

医学临床口袋书系列

呼吸内科

临床随身查

黄茂王虹主编

江苏科学技术出版社



最新临床指南与规范

呼吸内科

临床随身查

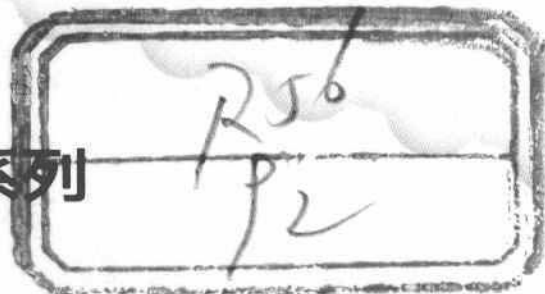


最新临床指南与规范

最新临床指南与规范



医学临床口袋书系列



呼吸内科

临床随身查

黄茂王虹主编



中医学院

0616115

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

呼吸内科临床随身查/黄茂等主编. —南京:江苏科学技术出版社, 2013. 1

(医学临床口袋书系列)

ISBN 978-7-5537-0148-6

I. ①呼… II. ①黄… III. ①呼吸系统疾病—诊疗
IV. ①R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 243845 号

医学临床口袋书系列

呼吸内科临床随身查

主 编	黄 茂 王 虹
责任编辑	董 玲
责任校对	郝慧华
责任监制	曹叶平 方 晨

出版发行	凤凰出版传媒股份有限公司 江苏科学技术出版社
出版社地址	南京市湖南路 1 号 A 楼, 邮编: 210009
出版社网址	http://www.pspress.cn
经 销	凤凰出版传媒股份有限公司
照 排	南京紫藤制版印务中心
印 刷	南京凯德印刷有限公司

开 本	889 mm×1 194 mm 1/32
印 张	4.3125
字 数	225 000
版 次	2013 年 1 月第 1 版
印 次	2013 年 1 月第 1 次印刷

标准书号	ISBN 978-7-5537-0148-6
定 价	18.00 元

图书如有印装质量问题,可随时向我社出版科调换。

编委会

主 编 黄 茂 王 虹

副主编 解卫平 姚 欣

编 者(按姓氏笔画排序)

王 彤	王 虹	王 祥	王继旺
刘扣英	刘 红	刘 媛	齐 栩
李天女	李 涛	李梅梅	吴飞云
闵 锐	张希龙	金 宇	金淑贤
周林福	赵 欣	姚 欣	黄 茂
黄普文	崔学范	蒋雷服	解卫平
戴山林			

目 录

C O N T E N T S

第一章 诊断知识点	1
第一节 肺炎诊断要点	1
第二节 支气管哮喘诊断要点	4
第三节 慢性阻塞性肺疾病诊断要点	6
第四节 支气管扩张诊断要点	8
第五节 肺结核诊断要点	9
第六节 肺癌诊断要点	12
第七节 肺栓塞诊断要点	16
第八节 慢性肺心病诊断要点	18
第九节 血管炎相关肺部病变诊断要点	24
第十节 间质性肺疾病诊断要点	28
第十一节 睡眠呼吸暂停综合征诊断要点	34
第二章 鉴别诊断知识点	37
第一节 症状鉴别诊断知识点	37
一、慢性咳嗽	37
二、咯血	41
三、呼吸困难	43
四、胸痛	45
五、发绀	47
第二节 疾病鉴别诊断知识点	49
一、支气管哮喘与心源性哮喘	49
二、支气管哮喘与 COPD	50

三、甲型流感、禽流感和普通流感肺炎	50
四、病毒性肺炎与细菌性肺炎	51
五、典型肺炎与非典型肺炎	52
六、支原体肺炎与流感病毒肺炎	52
七、SARS 病毒肺炎与流感病毒肺炎	54
八、肺炎球菌肺炎与肺结核	54
九、间质性肺炎亚型	55
十、COPD 与 DPB、COP	57
十一、胸内结节病与纵隔淋巴瘤	58
第三节 辅助检查鉴别诊断知识点	59
一、胸膜腔渗出液和漏出液鉴别诊断	59
二、肺球形病灶影像学鉴别诊断	63
三、肺空洞病灶影像学鉴别诊断	65
四、肺弥漫性病灶影像学鉴别诊断	66
五、肺浸润性病变影像学鉴别诊断	69
六、纵隔增宽影像学鉴别诊断	70
第三章 危重症评估及处理知识点	73
第一节 重症肺炎	73
第二节 呼吸衰竭	75
第三节 急性肺损伤和急性呼吸窘迫综合征	78
第四节 支气管大咯血	82
第五节 自发性气胸	84
第六节 心肺复苏	87
第七节 大气道阻塞	90
第八节 急性肺栓塞	94
第四章 呼吸科常用检查知识点	100
第一节 皮肤试验	100

第二节	实验室检查	102
第三节	右心导管检查	109
第四节	胸部影像学	111
第五节	肺功能	116
第六节	血气分析	119
第七节	呼吸内镜检查	124
第八节	肺实质活检	131
第九节	多导睡眠图监测	134
第十节	呼吸病患者生活质量评估	135
第五章	呼吸专科常用治疗方法知识点	142
第一节	氧气疗法	142
第二节	雾化/湿化疗法	145
第三节	体位引流	149
第四节	胸膜腔穿刺	153
第五节	胸膜腔闭式引流术	155
第六节	物理疗法	156
第七节	呼吸康复治疗	161
第八节	脱敏疗法	164
第九节	气管插管	167
第十节	气管切开术	170
第十一节	有创机械通气	173
第十二节	无创通气	183
第十三节	经纤维支气管镜介入治疗	187
第十四节	免疫治疗	194
第六章	常用药物特点及用法速查	199
第一节	解痉平喘药物	199
第二节	祛痰、镇咳药	202

第三节	止血、抗凝与抗血栓形成药	203
第四节	肾上腺皮质激素	206
第五节	抗感染药	207
第六节	抗癌药	229
第七节	治疗肺动脉高压药物	238
附录		242
附录一	常用单位换算	242
附录二	临床常用公式	243
附录三	常用临床检验正常值	246

第一章 诊断知识点

第一节 肺炎诊断要点

1. 肺炎分类

肺炎按发生地分为社区获得性肺炎(community-acquired pneumonia, CAP)和医院获得性肺炎(hospital-acquired pneumonia, HAP)。

(1) CAP:指在医院外罹患的感染性肺实质(含肺泡壁,即广义上的肺间质)炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后潜伏期内发病的肺炎。

(2) HAP:指患者入院时不存在,也不处于感染的潜伏期,而于入院48小时后在医院发生的肺炎。

(3) 医疗护理相关性肺炎(HCAP):属于 HAP 中的一种,包括下列几种情况:

- 1) 感染前 90 天内曾住院,住院时间 ≥ 2 天。
- 2) 住在老年护理院或康复机构中。
- 3) 感染前 30 天内接受过静脉抗生素治疗、化疗或创伤处理。
- 4) 在医院或门诊定期接受血液透析。

2. 肺炎临床诊断

(1) 新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道疾病症状加重,并出现脓性痰,伴或不伴胸痛。

(2) 发热。

(3) 肺实变体征和(或)闻及湿性啰音。

(4) $WBC > 10 \times 10^9 / L$ 或 $< 4 \times 10^9 / L$, 伴或不伴细胞核左移。

(5) 胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。

以上(1)~(4)项中任何 1 项加第(5)项,并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症及肺血管炎等后,可建立临床诊断。

3. 病原学检测确定诊断标准

- (1) 血或胸液培养到病原菌。
- (2) 经纤维支气管镜或人工气道吸引的标本培养的病原菌:
浓度 $\geq 10^5$ CFU/mL(半定量培养++)
BALF 标本 $\geq 10^4$ CFU/mL(+~++)
防污染毛刷或防污染 BALF 标本 $\geq 10^3$ CFU/mL(+)
- (3) 呼吸道标本培养到肺炎支原体、肺炎衣原体、嗜肺军团菌。
- (4) 血清肺炎支原体、肺炎衣原体、嗜肺军团菌抗体滴度呈 4 倍或 4 倍以上变化,同时:
肺炎支原体抗体滴度(补体结合试验) $\geq 1:64$
肺炎衣原体抗体滴度(免疫荧光试验) $\geq 1:32$
嗜肺军团菌抗体滴度(间接荧光抗体法) $\geq 1:128$
- (5) 嗜肺军团菌 I 型尿抗原检测(酶联免疫测定法)阳性。
- (6) 血清流感病毒、呼吸道合胞病毒等抗体滴度呈 4 倍或 4 倍以上变化。
- (7) 肺炎链球菌尿抗原检测(免疫层析法)阳性(儿童除外)。

4. 病原学检测有意义诊断标准

- (1) 合格痰标本培养优势菌中度以上生长($\geq$ +++).
- (2) 合格痰标本细菌少量生长,但与涂片镜检结果一致(肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌)。
- (3) 3 天内多次培养到相同细菌。
- (4) 血清肺炎衣原体 IgG 抗体滴度 $\geq 1:512$ 或 IgM 抗体滴度 $\geq 1:16$ 。
- (5) 血清嗜肺军团菌试管凝集试验抗体滴度升高达 1:320 或间接荧光试验 IgG 抗体 $\geq 1:1024$ 。

5. 病原学检测无意义诊断标准

- (1) 痰培养有上呼吸道正常菌群的细菌(如草绿色链球菌、表皮葡萄球菌、非致病奈瑟菌、类白喉杆菌等)。
- (2) 痰培养为多种病原菌少量($<++++$)生长。
- (3) 不符合(1)、(2)中的任何1项。

6. 不同病原体引起的肺炎特点(表 1-1)

表 1-1 不同病原体引起的肺炎特点

肺炎类型	症状和体征	影像学
肺炎链球菌肺炎	急起,寒战,高热,胸痛,铁锈痰,肺实变征	肺或肺叶实变,无空洞
金黄色葡萄球菌肺炎	急起,寒战,高热,气急,脓血痰,毒血症状明显	肺叶或小叶肺浸润,液气囊腔,脓胸
肺炎克雷白杆菌肺炎	急起,寒战,高热,衰竭,砖红色胶冻痰	肺小叶实变,叶间隙下坠,蜂窝脓肿
铜绿假单胞菌肺炎	毒血症状明显,脓痰(蓝绿色)	弥漫性支气管炎,脓肿
大肠杆菌肺炎	发热,气急,脓痰	支气管肺炎,脓胸
流感嗜血杆菌肺炎	急起,高热,气急,衰竭	支气管肺炎,肺叶实变、无空洞
嗜肺军团菌肺炎	高热,肌痛,相对缓脉	肺下叶斑片浸润进展快,无空洞
厌氧菌肺炎	高热,毒血症状明显,腥臭痰	支气管肺炎,多发性肺脓肿,脓胸,脓气胸
支原体肺炎	起病缓,乏力,肌痛(可小流行)	下叶间质性支气管肺炎,3~4周可自行消散

(黄 茂)

第二节 支气管哮喘诊断要点

支气管哮喘是由多种细胞(气道的炎性细胞和结构细胞)和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。慢性炎症导致气道高反应性,通常出现广泛多变的可逆性气流受限,并引起反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状,常在夜间和(或)清晨发作、加剧。多数患者可自行缓解或经治疗后缓解。

1. 诊断标准

(1) 反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽,多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。

(2) 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性呼气相为主的哮鸣音,呼气相延长。

(3) 症状可经治疗缓解或自行缓解。

(4) 除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。

(5) 临床表现不典型者应至少具备以下一项:① 支气管激发试验或运动试验阳性;② 支气管舒张试验阳性($FEV_1 \geq 12\%$ 以上,且 FEV_1 增加绝对值 ≥ 200 mL);③ PEF 日内变异率或昼夜波动率 $\geq 20\%$ 。

符合(1)~(4)条或(4)+(5)条者,可以诊断为支气管哮喘。

2. 支气管哮喘分期

(1) 急性发作期:① 气促、咳嗽、胸闷等症状突然发生,或原有症状急剧加重;② 常有呼吸困难,以呼气流量降低为其特征;③ 常因接触变应原等刺激物或治疗不当等所致。

(2) 慢性持续期:相当长的时间内,每周均不同频度和(或)不同程度出现症状(喘息、胸闷、咳嗽等)。

(3) 临床缓解期:① 症状、体征消失;② 肺功能恢复到急性发作前水平;③ 维持3个月以上。

3. 哮喘急性发作严重程度分级标准(表 1-2)

表 1-2 哮喘急性发作严重程度分级

临床特点	轻度	中度	重度	危重
气短	步行、上楼时	稍事活动	休息时	
体位	可平卧	喜坐位	端坐呼吸	
讲话方式	连续成句	常有中断	单字	不能讲话
精神状态	可有焦虑/尚安静	时有焦虑或烦躁	常有焦虑或烦躁	嗜睡或意识模糊
出汗	无	有	大汗淋漓	
呼吸频率	轻度增加	增加	常>30 次/分钟	
辅助呼吸肌活动及三凹征	常无	可有	常有	胸腹矛盾运动
哮鸣音	散在/呼吸末	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减弱乃至无
脉率	<100 次/分钟	100~120 次/分钟	>120 次/分钟	>120 次/分钟 变慢或不规则
奇脉	无 <10 mmHg	可有 10~25 mmHg	常有 >25 mmHg	
应用 β_2 激动剂后 PEF 占正常预计值或本人平素最高值%	>70%	50%~70%	<50% 或 <100 L/分钟或作用时间<2 小时	
PaO ₂ (吸空气)	正常	60~80 mmHg	<60 mmHg	
PaCO ₂	<40 mmHg	PaCO ₂ ≤ 45 mmHg	PaCO ₂ > 45 mmHg	

临床特点	轻度	中度	重度	危重
SaO ₂ (吸空气)	>95%	91%~95%	≤90%	
pH			降低	

4. 按哮喘控制水平分级(表 1-3)

表 1-3 哮喘控制水平分级

临床特征	控制 (满足以下各点)	部分控制 (1 周出现以下 任何一项)	未控制
白天症状	无 (≤2 次/周)	每周>2 次	出现≥3 项 部分控制的表现
活动受限	无	任何 1 次	
夜间症状/憋醒	无	任何 1 次	
需要急救治疗/ 缓解药物治疗	无 (≤2 次/周)	每周>2 次	
肺功能(PEF 或 FEV ₁)*	正常	<80%预计值或个 人最佳值(若已知)	
哮喘发作	无	每年≥1 次**	任何 1 周有 1 次***

* 肺功能结果对 5 岁及以下的儿童不可靠。

** 出现哮喘发作后,应对维持治疗方案的合理性中心评价。

*** 任何 1 周出现 1 次哮喘发作,表明这周的哮喘没有得到控制。

(黄 茂)

第三节 慢性阻塞性肺疾病诊断要点

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)

是一种以气流受限为特征的疾病状态,这种气流受限不完全可逆,呈进行性进展,但是可以预防和治疗。COPD 多与肺对有害颗粒物或有害气体的异常炎症反应有关,主要累及肺部,也可以引起肺外各器官的损害。

1. 诊断标准

(1) 根据病史(反复咳嗽、咳痰、喘息)、危险因素接触史(长期大量吸烟、接触职业性或环境有害物质)、体征(肺气肿体征)及肺功能检查(不完全可逆性气流受限)等,综合分析确定。

(2) 肺功能是诊断 COPD 的金标准。吸入支气管舒张剂后, $FEV_1 / FVC < 70\%$ 且 $FEV_1 < 80\%$ 预计值,可确定为不完全可逆性气流受限。

(3) 除外其他疾病所引起的咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息。

(4) 少数患者可无咳嗽、咳痰症状,仅有肺功能检查示不完全可逆性气流受限,在排除其他疾病之后,亦可诊断为 COPD。

2. 严重程度分级(表 1-4)

根据 $FEV_1\%$ 预计值和症状,可分为 I 级(轻度)、II 级(中度)、III 级(重度)和 IV 级(极重度)。

表 1-4 COPD 的严重程度分级

分级	分级标准
I 级(轻度)	$FEV_1 / FVC < 70\%$ 且 $FEV_1 \geq 80\%$ 预计值,有或无慢性咳嗽、咳痰症状
II 级(中度)	$FEV_1 / FVC < 70\%$ 且 50% 预期值 $\leq FEV_1 < 80\%$ 预计值,有或无慢性咳嗽、咳痰症状
III 级(重度)	$FEV_1 / FVC < 70\%$ 且 30% 预期值 $\leq FEV_1 < 50\%$ 预计值,有或无慢性咳嗽、咳痰症状
IV 级(极重度)	$FEV_1 / FVC < 70\%$ 且 $FEV_1 < 30\%$ 预计值,或 $FEV_1 < 50\%$ 预计值,伴慢性呼吸衰竭

3. 分期

(1) COPD 急性加重期(AECOPD):患者在短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重,痰量增加,呈脓性或黏液脓性,可伴发热等症状。肺部可闻及干、湿啰音。最常见的原因是细菌、不典型病原体或病毒感染。

(2) 稳定期:患者在较长时间内咳嗽、咳痰、气短等症状轻微且稳定。

(周林福)

第四节 支气管扩张诊断要点

支气管扩张症(bronchiectasis)是常见的慢性支气管化脓性疾病,反复咳嗽、大量脓痰和(或)咯血。大多继发于急、慢性呼吸道感染和支气管阻塞后,反复发生支气管炎症、破坏支气管壁结构,引起支气管(直径大于2 mm)的异常和持久扩张。

1. 诊断标准

- (1) 病史:慢性咳嗽、大量脓痰或反复咯血。
- (2) 既往呼吸道感染史:婴幼儿支气管肺炎、麻疹、百日咳、肺结核等。
- (3) 体征:下胸部或背部固定而持久的局限性粗湿啰音。
- (4) 胸部CT(尤其是高分辨CT):双轨征、柱状或囊状阴影。
- (5) 除外其他疾病所引起的反复咳嗽、大量脓痰和(或)咯血。

2. 相关病症

- (1) Kartagener 综合征:是不动纤毛综合征的一个亚型,表现为鼻窦炎、支气管扩张及内脏转位(如右位心)三联症。
- (2) 中叶综合征:右肺中叶支气管细长,周围有多簇的淋巴结,常因