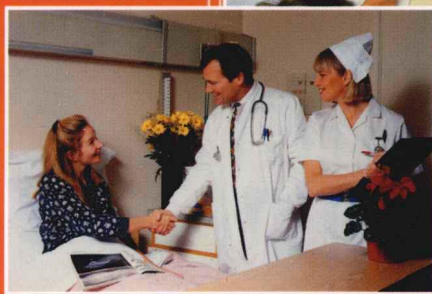
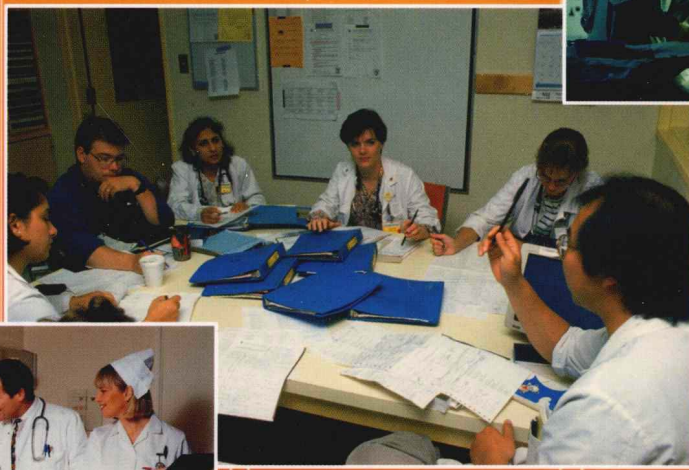


全国高等医药院校临床实习指南系列教材



内科学临床实习指南

马依彤 主编



科学出版社

www.sciencepress.com

全国高等医药院校临床实习指南系列教材
案例版TM

内科学临床实习指南

主 编 马依彤

副主编 哈力达·亚森 桑晓红 汤宝鹏

吐汉·艾买提 张源明 朱 筠

编 委 (按姓氏拼音排序)

阿不力克木·吐尔地 陈 蓉 戴月梅

迪丽那孜·阿不来提 地里木拉提·阿不都拉

段显琳 樊 勇 关 丽 哈力达·亚森

郝建萍 黄学焕 加孜娜·托哈提 江 明

蒋 升 焦克岗 匡政宇 李素华 李晓梅

刘 晖 刘建华 刘 健 马依彤

玛依拉·吾甫尔 买买提·吐尔逊江艾沙

米娜瓦尔·阿不都拉 米日古丽·司马义

热西旦·扎克尔 热依汉·谢力甫 桑晓红

孙 峰 汤宝鹏 吐汉·艾买提 王 蕾

王梅红 西艾木西卡买尔艾 郝 惠 杨毅宁

姚 萍 伊力多斯·阿里什 袁海龙 张明琛

张 宇 张源明 朱 筠 珠勒皮亚·司马义

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书以内科临床科室实习医师阶段所应掌握的知识技能为基础,以新颖、规范、简明、实用为原则,内容涵盖了临床内科学的各个专业,包括了呼吸内科、心血管内科、消化内科、血液内科、肾内科、内分泌科等六个部分。编写时以内科各系统疾病为纲,以临床病例为引导,按病因及发病机制、临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断、治疗原则等栏目次第编写,融会了编者多年的临床与教学经验,使本书极具科学性、可操作性的特点,使读者能对临床内科学的知识有一个全面的了解,是实习医师阶段一本难得的临床参考书。

图书在版编目(CIP)数据

内科学临床实习指南:案例版 / 马依彤主编. —北京:科学出版社,2008
全国高等医药院校临床实习指南系列教材
ISBN 978-7-03-022368-5

I. 内… II. 马… III. 内科学 - 实习 - 医学院校 - 教学参考资料
IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 091950 号

策划编辑:李国红 / 责任编辑:邹梦娜 李国红 / 责任校对:陈丽珠
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008 年 6 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2008 年 6 月第一次印刷 印张:21 1/2

印数:1—5 000 字数:498 000

定价:34.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈双青〉)

前 言

医学是门实践性很强的学科,临床实习是医学教育中重要的实践阶段,是临床理论教学的一个延续,是理论联系实践的关键性培养阶段,是巩固知识、锻炼技能、开拓思维的重要过程,它要求医学生通过临床实习学习临床工作方法,熟练掌握临床基本技能,独立地进行常见病、多发病的诊治等。

为适应医学科技的飞速发展和培养医学专业人才的需要,我们组织经验丰富的临床各专业的专家教授,编写了这套临床实习指南。

本书引入案例的编写模式:首先根据病例的临床资料书写病历摘要,其次结合病例,提出与发病机制、诊断、鉴别诊断、治疗、预后、随访等有关的问题,以启发学生思维,然后根据问题,给出简明扼要的答案或提示,最后引出重点理论知识,旨在加强临床理论向临床实践的过渡,为学生走上工作岗位打下基础;书中附有大量思考题和复习题,以加深理解,掌握知识点;同时,本书还创造性地增加了本学科操作诊疗常规和常见病、多发病的诊治重点。

本书内容系统全面、简明扼要、重点突出、临床实用性和可操作性强,突出“三基”内容,知识点明确,学生好学,教师好教,可以使学生在尽可能短的时间内掌握所学课程的知识点。

本书以5年制医学本科生为基本点,以临床医学专业为重点对象,兼顾预防、基础、口腔、麻醉、影像、药学、检验、护理等专业需求。

本书含有大量真实的临床案例,供高等院校医学生临床实习和见习时使用;同时,案例和案例分析紧跟目前国家执业医师资格考试和研究生入学考试案例分析的命题方向,可供参加这些考试的人员使用。

由于本书涉及专业较多,各领域科技进步迅速,受时间和水平的制约,难免存在缺点和错误,欢迎广大读者批评指正。

新疆医科大学第一临床医学院

2007年12月10日

目 录

第一部分 内科学临床实习指南

第一章 呼吸系统	(1)
第一节 肺炎链球菌肺炎	(1)
第二节 肺结核	(5)
第三节 慢性阻塞性肺疾病	(9)
第四节 支气管哮喘	(14)
第五节 慢性肺源性心脏病	(20)
第六节 原发性支气管肺癌	(25)
第七节 慢性呼吸衰竭	(30)
第八节 急性呼吸窘迫综合征	(34)
第九节 呼吸系统复习思考题及参考答案	(37)
第二章 循环系统	(43)
第一节 心力衰竭	(43)
第二节 心律失常	(47)
第三节 心脏骤停和心源性猝死	(55)
第四节 高血压	(57)
第五节 冠心病	(61)
第六节 心脏瓣膜病	(70)
第七节 感染性心内膜炎	(75)
第八节 心肌疾病	(79)
第九节 心包疾病	(89)
第十节 循环系统复习思考题及参考答案	(94)
第三章 消化系统	(100)
第一节 胃炎和消化性溃疡	(100)
第二节 上消化道出血	(103)
第三节 肝硬化	(105)
第四节 肝性脑病	(108)
第五节 肠结核和结核性腹膜炎	(111)
第六节 炎症性肠病	(114)
第七节 胰腺炎	(117)
第八节 慢性胰腺炎	(118)
第九节 梗阻性黄疸	(120)

第十节 消化系统复习思考题及参考答案	(122)
第四章 泌尿系统	(130)
第一节 急性肾小球肾炎	(130)
第二节 急进性肾小球肾炎	(134)
第三节 慢性肾小球肾炎	(140)
第四节 肾病综合征	(146)
第五节 尿路感染	(154)
第六节 急性肾衰竭	(160)
第七节 慢性肾衰竭	(165)
第八节 泌尿系统复习思考题及参考答案	(172)
第五章 血液系统	(178)
第一节 缺铁性贫血	(178)
第二节 再生障碍性贫血	(183)
第三节 自身免疫性溶血性贫血	(188)
第四节 急性白血病	(194)
第五节 慢性粒细胞性白血病	(200)
第六节 淋巴瘤	(205)
第七节 特发性血小板减少性紫癜	(210)
第八节 弥散性血管内凝血	(215)
第九节 血液系统复习思考题及参考答案	(220)
第六章 内分泌系统	(226)
第一节 腺垂体功能减退症	(226)
第二节 甲状腺肿	(228)
第三节 甲状腺功能亢进症	(230)
第四节 库欣综合征	(232)
第五节 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	(235)
第六节 1型糖尿病及酮症酸中毒	(237)
第七节 2型糖尿病	(240)
第八节 低血糖症	(243)
第九节 内分泌系统复习思考题及参考答案	(244)

第二部分 内科学诊疗常规

第一章 呼吸系统	(251)
第一节 呼吸系统操作诊疗常规	(251)
第二节 肺炎链球菌肺炎	(252)
第三节 肺结核	(253)
第四节 肺源性心脏病	(254)
第五节 原发性支气管肺癌	(254)

第六节 慢性呼吸衰竭	(256)
第二章 循环系统	(258)
第一节 心力衰竭	(258)
第二节 原发性高血压	(258)
第三节 冠心病	(260)
第四节 心脏瓣膜病	(263)
第五节 感染性心内膜炎	(264)
第六节 心肌疾病	(265)
第七节 心包疾病	(269)
第三章 消化系统	(271)
第一节 消化系统操作诊疗常规	(271)
第二节 慢性胃炎	(273)
第三节 消化性溃疡病	(274)
第四节 非曲张静脉破裂引起的上消化道出血	(275)
第五节 食管胃底静脉曲张破裂引起的上消化道出血	(277)
第六节 肝硬化	(279)
第七节 肝性脑病	(282)
第八节 肠结核	(283)
第九节 结核性腹膜炎	(284)
第十节 溃疡性结肠炎	(285)
第十一节 克罗恩病	(287)
第十二节 急性胰腺炎	(289)
第十三节 慢性胰腺炎	(291)
第四章 泌尿系统	(293)
第一节 急性肾小球肾炎	(293)
第二节 急进性肾小球肾炎	(295)
第三节 慢性肾小球肾炎	(297)
第四节 肾病综合征	(300)
第五节 尿路感染	(305)
第六节 急性肾衰竭	(308)
第七节 慢性肾衰竭	(311)
第五章 血液系统	(317)
第一节 血液系统操作诊疗常规	(317)
第二节 缺铁性贫血	(319)
第三节 再生障碍性贫血	(320)
第四节 溶血性贫血	(321)
第五节 特发性血小板减少性紫癜	(322)
第六节 弥散性血管内凝血	(323)

第七节	急性白血病	(324)
第八节	慢性粒细胞白血病	(327)
第九节	淋巴瘤	(328)
第六章	内分泌系统	(330)
第一节	腺垂体功能减退症	(330)
第二节	甲状腺肿	(331)
第三节	Graves 病	(331)
第四节	Cushing 综合征	(332)
第五节	原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	(333)
第六节	1 型糖尿病及糖尿病酮症酸中毒	(334)
第七节	2 型糖尿病	(335)
第八节	低血糖	(336)

第一部分 内科学临床 实习指南



第一章 呼吸系统

第一节 肺炎链球菌肺炎

病例 1-1

患者,男,21岁,学生。以“高热、咳嗽伴左侧胸痛2天”为主诉入院。患者2天前受凉后,出现寒战,发热,体温高达40.1℃,全身肌肉酸痛,伴有咳嗽,咳少量白色黏痰,左侧胸部闷痛不适,单位医院给予“抗病毒”及退热止咳药后,体温仍在38.3~39.8℃之间波动。发病来食欲下降,否认有痰中带血、盗汗、消瘦情况。无尿频、尿急、尿痛及血尿。无腹痛、腹泻、黑便。既往体健,否认有肺结核病及结核病接触史。体格检查:T 39.1℃,P 101次/分,R 22次/分,BP 130/85mmHg。发育正常,营养中等,急性病容,神志清,精神差。全身皮肤黏膜无皮疹,浅表淋巴结不大。咽无充血,双侧扁桃体无肿大。气管居中,胸廓无畸形,呼吸基本平稳,左上肺语颤增强,叩浊,可闻及湿性啰音。心界不大,心率101次/分,律齐,未闻及杂音。腹软,无压痛,肝脾未及,双下肢无浮肿。辅助检查:血常规 WBC $12.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞占0.79,Hb 137g/L,PLT $239 \times 10^9/L$,尿、便常规(-)。X线胸片显示左肺上叶大片密度增高影。

问题

1. 诊断?
2. 诊断依据?
3. 辅助检查?
4. 治疗方案?
5. 鉴别诊断?
6. 预后及预防措施?

参考答案和提示

1. 诊断 社区获得性肺炎(左肺上叶)。
2. 诊断依据
(1) 青壮年,在发病前有受凉诱因。

- (2) 起病急,寒战、高热、咳嗽、咳少量白色黏痰、左侧胸痛。
- (3) T 39.1℃,P 101 次/分;左上肺语颤增强,叩浊,可闻及湿性啰音。
- (4) 血常规白细胞数增高,中性粒细胞比例增高。
- (5) X 线胸片显示左肺上叶大片密度增高影。

3. 辅助检查

- (1) 首先痰直接涂片做革兰染色及荚膜染色(快速)。
- (2) 之后做痰培养+药敏试验;
- (3) 必要时做血气分析;
- (4) 短期治疗后复查 X 线胸片。

4. 治疗方案

- (1) 抗菌药物治疗:抗生素治疗的疗程通常为 14 天或在退热后 3 天停药或改静脉用药为口服药,维持数日。
- (2) 支持疗法:卧床休息、注意补充足够蛋白质、热量、维生素。
- (3) 对症治疗:祛痰、退热、镇痛。

5. 鉴别诊断

- (1) 肺结核。
- (2) 急性肺脓肿。
- (3) 肺癌。
- (4) 肺血栓栓塞症。
- (5) 非感染性肺部浸润。

6. 预后及预防措施 预后良好。需加强体育锻炼,增强体质。

病例 1-2

患者,男,38 岁,工人。以“咳嗽、咳痰、胸痛伴高热 3 天,加重 2 小时”为主诉入院。患者 3 天前淋雨后突然出现咳嗽、咳铁锈色痰,伴右侧胸痛,同时伴有寒战、高热,体温最高达 40.0℃,自服感冒药物及退热药物(药名不详)后症状略减轻,未予进一步诊治。于就诊前 2 小时出现烦躁不安、呼吸困难加重,急诊入院。病程中食欲及睡眠差,体重无变化。无尿频、尿急、尿痛及血尿。无腹痛、腹泻、黑便。既往体健,个人史、婚育史、家族史无特殊。体格检查:T 39.1℃,P 120 次/分,R 30 次/分,BP 88/55mmHg。烦躁不安,急性病容,口唇发绀。右下肺语颤增强,叩诊呈浊音,右下肺可闻及管状呼吸音。心率 120 次/分,律齐,心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,无压痛,肝脾未触及肿大,双下肢无浮肿。辅助检查:X 线胸片显示右肺下叶大片致密阴影。血常规:WBC $24.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞占 0.901。

问题

1. 诊断?
2. 诊断依据?

3. 辅助检查?
4. 治疗方案?
5. 鉴别诊断?
6. 预后及预防措施?

参考答案和提示

1. 诊断 重症社区获得性肺炎(右肺下叶)。

2. 诊断依据

(1) 青壮年,在发病前有受凉诱因。

(2) 起病急,寒战,高热(稽留热)、咳嗽、咳铁锈色痰,右侧胸痛,出现烦躁不安、呼吸困难。

(3) 急性病容,烦躁不安,口唇发绀,T 39.1℃,P 120 次/分,R 30 次/分,HP 88/55mmHg。右下肺语颤增强,叩诊呈浊音,右下肺可闻及管状呼吸音。

(4) 胸片示右肺下叶大片致密阴影。血常规示 WBC 总数增高及中性粒细胞比例增高。

3. 辅助检查

(1) 首先痰直接涂片做革兰染色及荚膜染色(快速)。

(2) 之后做痰培养+药敏试验。

(3) 做血气分析。

(4) 必要时做胸部 B 超检查。

4. 治疗方案

(1) 抗菌药物治疗:有效、足量或联合使用抗生素。抗生素治疗的疗程通常为 14 天,或在退热后 3 天停药,或改静脉用药为口服药,维持数日。

(2) 支持疗法:卧床休息、注意补充足够蛋白质、热量、维生素。

(3) 并发症的处理

1) 纠正休克:可用低分子右旋糖酐或糖盐水。

2) 注意水、电解质及酸碱失衡。

3) 血管活性药物的应用。

4) 必要时糖皮质激素的应用。

(4) 对症治疗:祛痰、退热、镇痛。

5. 鉴别诊断

(1) 肺结核。

(2) 急性肺脓肿。

(3) 肺癌。

(4) 肺血栓栓塞症。

(5) 非感染性肺部浸润。

6. 预后及预防措施 预后良好。需加强体育锻炼,增强体质。

临床思维:肺炎链球菌肺炎

肺炎链球菌肺炎(streptococcus pneumoniae)是肺炎链球菌引起的肺炎。该病约占社区获得性(医院外感染)肺炎的50%。该病起病急骤,以高热、寒战、咳嗽、咳铁锈色痰(或带血丝痰)、胸痛为特征。X线胸片呈肺段或肺叶急性炎性实变。

【病因及发病机制】

肺炎链球菌为G⁺菌,体外有荚膜,有86个亚型。发病以冬季、初春为多,患者多为健康的青壮年,多有上感史或受寒、醉酒、全身麻醉史。呼吸道防御机制受损,细菌被吸入下呼吸道,细菌的高分子多糖体荚膜对组织侵袭、引起肺泡壁充血、水肿、红细胞和白细胞渗出,渗液经Cohn孔向肺泡中央扩散,累及几个肺段或肺叶。

【病理】

有充血期、红色肝变期、灰色肝变期、消散期。消散后肺组织结构多无破坏,个别纤维组织吸收不完全,可形成机化性肺炎,部分可并发胸膜炎、脓胸。

【临床表现】

1. 诱因 患者发病前常有受凉淋雨、醉酒、疲劳、病毒感染等诱因。

2. 症状

(1) 临床多见急起高热(稽留热型)、寒战,伴头痛、全身酸痛,乏力纳差。

(2) 典型的呼吸系统症状:咳嗽、咳痰(咳铁锈色痰或带血丝痰为该病重要临床特点),患侧胸痛,严重患者可出现呼吸困难。

(3) 部分患者可出现消化道症状如呃逆、恶心呕吐、腹胀腹泻及黄疸。

(4) 还有少部分病例出现神志模糊、烦躁、嗜睡、昏迷等神经系统症状。

3. 体征

(1) 全身表现:多可见急性病容(面颊绯红、鼻翼扇动、皮肤灼热、干燥),口唇及鼻周单纯疱疹。可出现发绀,呼吸困难。心率增快,有时心律不齐。重症患者有肠胀气,上腹部压痛(炎症累及膈胸膜时)。严重感染时可并发休克,患者出现休克表现。出现感染中毒症的患者,可见皮肤及黏膜出血点,巩膜黄染。

(2) 肺部体征:早期(充血期):病变部位无明显异常或可有呼吸运动减弱、轻度叩浊、呼吸音低及胸膜摩擦音。肺实变时:病变部位触觉语颤增强、叩诊呈浊音、可闻及支气管呼吸音。消散期:实变体征渐消失,此时可闻及湿啰音。

4. 并发症 并发症近年来很少见。严重感染中毒症患者易并发感染性休克。肺炎链球菌肺炎还可并发胸膜炎、脓胸、心包炎、脑膜炎和关节炎等。

【辅助检查】

1. 实验室检查 血常规 WBC 计数及中性粒细胞比例增高,核左移,细胞内见中毒颗粒。

2. 痰涂片为G⁺带荚膜双球菌或链球菌。

3. 痰培养可查见肺炎链球菌。

4. X线检查

(1) 早期(充血期):肺纹理增多或受累肺段、肺叶稍模糊影。

(2) 实变期:大片密度均匀、致密阴影,呈肺叶或肺段分布。实变阴影中可见支气管充气征,肋膈角可变钝。

(3) 消散期:密度轻淡,呈散在、不规则的片状阴影或斑片、点状影。有“假空洞”征。多数病例3~4周后完全消散,老年患者可因病灶吸收不完全转变为机化性肺炎。

【诊断】

根据典型症状与体征,结合胸部X线检查可对该病做出初步诊断。病原菌检测是确诊肺炎链球菌肺炎的主要依据。

【治疗】

1. 抗生素 肺炎链球菌肺炎抗生素首选青霉素G;对青霉素过敏者、青霉素耐药者或多重耐药菌株感染者,可选用喹诺酮类抗生素,如左氧氟沙星、加替沙星、莫西沙星,还可选择三代头孢或万古霉素。

2. 疗程 14天或热退后3天停药或改静脉用药为口服药。

3. 休息、营养(补充蛋白质、热量、维生素),支持治疗。

4. 对症治疗 祛痰、退热、镇痛。

5. 治疗并发症 如发生感染性休克,则需遵循控制感染、纠正休克、血管活性药物、糖皮质激素、处理休克并发症的治疗原则。其他并发症如胸膜炎、脓胸、心包炎、脑膜炎和关节炎的治疗。

思考题

1. 肺炎按照患病环境分类对临床诊断和治疗的意义是什么?
2. 肺炎的严重程度如何判断?
3. 简述各种不同类型肺炎如何合理选择抗生素?

第二节 肺结核

病例 1-3

患者,男,20岁,学生。以“咳嗽,午后低热,纳差1个月”为主诉入院。体格检查:T 37.8℃,精神差,消瘦,颈软,气管居中,右上肺语颤增强,叩诊浊音,呼吸音降低,血常规 WBC $8.9 \times 10^9/L$,中性粒细胞占0.60,Hb 112g/L,ESR 22mm/h,胸片示:右上肺散在小片渗出性病灶,密度不均,边界不清。PPD试验(++++) ,痰找抗酸杆菌阳性。

问题

1. 诊断?
2. 诊断依据?
3. 辅助检查?

4. 鉴别诊断?
5. 治疗方案?
6. 预后及预防措施?

参考答案和提示

1. 诊断 右上肺浸润型肺结核。

2. 诊断依据

- (1) 20岁学生。
- (2) 有咳嗽、午后低热 $T 37.8^{\circ}\text{C}$ 、纳差症状。
- (3) 体格检查:右上肺语颤增强,叩诊浊音,呼吸音降低。
- (4) 胸片见:右上肺小片渗出性病灶,密度不均,边缘不清。
- (5) ESR 22mm/h , PPD 试验(++++).
- (6) 痰找抗酸杆菌阳性。

3. 辅助检查 已完成抗酸杆菌涂片检查、影像学检查、结核菌素试验,必要时还可进行结核分枝杆菌培养及药物敏感性测定。治疗前还需完成肝肾功能等常规检查。其他检查如纤维支气管镜检查用于发现支气管内膜结核。

4. 鉴别诊断

(1) 肺炎:多为中、高度发热,可有黄痰,实验室检查 WBC、中性粒细胞百分比升高,抗炎治疗有效,痰细菌培养有助鉴别。

(2) 肺癌:多见于中老年人,可有刺激性干咳,血丝痰,不发热,胸片可见块影。

(3) 支扩:多有反复咳嗽,咳痰或咯血史,合并感染时可有发热、血象升高。胸片可见肺纹增多、紊乱,部分可呈蜂窝样改变,合并感染时胸片可有渗出性病灶。

5. 治疗方案 抗结核药物治疗 2HRZE/4HR。

6. 预后及预防措施 控制传染源、切断传染途径、增强免疫力是控制结核病流行的基本原则。卡介苗可保护未受感染者,使感染后不易发病,即使发病也易愈合。WHO 于 1995 年提出“控制传染源”和“监督治疗+短程化学治疗”(DOTS)的战略。

病例 1-4

患者,男,26岁,初次进城打工半年(建筑工人)。以“发热,咳嗽,乏力,盗汗1个月”为主诉入院,病史中无咯血,无脓痰史。体格检查: $T 39.2^{\circ}\text{C}$, R 24次/分,急性病容,胸廓对称,双肺语颤正常,叩清音,呼吸音正常。胸片见双肺呈弥漫性小结节影,结节直径约2mm左右,大小、分布、密度均匀。实验室检查:血象正常,ESR 46mm/h , PPD 试验(-),痰找抗酸杆菌(-)。

问题

1. 诊断?
2. 诊断依据?
3. 辅助检查?

4. 鉴别诊断?
5. 治疗方案?
6. 预后及预防措施?

参考答案和提示

1. 诊断 急性粟粒型肺结核。

2. 诊断依据

(1) 青年男性,初次进城打工,有咳嗽,发热($T 39.2^{\circ}\text{C}$),乏力,盗汗病史。

(2) 胸片见双肺弥漫性小结节影,大小、分布、密度均匀。

(3) ESR 46mm/h,血象正常。

3. 辅助检查 已完成抗酸杆菌涂片检查、影像学检查、结核菌素试验,必要时还可进行结核分枝杆菌培养及药物敏感性测定。治疗前还需完成肝肾功能等常规检查。其他检查如纤维支气管镜检查用于发现支气管内膜结核。

4. 鉴别诊断

(1) 矽肺:需有长期职业病史,不合并感染时不发热,矽结节在胸片上多以中下肺为重。

(2) 伤寒:可有高热、白细胞计数减少、皮肤玫瑰疹、肝、脾大等临床表现,胸片上无结节状阴影。

5. 治疗方案 要点

(1) 抗结核药物治疗(2HRZE/4HR)。

(2) 激素治疗(泼尼松 20mg po qd 共 1~2 周,以后每周减 5mg)。

6. 预后及预防措施 控制传染源、切断传染途径、增强免疫力是控制结核病流行的基本原则。卡介苗可保护未受感染者,使感染后不易发病,即使发病也易愈合。WHO 于 1995 年提出“控制传染源”和“监督治疗+短程化学治疗”(DOTS)的战略。

临床思维:肺结核

肺结核(pulmonary tuberculosis)是由结核分枝杆菌主要通过呼吸道传播引起的肺部慢性传染性疾病,结核杆菌分为人、牛、非洲型和鼠型 4 类,其中人、牛两型对人体致病。结核分枝杆菌具有多形性、抗酸性、生长缓慢、抵抗力强和菌体结构复杂等生物学特性。排菌的结核病患者是肺结核病的主要传染源。结核病主要通过痰、飞沫传播。老年人、HIV 感染者、免疫抑制剂使用者、慢性病患者等免疫力低下者是结核病的易感人群。

【临床表现】

肺结核患者可有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等呼吸系统症状及午后低热、乏力、盗汗、食欲减退、体重减轻和育龄女性月经不调等结核中毒症状。肺结核的体征取决于病变类型和范围。

【诊断】

程序是先筛选症状可疑患者,进行胸部 X 线检查,确定是否肺结核;根据症状和胸片判断有无活动性;根据痰检情况确定是否排菌。痰涂片或痰培养查到结核杆菌即可确定

肺结核诊断。死菌涂片宜可为阳性,仅有活菌培养方可成菌落,故痰培养对活动性肺结核的诊断意义更大。菌阴肺结核诊断标准为:①典型肺结核临床症状和胸部 X 线表现;②抗结核治疗有效;③临床可排除其他非结核性肺部疾患;④ PPD(5U)强阳性,血清抗结核抗体阳性;⑤痰结核菌 PCR 呈阳性;⑥肺外组织病理证实结核病变;⑦肺泡灌洗液中检出抗酸杆菌;⑧支气管或肺部组织病理证实结核病变。具备 1~6 中 3 项或 7、8 条中任何一项可确诊。

【鉴别诊断】

肺结核病需要与肺炎、慢性阻塞性肺病、支气管扩张、肺癌、肺脓肿、纵隔和肺门疾病以及其他发热性疾病进行鉴别。鉴别应从症状学、胸片表现、痰菌检查、PPD 试验等方面进行。

【治疗】

化学治疗的原则是早期、联合、适量、规律、全程治疗。

常用的抗结核药物有异烟肼(H)、利福平(R)、吡嗪酰胺(Z)、乙胺丁醇(E)、链霉素(S)等。抗结核药物中利福平、吡嗪酰胺有肝毒性,治疗中要复查肝功。异烟肼可引起末梢神经炎,如果发生可服用维生素 B₆。乙胺丁醇可发生视神经炎。链霉素有肾毒性和耳毒性。目前抗结核治疗多采用短程化疗。初治涂阳肺结核治疗方案:2HRZE/4HR;复治涂阳肺结核治疗方案:2HRZSE/4-6HRE;初治涂阴肺结核治疗方案:2HRZ/4HR。其中 2 个月为强化期,4~6 个月为巩固期。耐药肺结核病的治疗,最好依据药物敏感性检测结果用药。强化期最好由 5 种药物组成,巩固期至少有 3 种药物。一般在痰菌阴转后,继续治疗 18~24 个月左右。可供耐药病例选择的药物有:氧氟沙星(OFLX)、左氧氟沙星(LVFX)、1321Th、对氨基水杨酸钠(PAS)、阿米卡星(AK)、卷曲霉素(CPM)等。

咯血是肺结核的常见症状,咯血患者要注意镇静、止血、患侧卧位,要注意预防因咯血引起的窒息。大量咯血时用垂体后叶素 10U 静脉点滴或缓慢静脉推注。孕妇、高血压、冠心病、心力衰竭患者禁用垂体后叶素。对支气管动脉破裂造成的大咯血可采取支气管动脉栓塞术。大咯血患者突然停止咯血,呼吸急促、面色苍白、烦躁不安时,常为咯血窒息。应及时抢救。置患者头低脚高位,拍击健侧背部,尽快使积血由气管排出。有条件时,行气管插管吸引。

糖皮质激素只用于初治、抗结核药物治疗有效、结核中毒症状严重的结核性胸膜炎、结核性脑膜炎患者。一般用泼尼松片 20mg po qd,1~2 周后每周减 5mg。

【外科手术适应证】

合理化疗无效、多重耐药的厚壁空洞、结核性脓胸、支气管胸膜瘘和大咯血内科治疗不能止血者。

思考题

1. 结核病常有的中毒症状有哪些?
2. 结核病影像学特点有哪些?
3. 哪些情况下结核菌素试验可能阴性?

第三节 慢性阻塞性肺疾病

病例 1-5

患者,男,65岁。以“慢性咳嗽、咳痰20年,伴活动后气短8年加重1周”为主诉入院。20年来每年秋冬季受凉后咳嗽、咳少量白色或黄色黏痰,早晚较多,发作时间每年持续3个月。于8年前来伴有活动后气短和心悸,并逐年加重,1周前受凉后而咳嗽、咳黄色黏痰稍增多、气短和心悸加重入院。有30年吸烟史。体格检查:T 38.7℃。营养差,口唇舌质发绀,胸廓呈桶状,双肺呼吸运动和语颤减弱,双肺叩诊呈过清音,双肺呼吸音减弱,呼气延长,双肺下野闻及细湿啰音。心尖搏动未见,心界缩小。血常规:WBC $11.7 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.82。胸片示:双肺纹理增粗、紊乱,双侧肋间隙增宽,双侧肋骨走向变平,双肺野透亮度增高,心脏悬垂狭长,肺野外周血管纹理减少,双侧膈肌低平。肺功能示:第一秒用力呼气量容积占用力肺活量百分比($FEV_1/FVC\%$)为56%、 FEV_1 占预计值64%、残气量占肺总量的百分比($RV/TLC\%$)49%。

问题

1. 诊断?
2. 诊断依据?
3. 辅助检查?
4. 治疗方案?
5. 鉴别诊断?
6. 预后及预防措施?

参考答案和提示

1. 诊断 慢性阻塞性肺疾病(中度、急性发作期)。
2. 诊断依据
 - (1) 老年、男性,慢性咳嗽、咳痰20年,加重1周;有30年吸烟史。
 - (2) T 38.7℃;口唇舌质有发绀,桶状胸,双肺呼吸运动和语颤减弱,双肺叩诊呈过清音,双肺呼吸音减弱,呼气延长及双肺下野闻及细湿啰音。
 - (3) WBC 和中性粒细胞增多。
 - (4) 胸片示:双肺纹理增粗、紊乱,肺气肿征象。
 - (5) 肺功能示:第一秒用力呼气容积占用力肺活量百分比($FEV_1/FVC\%$)为56%(低于70%)、 FEV_1 占预计值下降为64%、残气量占肺总量的百分比增高($RV/TLC\%$)49%(高于35%)。
3. 辅助检查
 - (1) 血气分析。
 - (2) 心电图检查、心脏B超。
 - (3) 痰培养+药敏试验。
 - (4) 必要时胸部CT检查。