

医学第七轮教材“轻松突破”系列

翻不完的厚厚的教科书，让人望而生畏；

盼不响的下课铃声，让人焦躁烦闷。

哪里才是需要掌握的要点？

哪里才是考试的重点？

如何记住这些庞杂而生涩的医学知识？

请打开轻松高效的——

内科学

——听课、记忆与测试

“医行天下”医学学习记忆编委会 编



激情与梦想同在——【与“医”共舞——读典故入佳境】



效率与目标共存——【课堂记录——听要点抓考点】



挑战与技巧双赢——【记忆处方——重理解活思维】



实战与应用并举——【课后巩固——练知识增考技】



奋斗与悠闲并重——【抒情畅怀——赏唐诗提素质】



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

医学第七轮教材“轻松突破”系列

内 科 学

——听课、记忆与测试

“医行天下”医学学习记忆编委会 编

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科学——听课、记忆与测试/“医行天下”医学学习记忆编委会编. —上海: 第二军医大学出版社, 2009. 5

(医学第七轮教材“轻松突破”系列)

ISBN 978-7-81060-909-8

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 002775 号

出版人 石进英

责任编辑 高 标

内科学——听课、记忆与测试

“医行天下”医学学习记忆编委会 编

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

发行科电话/传真: 021-65493093

全国各地新华书店经销

江苏句容排印厂印刷

开本: 787×1092 1/16 印张: 18.25 字数: 631 千字

2009 年 5 月第 1 版 2009 年 5 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-909-8/R·713

定价: 35.00 元

“医行天下”医学学习记忆编委会

(按姓氏笔画排列)

王 红	王永忠	孔繁波	龙云霞	叶维新
史丽英	刘晶晶	朱永杰	付 涛	白 权
严玉群	吴华忠	李 梦	李希浩	杨红梅
苏 强	汤 宁	汤欣怡	张 奇	张桂蓉
郑 龙	周建建	周润华	钟先桂	袁继国
郭 丹	唐 宁	徐 霞	曹海军	温 艳
曾文俊	谭光明	管玉鹃		

前言

有梦想才有希望,有希望才能坚持,有坚持才能成功

“轻松突破”系列丛书是配合医学第七轮统编教材学习,帮助学生高效听课、记忆与成功应考的一套系列书。该系列书的构架如下:

【与“医”共舞——读典故入佳境】 在每一章的前面有一篇与医学有关的典故或者历代名医的故事,以鲜活的例子引导学生对学医产生兴趣,从而以最佳状态进入学习。

【课堂记录——听要点抓考点】 按照第七轮教材的构架和行文,把该记的重点和考试的重点精炼但不遗漏地——帮助学生纪录下来,相当于一个质量非常高的听课笔记或者授课教案,这样学生就可以尽量地把精力用在老师讲课内容和消化难点上,因而大大提高听课的效率。

【记忆处方——重理解活思维】 正如给病人看病一样,记忆处方是把难点指出来,把医学深奥的理论简单化、生活化,让学生插上记忆的翅膀,基础课将临床结合起来,临床课点出其理论基础。这样不但提高了学生的学习效率,也提高了对医学的兴趣,还能启发学生,使其在以后的工作中能举一反三,灵活应用,因为病人生病并不按照书本上说的得病,只有把知识领会贯通,才能真正地成为一个悬壶济世的好医生。

【课后巩固——练知识增考技】 检验学生学习好坏的标准就是考试,所以,大量的练习是应付考试的最好武器。本套丛书配有高质量的测试题,因为大部分试题是选自研究生入学考试、执业资格考试,所以不但对目前的学习有帮助,而且对以后的考试也非常有指导价值。选择题都配有答案,考虑到版面,其他试题的答案都放在网上,方便学生下载。

【抒情畅怀——赏唐诗提素质】 常有句话很值得我们深思:高文凭,低素质。同时,现在是个非常现实的社会,我们觉得有必要时刻提醒我们自己是炎黄子孙,有着深厚的历史文化,所以,最后一栏我们用唐诗来结束一章的学习,既放松心情,又能潜意识地提高学生的素质,一举两得。

根据上面的构架,不难看出本套丛书与以往的医学教辅书有着明显突出的特点,概括起来是:

1. 目标明确,紧密配套:每轮教材都有明显的不同,严格配套第七轮教材是本套丛书的宗旨。
2. 听课省时,记忆有方:抓住重点听课,挖掘记忆方法以及顺应记忆规律,把课本学会、学活是该系列的核心。
3. 边学边练,提高考技:取自考研和医师资格考试的试题是帮助学生成功结业的关键。
4. 版式新颖,劳逸结合:注重观赏性和综合美感也是该套丛书的一个亮点。

本套丛书适用于广大医学生使用,同时也是授课教师的较好参考书。由于成书时间仓促,书中难免有不妥之处,请广大读者和同仁批评指正。

编者

2009年3月

目 录

绪 论	(1)
第一篇 呼吸系统疾病	(3)
第1章 总论	(4)
第2章 急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎	(6)
第3章 肺部感染性疾病	(7)
第4章 支气管扩张	(14)
第5章 肺结核	(15)
第6章 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病	(21)
第7章 支气管哮喘	(24)
第8章 慢性肺源性心脏病	(29)
第9章 胸膜疾病	(31)
第10章 原发性支气管肺癌	(35)
第11章 呼吸衰竭	(38)
第二篇 循环系统疾病	(61)
第1章 心力衰竭	(62)
第2章 心律失常	(72)
第3章 心脏骤停与心脏性猝死	(78)
第4章 高血压	(79)
第5章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(84)
第6章 心脏瓣膜病	(91)
第7章 感染性心内膜炎	(99)
第8章 心肌疾病	(102)
第9章 心包疾病	(104)
第三篇 消化系统疾病	(125)
第1章 胃食管反流病	(126)
第2章 胃炎	(127)
第3章 消化性溃疡	(130)
第4章 胃癌	(135)
第5章 肠结核和结核性腹膜炎	(137)
第6章 炎症性肠病	(139)
第7章 功能性胃肠病	(144)
第8章 肝硬化	(146)
第9章 原发性肝癌	(149)
第10章 肝性脑病	(151)

第11章 急性胰腺炎	(153)
第12章 上消化道出血	(156)
第四篇 泌尿系统疾病	(174)
第1章 总论	(175)
第2章 肾小球病概述	(176)
第3章 肾小球肾炎	(177)
第4章 肾病综合征	(182)
第5章 尿路感染	(185)
第6章 急性肾衰竭	(189)
第7章 慢性肾衰竭	(191)
第五篇 血液系统疾病	(205)
第1章 贫血概述	(206)
第2章 缺铁性贫血	(207)
第3章 再生障碍性贫血	(209)
第4章 溶血性贫血	(211)
第5章 白细胞减少和粒细胞缺乏症	(213)
第6章 骨髓增生异常综合征	(214)
第7章 白血病	(215)
第8章 淋巴瘤	(220)
第9章 出血性疾病概述	(223)
第10章 特发性血小板减少性紫癜	(225)
第11章 弥散性血管内凝血	(226)
第六篇 内分泌系统疾病	(238)
第1章 尿崩症	(239)
第2章 甲状腺功能亢进症	(240)
第3章 库欣综合征	(245)
第4章 原发性醛固酮增多症	(249)
第5章 嗜铬细胞瘤	(250)
第七篇 代谢疾病和营养疾病	(257)
第1章 糖尿病	(258)
第2章 糖尿病酮症酸中毒	(265)
第八篇 风湿性疾病	(270)
第1章 类风湿关节炎	(271)
第2章 系统性红斑狼疮	(275)
第九篇 理化因素所致疾病	(282)
第1章 中毒总论	(283)
第2章 有机磷杀虫药中毒	(284)

绪 论



与“医”共舞——读典故入佳境

人体细胞趣闻

人的身体有大约 60 万亿个细胞,每个细胞中含有的分子数相当于银河系中星星数量的 1 万倍。

人体最大的细胞是女子的卵细胞,其直径约为 0.014 cm(1/180 英寸)。人体最小的细胞为男子的精子。185 000 个精子细胞才能抵得上 1 个卵细胞的重量。

人体的骨骼肌细胞长达 30~40 cm;有的神经细胞长达 1 m。



课堂记录——听要点抓考点

1. 内科学在临床医学中占有极其重要的位置,它不仅是临床医学各学科的基础,而且与各学科有着密切的联系,故学好内科学是学好临床医学的关键。

2. 学习方法:

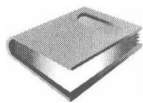
- (1) 树立全心全意为人民服务的思想和人道主义的高尚医德。
- (2) 系统学习: 扎实掌握内科学的基础理论,基础知识和基本技能。
- (3) 毕业实习: 临床实践,理论联系实际。

3. 内科疾病的诊断:

- (1) 详细地询问病史。
- (2) 系统的体格检查。
- (3) 必要的实验室检查及其他辅助检查。

4. 内科学的进展: 分子生物学、细胞生物学、分子遗传学、免疫学、计算机技术和基础医学的理论和技术的快速发展,内科学也相应地发展很快。应掌握以下 4 个方面。

- (1) 病因和发病机制。
 - (2) 诊断技术。
 - (3) 疾病的防治。
 - (4) 医学模式的转变: 生物-心理-社会医学模式。
5. 增强法律意识。
6. 循证医学。
7. 中西医结合。



课后巩固——练知识增考技

简答题

试述学习内科学的方法。



抒情畅怀——赏唐诗提素质

同题仙游观^①

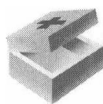
韩 愈

仙台初见五城楼^②，风物凄凄宿雨收。
山色遥连秦树晚，砧声^③近报汉宫秋。
疏松影落空坛静，细草香闲小洞幽。
何用别寻方外^④去，人间亦自有丹丘^⑤！

注释：

- ① 仙游观：在今河南嵩山逍遥谷内。唐高宗为道士潘师正所建。
- ② 五城楼：黄帝筑五城十二楼。此喻指仙游观。
- ③ 砧声：在捣衣石上捣衣的声音。
- ④ 方外：神仙居住的世外仙境。
- ⑤ 丹丘：神话中昼夜长明的神仙之地。

第一篇 呼吸系统疾病



与“医”共舞——读典故入佳境

人体皮肤其实是个细菌“动物园”

美国微生物学家发现,人类皮肤上存活着 182 种细菌,其中一些只是短暂寄居,而有些则在皮肤上安营扎寨、长期居住。

美国《国家科学院学报》报载纽约大学医学院博士马丁·布莱泽的最新发现,研究人员已经在人类皮肤上确认了 182 种细菌,共分为 91 类,其中大约 8% 的细菌之前从未被发现过。基于这一数据,布莱泽推断人类皮肤上大概存活 250 种以上的细菌。

皮肤是人体最大的器官。研究发现,人类皮肤上的细菌种类随着时间变化而有所不同。有些细菌常年存活在人的皮肤上,约占总数的 54.4%,它们主要为葡萄球菌、链球菌、丙酸菌和棒状杆菌四类。其余的细菌则都是短期寄居在人类皮肤上。

研究人员还发现,一些细菌,如放线杆菌等还与其宿主的性别有关。已被确认的 182 种细菌中就有 3 种只存活在男性研究对象的皮肤上。

布莱泽说,人们不必对这一研究结论大惊小怪,也不必感到害怕。细菌是地球上最早出现的单细胞微生物之一。虽然有些细菌会导致疾病,但也有一些细菌对人体有益。

实际上,细菌长期以来一直存活在人体中,已经成为了人体的一部分。没有细菌,人体也就无法正常新陈代谢。有些细菌在人体内可以起到促进消化等有益作用。布莱泽补充说,很多细菌都对人体起着保护作用,所以他不建议人们总是清洗自己的身体,因为那是在洗掉人体的一层“保护伞”。

第 1 章 总 论



课堂记录——听要点抓考点

一、呼吸系统疾病是我国的常见病

病死率：城市占第 4 位；农村占第 1 位。

二、呼吸系统的结构功能与疾病的关系

1. 与外环境接触最频繁，易受各种有害因素侵袭。
2. 两组血供：肺循环的动、静脉为气体交换的功能血管；体循环的支气管动、静脉为营养血管；肺与全身各器官的血液及淋巴循环相通。
3. 肺为低压、低阻、高容的器官。
4. 自身免疫和代谢的全身疾病都可累及肺部。

三、呼吸系统疾病好发的相关因素

1. 大气污染和吸烟危害。
2. 吸入变应原增加。
3. 肺部感染病原学的变异及耐药性的增加。
4. 抗生素的大量使用，病原菌发生变迁，耐药菌株增加，临床治疗发生困难。

四、呼吸系统疾病的诊断

1. 病史。
2. 症状：
 - (1) 咳嗽：
 - 1) 发作性干咳——咳嗽型哮喘。
 - 2) 长年咳嗽，冬季加重——慢性支气管炎，简称“慢支”。
 - 3) 急性发作刺激性咳嗽伴发热——急性喉、气管、支气管炎。
 - 4) 高亢的咳嗽伴呼吸困难——肺癌累及气道。
 - (2) 咳痰：

铁锈色痰	肺炎链球菌感染
大量黄脓痰	肺脓肿或支气管扩张
红棕色胶冻样痰	肺炎克雷白菌感染
粉红色泡沫痰	肺水肿
咖啡样痰	肺阿米巴病
痰量减少，体温升高	支气管引流不畅
脓痰有恶臭	厌氧菌感染

(3) 咯血: 痰中经常带血是肺结核、支气管扩张简称“支扩”、肺癌的常见症状。

(4) 呼吸困难:

反复发作性呼吸困难	支气管哮喘
夜间阵发性呼吸困难	急性左心衰竭
慢性进行性气促	慢性阻塞性肺疾病
急性气促伴胸痛	气胸、胸腔积液、肺炎
吸气性喘鸣音	喉头水肿、肿瘤、异物引起上气道阻塞

(5) 胸痛: 出现胸痛表明胸膜受累, 咳嗽、深吸气加剧, 应注意与非呼吸道疾病引起的胸痛鉴别, 如心绞痛、食管、腹腔疾患注意与肋软骨炎、肋神经炎区别。

3. 体征: 肺部体征与病情严重程度不平行, 没有阳性体征不表示肺部没有病变, 而出现阳性体征说明肺部存在病变, 支气管、支气管炎病变以干、湿性啰音为主, 大片炎变呈实变体征, 胸腔积液、气胸、或肺不张可出现相应体征。

4. 实验室和其他检查:

(1) 血液检查: 血常规、血清抗体和病原学检查。

(2) 抗原皮肤试验: ①哮喘的变应原检测; ②结核菌素试验。

(3) 痰液检查: ①标本的获取: 环甲膜穿刺、防污染毛刷; ②痰细胞学检查: 肺癌的诊断。

(4) 胸腔积液检查和胸膜活检。

(5) 影像学检查: 胸片+CT。

(6) 支气管镜检。

(7) 胸腔镜检。

(8) 放射性核素扫描。

(9) 呼吸功能测定。

(10) 肺活体组织检查: ①在 B 超和 CT 引导下经皮肺活检; ②在 X 线或 CT 引导下经纤支镜肺活检。

(11) 超声检查: B 超定位指导穿刺。

肺通气功能的评价

	阻塞性通气功能障碍	限制性通气功能障碍
常见疾病	阻塞性肺病	胸廓畸形、胸膜疾病、肺纤维化
通气障碍特点	流速降低为主($FEV_1/FVC\%$ 下降)	肺容量减少为主(VC 下降)
VC	减低或正常	减低
RV	增加	减低
TLC	正常或增加	减低
RV/TLC	明显增加	正常或略增加
$FEV_1/FVC\%$	减低	正常或增加
MMFR	减低	正常或减低

注: VC: 肺活量; RV: 残气量; TLC: 肺总量; FEV_1 : 第 1 秒用力呼气量; FVC: 用力肺活量; MMFR: 最大呼气中期流速。

第2章 急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎



课堂记录——听要点抓考点

第一节 概 述

1. 急性上呼吸道感染的病因和发病机制:

- (1) 70%~80%由病毒引起,常见有鼻病毒、腺病毒、冠状病毒、柯萨奇病毒等。细菌以溶血性链球菌多见。
- (2) 冬春季多发,无交叉免疫,有一定传染性,可反复多次发作。

2. 急性上呼吸道感染的临床分型及表现:

- (1) 普通感冒:由鼻病毒、冠状病毒、流感病毒等引发,以鼻咽部卡他症状为主。
- (2) 病毒性咽炎和喉炎:由鼻病毒、腺病毒、流感病毒等引发,表现为咽痒、声嘶。
- (3) 疱疹性咽峡炎:柯萨奇 A 病毒。明显咽痛、发热,咽峡部见灰白色疱疹及浅表溃疡。
- (4) 咽结膜热:由腺病毒、柯萨奇病毒引起,有发热、咽痛、畏光,咽及结膜充血明显。
- (5) 细菌性咽-扁桃体炎。

记忆处方——重理解活思维

溶血性链球菌是细菌性咽-扁桃体炎最常见的病原体。

3. 急性上呼吸道感染的实验室检查、诊断与鉴别诊断、治疗及预防:

- (1) 实验室检查:血白细胞计数多正常或偏低,细菌感染则增多。胸部 X 线检查正常。
- (2) 诊断:病因诊断需行细菌培养、病毒分离或血清学检查确诊。
- (3) 鉴别诊断:①过敏性鼻炎;②流行性感冒;③其他前驱症状类似上呼吸道感染的传染病。
- (4) 治疗及预防:对症处理、防治继发细菌感染。增强体质是最好的预防措施。

第二节 流行性感冒

1. 流行性感冒的病原体及发病机制:

- (1) 流感是流感病毒引起的急性呼吸道传染病,它通过接触、空气飞沫传播,人群普遍易感。
- (2) 病原体:按抗原性流感病毒分为甲、乙、丙 3 型,甲型流感病毒常引起大流行。流感病毒抗原性变化较快,人类无法获得持久的免疫力。
- (3) 发病机制:病毒通过其神经氨酸酶的作用,进入细胞内繁殖。可有支气管肺炎改变。

2. 流行性感冒的临床表现、实验室检查、治疗、预防:

- (1) 潜伏期:1~3 d,常有明显流行。
- (2) 主要症状:全身中毒症状较重,鼻咽部症状较轻。起病急有畏寒、高热、头痛、头晕、全身酸痛、乏力等中毒症状。伴咽痛、流涕、流泪、咳嗽等症状。
- (3) 消化道症状:少数患者有食欲减退、腹痛、腹泻等。

- (4) 血常规: 血白细胞正常或减低, 淋巴细胞相对增加。
- (5) 病原学检查: 鼻咽分泌物或口腔含漱液可分离出流感病毒。
- (6) 抗流感病毒抗体: 恢复期血清中抗流感病毒抗体滴度比急性期有 4 倍或 4 倍以上升高。
- (7) 治疗: 对患者进行隔离、支持和对症治疗; 及早应用抗病毒药物。
- (8) 预防: 加强身体锻炼, 增强体质, 劳逸结合, 生活规律, 避免受凉, 冬季多开窗通气。流行季节减少聚会和尽量少去公共场所。

第三节 急性气管-支气管炎

1. 急性气管-支气管炎的病因及发病机制:

- (1) 感染: 病毒、细菌、衣原体、支原体等直接感染或因上呼吸道感染蔓延所致。
- (2) 物理、化学因素: 冷空气、粉尘、刺激性气体的吸入。
- (3) 过敏: 花粉、真菌孢子。

2. 急性气管-支气管炎的临床表现、实验室检查、诊断和鉴别诊断:

- (1) 临床表现: ①起病急, 常有上呼吸道感染症状; ②全身症状一般轻, 发热, 体温 38°C 左右; 咳嗽、咳痰, 偶有气促感; ③体征不多, 可有散在的、部位不固定的干、湿性啰音。
- (2) 实验室检查: 血象多正常; 胸片多正常或仅有肺纹理粗; 痰培养可发现致病菌。
- (3) 诊断: 根据病史、症状、体征、胸片等。病因的确定需进行病毒、细菌学检查。
- (4) 鉴别诊断: ①流行性感冒; ②急性上呼吸道感染; ③其他疾病伴发急性支气管炎症状者如支气管肺炎、肺结核、肺脓肿、麻疹、百日咳等鉴别。

3. 急性气管-支气管炎治疗、预后和预防:

- (1) 治疗: 使用大环内酯类、青霉素类、喹诺酮类、头孢菌素等; 止咳祛痰, 必要时平喘治疗。
- (2) 预后: 反复发作或迁延不愈可能演变成慢性支气管炎。
- (3) 预防: 增强体质, 清除鼻咽部病灶, 防治“上感”, 防治空气污染。

第 3 章 肺部感染性疾病



课堂记录——听要点抓考点

第一节 肺炎概述

一、病因和发病机制

记忆处方——重理解活思维

是否发生肺炎取决于两个因素: 病原体和宿主因素。

二、分类

(一) 解剖分类

1. 大叶性肺炎:

(1) 即肺泡性肺炎,炎症经肺泡→肺泡间孔(Cohn 孔)→肺泡→肺段→肺叶。

(2) 以肺泡腔病变为主。

(3) 常见致病菌为肺炎链球菌。

(4) X线显示节段性片状密度增高影。

2. 小叶性肺炎:

(1) 即支气管肺炎:炎症经支气管→细支气管→终末细支气管→肺泡。

(2) 多继发于其他疾病:支气管炎、支气管扩张等。

(3) X线显示沿肺纹理分布的融合性斑点状阴影。

(4) 支气管肺炎。

3. 间质性肺炎:以肺间质为主的炎症多由细菌、支原体、衣原体、病毒、卡氏肺囊虫引起累及支气管壁和支气管周围,有肺泡壁增生及间质水肿 X线显示为一侧或双侧肺下部的不规则条索状密度增高阴影。

(二) 病因分类

1. 细菌性肺炎:

记忆处方——重理解活思维

细菌性肺炎最常见,占肺炎的80%。

(1) 常见致病菌:

1. 需氧革兰阳性球菌:肺炎球菌、金黄色葡萄球菌等。

2. 需氧革兰阴性杆菌:肺炎克雷白杆菌、流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌等厌氧杆菌。

(2) 病原菌分布规律的变化:①肺炎球菌的比例下降;②革兰阴性杆菌的比例增加,如铜绿假单胞菌、肺炎克雷白杆菌等;③新的病原菌肺炎的发生率逐年增加,如军团菌等;④非致病菌成为机会致病菌;⑤真菌发病率增加;⑥耐药菌株不断增加;⑦变化的原因:环境发生改变。

2. 非典型病原体所致肺炎,病原体为军团菌、支原体和衣原体等。

3. 病毒性肺炎,病原体为腺病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒等。

4. 真菌性肺炎,病原体为白念珠菌、曲菌等。

5. 其他病原体所致肺炎,病原体为立克次体、弓形体等。

6. 物理、化学及过敏性肺炎。

(三) 患病环境分类

1. 社区获得性肺炎(CAP):

(1) CAP 是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。

(2) 肺炎球菌为主(40%),其次为革兰阴性杆菌(20%),其中最常见的是肺炎克雷白杆菌。

2. 医院获得性肺炎(HAP):

(1) HAP 是指患者入院时不存在,也不处于潜伏期,而于入院 48 h 后在医院内发生的肺炎,占全部院内感染的第 3 位。

(2) 主要为革兰阴性杆菌(50%),如铜绿假单胞菌、肺炎克雷白杆菌、流感嗜血杆菌、肠杆菌属等;其次为肺炎球菌(30%)、金黄色葡萄球菌(10%)。

(3) 免疫受损宿主(ICH)。

(4) 发热、咳嗽、咳痰,原呼吸症状加重,脓血痰,胸痛,呼吸困难、窘迫,发绀。

(5) 肺实变及胸腔积液体征。

(6) 革兰阴性杆菌病变融合、坏死,形成多发性脓肿,常累及双肺下叶。

三、诊断与鉴别诊断

(一) 确定肺炎诊断

1. 首先,把肺炎与上呼吸道感染和下呼吸道感染区别开来。

2. 其次,把肺炎与其他类似肺炎的疾病区别开来:①肺结核;②肺癌;③急性肺脓肿;④肺血栓栓塞症;⑤非感染性肺部浸润。

(二) 评估严重程度

1. 病史、体征、实验室和影像学异常。

2. 重症肺炎的诊断标准。

(三) 确定病原体

1. 痰。

2. 经纤维支气管镜或人工气道吸引。

3. 防污染样本毛刷。

4. 支气管肺泡灌洗。

5. 经皮细针抽吸。

6. 血和胸腔积液培养。

四、治疗

1. 抗感染治疗是最主要的环节。

2. 重症肺炎首选广谱强力抗菌药物。

3. 48~72 h后应对病情进行评价,并根据培养结果选择针对性抗生素。

五、预防

1. 加强体育锻炼,增强体质。

2. 减少危险因素。

3. 注射流感或肺炎疫苗。

第二节 细菌性肺炎

一、肺炎球菌肺炎

肺炎球菌肺炎是由肺炎球菌或称肺炎链球菌所引起,约占院外感染肺炎的半数。肺段或肺叶呈急性炎性实变,临床以高热、寒战、咳嗽、血痰及胸痛为特征,起病通常急骤。近年来典型病例少见。

1. 临床表现:

(1) 症状:

1) 病前常有受凉淋雨、疲劳、醉酒、病毒感染史,大多有数日上呼吸道感染的前驱症状。起病多急骤、高热、寒战、体温通常在数小时内升至 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,高峰在下午或傍晚,或呈稽留热,脉率随之增速。

2) 患者感全身肌肉酸痛,患侧胸部疼痛,可放射到肩部或腹部,咳嗽或深呼吸时加剧。痰少,可带血或呈铁锈色,胃纳锐减,偶有恶心、呕吐、腹痛或腹泻。可被误诊为急腹症。

3) 患者呈急性热病容,面颊绯红,鼻翼扇动,皮肤灼热、干燥,口角及鼻周有单纯疱疹;病变广泛时可出现发绀;有败血症时,可出现皮肤、黏膜出血点、巩膜黄染;累及脑膜时,可有颈抵抗及出现病理性反射。心率增快,有时心律不齐。

(2) 体征:早期肺部体征无明显异常,仅有胸廓呼吸运动幅度减小,轻度叩浊,呼吸音减低及胸膜摩擦音。肺

实变时有叩诊呈浊音、触觉语颤增强及支气管呼吸音等典型体征。消散期可闻及湿性啰音,重症患者有肠胀气,感染严重时可伴发休克、急性呼吸窘迫综合征及神经症状,表现为神志模糊、烦躁、呼吸困难、嗜睡、谵妄、昏迷等。

记忆处方——重理解活思维

典型病变有充血期、红色肝变期、灰色肝变期、消散期。

2. 并发症: ①严重败血症或毒血症患者,易发生感染性休克,尤其是老年人;②并发胸膜炎时多为浆液纤维蛋白性渗出液;③偶尔发生脓胸;④肺脓肿亦为常见并发症。

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。病原菌检测是确诊本病的主要依据。

4. 鉴别:

(1) 干酪样肺炎: 常呈低热乏力,盗汗,消瘦等结核毒血症状,痰中易找到结核菌,X线显示病变多在肺尖或锁骨上下,密度不均,消散缓慢,且可形成空洞或肺内播散。

(2) 其他病原体所致的肺炎: 军团杆菌肺炎、支原体肺炎、SARS(非典型肺炎)等,病原学有助诊断。

(3) 急性肺脓肿随病程进展,咳出大量脓臭痰为肺脓肿的特征。X线显示脓腔及液平面,鉴别不难。

(4) 肺癌通常无显著急性感染中毒症状,血细胞计数不高,抗生素治疗效果欠佳,若痰中发现癌细胞可以确诊。必要时进一步作CT、MRI、纤维支气管镜检查、痰脱落细胞等。

(5) 其他肺炎伴剧烈胸痛时,应与渗出性胸膜炎、肺梗死鉴别。相关的体征及X线影像有助鉴别。肺梗死常有静脉血栓形成的基础,咯血较多见,很少出现口角疱疹。下叶肺炎可能出现腹部症状,应通过X线、B超等与急性胆囊炎、膈下脓肿、阑尾炎等进行鉴别。

5. 治疗:

(1) 抗菌药物治疗首选青霉素G。对青霉素过敏者,轻者可用红霉素,亦可用林可霉素。氟喹诺酮类药物亦可用于对青霉素过敏或耐青霉素菌株感染者。疗程为5~7d,退热后3d停药。

(2) 支持疗法。

(3) 并发症的处理: 应用抗菌药高热多在2~4h内退却,若体温再升3d仍不退,多有肺炎球菌的肺外感染。肺炎治疗不当,可并发脓胸,应积极排脓引流并局部加用青霉素。慢性包裹性脓胸可考虑肋间切开水封瓶闭式引流。

(4) 感染性休克的治疗:

1) 补充血容量。

2) 血管活性药物的应用,如多巴胺、异丙肾上腺素、间羟胺等。

3) 控制感染,加大青霉素剂量,400万~1000万U/d静滴。

4) 对于病情严重者可应用糖皮质激素。

5) 纠正水、电解质和酸碱紊乱输液太快,可发肺水肿、心力衰竭,应随时监测。注意血气分析。

6) 补液: 过多过速或伴有中毒性心肌炎时易出现心功能不全,应及时减慢输液,酌情使用毒毛花苷K或毛花苷C静脉注射。

二、克雷白杆菌肺炎

1. 克雷白杆菌肺炎是由肺炎克雷白杆菌引起的急性肺部炎症,多见于老年、营养不良、慢性酒精中毒、慢性支气管-肺疾病及全身衰竭的患者。

2. 本病多见于中年以上男性,起病急,高热、咳嗽、痰多及胸痛,可有发绀、气急、心悸,约半数患者有畏寒,可早期出现休克。临床表现类似严重的肺炎球菌肺炎,但其痰常呈黏稠脓性、量多、带血,灰绿色或砖红色、胶冻状(特征病变牢记),胸部X线表现常呈多样性,肺叶或肺小叶实变,好发于右肺上叶、双肺下叶,有多发性蜂窝状肺脓肿、叶间隙下坠。

3. 老年体弱患者有急性肺炎、中毒症状严重、且有血性黏稠痰者,应考虑本病。确诊有赖于痰细菌学检查,并与葡萄球菌、结核菌或其他革兰阴性杆菌所致肺炎相鉴别。年老、WBC减少、菌血症者预后差。

4. 及早使用有效抗生素是治愈的关键。首选氨基糖苷类抗生素。原则为第二、第三代头孢菌素联合氨基糖