

临床诊疗学

主 编 王红梅 杨 敏 李 星

黑龙江科学技术出版社

《临床诊疗学》

编委会

主 编 王红梅 杨 敏 李 星

副主编 (按姓氏笔画排序)

马东升	王安华	王桂芳	王晓慧
毛书君	叶东海	任 彬	朱雪峰
刘东建	刘俊英	刘 娜	孙晶波
李文江	李玉芳	李迎春	李丽娜
张 宇	张丽丽	张 君	张海军
宋亚彬	汤艳娟	陈兴华	陈红娟
周振芳	赵艳丽	赵清玉	高 颖
栾文勃	曹在红	崔立山	魏红娟

编 委 (按姓氏笔画排序)

于 杰	王春芝	王秀丽	白晓红
孙桂苓	张会东	张晓锋	张泉源
李洪涛	李 叶	李彩霞	宋 艳
肖景德	杨永山	陈立东	邵建革
罗庆思	罗德梅	邱光伟	郁建秋
赵海潇	耿红梅	高海洋	徐明丽
徐 刚	都志朋	曹振生	崔天来
崔立才	覃艳梅	蒋新阳	楚少平
谭晓薇	谭会杰	赫 楠	魏艳美

前 言

当前,随着医学水平的快速发展,医学分支越来越细,临床医师在本专业的造诣越来越深,却不可避免地荒疏其他学科,从而限制了医学水平的创新与突破。因此,了解临床各科最新诊疗知识,开拓思路,突破瓶颈,已成为几乎所有临床医师的迫切需要。同时,随着医疗保健知识的日渐普及,人们渴望对疾病的诊断治疗、预防保健等措施有更进一步、更专业化的了解。

为了满足广大读者及临床医师的迫切需求,我们编写了《临床诊疗学》一书,全面详细介绍了临床各科常见病的病因、症状、体征、诊断和治疗方法。在编写过程中,力求文字准确简练,内容全面,并注意收集了国内外有关的新观点、新方法予以介绍。通过本书的出版发行,希望能使广大医卫工作者用最简单快捷的方法,了解临床工作中所遇到的相关专业知识,也希望能使广大读者对各科常见病增强了解,普及防病、治病知识,提高人们的健康水平。

本书由王红梅、杨敏、李星主编,其具体编写分工为:

第一章第一节至第四节由李丽娜编写,第五节至第九节由刘俊英编写,第十节由杨永山编写,第十一节和第十二节由孙晶波编写,第十三节至第十五节由张丽丽编写,第十六节由朱雪峰编写,第十七节至第二十节由赵海潇编写,第二十一节至第二十五节由曹在红编写,第二十六节至第三十二节由叶东海编写,第三十三节至第三十七节由邵建革编写,第三十八节至第四十节由李星编写,第四十一节至第四十六节由任彬编写,第四十七节和第四十八节由赫楠编写,第四十九节由王红梅编写,第五十节至第五十一节由王晓慧编写,第五十二节至第五十五节由宋亚彬编写,第五十六节至第五十九节由刘娜编写,第六十节至第六十六节由王桂芳编写。第二章第一节至第四节由李文江编写,第五节至第十四节由马东升编写,第十五节由李彩霞编写,第十六节至第十八节由崔立山编写,第十九节至第二十一节由张宇编写,第二十二节至第二十五节由刘东建编写,第二十六节至第二十八节由张海军编写,第二十九节和第三十节由张君编写,第三十一节由宋艳编写。第三章第一节至第三节由赵艳丽编写,第四节至第十一节由李玉芳编写,第十二节至第十六节由高颖编写,第十七节至第二十节由赵清玉编写,第二十一节至第二十七节由王安华编写,第二十八节至第三十节由白晓红编写。第四章第一节至第七节由魏红娟编写,第八节至第十四节由毛书君编写,第十五节至第十八节由陈红娟编写,第十九节至第二十三节由李迎春编写。第五章第一节至第六节由于杰编写,第七节至第十五节由张会东编写。第六章第一节至第四节由覃艳梅编写,第五节至第九节由汤艳娟编写,第十节至第十二节由陈立东编写,第十三节由杨敏编写,第十四节由李洪涛编写。第七章第一节由周振芳编写,第二节由栾文勃编写。第八章第一节至第四节由耿红梅编写,第五节至第七节由徐明丽编写,第八节由陈兴华编写,第九节至第十四节由孙桂苓编写,第十五节至第二十一节

由王春芝编写。

本书作者魏红娟、王晓慧、王桂芳、周振芳、张丽丽、杨敏、任彬工作于大庆油田总医院(齐齐哈尔医学院附属第五医院);王红梅、王安华、崔立山、李星、李洪涛、张海军、李丽娜、刘俊英、赵清玉、杨永山、赫楠工作于大庆市人民医院(哈尔滨医科大学附属第五医院);王春芝工作于大庆市中医医院;邵建革、张宇、孙晶波、马东升、耿红梅、赵海潇、徐明丽、宋亚彬、汤艳娟、陈立东、刘娜工作于大庆龙南医院(齐齐哈尔医学院附属第五医院);栾文勃工作于大庆市第四医院;朱雪峰工作于大庆油田总医院集团铁人医院;叶东海工作于大庆油田总医院集团解放社区卫生服务中心;于杰、毛书君、宋艳工作于大庆市红岗区人民医院;白晓红工作于大庆市龙凤区人民医院;曹在红工作于大庆市大同区大同镇医院;陈红娟、张会东、李迎春、张君工作于大庆市中西医结合医院。覃艳梅工作于大庆德坤瑶医特色医院;李玉芳、李文江工作于大庆市爱心医院,高颖工作于大庆市萨尔图区疾病预防控制中心,孙桂苓工作于大庆市幼教中心第九幼儿园,刘东建、陈兴华工作于黑龙江省农垦红兴隆分局中心医院,赵艳丽工作于肇源县妇幼保健院;王秀丽、张晓锋、张泉源、李叶、李彩霞、肖景德、罗庆思、罗德梅、邱光伟、郁建秋、高海洋、徐刚工作于广州博康医院;都志朋、曹振生、崔天来、崔立才、蒋新阳、楚少平、谭晓薇、谭会杰、魏艳美工作于珠海中西医结合医院。

因编者水平有限,谬误疏漏在所难免,望读者不吝赐教,以便再版时更正。

编著者
2009年3月

目 录

第一章 内科疾病的诊治	(1)
第一节 急性上呼吸道感染和急性气管 - 支气管炎	(1)
第二节 支气管扩张	(4)
第三节 慢性阻塞性肺疾病	(8)
第四节 睡眠呼吸暂停综合征	(13)
第五节 呼吸衰竭	(18)
第六节 肺性脑病	(23)
第七节 支气管哮喘	(25)
第八节 咯血	(29)
第九节 自发性气胸	(32)
第十节 肺部感染性疾病	(36)
第十一节 肺癌	(53)
第十二节 原发性肝癌	(69)
第十三节 胃炎	(80)
第十四节 消化性溃疡	(85)
第十五节 胃癌	(92)
第十六节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(98)
第十七节 窦性心律失常	(115)
第十八节 房性心律失常	(117)
第十九节 房室交界区性心律失常	(122)
第二十节 室性心律失常	(127)
第二十一节 糖尿病	(131)
第二十二节 甲状腺功能亢进症	(136)
第二十三节 甲状腺炎	(140)
第二十四节 垂体瘤	(142)
第二十五节 巨人症和肢端肥大症	(145)
第二十六节 腺垂体功能减退症	(148)
第二十七节 生长激素缺乏性侏儒症	(151)
第二十八节 尿崩症	(154)
第二十九节 抗利尿激素分泌失调综合征	(158)
第三十节 甲状腺肿	(161)
第三十一节 Cushing 综合征	(163)

第三十二节	原发性醛固酮增多症	(168)
第三十三节	泌尿道感染	(174)
第三十四节	间质性肾炎	(181)
第三十五节	镇痛剂肾病	(185)
第三十六节	肾乳头坏死	(186)
第三十七节	肾小管性酸中毒	(186)
第三十八节	梗阻性肾病	(190)
第三十九节	急性肾功能衰竭	(193)
第四十节	慢性肾功能衰竭	(203)
第四十一节	类风湿性关节炎	(216)
第四十二节	皮炎	(224)
第四十三节	硬皮病	(228)
第四十四节	结节性多动脉炎	(233)
第四十五节	白塞氏病	(236)
第四十六节	韦格内氏肉芽肿	(241)
第四十七节	结节性脂膜炎	(244)
第四十八节	干燥综合征	(246)
第四十九节	脑血管疾病	(249)
第五十节	锥体外系疾病	(274)
第五十一节	癫痫	(281)
第五十二节	中枢神经系统感染	(292)
第五十三节	头痛	(297)
第五十四节	神经系统变性疾病	(301)
第五十五节	神经系统先天性疾病	(305)
第五十六节	急性感染性多发性神经炎	(309)
第五十七节	慢性感染性脱髓鞘性多发性神经根神经病	(314)
第五十八节	良性流行性神经肌无力	(318)
第五十九节	多发性神经炎	(319)
第六十节	急性非特异性脊髓炎	(326)
第六十一节	细菌性脊髓炎	(332)
第六十二节	脊髓梅毒	(334)
第六十三节	帕金森病	(336)
第六十四节	脑性瘫痪	(339)
第六十五节	脊髓灰质炎	(345)
第六十六节	周围神经疾病	(349)
第二章	外科疾病的诊治	(353)
第一节	急性阑尾炎	(353)
第二节	肝肿瘤	(357)

第三节 肠梗阻·····	(361)
第四节 胆石病·····	(367)
第五节 髌关节脱位·····	(371)
第六节 股骨颈骨折·····	(374)
第七节 股骨转子间骨折·····	(376)
第八节 股骨干骨折·····	(378)
第九节 髌骨脱位·····	(380)
第十节 髌骨骨折·····	(381)
第十一节 膝关节韧带损伤·····	(382)
第十二节 膝关节半月板损伤·····	(384)
第十三节 胫骨平台骨折·····	(387)
第十四节 胫腓骨干骨折·····	(388)
第十五节 踝部骨折·····	(389)
第十六节 颅内压增高·····	(391)
第十七节 颅脑损伤·····	(400)
第十八节 脑霉菌性肉芽肿·····	(416)
第十九节 颅脑和脊髓先天性畸形·····	(418)
第二十节 颅内肿瘤·····	(423)
第二十一节 椎管内肿瘤·····	(431)
第二十二节 颅内和椎管内血管性疾病·····	(434)
第二十三节 颅内非特异性感染·····	(444)
第二十四节 脑结核瘤·····	(451)
第二十五节 脑蛛网膜炎·····	(456)
第二十六节 头皮肿瘤·····	(461)
第二十七节 颅骨肿瘤·····	(472)
第二十八节 寰枕部畸形·····	(482)
第二十九节 手部骨折·····	(487)
第三十节 手部神经损伤·····	(499)
第三十一节 麻醉·····	(504)
第三章 妇产科疾病的诊治·····	(522)
第一节 妊娠高血压综合征·····	(522)
第二节 异位妊娠·····	(529)
第三节 妊娠晚期出血·····	(535)
第四节 羊水量异常·····	(540)
第五节 双胎妊娠与巨大胎儿·····	(543)
第六节 胎儿生长受限·····	(546)
第七节 胎儿窘迫与胎膜早破·····	(548)
第八节 胎儿先天畸形·····	(551)

第九节 流产	(553)
第十节 早产	(555)
第十一节 妊娠剧吐	(557)
第十二节 外阴上皮内瘤	(558)
第十三节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(559)
第十四节 妊娠合并心脏病	(561)
第十五节 妊娠合并病毒性肝炎	(566)
第十六节 妊娠合并糖尿病	(570)
第十七节 妊娠合并性传播疾病	(575)
第十八节 产力异常	(583)
第十九节 产道异常	(588)
第二十节 胎位异常	(594)
第二十一节 产后出血	(602)
第二十二节 子宫破裂	(607)
第二十三节 子宫腺肌病	(609)
第二十四节 脐带异常	(610)
第二十五节 异常产褥	(613)
第二十六节 子宫内膜异位症	(619)
第二十七节 羊水栓塞	(627)
第二十八节 女性生殖器官发育异常	(630)
第二十九节 外阴及阴道炎症	(634)
第三十节 宫颈癌	(642)
第四章 儿科疾病的诊治	(649)
第一节 新生儿缺氧缺血性脑病	(649)
第二节 新生儿颅内出血	(652)
第三节 胎粪吸入综合征	(654)
第四节 新生儿呼吸窘迫综合征	(657)
第五节 新生儿黄疸	(660)
第六节 新生儿低钙血症	(662)
第七节 川崎病	(664)
第八节 维生素 D 缺乏性佝偻病	(666)
第九节 婴儿手足搐搦症	(669)
第十节 腹泻病	(671)
第十一节 急性上呼吸道感染	(674)
第十二节 急性喉炎	(676)
第十三节 肺炎	(677)
第十四节 缺铁性贫血	(681)
第十五节 营养性巨幼细胞性贫血	(683)

第十六节 营养性混合性贫血	(687)
第十七节 溶血性贫血	(689)
第十八节 急性肾功能衰竭	(697)
第十九节 肾小管酸中毒	(701)
第二十节 遗尿症	(704)
第二十一节 急性肾小球肾炎	(706)
第二十二节 肾病综合征	(710)
第二十三节 血尿	(716)
第五章 耳鼻喉科疾病的诊治	(719)
第一节 外耳疾病	(719)
第二节 中耳疾病	(722)
第三节 内耳疾病	(728)
第四节 鼻及鼻窦炎症	(730)
第五节 鼻及鼻窦外伤	(733)
第六节 鼻出血	(734)
第七节 变应性鼻炎	(738)
第八节 鼻中隔疾病	(740)
第九节 鼻腔异物	(742)
第十节 咽喉部炎症	(743)
第十一节 咽喉部异物	(748)
第十二节 声带麻痹	(749)
第十三节 喉梗阻	(750)
第十四节 鼾症	(751)
第十五节 喉癌	(753)
第六章 中医科疾病的诊治	(757)
第一节 感冒	(757)
第二节 咳嗽	(761)
第三节 肺痿	(766)
第四节 肺痈	(769)
第五节 哮证	(774)
第六节 喘证	(780)
第七节 肺胀	(785)
第八节 肺癆	(789)
第九节 痰饮	(795)
第十节 自汗、盗汗	(801)
第十一节 血证	(804)
第十二节 心悸	(814)
第十三节 针灸治疗	(819)

第十四节 推拿治疗	(846)
第七章 功能诊断	(853)
第一节 超声检查	(853)
第二节 脊柱的 MRI 检查	(870)
第八章 常见疾病的护理	(887)
第一节 帕金森病的护理	(887)
第二节 脑性瘫痪的护理	(890)
第三节 脊髓灰质炎的护理	(897)
第四节 周围神经疾病的护理	(900)
第五节 肠梗阻的护理	(904)
第六节 原发性肝癌的护理	(911)
第七节 门静脉高压症的护理	(917)
第八节 神经外科病的护理	(922)
第九节 肠套叠的护理	(949)
第十节 先天性巨结肠的护理	(951)
第十一节 急性肾小球肾炎的护理	(953)
第十二节 新生儿黄疸的护理	(958)
第十三节 新生儿溶血病的护理	(960)
第十四节 新生儿败血症的护理	(963)
第十五节 新生儿肺炎的护理	(965)
第十六节 新生儿硬肿症的护理	(968)
第十七节 新生儿破伤风的护理	(971)
第十八节 新生儿颅内出血的护理	(973)
第十九节 新生儿低血糖症的护理	(976)
第二十节 新生儿低钙血症的护理	(978)
第二十一节 急性支气管炎的护理	(980)

第一章 内科疾病的诊治

第一节 急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。常见病原体为病毒,少数是细菌。其发病无年龄、性别、职业和地区差异。一般病情较轻,病程较短,预后良好。但由于发病率高,具有一定的传染性,不仅影响生产劳动力,有时还可产生严重并发症,应积极防治。

1. 流行病学

全年皆可发病,但冬春季节多发,可通过含有病毒的飞沫或被污染的手和用具传播,多为散发,但可在气候突变时流行。由于病毒的类型较多,人体对各种病毒感染后产生的免疫力较弱且短暂,并无交叉免疫,同时在健康人群中存在病毒携带者,故一个人一年内可有多次发病。

2. 病因和发病机理

急性上呼吸道感染有 70% ~ 80% 由病毒引起。细菌感染可直接或继发于病毒感染之后发生,以溶血性链球菌为多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等。当有受凉、淋雨、过度疲劳等诱发因素,使全身或呼吸道局部防御功能降低时,原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖,引起本病,尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病如鼻窦炎、扁桃体炎者更易罹患。

3. 病理

鼻腔及咽黏膜充血、水肿、上皮细胞破坏,少量单核细胞浸润,有浆液性及黏液性炎性渗出。继发细菌感染后,有中性粒细胞浸润,可出现脓性分泌物。

4. 临床表现

根据病因不同,临床表现可有不同的类型。

(1)普通感冒。俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他,以鼻咽部卡他症状为主要表现。常见病原体为鼻病毒、冠状病毒、流感和副流感病毒,还有呼吸道合胞病毒、埃可病毒和柯萨奇病毒等。起病较急,初期有咽干、咽痒或烧灼感,发病同时或数小时后,可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,2 ~ 3d 后鼻涕变稠。可伴咽痛,有时由于咽鼓管炎使听力减退。也可出现流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、声嘶、少量咳嗽等。一般无发热及全身症状,或仅有低热、不适、轻度畏寒和头痛。检查可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物,咽部轻度充血。如无并发症,一般经 5 ~ 7d 痊愈。

(2)病毒性咽炎和喉炎。急性病毒性咽炎由鼻病毒、腺病毒、流感病毒,副流感病毒以

及肠病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床特征为咽部发痒和灼热感,咽痛不明显。当有吞咽疼痛时,常提示有链球菌感染,咳嗽少见。急性喉炎多为流感病毒、副流感病毒及腺病毒等引起,临床特征为声嘶、讲话困难、咳嗽时疼痛,常有发热、咽痛或咳嗽。体格检查(简称体检)可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大和触痛,有时可闻及喉部的喘息声。

(3)疱疹性咽峡炎。常由柯萨奇病毒 A 引起,表现为明显咽痛、发热,病程约为一周。

检查可见咽充血,软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围有红晕。多于夏季发作,多见于儿童,偶见于成人。

(4)咽结膜热。主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。临床表现有发热、咽痛、畏光、流泪、咽及结膜明显充血。病程 4~6d,常发生于夏季,通过游泳传播。儿童多见。

(5)细菌性咽-扁桃体炎。多由溶血性链球菌引起,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、葡萄球菌等引起。起病急,明显咽痛、畏寒、发热,体温可达 39℃ 以上。检查可见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、压痛,肺部无异常体征。

5. 实验室检查

(1)血象。病毒性感染白细胞计数多为正常或偏低,淋巴细胞比例升高;细菌感染有白细胞计数与中性粒细胞增多和核左移现象。

(2)病原学检查。视需要可用免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血清学诊断和病毒分离鉴定等方法确定病毒的类型,区别病毒和细菌感染。细菌培养可判断细菌类型并做药物敏感试验以指导临床用药。

6. 并发症

可并发急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎。部分患者也可继发风湿热、肾小球肾炎、心肌炎等。

7. 诊断与鉴别诊断

根据病史、流行情况、鼻咽部的症状和体征,结合周围血象和胸部 X 线检查可作出临床诊断。进行细菌培养和病毒分离,或病毒血清学检查,如免疫荧光法、酶联免疫吸附法、血凝抑制试验等,可确定病因诊断。

本病需与下列疾病鉴别:

(1)过敏性鼻炎。临床上很像“伤风”,所不同的是起病急骤、鼻腔发痒、频繁喷嚏、流清水样鼻涕,发作与环境或气温突变有关,有时异常气味亦可引起发作,数分钟至 1~2h 内症状消失。检查见鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸性粒细胞增多。

(2)流行性感。常有明显的流行性发病。起病急,全身症状较重,高热、全身酸痛、眼结膜炎症状明显,但鼻咽部症状较轻。取患者鼻洗液中黏膜上皮细胞的涂片标本,用荧光标记的流感病毒免疫血清染色,置荧光显微镜下检查,有助于早期诊断,病毒分离或血清学诊断可供鉴别。

(3)急性传染病前驱症状。如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎等在患病初期常有上呼吸道症状,在这些病的流行季节或流行区应密切观察,并进行必要的实验室检查,以资区别。

8. 治疗

上呼吸道病毒感染目前尚无特殊抗病毒药物,以对症处理、休息、戒烟、多饮水、保持

室内空气流通和防治继发细菌感染为主。

(1)对症治疗。可选用含有解热镇痛及减少鼻咽充血和分泌物的抗感冒复合剂或中成药,如对乙酰氨基酚(扑热息痛)、双酚伪麻片、银翘解毒片等。

(2)抗菌药物治疗。如有细菌感染,可根据病原菌选用敏感的抗菌药物。经验用药,常选青霉素、第一代头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类。

(3)抗病毒药物治疗。早期应用抗病毒药有一定效果。利巴韦林有较广的抗病毒谱,对流感病毒、副流感病毒和呼吸道合胞病毒等有较强的抑制作用。奥司他韦对甲、乙型流感病毒神经氨酸酶有强效的抑制作用,可缩短病程。金刚烷胺、吗啉胍和抗病毒中成药也可选用。

9. 预防

坚持有规律的适合个体的体育活动,增强体质,劳逸适度,生活规律,是预防上呼吸道感染最好的方法。注意上呼吸道感染患者的隔离,防止交叉感染。

二、急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状有咳嗽和咳痰。常见于寒冷季节或气候突变时。也可由急性上呼吸道感染蔓延而来。

1. 病因和发病机理

(1)微生物。可以由病毒、细菌直接感染,也可因急性上呼吸道感染的病毒或细菌蔓延引起本病。常见病毒为腺病毒、流感病毒(甲、乙)、冠状病毒,鼻病毒、单纯疱疹病毒、呼吸道合胞病毒和副流感病毒。常见细菌为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌等,衣原体和支原体感染有所增加。也可在病毒感染的基础上继发细菌感染。

(2)物理、化学因素。过冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾(如二氧化硫、二氧化氮、氨气、氯气等)的吸入,对气管-支气管黏膜急性刺激和损伤引起。

(3)变态反应。常见的吸入致敏原包括花粉、有机粉尘、真菌孢子等;或对细菌蛋白质的过敏,引起气管-支气管炎反应。

2. 临床表现

起病较急,常先有急性上呼吸道感染症状。

(1)症状。全身症状一般较轻,可有发热,38℃左右,多于3~5d降至正常。咳嗽、咳痰,先为干咳或少量黏液性痰,随后可转为黏液脓性或脓性,痰量增多,咳嗽加剧,偶可痰中带血。咳嗽、咳痰可延续2~3周才消失,如迁延不愈,可演变成慢性支气管炎。如支气管发生痉挛,可出现程度不等的气促,伴胸骨后发紧感。

(2)体征。体征不多,呼吸音常正常,可以在两肺听到散在干、湿性啰音。啰音部位不固定,咳嗽后可减少或消失。

3. 实验室检查

周围血中白细胞计数和分类多无明显改变。细菌感染较重时,白细胞总数和中性粒细胞增高,痰培养可发现致病菌。X线胸片检查,大多数表现正常或仅有肺纹理增粗。

4. 诊断与鉴别诊断

根据病史、咳嗽和咳痰等呼吸道症状以及两肺散在干、湿性啰音等体征,结合血象和X线胸片检查,可作出临床诊断,进行病毒和细菌检查,可确定病因诊断。

本病需与下列疾病相鉴别:

(1)流行性感。起病急骤,发热较高,全身中毒症状如全身酸痛、头痛、乏力等明显而呼吸道局部症状较轻。常有流行病史,依据病毒分离和血清学检查,可以鉴别。

(2)急性上呼吸道感染。鼻咽部症状明显,一般无咳嗽、咳痰,肺部无异常体征。

(3)其他。支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种疾病可伴有急性支气管炎的症状,应详细检查,以资鉴别。

5. 治疗

(1)一般治疗。休息、保暖、多饮水、补充足够的热量。

(2)抗菌药物治疗。根据感染的病原体及药物敏感试验选择抗菌药物治疗。一般未能得到病原菌阳性结果前,可以选用大环内酯类、青霉素类、头孢菌素类和喹诺酮类等药物。多数患者口服抗菌药物即可,症状较重者可用肌内注射或静脉滴注。

(3)对症治疗。咳嗽无痰,可用右美沙芬、喷托维林(咳必清)或可待因。咳嗽有痰而不易咳出,可选用盐酸氨溴索、溴己新(必嗽平)等,也可雾化帮助祛痰。中成药止咳祛痰药也可选用。发生支气管痉挛时,可用平喘药如茶碱类、 β_2 受体激动剂等。发热可用解热镇痛药。

6. 预防

增强体质,防止感冒。改善劳动卫生环境,防止空气污染,净化环境。清除鼻、咽、喉等部位的病灶。

第二节 支气管扩张

支气管扩张是指直径大于2mm中等大小的近端支气管由于管壁的肌肉和弹性组织破坏引起的异常扩张。主要症状为慢性咳嗽,咳大量脓性痰和(或)反复咯血。患者多有童年麻疹、百日咳或支气管肺炎等病史。随着人民生活的改善,麻疹、百日咳疫苗的预防接种,以及抗生素的应用等,本病已明显减少。

一、病因和发病机理

支气管扩张的主要病因是支气管-肺组织感染和支气管阻塞。两者相互影响,促使支气管扩张的发生和发展。支气管扩张也可能是先天发育障碍及遗传因素引起,但较少见。另有约30%支气管扩张患者病因未明,可能与全身疾病和机体免疫功能失调等因素有关。

1. 支气管-肺组织感染

婴幼儿期支气管-肺组织感染是支气管扩张最常见的原因。由于儿童支气管较细,易阻塞,且管壁薄弱,反复感染破坏支气管壁各层组织,尤其是平滑肌和弹性纤维的破坏削弱了对管壁的支撑作用。支气管炎使支气管黏膜充血、水肿,分泌物阻塞管腔,导致引流不畅而加重感染。支气管内膜结核引起管腔狭窄、阻塞,也可导致支气管扩张。肺结核

纤维组织增生和收缩牵拉,也可导致支气管变形扩张,由于多发生在上叶,引流较好,痰量不多或无痰,故称为“干性”支气管扩张。另外,吸入腐蚀性气体、支气管曲霉感染等均可损伤支气管壁,反复继发感染也可引起支气管扩张。

2. 支气管阻塞

肿瘤、异物和感染可引起腔内阻塞,支气管周围肿大的淋巴结或肺癌的外压也可阻塞支气管。支气管阻塞导致肺不张,由于失去肺泡弹性组织的缓冲,胸腔负压直接牵拉支气管管壁,致使支气管扩张。右肺中叶支气管细长,有内、外、前三组淋巴结围绕,常因非特异性或结核性淋巴结炎而肿大压迫支气管,引起右中叶不张和反复感染,称中叶综合征。

3. 支气管先天性发育障碍和遗传因素

支气管先天性发育障碍,如巨气管-支气管症,可能是先天性结缔组织异常、管壁薄弱所致的气管和主支气管的扩张。因软骨发育不全或弹性纤维不足,导致局部管壁薄弱或弹性较差导致的支气管扩张者,常伴有鼻窦炎及内脏转位(右位心),称为 Kartagener 综合征。先天性软骨缺失症在第二和第三级支气管扩张,支气管镜可见软骨环缺失或仅见不连续的软骨围绕,多在婴儿期出现症状。支气管肺隔离症也可发生支气管扩张。

与遗传因素有关的肺囊性纤维化,遗传性 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏症,先天性免疫缺乏症等患者也可伴有支气管扩张。

4. 全身性疾病

目前已发现类风湿关节炎、克罗恩病、溃疡性结肠炎、系统性红斑狼疮、人免疫缺陷病毒(HIV)感染、黄甲综合征等疾病可同时伴有支气管扩张。心肺移植术后也可发生支气管扩张,可能是慢性肺移植排斥的征象。有些不明原因的支气管扩张患者体液免疫和(或)细胞免疫功能有不同程度的异常,提示支气管扩张可能与机体免疫功能失调有关。

二、病理

支气管扩张发生在有软骨的支气管近端分支,发生扩张的主要原因是炎症,由中性粒细胞、巨噬细胞和气管上皮细胞释放的弹性酶、胶原酶和细胞因子如白细胞介素-8和白三烯 B_4 等物质所介导。

支气管扩张可分为柱状和囊状扩张,常合并存在。典型的病理改变为支气管的弹性组织、肌层和软骨等的破坏所致的管腔变形扩大,腔内含有多量分泌物。黏膜表面常有慢性溃疡及急慢性炎症改变,柱状纤毛上皮常被鳞状上皮所替代,杯状细胞和黏液腺增生,支气管周围结缔组织常受损或丢失,并有微小脓肿。常伴毛细血管扩张,或支气管动脉和肺动脉终末支的扩张与吻合,形成血管瘤,可出现反复咯血。支气管扩张发生反复感染,炎症可蔓延到邻近肺实质,引起肺炎、小脓肿和肺小叶不张,常伴有慢性支气管炎的病理改变。

继发于支气管肺组织感染性病变的支气管扩张多见于下叶。左下叶支气管细长,与主气管的夹角大,且受心脏血管压迫而引流不畅,容易发生感染,故左下叶比右下叶多见。左舌叶支气管开口接近下叶背段支气管,易被下叶感染所累及,故常见左下叶与舌叶支气管同时扩张。

三、病理生理

支气管扩张的早期病变轻且局限,肺功能测定可在正常范围。病变范围较大时,肺功能测定表现为轻度阻塞性通气障碍。当病变严重而广泛,且累及胸膜时,则表现以阻塞性为主的混合性通气功能障碍。支气管扩张区域的肺泡通气量减少,而血流正常,使通气或血流比率降低,形成肺内动-静脉分流,以及肺泡弥散功能障碍导致低氧血症。当病变进一步发展,肺泡毛细血管广泛破坏,肺循环阻力增加;低氧血症也可引起肺小动脉痉挛,出现肺动脉高压,右心负荷进一步加重,最后发展为肺源性心脏病和右心衰竭。

四、临床表现

病程多呈慢性经过,起病多在小儿或青年期。多数患者童年有麻疹、百日咳或支气管肺炎迁延不愈病史,以后常有反复发作的下呼吸道感染。全身性疾病伴发者,有基础疾病的临床表现。

1. 症状

(1)慢性咳嗽、大量脓痰。与体位改变有关,这是由于支气管扩张部位分泌物积储,改变体位时分泌物刺激支气管黏膜引起咳嗽和排痰。其严重度可用痰量估计:轻度, $<10\text{mL/d}$;中度, $10\sim150\text{mL/d}$;重度, $>150\text{mL/d}$ 。急性感染发作时,黄绿色脓痰量每日可达数百毫升。感染时痰液收集于玻璃瓶中静置后出现分层的特征:上层为泡沫,下悬脓性成分,中层为混浊黏液,下层为坏死组织沉淀物。引起感染的常见病原体为铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和卡他莫拉菌。

(2)反复咯血。50%~70%的患者有程度不等的咯血,从痰中带血至大量咯血,咯血量与病情严重程度、病变范围有时不一致。部分患者以反复咯血为唯一症状,临床上称为“干性支气管扩张”,其病变多位于引流良好的上叶支气管。

(3)反复肺部感染。其特点是同一肺段反映发生肺炎并迁延不愈。这是由于扩张的支气管清除分泌物的功能丧失,引流差,易于反复发生感染。

(4)慢性感染中毒症状。如反复感染,可出现发热、乏力、食欲减退、消瘦、贫血等,儿童可影响发育。

2. 体征

早期或干性支气管扩张可无异常肺部体征,病变重或继发感染时常可闻及下胸部、背部固定而持久的局限性粗湿啰音,有时可闻及哮鸣音,部分慢性患者伴有杵状指(趾)。出现肺气肿、肺心病等并发症时有相应体征。

五、实验室检查

1. 影像学

早期轻症患者胸部平片常无特殊发现,或仅有一侧或双侧下肺纹理局部增多及增粗现象。支气管柱状扩张典型的X线表现是轨道征,系增厚的支气管壁影;囊状扩张特征性改变为卷发样阴影,表现为粗乱肺纹理中有多个不规则的蜂窝状透亮阴影,感染时阴影内出现液平面。胸部CT检查显示管壁增厚的柱状扩张或成串成簇的囊状改变。高分辨

CT(HRCT)较常规CT具有更高的空间和密度分辨力,它能够显示次级肺小叶为基本单位的肺内细微结构,已基本取代支气管造影。支气管造影可明确支气管扩张的部位、形态、范围和病变严重程度,主要用于准备外科手术的患者。

2. 纤维支气管镜

可发现部分患者的出血部位或阻塞原因。还可进行局部灌洗,取灌洗液做细菌学和细胞学检查,有助于诊断与治疗。

六、诊断与鉴别诊断

根据慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血和肺部同一部位反复感染等病史,肺部闻及固定而持久的局限性粗湿啰音,结合童年有诱发支气管扩张的呼吸道感染或全身性疾病病史,一般临床可作出初步诊断。可进一步通过支气管造影和胸部CT(尤其是HRCT)明确诊断。

支气管扩张应与下列疾病鉴别:

1. 慢性支气管炎

多发生于中老年吸烟者,在气候多变的冬春季节咳嗽、咳痰明显,多为白色泡沫黏液痰,感染急性发作时才出现脓性痰。痰量不多,无反复咯血史,两肺可有散在的干湿啰音。

2. 肺脓肿

起病急,有高热、咳嗽、大量脓臭痰;X线检查可见局部浓密炎症阴影,中有气液平面。急性肺脓肿经有效抗生素治疗后,炎症可完全吸收消退。应注意的是支气管扩张也可发生肺脓肿,慢性肺脓肿常并发支气管扩张。

3. 肺结核

常有低热、盗汗、乏力和消瘦等结核性全身中毒症状,干湿啰音多位于上肺部,X线胸片和痰结核菌检查可作出诊断。

4. 先天性肺囊肿

X线检查可见多个边界纤细的圆形或椭圆形阴影,壁较薄,周围组织无炎症浸润,胸部CT检查和支气管造影可助诊断。

5. 弥漫性泛细支气管炎

有慢性咳嗽、咳痰、活动时呼吸困难及慢性鼻窦炎,胸片和CT上有弥漫分布的边界不太清楚的小结节影,类风湿因子、抗核抗体、冷凝集试验可阳性。确诊需病理学证实。大环内酯类抗生素持续治疗2个月以上有效。

七、治疗

原则是控制感染,保持引流通畅,必要时手术治疗。

1. 内科治疗

戒烟,避免受凉,加强营养,纠正贫血,增强体质,预防呼吸道感染。

(1)保持呼吸道引流通畅。祛痰药及支气管舒张药稀释脓痰和促进排痰,再经体位引流清除痰液,以减少继发感染和减轻全身中毒症状。①祛痰药。可选用溴己新8~16mg或盐酸氨溴索30mg,每天3次。②支气管舒张药。部分患者由于支气管反应性增高或炎