

沧州医学高等专科学校自编教材



供临床医学、护理、医学技术等专业类用

临床技能 实训指导 (下册)

LINCHUANG JINENG
SHIXUN ZHIDAO

■ 主编 王新颖 张秀芬

 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

沧州医学高等专科学校自编教材

临床技能实训指导(下册)

LINCHUANG JINENG SHIXUN ZHIDAO

主 编 王新颖 张秀芬

副主编 张丽萍 李海英

主 审 王长凯

编 者 (以姓氏笔画为序)

于彩霞	才小茹	王新颖	王颖利
刘向丽	孙新成	孙金豹	李宝祥
李桂芳	李海英	宋红艳	宋金东
张 静	张丽萍	张秀芬	张晓玲
邢卫斌	陈佩祥	秦兰英	徐 芳
曹希武			



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床技能实训指导(下册)/王新颖,张秀芬主编. —北京:人民军医出版社,2007.7

沧州医学高等专科学校自编教材

ISBN 978-7-5091-1138-3

I. 临… II. ①王…②张… III. 临床医学—医学院校—教学参考资料 IV. R4
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 119167 号

策划编辑:徐卓立 文字编辑:陈 鹏 责任审读:余满松

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

电话:(010)66882586(发行部) 51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部) 66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京国马印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:17.75 字数:423 千字

版、印次:2007 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3100

定价:37.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585 51927252

沧州医学高等专科学校自编教材

编 委 会

主任委员	牟兆新	沧州医学高等专科学校常务副校长
副主任委员	张丽华	沧州医学高等专科学校副校长
	张中兴	沧州医学高等专科学校副校长
顾 问	陈金源	天津武警医学院解剖学教授
	姬淑梅	天津医科大学教育学研究员
	赵若华	天津武警医学院神经内科学教授
委 员	(以姓氏笔画为序)	
	刘立新	沧州医学高等专科学校教务科科长
	务秀泽	沧州医学高等专科学校护理系副书记
	闫金辉	沧州医学高等专科学校医学系副书记
	李怀珍	沧州医学高等专科学校科研科科长
	张秋雨	沧州医学高等专科学校教务处处长
	张瑞兰	沧州医学高等专科学校医学技术系主任
	陈凤云	沧州医学高等专科学校基础部副主任
	陈树君	沧州医学高等专科学校医学系主任
	陈俊荣	沧州医学高等专科学校教务处副处长
	金玉忠	沧州医学高等专科学校护理系主任
	孟羽俊	沧州医学高等专科学校医学系副主任
	赵佩瑾	沧州医学高等专科学校基础部主任
	侯振江	沧州医学高等专科学校医学技术系副书记

序

2007 年的春天是我国教育事业的春天,因为不久前召开的第十届全国人民代表大会第五次会议关于加大教育投入、大力发展职业教育等一系列的决议给我国的教育发展带来了春天的信息;2007 年的春天也是沧州医学高等专科学校教材建设的春天,因为凝聚着我校教师心血的 20 余部学习指导及实验实训系列辅助教材即将由人民军医出版社付梓刊印,这是我校教材建设的一件盛事,值得祝贺。

作为一所医学高职高专学校,我们始终坚持以服务为宗旨,以就业为导向,密切产学结合,开展专业及课程改革,提高教学质量的方针。依据高职高专院校培养技能型人才的要求,全面修订了各专业教学计划,立足于公共课、基础课为专业课服务的原则,进行教学内容的整合,并力求与执业资格考试接轨;加强了实践教学,增加了人文和礼仪等选修课;护理专业实施了就业岗位综合素质训练,不断提高学生的整体综合能力;临床医学专业也积极探索专业课教学模式改革,提高了学生临床实践能力,缩短了学生与临床之间的距离。多年来,在河北省卫生厅、教育厅组织的卫生类院校护理技能和物理诊断操作考核中,我校均名列前茅。

学校积极鼓励教师在开展教学改革基础上,结合各专业特点自编教材,特别是实验实训教学指导教材。辛勤的耕耘结出了硕果,这套旨在帮助学生进行自主学习、提高学生实验实训能力和岗位综合素质的系列教材应运而生,相信对于促进学生的学习将大有裨益。

这套教材的编者都是我校教学一线的教师,他们既要承担教学任务,又要利用业余时间努力完成编写工作,付出了很多辛苦。限于编者水平与能力,加之时间仓促,难免玉有瑕疵,期冀在使用中不断修订完善,渐成佳作。

人民军医出版社作为有着光辉历史的出版社,为我们出版这套教材,对我校教材建设给予了极大的支持,在此一并致以谢意。

赵智敏

2007 年 4 月

前 言

高职高专的医学生将是我国社区医疗基层单位的主力军,加强临床独立思维能力的训练是临床医学教学中的重要环节。临床教学的最终目标是使学生从纷繁复杂的临床症状体征中抽象、归纳出有价值的诊断线索,有针对性地进一步检查,完善诊断,最终确定治疗原则,制定出治疗方案。

为加强高职高专临床医学生的临床思维能力,我们编写了《临床技能实训指导》(下册),旨在使学生在具有系统的医学理论知识的同时,具备良好的临床思维能力,为毕业后从事社区基层医学工作奠定坚实的基础。

本书共分六篇,包括内科学、外科学及皮肤性病学、妇产科学、儿科学、传染病、眼耳鼻咽喉科学,每篇根据内容分为不同的章节,每节内容包括疾病概要及病例讨论两部分。

在编写过程中,我们力图贯彻教材的思想性、科学性、适用性和创新性原则,尤其注重某些临床医学知识的更新,与执业(助理)医师考试接轨。该教材在编写过程中,根据执业(助理)医师考试病例分析的要求及相关的病历摘要实例,内容力求简明扼要、实用、特点突出,深浅程度适合专科医学生阅读。它不仅是临床医学课程教师对医学生进行各门临床课程学习的参考书目,而且对于参加执业(助理)医师考试的考生顺利通过考试也有助益。

本书在编写过程中特别感谢沧州市人民医院的孙金豹、孙新成、宋金东、邢卫斌、曹希武、秦兰英、李桂芳同志,他们在繁忙的临床工作中参加撰写并指导了有关章节的编写。也对人民军医出版社的鼎力支持和指导表示诚挚的感谢。

全体编者以高度认真负责的态度和积根饱满的热情参与了工作,但由于临床医学的复杂性、多样性、可变性和个体性等特点,编写中尚有诸多不当之处,敬请读者和同仁不吝赐教。

编 者

2007 年 6 月

目 录

第一篇 内 科 学

第 1 章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 慢性阻塞性肺疾病	(1)
第二节 支气管哮喘	(3)
第三节 慢性肺源性心脏病	(5)
第四节 支气管扩张症	(6)
第五节 肺炎	(7)
第六节 支气管肺癌	(9)
第七节 肺结核	(10)
第 2 章 循环系统疾病	(13)
第一节 原发性高血压	(13)
第二节 稳定型心绞痛	(15)
第三节 不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死	(16)
第四节 急性 ST 段抬高型心肌梗死	(17)
第五节 心脏瓣膜病	(19)
第六节 病毒性心肌炎	(20)
第七节 心肌病	(22)
第 3 章 消化系统疾病	(25)
第一节 慢性胃炎	(25)
第二节 消化性溃疡	(26)
第三节 肝硬化	(28)
第四节 原发性肝癌	(30)
第五节 肝性脑病	(32)
第六节 急性胰腺炎	(34)
第七节 肠结核及结核性腹膜炎	(35)
第八节 溃疡性结肠炎	(37)
第 4 章 泌尿系统疾病	(39)
第一节 急性肾小球肾炎	(39)
第二节 慢性肾小球肾炎	(40)
第三节 肾病综合征	(41)

第四节 肾盂肾炎	(42)
第 5 章 造血系统疾病	(44)
第一节 缺铁性贫血	(44)
第二节 再生障碍性贫血	(45)
第三节 特发性血小板减少性紫癜	(46)
第四节 过敏性紫癜	(48)
第五节 急性白血病	(49)
第六节 慢性白血病	(51)
第七节 淋巴瘤	(52)
第 6 章 内分泌及代谢性疾病	(54)
第一节 甲状腺功能亢进症	(54)
第二节 糖尿病	(55)
第 7 章 风湿性疾病	(59)
第一节 类风湿关节炎	(59)
第二节 系统性红斑狼疮	(60)
第 8 章 神经系统疾病	(62)
第一节 特发性面神经麻痹	(62)
第二节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(62)
第三节 短暂性脑缺血发作	(63)
第四节 脑血栓形成	(64)
第五节 脑栓塞	(65)
第六节 脑出血	(66)
第七节 蛛网膜下腔出血	(66)
第八节 癫痫	(67)

第二篇 外科及皮肤性病学

第 9 章 神经外科疾病	(69)
第一节 硬脑膜外血肿	(69)
第二节 硬脑膜下血肿	(70)
第三节 脑胶质瘤	(71)
第四节 脑膜瘤	(72)
第五节 听神经鞘瘤	(73)
第六节 颅内动脉瘤	(74)
第 10 章 腹部疾病	(76)
第一节 腹股沟疝	(76)
第二节 急性继发性腹膜炎	(77)
第三节 脾脏损伤	(78)
第四节 肠管破裂	(78)

第五节	胃十二指肠溃疡穿孔的外科治疗	(79)
第六节	胃十二指肠溃疡出血的外科治疗	(80)
第七节	胃癌	(81)
第八节	急性阑尾炎	(82)
第九节	肠梗阻	(83)
第十节	结肠癌	(84)
第十一节	原发性肝癌	(85)
第十二节	胆石症	(86)
第十三节	胆囊炎	(87)
第十四节	急性梗阻性化脓性胆管炎	(88)
第十五节	胆道蛔虫病	(89)
第十六节	胰腺炎	(90)
第十七节	胰腺癌和壶腹部癌	(91)
第十八节	急腹症的鉴别诊断	(92)
第 11 章	泌尿系统疾病	(93)
第一节	前列腺增生症	(93)
第二节	肾结核	(94)
第三节	上尿路结石	(95)
第四节	肾癌	(95)
第五节	隐睾	(96)
第 12 章	骨科疾病	(98)
第一节	肱骨干骨折	(98)
第二节	桡骨远端骨折	(99)
第三节	股骨颈骨折	(100)
第四节	腰椎间盘突出症	(101)
第五节	骨肿瘤	(102)
第 13 章	皮肤性病学	(104)
第一节	带状疱疹	(104)
第二节	手足癣	(105)
第三节	湿疹	(105)
第四节	荨麻疹	(106)
第五节	药疹	(107)
第六节	银屑病	(108)
第七节	过敏性紫癜	(109)
第八节	天疱疮	(110)
第九节	白癜风	(111)
第十节	梅毒	(112)

第三篇 妇 产 科 学

第 14 章 正常妊娠、分娩	(114)
第一节 妊娠诊断	(114)
第二节 正常分娩	(115)
第 15 章 病理妊娠	(117)
第一节 流产	(117)
第二节 异位妊娠	(118)
第三节 妊娠高血压综合征	(119)
第四节 前置胎盘	(120)
第五节 胎盘早剥	(121)
第六节 早产	(122)
第七节 胎膜早破	(123)
第 16 章 妊娠合并症	(125)
妊娠合并心脏病	(125)
第 17 章 异常分娩	(127)
第一节 产力异常	(127)
第二节 产道异常	(128)
第三节 胎位异常-臀先露	(129)
第 18 章 分娩期并发症	(131)
第一节 产后出血	(131)
第二节 急性胎儿窘迫	(132)
第 19 章 产褥感染	(133)
第 20 章 女性生殖系统炎症	(135)
第一节 阴道炎	(135)
第二节 慢性宫颈炎	(137)
第 21 章 女性生殖内分泌疾病	(138)
第一节 功能失调性子宫出血	(138)
第二节 围绝经期综合征	(139)
第 22 章 女性生殖系统肿瘤	(141)
第一节 宫颈癌	(141)
第二节 子宫肌瘤	(142)
第三节 子宫内膜癌	(143)
第四节 卵巢肿瘤	(144)
第 23 章 妊娠滋养细胞疾病	(145)
第一节 葡萄胎	(145)
第二节 侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌	(146)
第 24 章 子宫内膜异位症	(148)

第 25 章 计划生育	(150)
人工流产并发症	(150)

第四篇 儿 科 学

第 26 章 营养及营养障碍性疾病	(152)
第一节 蛋白质-能量营养不良	(152)
第二节 维生素 D 缺乏性佝偻病	(153)
第三节 维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(154)
第 27 章 新生儿疾病	(156)
第一节 新生儿缺氧缺血性脑病	(156)
第二节 新生儿黄疸	(157)
第三节 新生儿败血症	(158)
第四节 新生儿寒冷损伤综合征	(159)
第 28 章 小儿腹泻	(161)
第 29 章 小儿肺炎	(163)
第 30 章 先天性心脏病	(165)
第 31 章 急性肾小球肾炎	(167)
第 32 章 化脓性脑膜炎	(169)
第 33 章 结核性脑膜炎	(171)

第五篇 传 染 病 学

第 34 章 病毒性传染病	(173)
第一节 流行性感 冒	(173)
第二节 病毒性肝炎	(174)
第三节 流行性乙型脑炎	(175)
第四节 狂犬病	(177)
第五节 流行性出血热	(178)
第六节 艾滋病	(179)
第 35 章 细菌性传染病	(182)
第一节 伤寒	(182)
第二节 细菌性痢疾	(183)
第三节 霍乱	(185)
第四节 流行性脑脊髓膜炎	(186)

第六篇 眼耳鼻咽喉科学

第 36 章 眼部疾病	(188)
-------------------	-------

第一节	流行性角结膜炎·····	(188)
第二节	春季角结膜炎·····	(189)
第三节	真菌性角膜炎·····	(190)
第四节	单纯疱疹病毒性角膜炎·····	(191)
第五节	年龄相关性白内障·····	(192)
第六节	原发性急性闭角型青光眼·····	(194)
第 37 章	鼻部疾病 ·····	(196)
第一节	变应性鼻炎·····	(196)
第二节	鼻息肉·····	(197)
第三节	鼻出血·····	(198)
第 38 章	咽喉部疾病 ·····	(201)
第一节	急性扁桃体炎·····	(201)
第二节	急性会厌炎·····	(202)
第 39 章	耳部疾病 ·····	(204)
第一节	分泌性中耳炎·····	(204)
第二节	慢性化脓性中耳炎·····	(205)
病例讨论部分参考答案·····		(207)

第一篇 内科学

第1章 呼吸系统疾病

第一节 慢性阻塞性肺疾病

一、疾病概要

(一)诊断要点及鉴别诊断

1. 诊断要点 有咳嗽、咳痰、呼吸困难以及慢性阻塞性肺疾病(COPD)危险因素长期接触史。确诊需行肺功能检查,使用支气管扩张药后及 $FEV_1/FVC < 0.70$ 可确认存在不完全可逆的气流受限。

2. 鉴别诊断 COPD 应与支气管哮喘、支气管扩张症、心力衰竭、肺结核等鉴别。

(二)医嘱处理

1. 检查 血常规、尿常规、便常规检查、肝炎病毒检测、血清生化学检查(肝功能、肾功能、血清离子)、动脉血气分析(所有出现 $FEV_1 < 50\%$ 预计值或临床表现提示有呼吸衰竭或右心衰竭的患者都应该进行血气分析检查)、胸部 X 线检查。必要时胸部 CT 检查,并发感染时进行痰涂片、痰培养检查。

2. 治疗和管理 2006 年慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GLOD)COPD 患者的管理包括以下四个部分:

(1)COPD 严重程度的评估:应根据患者临床症状的严重程度、肺功能异常的程度以及目前存在的并发症情况进行判断(2006 年慢性阻塞性肺疾病全球倡议 COPD 最新分级标准见表 1-1-1)。

表 1-1-1 2006 年慢性阻塞性肺疾病全球倡议 COPD 严重程度的肺功能分级标准

级别	严重程度	使用支扩药后 FEV_1/FVC	FEV_1 占预计值百分比
I	轻度	< 0.70	$FEV_1 \geq 80\%$ 预计值
II	中度	< 0.70	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ 预计值
III	重度	< 0.70	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ 预计值
IV	极重度	< 0.70	$FEV_1 < 30\%$ 预计值或 $FEV_1 < 50\%$ 预计值伴慢性呼吸衰

(2)减少危险因素:减少个人总的吸烟、职业粉尘、化学物质及室内和室外空气污染接触是预防 COPD 发病和加重的重要目标,戒烟是减少 COPD 发展和加重的独立的最有效最经济的干预方式。

(3)COPD 稳定期治疗和管理:采取能改善症状、提高生活质量的个体化治疗。降低危险因素,药物治疗缓解症状和(或)减少并发症。①轻度:积极降低危险因素,流感疫苗,必要时加短效支气管扩张药;②中度:在轻度治疗基础上,必要时规则使用一种或以上长效支气管扩张药,康复治疗;③重度:在中度治疗的基础上,如反复加剧使用吸入性糖皮质激素;④极重度:在重度治疗的基础上,如慢性呼衰加长期家庭氧疗,考虑外科治疗。

(4)COPD 急性加重期治疗:①氧疗:鼻导管或文丘里(Venturi)面罩吸氧,必要时给予无创性人工通气,密切监测动脉血气;②给予支气管扩张药:短效 β -受体激动药如不能迅速见效,加用抗胆碱药(吸入剂),如病情严重或治疗效果欠佳,再加用茶碱类药物(静脉给药),可采用雾化吸入的方法给予支气管扩张药;③糖皮质激素:必要时口服或静脉给药;④其他治疗:根据病情需要防治感染,清除痰液,通畅气道,考虑应用无创性机械通气、治疗合并存在的肺心病、心衰、心律失常或其他合并症,一般性治疗、营养支持、密切监护、注意体液平衡等。

二、病例讨论

(一)病历摘要

男,60岁,咳嗽咳痰20余年,加重4d,胸痛伴极度呼吸困难8h入院。患者于20余年前因受凉后出现咳嗽,咳白色黏痰,自认“感冒”未行治疗,之后每年冬春季均出现咳嗽、咳痰,痰呈白色泡沫样,晨起加重,天气转暖时好转,每次发作可持续3个月以上,抗菌药(药名不详)治疗症状可有所缓解。近10余年来,发作次数增加,且渐觉气短,最初以活动后为甚,近年来静息时亦常有气短、胸闷,无心悸、水肿,常服用氨茶碱及吸入特布他林(喘康速)。4d前又因擦澡受凉后再次发作,痰呈黄色,喘息加重,在当地医院用“菌必治”及“氨茶碱”静脉滴注后症状有所好转。8h前突觉前胸痛,呼吸时加剧,伴呼吸极度困难以致不能平卧,静脉推注氨茶碱、地塞米松后仍不能缓解而入院。既往否认有“高血压病”史。有吸烟史40年,每日平均20支。体格检查: $T 36.8^{\circ}\text{C}$, $P 121/\text{min}$, $R 27/\text{min}$, $BP 136/80\text{mmHg}$ 。神志清楚,端坐呼吸,口唇发绀。桶状胸,双肺语音震颤减弱,双肺叩诊呈过清音,左上肺叩诊疑鼓音,左肺呼吸音较右肺明显减弱,双肺均可闻及哮鸣音及湿啰音。剑突下可见心脏搏动,叩诊心脏浊音界缩小,心率 $121/\text{min}$,心律齐,各瓣膜区未闻及杂音。 $P_2 > A_2$ 。腹平软,肝脾肋下未触及,腹水征阴性,下肢无水肿。辅助检查:血常规: $WBC 11.1 \times 10^9/\text{L}$, $N 85\%$, $RBC 4.3 \times 10^{12}/\text{L}$, $Hb 152\text{g/L}$;肝功能、肾功能、血脂、血糖(BG)、心肌酶等指标均在正常范围。痰培养为正常口腔菌,未找到抗酸菌及真菌。动脉血气分析: $pH 7.31$, $PaO_2 55\text{mmHg}$, $PaCO_2 70.3\text{mmHg}$, $HCO_3^- 34.6\text{mmol/L}$, $BE 8.4\text{mmol/L}$ 。胸部X线:双肺野纹理增多,增粗,走行紊乱,左肺透亮度增加,外带可见空气密度影,左肺被压缩约30%。心电图:窦性心动过速,电轴右偏,II,III导联P波高耸 $>0.25\text{mV}$, $V_1 R/S > 1$, $R_{V1} + S_{V5} = 2.0\text{mV}$ 。超声心动图:右室流出道增宽,右心房、右心室增大。

(二)思考题

1. 慢性阻塞性肺疾病的定义及诊断要点。
2. 简述本病例的诊断及诊断依据、鉴别诊断及要点、进一步检查项目及治疗原则。

第二节 支气管哮喘

一、疾病概要

(一) 诊断要点及鉴别诊断

1. 诊断要点 ①反复发作的喘息、呼吸困难、咳嗽、咳痰；②可闻及呼气性哮鸣音，呼气延长；③喘息经治疗或可以自行缓解；④肺功能检查有通气功能障碍，支气管激发或运动试验(+)，支气管舒张试验(+)； $FEV_1 > 15\%$ 或 FEV_1 增加 $> 200\text{ml}$ ，呼气流量峰值(PEF)变异率 $> 20\%$ ；⑤除外其他原因引起的喘息、胸闷、咳嗽。

2. 鉴别诊断 心源性哮喘、喘息型慢性支气管炎、支气管肺癌、变态反应性肺浸润。

(二) 医嘱处理

1. 检查 血常规、痰液检查(痰液嗜酸粒细胞、中心粒细胞、涂片及细菌培养查细菌可选择敏感药物)、肺功能检查、呼出气 NO 和 CO 测定(哮喘时气道炎症的无创性标志物)、血气分析、胸部 X 线、特异性抗原测定。

2. 治疗方案

(1)原则是脱离变应原及药物治疗、处理并发症，达到以下目标：①以最少的治疗达到控制症状的目的；②教会病人自己监测病情及正确用药；③最大限度控制病情，保护劳动力。

(2)2006 版《哮喘管理和预防的全球策略》(GINA 指南，2006 年 11 月公布在 GINA 网站)提出了以哮喘临床控制为目标的哮喘治疗循环模式，即评估哮喘控制水平→治疗达到哮喘控制→监测维持哮喘控制。所有哮喘管理必须围绕哮喘临床控制这一新重点展开(控制水平分级标准见表 1-1-2)。

表 1-1-2 2006 年 GINA 方案哮喘控制水平分级标准

临床特征	控制 (满足以下所有情况)	部分控制 (任何 1 周出现以下任何一项表现)	未控制
白天症状	无(≤ 2 次/周)	每周 > 2 次	出现 ≥ 3 项部分控制的表现
活动受限	无	任何 1 次	
夜间症状憋醒	无	任何 1 次	
需要急救治疗或缓解药物治疗	无(≤ 2 次/周)	每周 > 2 次	
肺功能(PEE 或 FEV_1)	正常	$> 80\%$ 预计值或个人最佳值 (若已知)	

哮喘发作	无	每年 ≥ 1 次*	任何 1 周有 1 次**

* 患者出现哮喘发作后，都必须对维持治疗方案进行分析回顾，以确保治疗方案的合理性

** 依照定义，任何 1 周出现 1 次哮喘发作，表明这周哮喘没有得到控制

*** 肺功能结果对 5 岁及以下的儿童的并不可靠

3. 药物治疗

(1)皮质激素：吸入皮质激素常用丙酸培氯松或丁地去炎松，用定量雾化吸入器(MDI)或干粉剂吸入。剂量为丁地去炎松 $200 \sim 600 \mu\text{g}/\text{d}$ 。如病人需口服皮质激素，吸入制剂需继续使

用。吸药后漱口以减少对口咽的副作用。口服皮质激素泼尼松(强的松)30mg/d,用5d,如果改善缓慢需延长疗程,疗程短于14d不必逐步减量。

(2)茶碱:常用氨茶碱或缓释型茶碱口服,用于轻—中度发作,剂量为 $6\sim 10\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,使血茶碱浓度保持在 $5\sim 15\mu\text{g}/\text{ml}$ 水平。很多药物如环丙沙星、红霉素、甲氧咪胍、抗抑郁药、地尔硫草、维拉帕米、氟康唑等可使茶碱血药浓度升高。妊娠、肝脏疾患、充血性心力衰竭也可影响茶碱的代谢。

(3) β_2 -受体激动药:短效 β_2 -激动药,如沙丁胺醇、特布他林(叔丁喘宁),需要时通过MDI或以干粉吸入,剂量 $200\sim 400\mu\text{g}/\text{次}$, $5\sim 10\text{min}$ 见效,疗效持续 $4\sim 6\text{h}$ 。主要副作用为心悸、骨骼肌震颤。频繁用 β_2 -激动药提示哮喘加重,此时切忌过分或盲目地增加 β_2 -激动药次数,要考虑合用糖皮质激素。

(4)严重发作的治疗:严重发作时需住院治疗,根据临床资料特别是动脉血气分析来评估病情的严重程度。治疗原则为供氧、支气管舒张等, β_2 -激动药可雾化吸入。剂量为沙丁胺醇1ml加生理盐水2ml。口服或静脉注射激素,静注氨茶碱,从未用过茶碱者首次剂量为 $4\sim 6\text{mg}/\text{kg}$,继之以 $0.6\sim 0.8\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 静滴。如血气分析示二氧化碳分压进行性升高,考虑机械通气。

二、病例讨论

(一)病历摘要

男,37岁,干部,反复发作性呼吸困难13年,加重7d入院。患者于20年前淋雨后出现憋、喉中发出喘鸣音,并伴窒息感、流涕、咳嗽、咳白色黏痰,在当地予以青霉素和氨茶碱治疗后缓解,此后每年3~5月份咳嗽、喘息易发作,常自服氨茶碱有效,半年前在本市医院诊断为“支气管哮喘”,开始规律使用丙酸倍氯米松 $200\mu\text{g},2/\text{d}$;缓释茶碱片 $0.2\text{g},2/\text{d}$;沙丁胺醇不规则吸入,仍有间歇咳嗽、气促和夜间轻度喘息,可耐受。7d前感冒后,白天和夜间均有气促,活动后明显,尚可平卧,吸入沙丁胺醇可缓解,无发热、脓痰、盗汗。既往有过敏性鼻炎史,家族中其母亲有支气管哮喘病史。体格检查: $T 36.5^\circ\text{C}$, $P 98/\text{min}$, $R 22/\text{min}$, $BP 115/75\text{mmHg}$ 。发育正常,营养中等,神志清楚,自动体位。巩膜及皮肤无黄染,浅表淋巴结无肿大。两侧胸部呼吸运动对称,无胸膜摩擦感。两肺呼吸音增粗,呼气时相延长,满肺可闻及哮鸣音,呼气时明显,无湿啰音。心前区无隆起,未触及震颤,心界不大,心率 $98/\text{min}$,律齐,无杂音。腹平软,肝脾肋下未触及,腹水征阴性,下肢无水肿。辅助检查:血常规: $WBC 6.4\times 10^9/\text{L}$, $N 58\%$, $E 13\%$, $L 29\%$, $RBC 4.2\times 10^{12}/\text{L}$, $Hb 130\text{g}/\text{L}$;肝功能、肾功能、血电解质均在正常范围。肺功能检查: FEV_1 占预计值 60% , $FEV_1/FVC 52\%$,提示中度阻塞性通气功能障碍,支气管扩张试验阳性。胸部X线:(发作时拍片)双肺透亮度增加,膈肌下降。

(二)思考题

1. 试述支气管哮喘的定义及临床表现。
2. 简述平喘药物及其用法。
3. 怎样评判支气管哮喘的严重程度及治疗方案?
4. 简述本病例的诊断及诊断依据、鉴别诊断及要点、治疗原则。

第三节 慢性肺源性心脏病

一、疾病概要

(一) 诊断要点及鉴别诊断

1. 诊断要点 慢性肺源性心脏病诊断标准(全国第二次肺心病专业会议修订,1977年9月在大连制定,1980年第三次会议修订):慢性肺胸疾病或肺血管病变,主要根据病史、体征、心电图、X线,并可参考放射性同位素、超声心动图、心电向量图、肺功能或其他检查判定。慢性肺心病基层诊断参考条件:①慢性胸肺疾患和(或)具有明显肺气肿征;②气急、发绀能除外其他心脏病所致者,或出现无其他原因可以解释的神志改变;③剑突下明显增强的收缩期搏动和(或)三间瓣区(或剑突下左侧)心音较心尖部明显增强或出现收缩期杂音;④肝大压痛,肝颈反流征阳性和(或)踝以上水肿伴颈静脉怒张;⑤静脉压增高;⑥既往有肺心病史或右心衰竭史。以第1条为基础,加上第2~6条中任何一条即诊断为肺心病。

2. 鉴别诊断 急性肺心病、风湿性心脏病、原发性扩张性心肌病、冠心病。

(二) 医嘱处理

1. 检查 血常规、尿常规、便常规检查、肝炎病毒检测、胸部X线、心电图,必要时查动脉血气分析、痰细菌培养+药敏、痰查结核菌、肺功能检查、血清生化学检查(肝功能、肾功能、血清离子)、超声心动图、心电向量图诊断标准、放射性同位素肺灌注扫描。

2. 治疗方案

(1)急性加重期:①控制感染,参考痰菌培养及药物敏感试验选择抗生素,在还没有培养结果前,根据感染的环境及痰涂片革兰染色选用抗生素,原则上选用窄谱抗生素为主,必须注意可能的继发真菌感染;②通畅呼吸道,纠正缺氧和二氧化碳潴留;③控制心力衰竭,积极控制感染,改善呼吸功能,心力衰竭能得到改善,对治疗后无效的较重病人可适当选用利尿、强心或血管扩张药(利尿药应用后应注意预防可能出现的低钾、低氯性碱中毒及痰液黏稠不易排出和血液浓缩等不良反应,肺心病病人慢性缺氧及感染对洋地黄类药物耐受性很低、疗效较差、且易发生心律失常,强心药的剂量宜小,一般约为常规剂量的1/2或2/3量,选用作用快、排泄快的强心药,用药前应注意纠正缺氧,防治低钾血症,以免发生药物毒性反应;④控制心律失常;⑤加强护理工作,严密观察病情变化,加强心肺功能监护,注意翻身、拍背排除呼吸道分泌物以有效改善通气功能。

(2)缓解期:原则上采用中西医结合的综合措施,增强病人的免疫功能,去除诱发因素,减少或避免急性加重期的发生,逐渐使肺、心功能得到部分或全部恢复。

二、病例讨论

(一) 病历摘要

女,67岁。反复咳嗽、咳痰20年,再发加重1周,意识障碍1d。患者近20年来,常咳嗽、咳痰,以冬季为甚。近几年体力减退明显,稍动即气促。1周前,受凉后咳嗽加重,痰为脓性不易咳出。3d前出现双下肢水肿,尿量减少。1d前开始嗜睡,反应迟钝。经单位医务室处理后送至我院。查体:T 36℃,P 110/min,R 30/min,BP 120/70mmHg。意识模糊,球结膜充血、