电图（ECG）频发交界性早搏。胸部CT右下肺贴后侧胸膜下见一（26.2×20）mm结节，呈分叶状，密度不均匀，其中心见不规则坏死区，周围可见磨玻璃环状影——晕征（图2-1）；双上肺尖少许纤维硬结灶；纵隔内可见多个淋巴结，直径在11.1mm。考虑周围型肺癌可能，建议肺穿刺活检。



图2-1 右下肺贴后侧胸膜下见一结节，呈分叶状，密度不均匀，其中心见不规则坏死区，周围可见晕征

【初步诊断】

右下肺阴影。

① 肺癌？

② 结核球？

③ 球形肺炎？

【诊断依据】

右下肺阴影依据：外院胸部 X 线片右下肺类圆形阴影，边界不规整，边缘模糊。分析其病因如下。

① 肺癌依据：有肺癌高危因素即男性，40 岁以上，有吸烟史，咳嗽，间断咯血 2 个月，近期出现咯血量增加，胸 CT 示右下肺结节呈分叶状，周围可见毛刺，密度不均匀，中心见不规则坏死区，局部胸膜增厚；纵隔淋巴结肿大。考虑周围型肺癌可能性大。建议下一步查血癌胚抗原（CEA），痰脱落细胞学检查，电子支气管镜检查 and 经皮肺活检以明确。

② 结核球依据：患者有咳嗽、咯血、乏力症状，无潮热盗汗，无体重减轻等结核中毒症状，胸 CT 右下肺阴影非结核好发部位，其周围亦未见卫星灶，可能性不大。建议下一步行红细胞沉降率（ESR），痰找抗酸杆菌 ×3 次，结核菌素试验（PPD 皮试）以进一步排除。

③ 球形肺炎依据：患者有咳嗽、咯血、乏力症状，血常规示中性粒细胞升高，无畏寒、发热，无咳脓痰，无胸痛等感染中毒症状。球形肺炎的可能性小，建议行痰涂片、痰培养加药敏试验以进一步排除。

【下一步诊疗计划】

1. 检查计划

① 痰涂片找细菌，痰涂片找抗酸杆菌，痰培养加药敏试验，痰脱落细胞学检查。

② 血沉（ESR），血 CEA。

③ PPD 皮试。

④ 电子支气管镜检查。

2. 治疗计划

化痰止咳，抗感染，止血。可用复方甘草合剂 10mL，tid；阿莫西林-克拉维酸钾针 2.4g，iv gtt，bid，联合左氧氟沙星针 0.3g，iv gtt，qd；酚磺乙胺（止血敏）针 2.0g 联合氨甲苯酸（止血芳酸）针 0.4g，iv gtt，qd。

经治疗患者主诉症状较前减轻，少许咳嗽，无咳痰，无咯血。查体：双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心界不大，HR 78 次/分，律齐，无杂音。其余检查（-）。痰涂片找到革兰阴性杆菌（G⁻杆菌）、革兰阳性球菌（G⁺球菌）。多次痰找结核杆菌（TB 菌）（-）。痰培养加药敏试验无致病菌生长。痰脱落细胞检查未见癌细胞。血 CEA 正常。ESR 6.8mm/h。PPD（-）。电子支气管镜检查示双侧支气管大致正常。患者 9 月 25 日又出现咯血一次，量约 30mL，伴少许咳嗽，无咳痰。9 月 28 日开始出现发热，咳嗽、咳痰较前增多，痰白黏，无鼻塞、流涕，无咽痛，无头痛，无腹痛及腹泻，无尿频、尿急及尿痛。查体：咽部充血（+），双侧扁桃体 I° 肿大。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。HR 85 次/分，律齐，无杂音。其余检查（-）。辅助检查：痰培养 + 药敏试验示卡他布兰汉菌，对目前使用的抗生素耐药。