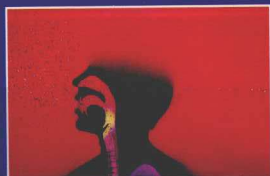


呼吸系统疾病

诊断思维及病例分析

HUXI XITONG JIBING
ZHENDUAN SIWEI JI BINGLI FENXI

主 编 曹国强



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

呼吸系统疾病

诊断思维及病例分析

HUXIETONGJI BINGLI
ZHENDUAN SIWEI JI BINGLI FENXI

呼吸系统疾病诊断思维及病例分析

主 编 曹国福



中国医药出版社
CHINA MEDICAL PUBLISHING HOUSE

（北京）



中国医药出版社

CHINA MEDICAL PUBLISHING HOUSE

呼吸系统疾病诊断思维及病例分析

HUXI XITONG JIBING ZHENDUAN SIWEI JI BINGLI FENXI

主 编 曹国强



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

呼吸系统疾病诊断思维及病例分析/曹国强主编. —北京:人民军医出版社, 2013.4

ISBN 978-7-5091-6478-5

I. ①呼… II. ①曹… III. ①呼吸系统疾病—诊断②
呼吸系统疾病—病案 IV. ①R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 050160 号

策划编辑: 张怡泓 文字编辑: 刘 颖 责任审读: 余满松
管 悦 韩 志

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010)51927290; (010)51927283

邮购电话: (010)51927252

策划编辑电话: (010)51927300—8060

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 北京国马印刷厂

开本: 787mm×1092mm 1/32

印张: 11.125 字数: 242 千字

版、印次: 2013 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001—3000

定价: 39.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

本书详细介绍了呼吸系统疾病的诊断思维,并为罕见病提供了诊断标准。通过 45 个病例,从临床思维方面进行详尽的点评分析,以期达到举一反三的效果。本书编排新颖,内容实用,语言精练,适合内科医师,特别是呼吸内科住院医师和主治医师及相关医务人员参考阅读。

前 言

高超医术离不开丰富的临床经验,而科学的临床思维才会给经验插上飞翔的翅膀。进化论奠基人达尔文曾精辟地论述:“最有价值的知识是关于方法的知识”,那么呼吸内科医师最有价值的知识应该是有关临床思维的知识。就像孔子所说“工欲善其事必先利其器”,临床医师必须锐利其软武器——思维方法。临床思维是利用基础医学和临床医学知识对临床资料进行综合分析,逻辑推理,从错综复杂的线索中找出主要矛盾并加以解决的过程。临床思维过程是较之任何高级电脑和先进仪器设备都更加复杂、迅速的联系和整合过程,也是任何仪器设备都不能代替的思维活动,是智慧和学识的结晶,是高新技术与艺术的结合,是科学与人文的完美结合。每次临床思维活动都是一场具体而生动的开卷考试,而主考官就是每一位患者。只有掌握了正确的临床思维方法,并在临床工作中不断实践,才能最大限度减少误诊,在疑难病面前减少失误。

科学技术日新月异,医学发展更是突飞猛进,医学文献浩如烟海,更新知识的书籍也多如牛毛,而涉及临床诊断思

维方法的书籍却是凤毛麟角,本书可作为内科医师,尤其是呼吸内科住院医师和主治医师拓宽思维的自学教材。本书的重点是诊断思路,也涉及治疗方法的选择,有经验也有教训。为真实起见,本书按疾病的诊断过程进行编写。为方便读者阅读和查阅,对所遇到的罕见或少见病提供了诊断标准。收录的 45 个病例,讨论部分除涉及一般经验教训外,都从临床思维上给予点评分析,以期达到举一反三的效果。限于编者的能力,书中可能存在不妥甚至错误,希望读者给予指正。

曹国强

2012 年 12 月

目 录

第 1 章 呼吸系统疾病的诊断思维	1
第 2 章 病例精粹	7
病例 1 咳嗽、大量咳痰	7
病例 2 咳嗽、咳大量脓性痰、呼吸困难	10
病例 3 咳嗽、咳痰、鼻阻、打喷嚏	16
病例 4 畏寒、发热、右侧背痛	23
病例 5 畏寒、发热、咳嗽伴体重下降,左肺阴影	30
病例 6 消瘦、发热、咳嗽、痰中带血、双肺阴影	35
病例 7 咳嗽、咳痰、间断咯血伴劳力性气促	43
病例 8 咳嗽、咳痰、痰中带血及右侧胸痛	50
病例 9 咳嗽、咳痰伴呼吸困难	57
病例 10 纵隔肿瘤放、化疗后 13 年,渐进性呼吸困难 1 年余	64
病例 11 间断咳嗽、咳痰伴少量咯血	70
病例 12 干咳、胸部隐痛,双肺结节、纵隔淋巴结肿大	75

病例 13	咳嗽、气促、水肿、进食发梗、呛咳	81
病例 14	咳嗽、咳痰、劳力性呼吸困难	88
病例 15	干咳、低热、肺部阴影	92
病例 16	咳嗽、间断低热、活动后气促	102
病例 17	咳嗽、咳痰、喘息	109
病例 18	全结肠切除术后,畏寒、发热、呼吸困难	115
病例 19	咳嗽、咳痰、阵发性吼喘	122
病例 20	咳嗽、咳痰、喘息、体重下降	128
病例 21	干咳、右侧胸痛、右肺阴影	133
病例 22	8 岁儿童,干咳半年	140
病例 23	胸腺瘤术后,腹泻、咳嗽、咳痰、气促	145
病例 24	消瘦、乏力、恶心、食欲缺乏、咳嗽、咳痰、 高热	154
病例 25	劳力性胸闷、气促、大量腹水	162
病例 26	咳嗽、咳痰、左下胸疼痛、肺巨大肿块	175
病例 27	硅沉着病、干咳、胸闷、多浆膜腔积液	186
病例 28	反复发热 6 年,加重伴咳嗽 3d	196
病例 29	咳嗽、咳痰、发热、胸痛、声音嘶哑	201
病例 30	劳力性呼吸困难,干咳	209
病例 31	咳嗽、咽喉疼痛、气促、气管切开戴管	219
病例 32	咳嗽、咳痰、呼吸困难、声嘶、吐字不清	228
病例 33	糖尿病胃转流术后,持续发热	232
病例 34	胃淋巴瘤术后,咳嗽、咳痰、反复发热	241

病例 35	16 岁少年,咳嗽、咳痰、发热、暖气、反胃、 吞咽困难并发育异常	249
病例 36	发热、皮疹	260
病例 37	咳嗽、咯血痰、发热、头痛、胸痛	266
病例 38	直肠癌术后,肺部多发结节	277
病例 39	发热、多汗、呼吸困难、体重下降	284
病例 40	气促、胸痛、口干、发热、咳嗽	291
病例 41	查体发现肺部结节,穿刺后休克	302
病例 42	畏寒、发热、头痛、呕吐	315
病例 43	胸痛、关节肿痛、低热、乏力、盗汗	323
病例 44	精神差、嗜睡、体重增加、昏迷	331
病例 45	胸闷、气促、消瘦、淋巴结肿大	337
后记		344

呼吸系统疾病的诊断思维

我国呼吸系统疾病发病率高,病死率高,病种多。仅间质性肺病(interstitial lung diseases,ILD)就包含 200 余病种。医师要想做到从容面对如此纷杂的呼吸系统疾病,处乱不惊,诊断合理,处置恰当,不仅仅是需要过硬的“三基”,丰富的临床经验,更需要科学的临床思维。一般认为,细致的病史采集和体格检查是呼吸系统疾病诊断的基础,X 线和胸部 CT 检查对诊断肺部疾病具有特殊及重要的意义。同时,由于呼吸系统疾病常为全身疾病的一种局部表现,还应结合常规化验及其他特殊检验结果进行全面综合分析,以期得出病因、解剖、病理和功能的诊断。随着现代人生活节奏加快,生活方式的转变(如长期接触电脑)以及现代医学模式由传统的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转换,我们的临床思维也应充分给予体现。

生物-心理-社会医学模式是从生物、心理、社会全面综合的水平上认识人的健康和疾病的一种全新的医学模式。医务人员应自觉运用生物-心理-社会医学模式全面看待疾病的病因、治疗、护理与预防。如笔者遇到一例 45 岁女性患者,近

半年出现胸闷、呼吸困难、心慌等症状,喜欢叹气呼吸,查体心肺未见异常,胸部 CT 检查正常,肺通气功能正常,血气分析正常。曾经接受抗生素、支气管扩张药、中药等治疗,效果不佳。综合分析上述资料初步诊断为“高通气综合征”。医生在病史询问的时候关切地问道:“您最近半年心情可好啊?”话音未落,患者泪如泉涌,诉说最近家事如何烦恼、生意如何繁忙、丈夫如何不务正业,夜间经常失眠等。诉说完后患者感呼吸困难有所缓解,经向患者解释胸闷的原因并给予呼吸指导,训练腹式呼吸和缓慢呼吸,经过一段时间的治疗患者症状完全缓解。类似的例子还有不少,它告诫我们现代医学模式的真正转变会为疾病的诊治带来裨益。

国内外的著名临床专家都认为,疾病的诊断有 50% 左右依靠病史获得诊断或者诊断线索,大约 1/3 的疾病依靠体格检查得出诊断或诊断线索,而仅仅依靠实验室检查得出的诊断不足 20%。所以说如何强调病史采集的重要性都不为过。呼吸系统结构功能与疾病的关系密切,首先,肺是与外界相通的脏器,大气中的各种有害物质包括理、化和生物性致病因子均可直接进入肺部,许多职业性肺部疾病是由于吸入工业粉尘所致;大气污染、吸烟也已被公认为慢性阻塞性肺疾病(COPD)、肺源心脏病和肺部癌肿的主要病因,所以诊断呼吸系统疾病时了解其密切接触史、职业暴露史、吸烟史等至关重要。作者曾经遇一例 65 岁男性患者,因呼吸困难伴咳嗽、咳痰就诊,查体发现右中下、左下肺叶较密集的“Velcro”音,高分辨率 CT(HRCT)提示两肺符合间质性肺炎改变,仔细询问病史后发现,患者为小商店店主,6 年来销售农药,由此怀疑间质性肺炎的病因可能与农药有关,经过调整销售品种并给予针对性治疗,患者病情明显改善。其次,肺循环通

过体循环与各脏器密切联系,所以有“肺朝百脉”之称,各脏器发病都可影响肺脏。临床实践证明,各种疾病在肺部的表现越来越多,如转移性肺癌、系统性红斑狼疮、败血症、成人呼吸窘迫综合征、结节病等,所以《内经》云:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,面对疑似呼吸系统疾病的患者,询问病史不能“铁路警察各管一段”,要有全局观念和系统思维。

询问病史是临床基本功,而从患者的诉说中提炼出高质量的主诉更是内科医师基本功的良好体现,主诉是指患者感受最主要的疾苦或最明显的症状或体征,也是患者本次就诊的主要原因,确切的主诉常可提供对某系统疾病的诊断线索。由于每个患者的受教育程度不同,表达能力各异,或因地域文化不同,患者提供的主诉可能存在某些“欺骗性”,有时不但患者本人回答不清,甚至连医师也感到困惑,必须加以甄别。以咯血(hemoptysis)为例,它是指喉及喉以下呼吸道任何部位的出血经口排出者。作者曾遇到一例患者因反复、间断、少许“咯血”3年就诊,其特点是夜间或中午入睡后咯出少许暗红色血性分泌物,平时偶有少许“咯血”,当饮水增加时,血量及次数会减少甚至消失。患者曾在10多家医疗机构就诊,接受过胸部X线、CT、MRI、喉镜、胃镜、支气管镜等检查,均未找到病因,为此花费3万余元人民币。经仔细询问病史,认真分析,怀疑患者咯出的血液来自于上呼吸道,经认真查体最后发现为双侧中切牙牙龈少许出血,经口腔科治疗后未再出血。分析原因,是因为患者饮水后口腔内的血液稀释,自觉出血减少,而平卧位,尤其是睡眠后吞咽反射减弱,血液聚集在口腔或口咽部,醒来后有异物感,稍微一“咳嗽”血即出来,所以“咯血”的主诉是错误的,为此沿咯血的思路走下去只能是竹篮打水一场空。笔者在现实工作中遇到

“咯血”患者当其表示难以甄别出血部位的时候,通常做出 4 个不同的动作:咳嗽、通过鼻腔回吸吐出、恶心动作吐出以及“吐口水”4 个简单动作让患者按图索骥,往往有重要发现。

呼吸系统的主要症状包括:咳嗽、咳痰、咯血、气急(气促)、喘鸣和胸痛等,以上 6 种主要症状的病因和发病机制等一般规律都写在书本上,有一定的指导意义,但是这些症状可以单独出现,也可能以不同的组合出现,在不同疾病甚至是同一疾病的不同时期都会有所差异,还会出现“异病同症,同病异症”,如照本宣科,生搬硬套,就可能发生误诊。

体格检查和询问病史就像疾病诊断这辆马车上的两个车轮,不分伯仲。体格检查是病史采集的延伸,也受病史的引导,通过查体的某些发现,可以回过头来补充或者弥补遗漏了的病史。两者相互交织无法截然分开。查体应针对患者主诉及病史中提供的线索进行全面而有重点的查体。所谓全面,就是要求查出所有阳性体征并确认具有鉴别意义的阴性体征;所谓重点,就是要求围绕核心症状进行细致的检查。

传统的胸部物理学检查包括视诊、触诊、叩诊和听诊 4 部分,这些基本检查,设备条件要求不高、使用方便并能收集到许多有价值的信息,因此对呼吸系统疾病的诊断具有重要意义,其具体方法教科书上都有较为详尽的记述,也为大家所熟知。这里只是提出容易疏漏的两种与呼吸系统疾病有关的物理学检查方法,一是触诊,二是听诊。包括医学生在内的各级医师都知道肿大淋巴结在疾病诊断中的价值,然而不少医师在实际工作中忽略了做仔细的检查。笔者在会诊一例长期发热的患者时,做浅表淋巴结检查,经管医师善意地告诉我:“老师,患者的浅表淋巴结无肿大,上午我们科室讨

论时,3名教授都说“不大”,就在他讲话的同时我已发现患者右侧颈后有2枚绿豆大小淋巴结,且有融合,后经病理证实为转移性腺癌,来源于消化道。淋巴结检查时要熟知各组淋巴结的解剖部位及其引流范围,检查时还要有一定的顺序,否则会遗漏重要信息。对于滑车上淋巴结及腭窝淋巴结也不应该漏掉,因为此处的淋巴结很少受其他因素影响,肿大必不正常,活检很有助于诊断。由于近代高科技的迅速发展,特别是床旁X线胸片、超声以及胸部CT等检查的便利,听诊器逐渐被冷落,听诊技术逐渐被荒废,甚至成为挂在医师颈上象征性的装饰物。人们通常觉得肺部听诊比心脏听诊容易掌握。心脏听诊随医疗实践的增加听诊水平不断提高,而肺部听诊却与其不同,对初步的肺部听诊如啰音、哮鸣音等,医学生和住院医师较易掌握,而高水平的肺部听诊往往很难达到。但一旦领悟和掌握对临床工作帮助甚大。肺听诊的学习和掌握是建立在熟悉肺解剖学、生理学、病理生理学、病理学、影像学(包括普通X线片、CT等)、肺功能及对治疗反应的观察中不断“对比”“体验”和“领悟”中实现的。笔者曾遇到一例59岁女性患者,1年多来出现劳力性呼吸困难,无明显咳嗽,平静时候如常,10年前曾经因纵隔肿瘤放射治疗1个疗程。院外胸部X线片、CT及心脏检查均未见明显异常。门诊查体发现患者在用力吸气时以呼吸困难为主,吸气时间延长,用力吸气后轻微“三凹征”,仔细听诊在胸骨角附近呼吸音明显粗糙,猛力呼吸偶闻及低调干鸣音,提示患者可能有上气道阻塞,后纤维支气管镜检查证实为气管中段膜性狭窄,狭窄处管腔直径仅有6mm,推测患者管腔狭窄与放射治疗有关,经冷冻治疗后,患者气道狭窄解除,呼吸困难缓解。

辅助检查与呼吸系统疾病诊断的关系可为源远流长,

1882 年科赫已经能用显微镜观察结核杆菌诊断肺结核。如今面对层出不穷的特殊检查方法,我们该如何取舍才能做到合理搭配、目的性强、针对性好,既要治病救人又要防止过度诊治和医疗资源的浪费呢。以胸部影像学检查为例,现代医学影像诊断技术多种多样,包括常规 X 线、CT、ECT、MRI、PET、PET-CT 等。一名好的呼吸科医师必须具备高水平的阅读胸部影像的能力,而要高水平的解读影像图片,丰富的解剖、病理、影像学知识是基础,必要的临床资料和诊断经验是保障。而疑难复杂病例常需要综合多种影像技术如 X 线、CT、超声检查和 MRI 等图片资料,切忌孤立地看某一检查的影像学表现,否则可能会做出片面的诊断。应该将丰富的影像学信息结合临床病史和其他各种检查结果以缩小诊断范围,将大量的可能性缩小到一种或几种,这是一种诊断艺术,需要在实践中不断体会和升华。

病例精粹

◎ 病例 1 咳嗽、大量咳痰

男性,83岁。反复咳嗽、咳痰3年,加重1周,于2008年3月20日入院。

入院前3年,患者无明显诱因,反复咳嗽、咳痰,每天晚上影响休息,邻居经常抱怨,夜间入睡前常有大声、剧烈咳嗽,入睡后无明显咳嗽。自述每日痰液在1大碗至半痰盂,痰液黏稠,无臭味,不伴咯血,无喘息,不伴发热。院外多家医疗机构治疗效果不佳,长期服用的药物包括:止咳、祛痰药物及各类抗生素。入院前1周咳嗽加重,有轻微劳力性呼吸困难,门诊以①“支气管扩张?”;②“肺转移癌?”为诊断收入院。发病以来饮食、大小便正常,体重无明显变化。

既往史:2003年及2005年先后2次行左侧大腿纤维肉瘤手术,术后伤口愈合良好。

体格检查:体温36.8℃,脉搏90/min,呼吸18/min,血压138/85mmHg。咽部充血,咽后壁黏膜肥厚。浅表淋巴结无肿大,气管居中,甲状腺无肿大,轻度肺气肿体征,双肺未闻