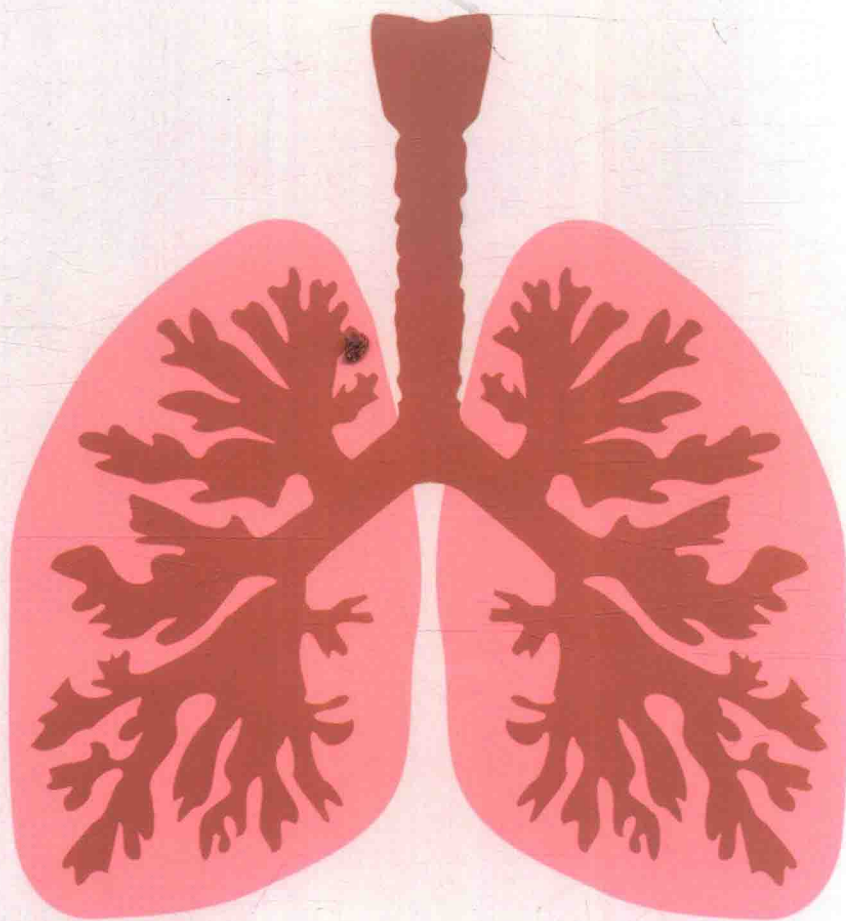


呼吸内科临床诊疗

王季政◎著



天津出版传媒集团
天津科学技术出版社

呼吸内科临床诊疗

王季政 著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

呼吸内科临床诊疗 / 王季政著. — 天津 : 天津科学技术出版社, 2018.4

ISBN 978-7-5576-5078-0

I. ①呼… II. ①王… III. ①呼吸系统疾病-诊疗
IV. ①R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 085444 号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话: (022) 23332400

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

廊坊市海涛印刷有限公司印刷

开本 710×1000 1/16 印张 12.75 字数 350 000

2018 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

定价: 65.00 元

目 录

第一章 气管、支气管疾病	1
第一节 急性上呼吸道感染	1
第二节 急性气管-支气管炎	6
第三节 慢性支气管炎	10
第四节 慢性阻塞性肺疾病	14
第五节 肺不张	21
第六节 支气管扩张症	27
第七节 支气管哮喘	34
第二章 肺部感染性疾病	46
第一节 肺炎链球菌肺炎	46
第二节 葡萄球菌肺炎	51
第三节 克雷伯杆菌肺炎	57
第四节 铜绿假单胞菌肺炎	61
第五节 大肠埃希菌肺炎	64
第六节 军团菌肺炎	67
第七节 支原体肺炎	72
第八节 衣原体肺炎	78
第九节 病毒性肺炎	82
第十节 传染性非典型肺炎(SARS)	87
第十一节 肺脓肿	94
第三章 肺部真菌病	101
第一节 肺念珠菌病	101
第二节 肺曲菌病	110
第三节 肺隐球菌病	116
第四章 肺结核	122
第五章 间质性肺病	129
第一节 特发性肺纤维化	129

第二节	外源性过敏性肺泡炎	137
第三节	肺泡蛋白沉积症	141
第四节	特发性肺含铁血黄素沉积症	147
第五节	结节病	153
第六节	放射性肺炎	159
第七节	韦格纳肉芽肿病	162
第八节	肺组织细胞增生症	168
第六章	胸膜疾病	174
第一节	胸腔积液	174
第二节	结核性胸膜炎	189
参考文献		199

第一章 气管、支气管疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory tract infection)是指鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。是呼吸道最常见的一种传染病。常见病因为病毒感染,少数由细菌引起。病原体入侵上呼吸道后,引起局部黏膜充血、水肿等卡他症状。本病全年皆可发病,冬、春季节多发,主要通过飞沫传播,一般为散发,但常在气候突变时流行。因病毒种类多,感染后产生免疫力弱,且无交叉免疫,故可多次发病。患者不分年龄、性别、职业和地区。不仅具有较强的传染性,而且可引起严重并发症,应积极防治。

一、诊断

(一) 症状与体征

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。成人多数为鼻病毒引起,次为副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、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,2~3日后变稠。可伴咽痛,有时由于耳咽管炎使听力减退,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5~7日痊愈。

2. 病毒性咽炎、喉炎和支气管炎

根据病毒对上、下呼吸道感染的解剖部位不同引起的炎症反应,临床可表现为咽炎、喉炎和支气管炎。

(1) 急性病毒性咽炎:多由鼻病毒、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,疼痛不持久,也不突

出。当有咽下疼痛时,常提示有链球菌感染。咳嗽少见。流感病毒和腺病毒感染时可有发热和乏力。体检咽部明显充血和水肿,颌下淋巴结肿大且有触痛。腺病毒咽炎可伴有眼结合膜炎。

(2)急性病毒性喉炎:多由鼻病毒、流感病毒甲型、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、咽炎或咳嗽,体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大和触痛,可闻及喘息声。

(3)急性病毒性支气管炎:多由呼吸道合胞病毒、流感病毒、冠状病毒、副流感病毒、鼻病毒、腺病毒等引起。临床表现为咳嗽、无痰或痰呈黏液性,伴有发热和乏力。其他症状常有声嘶、非胸膜性胸骨下疼痛。可闻及干、湿啰音。胸部X线片显示血管阴影增多、增强,但无肺浸润阴影。流感病毒或冠状病毒急性支气管炎常发生于慢性支气管炎的急性发作。

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1周。检查可见咽充血,软腭、腭垂、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,多见儿童,偶见于成人。

4. 咽结膜热

主要由腺病毒、柯萨奇病毒引起。临床表现有发热、咽痛、畏光、流泪,咽及结膜明显充血。病程4~6日,常发生于夏季,游泳中传播。儿童多见。

5. 细菌性咽-扁桃体炎

多由溶血性链球菌引起,次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌、金黄色葡萄球菌等引起。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。

(二) 辅助检查

1. 血常规

白细胞计数多正常或稍低,分类计数淋巴细胞相对增高。细菌感染者白细胞总数与中性粒细胞可升高,并伴有核左移。

2. 血清学检查

取急性期与恢复期血清做补体结合试验、中和试验和血凝抑制试验,如双份血清抗体效价升高4倍或以上者有助于诊断。

3.病原学检查

以咽漱液、鼻洗液等标本接种于鸡胚羊膜腔,分离病毒,可获阳性。细菌感染者应做咽拭子细菌培养和药物敏感试验。

4.X线胸部透视或胸片

常无异常发现。

(三)诊断要点

1.临床表现

- (1)有鼻咽部的卡他症状。
- (2)鼻腔黏膜、咽部充血。
- (3)可有扁桃体肿大、充血,甚至化脓。
- (4)有时咽部、软腭及扁桃体表面可有灰白色疱疹及浅表溃疡。

2.辅助检查

外周血常规正常或偏低,胸部X线检查无异常。

(四)鉴别诊断

1.过敏性鼻炎

常有季节性,发作与环境、气温变化或吸入刺激性气体有关。起病急,鼻腔发痒,频繁喷嚏,流清水样鼻涕。检查鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸粒细胞增多。

2.急性传染病前驱症状

许多病毒性急性传染病如麻疹、脊髓灰质炎及脑炎等,发病初期常有上呼吸道感染的症状。但通过流行病及必要的实验室检查,可以鉴别。

3.流行性感冒

由流感病毒引起的急性呼吸道传染病,病原体为甲、乙、丙三型流行性感冒病毒,有明显的流行史,通过飞沫传播,起病急,高热、乏力、全身肌肉酸痛,全身症状重而呼吸道症状轻,病程短,有自限性,老年人和伴有慢性呼吸道疾病或心脏病的患者易并发肺炎。

4.肺炎

一般无呼吸道卡他症状,起病初期可有高热、肌肉酸痛、咳嗽,病程4~5日胸部X线片可见有密度增高阴影。

5. 禽流感

人类患上禽流感后,潜伏期一般为7日以内,早期症状于其他流感非常相似,主要为发热、流涕、鼻塞、咳嗽、咽痛、头痛、全身不适,部分患者可有恶心、腹痛、稀水样便等消化道症状,有些患者可见眼结膜炎,体温多维持在 39°C 以上,一些患者胸部X线片还会显示单侧或双侧肺炎,少数患者伴胸腔积液。

6. 传染性非典型肺炎

也称严重呼吸窘迫综合征,起病急,表现为发热($>38^{\circ}\text{C}$)、头痛、关节酸痛、乏力、腹泻;无上呼吸道卡他症状;干咳、少痰;肺部体征不明显,严重者出现呼吸加速、明显呼吸窘迫;白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞计数减低;肺部影像学检查发现为片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变。

二、治疗

1. 一般治疗

应卧床休息,多饮水,室内保持适当的温度和湿度。注意增强体质,劳逸结合,生活有规律,是预防上呼吸道感染的理想方法。

2. 对症治疗

可选用含有解热镇痛及减少鼻咽部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。

3. 病因治疗

(1) 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。

(2) 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(oseltamivir)对甲、乙型流感病毒神经氨酸酶有较强的抑制作用,可缩短病程。金刚烷胺、吗啉胍和病毒中成药也可选用。

三、病情观察

根据病史、病状、体征,本病诊断应该不难。予以相应治疗后,主要观察患者症状是否缓解,体温是否正常;如治疗效果不佳,则应进一步检查,观察血常规中白细胞计数是否升高,胸部X线片有无出现新的病灶,调整抗生素治疗方案的,同样需密切观察病情变化。

四、病历记录

1. 门急诊病历

记录患者症状的发病时间和流行情况,有无集体发病、有无鼻咽部症状、是否伴有全身症状。体检记录有无咽部和肺部的体征,记录血常规、X线胸透、胸部X线片等辅助检查的结果。

2. 住院病历

一般无须住院治疗,若需住院治疗,则须重点记录入院前的诊疗经过。

五、注意事项

1. 医患沟通

应如实告诉患者及其家属有关本病的特点、诊断方法、治疗原则等,以便患者及家属能配合、理解,使患者一方面要重视症状的变化,另一方面也不必过于紧张。劝患者注意休息、多饮水。一般单纯病毒感染时无须用药,切记不要依赖抗生素。治疗过程中注意随访是十分需要的,如合并细菌感染,则需要应用抗生素。如有头痛、听力下降、游走性关节疼痛、血尿、胸闷和气急等症状出现,应警惕出现并发症的可能,应给予相应的检查和治疗。

2. 经验指导

(1) 临床实践中,由于病原学诊断受到标本是否合格、实验室条件以及操作者水平等多种因素的制约,很难在患者就诊时作出明确的病因诊断,因此临床上一般不做。

(2) 本病的治疗主要是对症处理,抗病毒药物虽然有很多,但实际效果不是很理想。单纯病毒感染时,一般无须用药或仅需对症处理,尤其不要滥用抗生素,患者多饮水、注意休息也是治疗中的一个重要方面。

(3) 在治疗的药物选择上,宜简单、实用。值得提出的是,用药时应注意合理,老年人应慎用含伪麻黄碱的药物,婴幼儿不要使用含咖啡因和含伪麻黄碱药物,孕妇禁用阿司匹林、双氯芬酸、布洛芬、可待因、右美沙芬(妊娠前3个月禁用)、苯海拉明等,哺乳期妇女禁用苯海拉明、氯苯那敏(扑尔敏)等。

(4) 本病预后良好,一般不留后遗症。病毒感染的病程具有自限性,一般经5~7日可以痊愈。但病原体为溶血性链球菌时,如治疗不当可并发心内膜炎、心肌炎或肾小球肾炎等,应给予重视。若并发鼻窦炎特别是慢性鼻窦炎时,常成为慢性

呼吸道炎症的病灶;并发的气管炎或支气管炎,如治疗不及时,也可能发展为慢性。在治疗过程中,一定要注意与相关疾病的鉴别,尤其是发热超过1周或伴有头痛的患者,需考虑有脑部疾病的可能,出现此类症状时,应在加强治疗的同时,密切观察病情变化,予以相应的处理。

第二节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎(acute tracheobronchitis)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。

一、诊断

(一)症状与体征

1. 症状

起病一般先有急性上呼吸道感染的症状,如鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、声嘶等,伴畏寒、发热、头痛及全身酸痛。咳嗽多呈刺激性,有少量黏液痰,伴有胸骨后不适或钝痛。感染蔓延至支气管时,咳嗽加重,2~3日后痰量增多呈黏液性或黏液脓性。伴发支气管痉挛时,可有哮喘和气急。

2. 体征

体检双肺可闻散在干湿啰音,咳嗽后可减少或消失。急性气管-支气管炎一般呈自限性,发热和全身不适可在3~5日消失,但咳嗽、咳痰可延续2~3周才消失。迁延不愈者演变为慢性支气管炎。

(二)辅助检查

1. 实验室检查

(1)血常规:病毒感染时外周血白细胞计数并不增加,仅淋巴细胞相对轻度增加,细菌感染时白细胞计数 $> 10 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数也升高。

(2)痰培养:可发现致病菌,如流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等。

2. X线检查

胸部X线检查,大多数表现正常或仅有肺纹理增粗。

(三)诊断要点

(1)常先有鼻塞、流涕、咽痛、畏寒、发热、声嘶和肌肉酸痛等。

(2)咳嗽为主要症状。开始为干咳、胸骨下刺痒或闷痛感。1~2日后有白色黏膜,以后可变脓性,甚至伴血丝。

(3)胸部听诊呼吸音粗糙,并有干、湿啰音。用力咳嗽后啰音性质、部位改变或消失。

(4)外周血常规正常或偏低,细菌感染时外周血白细胞升高。痰培养如检出病原菌,则可确诊病因。

(5)胸部X线检查正常或仅有肺纹理增粗。

(四)鉴别诊断

1.流行性感

起病急骤,发热较高,有全身酸痛、头痛、乏力的全身中毒症状,有流行病史。

2.急性上呼吸道感染

一般鼻部症状明显,无咳嗽、咳痰,肺、胸部无异常体征。

3.其他

如支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种肺部疾病可伴有急性气管的症状,通过详细询问病史、体格检查,多能作出诊断。

二、治疗

以休息及对症治疗为主,不宜常规使用抗菌药物。如出现发热、脓性痰、重症咳嗽,可应用抗菌药物治疗。

(一)一般治疗

适当休息,注意保暖,多饮水,摄入足够的热量,防止冷空气、粉尘或刺激性气体的吸入等。

(二)药物治疗

1.祛痰、平喘、解痉药

(1)可补充适量维生素C,每次0.2g,每日3次。

(2)干咳者可用喷托维林(咳必清)25mg、右美沙芬10mg或可待因15~30mg,每日3次。

(3)咳嗽有痰而不易咳出者,可选用祛痰剂溴己新(必嗽平)8~16mg或盐酸氨溴索30mg,每日3次;也可选用中成药止咳祛痰药,如鲜竹沥口服液等,每次10ml,每日3次。

(4) 发生支气管痉挛时,可用平喘药茶碱类及 β_2 受体激动药等,如氨茶碱 0.1 g,每日 3 次;茶碱缓释片(舒弗美)0.2 g、多索茶碱(安塞玛)0.2 g,每日 2 次;特希他林 2.5 mg 或沙丁胺醇 2.4 mg,每日 3 次;沙丁胺醇气雾剂(万托林、喘乐宁),每 4 小时 2 喷。

(5) 如有发热、全身酸痛者,可用阿司匹林 0.3~0.6 g 或克感敏 1 片,每日 3 次。

2. 抗生素

如出现发热、脓性痰和重症咳嗽,为应用抗生素的指征。可应用针对肺炎衣原体和肺炎支原体的抗生素,如红霉素,每日 1 g,分 4 次口服,也可选用克拉霉素或阿奇霉素。多数患者口服抗菌药物即可,症状较重者可用肌肉注射或静脉滴注。目前常用的为阿奇霉素。

(1) 用药指征:适用于敏感致病菌株所引起的下列感染:由肺炎衣原体、流感嗜血杆菌、嗜肺军团菌、卡他摩拉菌、肺炎支原体、金黄色葡萄球菌或肺炎链球菌引起的,需要首先采取静脉滴注治疗的社区获得性肺炎。对耐红霉素的产 β -内酰胺酶的菌株使用阿奇霉素也有效。

(2) 用药方法:将本品用适量注射用水充分溶解,配制成 0.1 g/ml,再加入至 250 ml 或 500 ml 的氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液中,最终阿奇霉素浓度为 1.0~2.0 mg/ml,然后静脉滴注。浓度为 1.0 mg/ml,滴注时间为 3 小时;浓度为 2.0 mg/ml,滴注时间为 1 小时。成人每次 0.5 g,每日 1 次,至少连续用药 2 日,继之改用阿奇霉素口服制剂每日 0.5 g,7~10 日为 1 个疗程。转为口服治疗时间应由医师根据临床治疗反应确定。

(3) 联合用药注意:①与茶碱合用时能提高后者在血浆中的浓度,应注意检测血浆茶碱水平;②与华法林合用时应注意检查凝血酶原时间;③与利福布汀合用会增加后者的毒性。

与下列药物同时使用时,建议密切观察患者用药后反应。①地高辛:使地高辛水平升高;②麦角胺或二氢麦角胺:急性麦角毒性,症状是严重的末梢血管痉挛和感觉迟钝;③三唑仑:通过减少三唑仑的降解,而使三唑仑药理作用增强;④细胞色素 P450 系统代谢药:提高血清中卡马西平、特非那定、环孢素、环己巴比妥、苯妥英的水平。

(4) 用药体会:阿奇霉素为大环内酯类抗生素中的代表,不良反应较少,临床疗效好。应用时建议每日给药 1 次,应用 2~3 日针剂后改用口服制剂,再应用 5~7 日。

三、病情观察

应注意观察治疗后患者病情的演变情况,发热者体温是否恢复正常,咳嗽者是否好转,咳痰者痰量是否减少,肺部体征是否好转等;并可根据患者的具体情况、相应治疗的疗效评估,调整治疗用药。

四、病历记录

1. 门诊病历记录

患者就诊的主要症状特点,咳嗽、咳痰的时间,咳嗽、咳痰前是否有鼻塞、流涕、咽痛等前驱症状,咳嗽的时间和性质,咳嗽的音色,痰液的性状和量,是否伴痰血;记录有无发热、全身酸痛、胸闷等全身症状;体检记录肺部是否闻及干、湿啰音。辅助检查记录胸部X线片、外周血白细胞计数和痰培养等检查结果。

2. 住院病历

应如实记录患者入院治疗后的病情变化、存在的问题、应注意的事项、出院医嘱、门诊随访时间等。

五、注意事项

1. 医患沟通

经治医师应主动告诉患者本病的特点,以便患者及家属能理解、配合。门诊治疗的患者应尽量保证充分的休息,并接受相应的对症治疗,但须注意门诊随访,老年患者、体弱者或有基础疾病者可考虑住院治疗。对住院治疗的,要密切观察病情变化,尤其是生命体征的观察,一旦有变化,及时给予相应的处理。

2. 经验指导

(1)一般可根据患者发病前有受凉、劳累、刺激气体过敏等诱因,咳嗽、咳痰等急性呼吸道症状,体检两肺呼吸音正常,或闻及散在的干、湿啰音,胸部X线片大多正常,血白细胞计数和分类正常或升高,多能作出及时、正确的诊断。

(2)临床上一般不做有关病因学的诊断,临床医师可根据患者的症状、对症治疗的效果、临床征象的变化,判断有无细菌感染;但治疗效果不佳,就应考虑行病因学检查,以指导临床用药。

(3)对本病而言,对症治疗是主要的治疗。一般可根据患者的症状予相应的治疗。从实践效果看,保证足够的水分和维生素摄入,及时休息及对症处理,可以

使多数患者症状得以缓解。

(4)临床表现、血常规、胸部 X 线片等检查高度提示有细菌感染的,应根据经治医师的临床经验选用抗生素治疗,如能行痰、血培养,则可根据培养及药敏结果选择抗生素,治疗一般 3~5 天为宜。

(5)急性支气管炎的细菌感染多数是流感杆菌、肺炎链球菌等,抗生素一般可选用青霉素类、大环内酯类、喹诺酮类、头孢类抗生素。抗生素一般口服即可,但如患者的症状较重,如咳嗽、咳痰明显,体温超过 38.5℃,抗生素可给予肌肉注射或加入 5%葡萄糖注射液中静脉滴注。

(6)本病一般经门诊治疗即可获得痊愈,但门诊治疗 5~7 日病情仍无好转或反而加重者则需要及时住院治疗,行血培养、痰培养等进一步检查,以明确病因,并给予积极的抗生素治疗和对症治疗、支持治疗。患者体温正常、症状缓解后可予以出院,并嘱患者门诊随访。

第三节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(chronic bronchitis)是由于感染或非感染因素引起气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。其病理特点是支气管腺体增生、黏液分泌增多。临床出现有连续两年以上,每年持续 3 个月以上的咳嗽、咳痰或气喘等症状。早期症状轻微,多在冬季发作,春暖后缓解;晚期炎症加重,症状长年存在,不分季节。疾病进展又可并发阻塞性肺气肿、肺源性心脏病,严重影响劳动力和健康。

一、诊断

(一)症状与体征

1. 症状

部分患者在起病前有急性支气管炎、流感或肺炎等急性呼吸道感染史。患者常在寒冷季节发病,出现咳嗽、咳痰,尤以晨起为著,痰呈白色黏液泡沫状,黏稠不易咳出。在急性呼吸道感染时,症状迅速加剧。痰量增多,黏稠度增加或为黄色脓性,偶有痰中带血。慢性支气管炎反复发作后,支气管黏膜的迷走神经感受器反应性增高,副交感神经功能亢进,可出现过敏现象而发生喘息。随着病情发展终年咳嗽,咳痰不停,冬秋加剧。喘息型支气管炎患者在症状加剧或继发感染时,常有哮喘样发作,气急不能平卧。呼吸困难一般不明显,但并发肺气肿后,随着肺气肿程

度增加,则呼吸困难逐渐增剧。

2. 体征

本病早期多无体征。有时在肺底部可听到干、湿啰音。喘息型支气管炎在咳嗽或深吸气后可听到哮鸣音,发作时,有广泛哮鸣音。长期发作的病例可有肺气肿的体征。

(二) 辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血常规:继发感染时白细胞计数和中性粒细胞计数增多,有时嗜酸粒细胞也可增多。

(2) 痰液检查:涂片或培养可查见致病菌。

2. 胸部 X 线片

早期无明显改变,以后有肺纹理增粗、紊乱,呈网状或束条状,以下肺野为主,中晚期肺透亮度增加、肋间隙增宽,横膈位置下降。

3. 肺功能检查

小气道阻塞时最大呼气流速-容量曲线流量降低,闭合气量增大;中大气道狭窄、阻塞时,第1秒用力呼气量(FEV_1)降低,最大通气量(MVV)降低,肺活量的最大呼气量($FEF_{25\% \sim 75\%}$)降低。

(三) 诊断要点

(1) 咳嗽、咳痰或伴有喘息。

(2) 每年发病持续3个月,连续2年或以上。

(3) 排除其他心肺疾病。

(4) 如每年发病持续不足3个月,但有明确的客观检查依据(如X线、呼吸功能等)也可诊断。

(四) 鉴别诊断

1. 肺结核

活动性肺结核常伴有低热、乏力、盗汗、咯血等症状;咳嗽和咳痰的程度与肺结核的活动性有关。X线检查可发现肺部病灶,痰结核菌检查阳性,老年肺结核的毒性症状不明显,常因慢性支气管炎症状的掩盖,长期未被发现,应特别注意。

2. 支气管哮喘

起病年龄较轻,常有个人或家族过敏性病史;气管和支气管对各种刺激的反应

性增高,表现为广泛的支气管痉挛和管腔狭窄,临床上有阵发性呼吸困难和咳嗽,发作短暂或持续。胸部叩诊有过清音,听诊有呼气延长伴高音调的哮鸣音。晚期常并发慢性支气管炎。嗜酸粒细胞在支气管哮喘患者的痰中较多,而喘息型支气管炎患者的痰中较少。

3. 支气管扩张

多发生于儿童或青年期,常继发于麻疹、肺炎或百日咳后,有反复大量脓痰和咯血症状。两肺下部可听到湿啰音。胸部 X 线检查两肺下部支气管阴影增深,病变严重者可见卷发状阴影。支气管碘油造影示柱状或囊状支气管扩张。

4. 心脏病

由于肺淤血而引起的咳嗽,常为干咳,痰量不多。详细询问病史可发现有心悸、气急、下肢水肿等心脏病征象。体征、X 线和心电图检查均有助于鉴别。

5. 肺癌

多发生在 40 岁以上男性,长期吸烟者,常有痰中带血,刺激性咳嗽。胸部 X 线检查肺部有块影或阻塞性肺炎。痰脱落细胞或纤维支气管镜检查可明确诊断。

二、治疗

1. 一般治疗

如为缓解期,患者应加强锻炼,增强体质,提高免疫功能。患者应注意个人卫生,避免各种诱发因素的接触和吸入。注意预防感冒。

2. 药物治疗

(1) 控制感染:慢性支气管炎急性发作的主要原因是呼吸道感染。如能培养出致病菌,可按药敏试验选用抗生素;如无药敏试验结果,可据病情轻重经验性选用阿莫西林、头孢拉啶、罗红霉素、头孢克洛或莫西沙星等,疗程 7~10 日。低热、痰量不多、咳嗽不明显等病情较轻者,可用阿莫西林胶囊 0.5 g, 3 次/日,口服(青霉素皮试阴性后用);或用克林霉素胶囊 0.3 g, 3 次/日,口服;或用头孢拉啶胶囊 0.5 g, 3~4 次/日,口服;或用莫西沙星片 0.4 g, 1 次/日,口服。有高热、痰量明显增多、明显咳嗽、白细胞明显升高等病情较重者,可用青霉素 80 万 U, 2 次/日,肌肉注射(青霉素皮试阴性后用);或用青霉素 240 万 U 加入 5% 葡萄糖氯化钠注射液 250 ml 中静脉滴注,2 次/日。亦可据病情联合用药。

(2) 祛痰镇咳:可选用复方甘草合剂 10 ml, 3 次/日,口服;或用溴己新 8~16 mg, 3 次/日,口服;或用氨溴索(沐舒坦)30 mg, 3 次/日,口服;或用稀化黏素(吉诺