



# 呼吸病的 诊断和治疗

HUXIBING DE  
ZHENDUAN HE ZHILIAO

主编：曲敬祥 魏景亮 徐培军

吉林科学技术出版社

# 呼吸病的诊断和治疗

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 主 编 | 曲敬祥 | 魏景亮 | 徐培军 |
| 副主编 | 刘克运 | 曲贞连 | 付士民 |
|     | 张金花 | 邢晓杰 | 刘学收 |

吉林科学技术出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

呼吸病的诊断和治疗/曲敬祥等主编. —长春:吉林科学技术出版社,2007. 1

ISBN 978 - 7 - 5384 - 3411 - 8

I. 呼… II. 曲… III. 呼吸系统疾病—诊断 IV. R560.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 016735 号

## 呼吸病的诊断和治疗

主编 曲敬祥 等

责任编辑:邢淑萍 封面设计:王嗣贤 周同桐

\*

吉林科学技术出版社出版、发行

山东省泰安市第三印刷厂印刷

\*

850 × 1168 毫米 32 开本 12.5 印张 313 千字

2007 年 1 月第 1 版 2007 年 1 月第 1 次印刷

定价:29.00 元

ISBN 978 - 7 - 5384 - 3411 - 8

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题,可寄本社退换。

社址 长春市人民大街 4646 号 邮编 130021

发行部电话 0431 - 85635177 0431 - 85651759

0431 - 85651628 0431 - 85677817

电子信箱 JLKJCBS@public.cc.jl.cn

网址 www.jlstp.com

## 前 言

呼吸系统疾病约占内科疾病的 1/4, 1998 年我国城市人口死亡顺位中呼吸系统疾病(不包括肺癌)居第 4 位, 在农村则居首位。由于生存环境的恶化, 吸烟等不良生活习惯的滋长, 社会人群结构的老化, 近年来呼吸系统疾病的流行病学和临床经历着重要的转变, 这就迫使我们要坚持不懈地努力学习、刻苦钻研, 更快更好地掌握更新有关领域新的知识, 以提高治疗水平。为此, 我们在繁忙的工作之余, 广泛收集国内外近期文献, 认真总结自身经验, 编写成《呼吸病的诊断和治疗》一书。

本书共分 16 章, 内容包括呼吸系统常见疾病的诊断与治疗。其编写宗旨是坚持面向临床, 注重实用, 理论与实践、普及与提高相结合的原则, 以临床常见病、多发病为出发点, 以诊断和治疗为中心, 对每种疾病从概述、分析病因开始, 讲述临床表现、实验室及其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗等, 对临床上经常遇到的疑难问题和重要治疗手段与方法等均进行了系统阐述, 并侧重介绍了当今医学领域的新知识、新理论和新技术。

本书旨在实用, 其体例新颖、结构严谨、言简意明, 必将对临床呼吸病科医务工作者、医学院校师生开展医疗

教研工作产生一定的指导作用。

由于我们水平有限,加上当代呼吸系统疾病诊治技术日新月异,难免有疏漏和错误,期望同仁及广大读者给予指正。

青州市人民医院 曲敬祥

2006 年 6 月

# 目 录

|                        |    |
|------------------------|----|
| <b>第一章 症状学</b> .....   | 1  |
| 第一节 发热.....            | 1  |
| 第二节 咳嗽.....            | 7  |
| 第三节 呼吸困难 .....         | 10 |
| 第四节 咯血 .....           | 13 |
| 第五节 胸痛 .....           | 19 |
| 第六节 紫绀 .....           | 22 |
| <b>第二章 感染性疾病</b> ..... | 25 |
| 第一节 普通感冒 .....         | 25 |
| 第二节 流行性感冒 .....        | 28 |
| 第三节 急性喉炎 .....         | 32 |
| 第四节 急性气管 - 支气管炎 .....  | 37 |
| 第五节 肺炎 .....           | 40 |
| 肺炎概述 .....             | 40 |
| 社区获得性肺炎 .....          | 47 |
| 医院获得性肺炎 .....          | 52 |
| 肺炎链球菌肺炎 .....          | 55 |
| 葡萄球菌性肺炎 .....          | 62 |
| 克雷白杆菌肺炎 .....          | 66 |
| 其他常见革兰氏阴性杆菌肺炎 .....    | 68 |
| 病毒性肺炎 .....            | 71 |
| 肺炎、支原体肺炎.....          | 73 |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| 军团菌肺炎 .....                | 76  |
| 衣原体肺炎 .....                | 79  |
| 第六节 肺真菌感染 .....            | 81  |
| 第七节 肺奴卡氏菌病 .....           | 91  |
| 第八节 卡氏肺孢子菌肺炎 .....         | 92  |
| 第九节 肺结核 .....              | 93  |
| 第十节 肺脓肿 .....              | 103 |
| 第十一节 脓胸 .....              | 110 |
| 急性脓胸 .....                 | 110 |
| 慢性脓胸 .....                 | 113 |
| 第十二节 老年人肺炎 .....           | 116 |
| 第十三节 吸入性肺炎 .....           | 122 |
| 第十四节 放射性肺炎 .....           | 124 |
| 第十五节 传染性非典型肺炎 .....        | 127 |
| 第三章 慢性阻塞性肺病和慢性肺源性心脏病 ..... | 134 |
| 第一节 慢性支气管炎 .....           | 134 |
| 第二节 阻塞性肺气肿 .....           | 143 |
| 第三节 慢性阻塞性肺病 .....          | 147 |
| 第四节 慢性肺源性心脏病 .....         | 157 |
| 第四章 支气管哮喘 .....            | 170 |
| 第五章 支气管扩张症 .....           | 187 |
| 第六章 肺循环疾病 .....            | 195 |
| 第一节 肺水肿 .....              | 195 |
| 第二节 肺栓塞 .....              | 203 |
| 第三节 原发性肺动脉高压 .....         | 213 |
| 第四节 肺动静脉瘘 .....            | 218 |
| 第七章 弥漫性间质性肺疾病 .....        | 222 |
| 第一节 特发性肺纤维化 .....          | 222 |

|      |              |     |
|------|--------------|-----|
| 第二节  | 结节病          | 229 |
| 第三节  | 矽肺           | 235 |
| 第四节  | 其他弥漫性肺间质性疾病  | 242 |
| 第八章  | 肺部肿瘤         | 246 |
| 第一节  | 原发性支气管肺癌     | 246 |
| 第二节  | 肺转移性肿瘤       | 270 |
| 第九章  | 胸膜疾病         | 272 |
| 第一节  | 胸腔积液         | 272 |
| 第二节  | 气胸           | 279 |
| 第三节  | 脓胸           | 288 |
| 第四节  | 胸膜间皮瘤        | 293 |
| 第十章  | 自发性食管破裂      | 299 |
| 第十一章 | 血胸           | 302 |
| 第十二章 | 纵隔疾病         | 304 |
| 第一节  | 纵隔炎          | 304 |
| 第二节  | 纵隔气肿         | 307 |
| 第三节  | 原发性纵隔肿瘤      | 308 |
| 第十三章 | 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 | 319 |
| 第十四章 | 呼吸衰竭         | 323 |
| 第一节  | 慢性呼吸衰竭       | 323 |
| 第二节  | 急性呼吸衰竭       | 338 |
| 第十五章 | 急性呼吸窘迫综合征    | 342 |
| 第十六章 | 呼吸病常用诊治技术    | 354 |
| 第一节  | 胸腔穿刺术        | 354 |
| 第二节  | 胸腔闭式引流术      | 356 |
| 第三节  | 雾化吸入法        | 358 |
| 第四节  | 支气管内药物滴入法    | 360 |
| 第五节  | 纤维支气管镜检查术    | 363 |

|      |               |     |
|------|---------------|-----|
| 第六节  | 胸膜活组织检查术..... | 365 |
| 第七节  | 环甲膜穿刺术.....   | 366 |
| 第八节  | 气管插管术.....    | 368 |
| 第九节  | 肺功能检查.....    | 370 |
| 第十节  | 机械通气.....     | 374 |
| 第十一节 | 体位引流术.....    | 385 |
| 第十二节 | 氧气疗法.....     | 386 |

# 第一章 症状学

## 第一节 发热

营养物质的代谢提供机体能源,从而各器官能发挥功能及保证细胞的新生、发育及生活,但同时产生热量。产热与散热在体温中枢的调节下,使体温维持于 $37^{\circ}\text{C}$ 上下,每日体温差不超过 $1^{\circ}\text{C}$ 。临床上当腋下温度在 $37^{\circ}\text{C}$ 以上,口腔温度在 $37.3^{\circ}\text{C}$ 以上,或直肠内温度在 $37.6^{\circ}\text{C}$ 以上,一昼夜间波动在 $1^{\circ}\text{C}$ 以上时,可认作发热。一般认为 $37.5^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ 为低热; $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 为中度发热; $39.1^{\circ}\text{C} \sim 40.4^{\circ}\text{C}$ 为高热; $40.5^{\circ}\text{C}$ 以上为超高热。

### 一、病因

(一) 感染性高热 各种病原体(细菌、病毒、支原体、立克次氏体、螺旋体、真菌、寄生虫)所引起的感染。最常见的感染性疾病有:上呼吸道感染、肠炎、败血症、结核病、伤寒、副伤寒、传染性单核细胞增多症、肾盂肾炎、肝脓肿、脑膜炎、感染性心内膜炎、骨髓炎、疟疾、血吸虫病、肺吸虫病、黑热病等。

### (二) 非感染性高热

1. 结缔组织疾病及变态反应 如系统性红斑狼疮、皮炎、风湿热、荨麻疹、药物热、输血输液反应等。

2. 无菌性坏死 如广泛的组织创伤、大面积烧伤、心肌梗死、

血液病等。

3. 恶性肿瘤 如白血病、淋巴瘤、恶性网状细胞增多症、肝、肺和其他部位肿瘤等。

4. 内分泌及代谢障碍 如甲状腺机能亢进(产热过多)、严重失水(散热过少)。

5. 体温调节中枢功能障碍 如中暑、重度安眠药中毒、脑血管意外及颅脑损伤等。

## 二、诊断

发热的原因复杂,临床表现千变万化,往往给诊断带来困难,因此,对一些非典型的疑难病例,除仔细询问病史,全面的体格检查和进行一些特殊实验室检查外,更应注意动态观察,并对搜集来的资料仔细进行综合分析,才能及时得出确切的诊断。

(一)病史 详细询问发热起病的缓急、升降时间、高低、类型与规律性,是否伴有寒战、出汗、咯血、咳嗽、胸痛,询问过去史、传染病接触史、预防接种史、职业和生活习惯,是否到过疫区等。

(二)体格检查 详细地询问病史和细致的体格检查对大部分高热均能作出正确的判断。病史中考虑到的疾病,还要重点检查有关的系统或脏器,阳性体征的发现对高热的病因诊断有重要参考价值。

1. 一般情况 若一般情况良好,而无其他阳性体征,对急性感染性高热,应考虑呼吸道病毒感染。

2. 皮肤、粘膜、淋巴结检查 如皮肤粘膜有黄疸表现应考虑肝、胆疾患。淤点对流行性脑脊髓膜炎、败血症、血液病等的诊断有帮助。对有特殊的淋巴结肿大、明显压痛者,应考虑附近器官的炎症等。

3. 头面部 应注意检查巩膜有无黄疸,副鼻窦有无压痛,外耳道有无流脓,乳突有无压痛,扁桃体有无红肿等。

4. 胸部 应注意乳房有无肿块,肺部有无罗音、胸膜摩擦音、心脏杂音等。

5. 腹部 注意有无压痛、反跳痛及肌紧张,有无固定明显压痛点,如右上腹压痛常考虑胆囊炎,女性下腹部压痛应考虑附件炎、盆腔炎等。还须注意有无肿块及肝脾肾脏等情况。

6. 神经系统检查 注意有无脑膜刺激征及病理反射等。

### (三) 实验室及其他检查

1. 血象 白细胞总数偏低,应考虑疟疾或病毒感染;白细胞总数增高和中性粒细胞左移者,常为细菌性感染;有大量幼稚细胞出现时要考虑白血病,但须与类白血病反应相鉴别。

2. 尿粪检查 尿液检查对尿路疾病的诊断有很大帮助。对昏迷、高热病员而无阳性神经系统体征时,应作尿常规检查,以排除糖尿病酸中毒合并感染的可能。对高热伴有脓血便或有高热、昏迷、抽搐而无腹泻在疑及中毒性菌痢时应灌肠作粪便检查。

3. X线检查 常有助于肺炎、胸膜炎、椎体结核等疾病的诊断。

4. 其他检查 对诊断仍未明确的病员,可酌情做一些特殊意义的检查如血培养、抗“O”、各种穿刺及活组织检查。还可依据病情行B超、CT、内窥镜检查等。

5. 剖腹探查的指征 如果能适当应用扫描检查、超声检查以及经皮活检,一般不需要剖腹探查。但对扫描的异常发现需要进一步阐明其性质,或制定准确的处理方案,或需作引流时,剖腹术可作为最后确诊的步骤而予以实施。

6. 诊断性治疗试验 总的说来,不主张在缺乏明确诊断的病例中应用药物治疗,但是,如果在仔细检查和培养后,临床和实验室资料支持某种病因诊断但又未能完全明确时,治疗性试验是合理的。

(1) 血培养阴性的心内膜炎:有较高的死亡率,如果临床资料

表明此诊断是最有可能的,抗生素试验治疗可能是救命性的,常推荐应用广谱抗生素 2~3 种以上,联合、足量、早期、长疗程应用,一般用药 4~6 周,人工瓣膜心内膜炎者疗程应更长,培养阳性者应根据药敏给药。

• (2)结核:对有结核病史的病人,应高度怀疑有结核病的活动性病灶,2~3 周的抗结核治疗很可能导致体温的下降,甚至达到正常。

(3)疟疾:如果热型符合疟疾(间日疟或三日疟)改变,伴有脾肿大,白细胞减少,流行季节或从流行区来的患者,而一时未找到疟原虫的确切证据,可试验性抗疟治疗,或许能得到良好的疗效,并有助于诊断。

(4)疑为系统性红斑狼疮,而血清学检查未能进一步证实的患者,激素试验性用药可获良效而进一步证实诊断。

由于多数不明原因的高热是由感染引起,所以一般抗生素在未获得确诊前是常规地使用以观疗效。

### 三、治疗

(一)一般处理 将病人置于安静、舒适、通风的环境。有条件时应安置在有空调的病室内,无空调设备时,可采用室内放置冰块、电扇通风等方法达到降低室温的目的。高热惊厥者应置于保护床内,保持呼吸道通畅,予足量氧气吸入。

(二)降温治疗 可选用物理降温或药物降温。

1. 物理降温法 利用物理原理达到散热目的,临床上有局部和全身冷疗两种方法。

(1)局部冷疗:适用于体温超过  $39^{\circ}\text{C}$  者,给予冷毛巾或冰袋及化学致冷袋,将其放置于额部、腋下或腹股沟部,通过传导方式散发体内的热量。

(2)全身冷疗:适用于体温超过  $39.5^{\circ}\text{C}$  者,采用酒精擦浴、温

水擦浴、冰水灌肠等方法。

1)酒精擦浴法:酒精是一种挥发性的液体,擦浴后酒精在皮肤上迅速蒸发,吸收和带走机体的大量热量;同时酒精和擦拭又具有刺激皮肤血管扩张的作用,使散热增加。一般选用 25% ~ 35% 的酒精 100 ~ 200ml,温度为 30℃ 左右。擦浴前先置冰袋于头部,以助降温,并可防止由于擦浴时全身皮肤血管收缩所致头部充血;置热水袋于足底,使足底血管扩张有利散热,同时减少头部充血。擦浴中应注意患者的全身情况,若有异常立即停止。擦至腋下、掌心、肘窝、腹股沟等血管丰富处应稍加用力且时间稍长些,直到皮肤发红为止,以利散热。禁擦胸前区、腹部、后颈、足底,以免引起不良反应。擦拭完毕,移去热水袋,间隔半小时,测体温、脉搏、呼吸,作好记录,如体温降至 39℃ 以下,取下头部冰袋。

2)温水擦浴法:取 32℃ ~ 34℃ 温水进行擦浴,体热可通过传导散发,并使血管扩张,促进散热。方法同酒精擦浴法。

3)冰水灌肠法:用于体温高达 40℃ 的清醒患者,选用 4℃ 的生理盐水 100 ~ 150ml 灌肠,可达到降低深部体温的目的。

## 2. 药物降温法 应用解热剂使体温下降。

(1)适应证:①婴幼儿高热,因小儿高热引起“热惊厥”;②高热伴头痛、失眠、精神兴奋等症状,影响患者的休息与疾病的康复;③长期发热或高热,经物理降温无效者。

### (2)常用药物

1)APC:1 片,每日 3 次口服。小于 3 岁小儿可用 50% 安乃近滴鼻,每侧 2 ~ 3 滴,但用量不宜过大。

2)安痛定:肌注,适用于上呼吸道感染及一般高热的对症处理。

3)654-2:主要用于治疗输液输血反应引起的发热,比传统的抗组织胺药物与激素效果好。但对心脏病患者出现输液输血反应,并有心率快时则不宜使用。

4) 潘生丁:本品能使某些病毒性上呼吸道感染患者体温迅速下降,病情缩短、中毒症状减轻,效果优于病毒灵。每日 3 ~ 5mg/kg,分 2 ~ 3 次口服,连服 3 天。

5) 硝普钠:对物理降温、解热药、输液等常规治疗无效者,应用本品是有效的辅导措施。方法:静滴,开始每分钟 0.5  $\mu$ g/kg,15 分钟增到每分钟 1.0  $\mu$ g/kg,并维持此速度,热退后停药。用药时不断测血压,如血压下降应减慢滴速。

6) 消炎痛:过去消炎痛一般只用于癌性发热,其实本药在退热方面有其优点,如降温作用温和,出汗少,无不适现象。有人用消炎痛注射剂作为各种发热病例的退热剂,90% 以上病例获显效。

7) 氯丙嗪:本品本身即具有降温作用,可用于各种急性感染之发热。有人用 4℃ 冷甘露醇静注配合肌注氯丙嗪 25mg,治疗顽固性超高热效果良好,且可防止出现寒冷反应。

8) 冬眠疗法:经用退热措施治疗,高热仍不降者,可考虑选用冬眠疗法等。如冬眠灵每次 25 ~ 50mg 肌注或加 5% 葡萄糖 500ml 静滴,1 ~ 2 小时滴完,如体温下降,2 小时可重复给药,高热昏迷抽搐者用冬眠灵、异丙嗪各 25mg、度冷丁 50mg(如无抽搐可减去度冷丁)加入 25% 葡萄糖 20ml 静注,15 分钟注完。小儿减量。有降温、镇静、降低细胞氧耗量、止惊、抗休克等作用。冬眠药物不仅与物理降温有协同作用,又可防止因突然物理降温所致肌肉颤抖之弊。

### (3) 注意事项

1) 在未明确发热原因时,不要轻易使用退热剂,以免改变其原有热型或其他临床特征,给诊断和治疗带来困难。

2) 熟悉各种解热药的药理作用、禁忌证和配伍禁忌,以免发生不良反应及过敏反应。

3) 注意药物剂量,因为解热药是通过机体的蒸发散热而达到降温目的,所以,药物用量过大会引起机体大量出汗,体液大量丧

失而出现血压下降、脉搏细速、四肢厥冷等虚脱或休克现象。尤其对年老体弱及心血管疾病者更易发生。

4)解热药只是对症处理,不能消除病因,而且有些退热药有杀伤白细胞的作用,所以,对高热患者应先行物理降温,必要时才考虑使用药物降温。

5)感染性发热根本的治疗方法是消除感染原和感染灶,为促进退热,解热药应与抗感染疗法配合使用。

6)有些患者用药后会出现恶心呕吐,有胃出血、皮疹、血管神经性水肿和哮喘症状,多种药物配合使用可减轻副作用。

7)药物降温时须注意患者的身心放松,为使药物更好地发挥作用,必要时服用安眠药。

(三)病因治疗 查明病因,对症下药,是最根本的治疗。病情重、白细胞高的高热患者,也可先给适当的抗菌药,边治疗边明确诊断,但切忌滥用抗菌药物。

(四)支持治疗 注意补充营养和水分,保持水、电解质平衡,保护脑、心、肾功能及防治并发症。

(五)对症处理 如出现惊厥、颅压增高等症状应及时处理。

(徐培军 曲敬祥)

## 第二节 咳嗽

咳嗽可将呼吸道分泌物、吸入的异物、粉尘微粒、微生物排出体外,是机体的一种保护性反射动作。同时,咳嗽、咳痰也是呼吸系统疾病的常见症状。

### 一、病因

引起咳嗽、咳痰的病因有以下3种:

(一)呼吸系统疾病 是最常见的病因。如咽炎、喉炎、喉结

核、喉癌等常引起干咳。气管和支气管炎、支气管哮喘、支气管结核、支气管扩张、支气管肺癌、百日咳,以及物理、化学、过敏性因素等对气管、支气管粘膜的刺激,均可引起咳嗽,且常伴不同程度的咳痰。肺部炎症、肿瘤、结核、脓肿、尘肺及肺吸虫病等也可引起咳嗽、咳痰。胸膜炎、血胸、脓胸、气胸或纵隔病变累及气管、胸膜时,均可引起咳嗽。

(二)心血管疾病 左心衰竭时的肺充血、肺水肿,可引起咳嗽,痰呈浆液性或粉红色泡沫状。肺梗塞也可引起咳嗽,并以突然胸痛、血痰为其特征。

(三)其他原因 皮肤受寒冷刺激,或三叉神经分布的鼻腔粘膜、舌咽神经支配的咽峡部粘膜受刺激时,可反射性引起咳嗽。

## 二、诊断

(一)病史 应注意询问及观察咳嗽的声音、病程、发生的时间、有无痰液及伴随症状等。

1. 咳嗽的性质及音色 干咳常由于喉及大气管的充血和肺炎的早期,前者多伴有喉内发痒,像是喉内挂有毛发,为短的频咳,咳过之后还想咳;干咳也可由于胸膜、耳、咽或横膈受到刺激引起,则无喉内发痒的表现。胸膜引起的干咳伴有胸痛,病人咳嗽不敢用力,且常用手捂住患侧胸部。阵阵干咳之后紧跟着一个长的吸气声为百日咳的特点。犬吠样咳嗽多见于喉部疾患。左侧喉返神经受压迫常由于支气管癌、食管癌或肺部淋巴结肿大,肿瘤压迫气管常引起带金属音的咳嗽。带哮鸣音的咳嗽表示支气管内有分泌物及伴有支气管痉挛。气管内异物或声带肿胀、声带麻痹为长的低声嘶哑咳嗽。咳嗽声音低微,可见于严重肺气肿、声带麻痹或极度衰弱者。

2. 咳嗽的病程 急性咳嗽病程几天至几周,如感冒、急性咽喉炎、急性支气管炎、肺炎、心力衰竭引起的肺水肿、肺淤血等;慢性