

内科学临床实习指导

● 主编 高弼虎 金 哲

内科学 临床 实习指导



人民卫生出版社

内科学临床实习指导

主 编 高弼虎 金 哲

副主编（以姓氏笔画为序）

于 萌 于 勤 于庆功

王晓梅 刘 贺 张 川

编 者（以姓氏笔画为序）

于 萌 于 勤 于庆功 于晓静 王晓梅 刘 贺

刘 婷 刘少奎 刘春英 曲建梅 应晓阳 张 川

张晓青 金 哲 姜丽杰 高弼虎

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

内科学临床实习指导/高弼虎等主编. —北京:人民卫生出版社, 2007. 12

ISBN 978-7-117-09329-3

I. 内… II. 高… III. 内科学-实习 IV. R5-45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 156691 号

内科学临床实习指导

主 编: 高弼虎 金 哲

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 9.5

字 数: 170 千字

版 次: 2007 年 12 月第 1 版 2007 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09329-3/R·9330

定 价: 20.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

近年来,随着我国医学事业的飞速发展,对医学人才的需求也在不断地变化和提高。临床医学是一门实践性很强的学科。而毕业实习是医学生进入临床实际工作前的关键时期,是从理论到实践过渡的桥梁,对于学生是由医学生到临床医生过渡的转型期。培养学生在掌握理论知识的基础上,提高临床实践技能是这个阶段的主要任务。也是培养“高素质应用性人才”的重要组成部分。

临床工作能力的培养离不开优质、实用的教材。为此,近年,由于医学研究和循证医学的广泛开展,医学知识更新也在不断加速,远远超过了教材编写速度,我们需要将最前沿的知识传授给学生,为此,我们在比较国内外相关教材的基础上,编写了这本《内科学临床实习指导手册》。参编人员均为我院正、副主任医师、博士等。他们都工作在临床教学第一线,积累了丰富的教学经验,了解临床教学工作的需求,经过认真准备、编写了本教材,为学生提供了更实用、更便捷、更有价值的学习手段。

本教材涵盖了大量近年临床医学实践和医学理论进展,内容新颖,重点突出,编排合理,逻辑性强。对临床实习有较强的针对性和指导性,反映临床实习实际工作的需求,强调实用性。对临床上常见病、多发病的诊断、治疗要点和实习要点进行了系统的、简洁的阐述。并增加了大量的练习题。使学生们能够在巩固基础理论知识的基础上,培养独立思考、独立操作,解决问题的实际工作能力。为今后临床实际工作的开展奠定稳固的基础。本手册是一本有相当应用价值的实习辅助材料,对完成培养高素质应用型人才的目标具有积极的意义。

本教材的编写得到了大连大学附属中山医院的大力支持,也得到了各位医学界同仁的帮助,在此一并表示感谢,由于编者水平有限,书中难免有疏漏,敬请各位同仁赐教,以便改进。

高弼虎 金 哲

2007年7月

目 录

第一章 呼吸系统疾病	1
第一节 急性上呼吸道感染	1
第二节 急性气管-支气管炎	2
第三节 肺炎	3
第四节 肺脓肿	5
第五节 支气管扩张	6
第六节 慢性阻塞性肺疾病	7
第七节 支气管哮喘	9
第八节 慢性肺源性心脏病	11
第九节 胸腔积液	13
第十节 气胸	15
第十一节 原发性支气管肺癌	17
第十二节 呼吸衰竭	18
第二章 循环系统疾病	42
第一节 心力衰竭	42
第二节 心律失常	44
第三节 原发性高血压	47
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	49
第五节 心脏瓣膜病	51
第六节 心肌疾病	52
第七节 心包炎	54
第三章 消化系统疾病	55
第一节 胃炎	55

第二节 消化性溃疡	58
第三节 肝硬化	63
第四节 原发性肝癌	68
第五节 肝性脑病	71
第六节 消化道出血	76
第七节 有机磷杀虫药中毒	80
 第四章 泌尿系统疾病	87
第一节 急性肾小球肾炎	87
第二节 慢性肾小球肾炎	88
第三节 肾病综合征	89
第四节 尿路感染	90
第五节 慢性肾衰竭	91
 第五章 血液系统疾病	104
第一节 缺铁性贫血	104
第二节 巨幼细胞性贫血	106
第三节 再生障碍性贫血	107
第四节 白血病	109
第五节 血小板减少性紫癜	111
 第六章 内分泌代谢疾病	123
第一节 糖尿病	123
第二节 糖尿病酮症酸中毒	132
第三节 糖尿病高血糖高渗综合征	133
第四节 痛风	134
第五节 甲状腺功能亢进症	136
第六节 甲状腺功能减退症	138
第七节 甲状腺炎	139
第八节 Cushing 综合征	140

呼吸系统疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是指鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。常见病因为病毒,少数由细菌引起。

【诊断要点】

1. 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感染,以鼻咽部卡他症状(打喷嚏、鼻塞、流鼻涕、流眼泪、咽喉部不适、乏力)为主要表现。

(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。

(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。

(4)咽结膜炎(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,咽及结合膜明显充血。

(5)细菌性咽-扁桃体炎: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。

2. 根据病史、流行情况、鼻咽部发炎的症状和体征,结合周围血象和胸部 X 线检查可作出临床诊断。

3. 鉴别诊断

(1)过敏性鼻炎: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,有时对异常气味亦可发作,经过数分钟至1~2h痊愈。

(2)流行性感冒:常有明显的流行。起病急,全身症状较重,眼结膜炎症状明显,但鼻咽部症状较轻。鼻洗液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、脑炎等在患病初常有上呼吸道症状。

【治疗原则】

1. 一般治疗 居住环境清洁、安静、光线充足,定时开窗换气,卧床休息,饮食给予易消化物,供给足够水分。

2. 对症处理 降温,祛痰止咳药物。

3. 抗菌药物治疗 如合并细菌感染,选用敏感抗生素。

4. 抗病毒药物治疗 早期应用有一定效果,可缩短疗程。

【实习要点】

掌握急性上呼吸道感染的临床表现、诊断及治疗。

第二节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由感染、物理、化学刺激或过敏引起的气管-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节。也可由急性上呼吸道感染迁延而来。

【诊断要点】

1. 症状 起病较急,常先有急性上呼吸道感染症状,当炎症累及气管、支气管黏膜,则出现咳嗽、咳痰,先为干咳或少量黏液性痰,后可转为黏液脓性,痰量增多,咳嗽加剧,偶可痰中带血。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。全身症状一般较轻,可有发热,38℃左右,多于3~5天降至正常。咳嗽和咳痰可延续2~3周才消失,如迁延不愈,日久可演变为慢性支气管炎。

2. 体征 两肺呼吸音粗糙,可有散在干、湿性罗音,罗音部位常不固定,咳痰后可减少或消失。

3. 辅助检查 白细胞计数和分类多无明显改变。细菌性感染较重时白细胞计数可增高。痰涂片或培养可发现致病菌。X线胸片检查大多数正常或肺纹理增粗。

4. 鉴别诊断

(1)流行性感冒。

(2) 急性上呼吸道感染。

(3) 其他: 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。

【治疗原则】

1. 一般治疗 补液, 镇咳, 退热, 化痰。

2. 如有发热, 脓性痰和重症咳嗽, 应使用抗生素。根据感染的病原体, 病情轻重情况, 选用抗菌药物治疗。

3. 中药治疗。

【实习要点】

掌握急性支气管炎的临床表现, 诊断及治疗。

第三节 肺 炎

肺炎是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症, 可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。

【诊断要点】

1. 症状 常有受凉淋雨、疲劳、醉酒、精神刺激、病毒性上感史, 起病急骤、寒战发热、咳嗽胸痛、铁锈色痰等。

2. 体征 观察体温、呼吸、血压、脉搏及意识情况, 有无气急、紫绀、口周疱疹及皮肤、黏膜出血点, 肺实变、肺部闻及湿啰音、口周疱疹。

3. 肺炎分类

(1) 按解剖分类:

1) 大叶性(肺泡性)肺炎: 病原菌先在肺泡引起炎变, 然后通过肺泡间孔(Cohn 孔), 向其他肺泡蔓延, 使肺段的一部分或整个肺段、肺叶发生炎变。典型者表现为肺实质炎变, 通常并不累及支气管。

2) 小叶性(支气管性)肺炎: 病原体通过支气管侵入, 引起细支气管、终末细支气管和肺泡的炎症。常无肺实变的体征与 X 线征象。

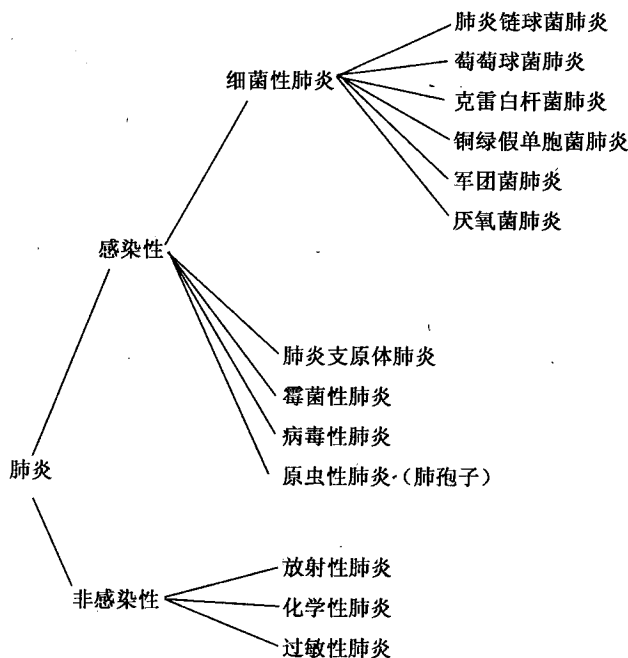
3) 间质性肺炎: 以肺间质为主的炎症, 常累及支气管壁及支气管周围, 因病变仅在肺间质, 故呼吸道症状较轻, 异常体征较少。

(2) 按病因分类: 有指导治疗的作用。

4. 辅助检查

血常规, 胸部 X 线征(按肺段或肺叶分布的炎性阴影)及痰培养等诊断学检查。

5. 鉴别诊断



(1) 干酪性肺炎:

- 1) 常为低热、乏力,也可呈弛张高热;
- 2) 痰中容易找到结核分支杆菌;
- 3) 易形成不规则肺空洞;
- 4) 青霉素治疗无效,抗结核有效。

(2) 其他细菌性肺炎

(3) 阻塞性肺炎:多由肺癌伴发。

- 1) 抗生素治疗无效或消散后又复发;
- 2) 常伴有肺门淋巴结肿大或肺不张;
- 3) 一般不发热或仅伴有低热,周围血白细胞计数和中性粒细胞增高不明显;痰脱落细胞、胸部 CT 和纤维支气管镜检查有助于鉴别诊断。

(4) 其他疾病需鉴别的尚有急性肺脓肿、渗出性胸膜炎、肺梗死等。

【治疗原则】

1. 积极抗感染 选用敏感抗生素。
2. 支持对症处理 休息、营养、止咳、祛痰、退热、镇痛。
3. 及时纠正感染性休克。
4. 防治并发症。

【实习要点】

1. 掌握细菌性肺炎的临床表现、诊断要点和治疗原则。
2. 掌握肺炎球菌肺炎的临床特点和治疗要点。

3. 熟悉肺炎的分类以及葡萄球菌肺炎,支原体肺炎及病毒性肺炎的临床特点和治疗原则。

第四节 肺 脓 肿

肺脓肿是指各种微生物感染引起肺组织坏死性病变,形成脓腔。病原体包括化脓性细菌,分支杆菌,真菌或寄生虫。

【诊断要点】

1. 临床表现 起病多急剧,初期多有高热、寒战、咳嗽、胸痛和血白细胞增高,以后咳嗽逐步加剧,痰量多,脓而黏稠,有臭味,脓痰静止后可有分层现象,典型的分为3层。一般3个月内的脓肿属急性肺脓肿,如发展为慢性消耗性病变,仍有咳嗽,咯脓痰,痰量时多时少,且有反复咯血及不规则发热,消瘦等,甚者出现贫血。

2. 分型

(1)吸入性肺脓肿:

1)可有龋齿、齿槽溢脓、扁桃体炎及鼻窦炎等口腔及鼻咽部化脓性病灶,或有口腔、鼻咽手术,昏迷,全身麻醉及异物吸入等病史。

2)发病较急,可有发热、寒颤及咳嗽等症状,伴全身乏力、食欲减退。1~2周后脓肿破溃到支气管,痰量突然增多,每日可达300~500ml,呈脓性痰或脓血痰,多有腥臭味,如为厌氧菌感染则有恶臭。侵犯胸膜时可引起胸痛。

3)体检:病变范围小且位于肺深部时不易发现体征。病变范围较大时,胸部叩诊呈浊音,语颤增强,呼吸音减弱,可闻及支气管性呼吸音或湿啰音。

(2)血源性肺脓肿:

1)可有皮肤创伤感染、疖、痈、骨髓炎、产后感染、细菌性心内膜炎等病史。

2)多先有原发病灶所引起的畏寒、发热等全身脓毒血症的症状,以后出现咳嗽、咯痰等,脓臭痰量不多,极少咯血。

3)体检:肺部阳性体征不多见,脓肿破溃到支气管时可闻及湿啰音。

(3)继发性肺脓肿:

1)早期呈肺炎症状。脓肿形成时,体温持续增高呈弛张型;痰量突然增多,脓性、伴恶臭,可有咯血;伴发胸膜炎和脓胸时有胸痛。

2)体检:病变区叩诊浊音或实音。听诊肺泡呼吸音减弱,并有湿啰音。闻及支气管呼吸音时表明有大空腔,叩诊鼓音。

3. 辅助检查

(1)血常规:白细胞计数和分类计数增高。

(2)痰涂片及培养:可发现致病菌。应作厌氧菌培养。

(3)血培养:急性期阳性率略高(亦应作厌氧菌培养)。

(4)X线检查:肺部炎性浸润和实变,以及伴有液平的空洞。吸入性肺脓肿的病变多位于右下肺或上叶后段及下叶背端。继发性肺脓肿则发生于原肺炎病灶处。血源性肺脓肿表现为双肺多发性散在小块状炎性病灶,或边缘较整齐的大小不一的球形病灶,其中可见透亮区或液平面。

(5)纤维支气管镜检查:有助于病因诊断和鉴别诊断。

【治疗原则】

1. 抗菌药物治疗

(1)治疗方案中应合并应用对厌氧菌有效的抗生素。

(2)因肺脓肿的抗菌疗程长,应选择毒性及副作用低的药物,并应定期作痰培养及药物敏感试验,及时更换药物,以避免产生耐药菌,使药物产生耐药而造成治疗困难。

2. 痰液引流

(1)体位引流、拍背及应用祛痰药。

(2)应用纤维支气管镜进行灌洗。

3. 手术治疗。

4. 并发症治疗 并发脓胸及脓气胸可作胸腔穿刺抽液或引流治疗。

【实习要点】

1. 掌握肺脓肿的临床表现。

2. 掌握肺脓肿的诊断依据和治疗方法。

第五节 支气管扩张

支气管扩张是一种常见的慢性支气管化脓性疾病,指直径大于2mm中等大小的近端支气管壁的肌肉和弹性组织破坏引起的异常扩张。

【诊断要点】

1. 童年有诱发支气管扩张的呼吸系统感染迁延不愈史,或有Kartagener综合征、肺囊性纤维化以及免疫功能低下(先天性丙种球蛋白缺乏症或低球蛋白血症)等病史。

2. 慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血的典型临床特征。

3. 体征 肺部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、背部较粗的湿啰音;部分病人可有贫血、消瘦、杵状指(趾)等。支气管扩张反复发生感染,支气管及肺实质慢性炎症,可继发

阻塞性肺气肿、肺源性心脏病,出现相应的体征。

4. X线胸片 示粗乱肺纹中有多个不规则的环状透亮阴影或沿支气管的卷发状阴影。CR检查显示支气管管壁增厚的柱状扩张,或成串成簇的囊状改变。

5. 支气管造影 显示支气管呈现圆柱状、囊状或囊柱状扩张,以及支气管聚拢现象。纤维支气管镜可明确部分支气管扩张的原因。

6. 鉴别诊断

(1)慢性支气管炎:多发生于中年以后,在气候多变的冬春季节咳嗽、咯痰明显,多为白色黏液痰,继发感染时才出现脓性痰。两肺底有散在的湿啰音。病史分析可确定诊断。

(2)肺脓肿:有咳嗽、大量脓臭痰,但起病急,伴高热、畏寒等明显的感染中毒表现,X线检查可见局部块状浓密炎症阴影,中有空腔液平,经抗生素治疗炎症阴影可消散吸收。慢性肺脓肿则多有急性肺脓肿的病史,影像学检查及造影可确诊。

(3)肺结核:可有咯血,常有低热、盗汗等结核性全身中毒症状,干、湿啰音多位于上肺局部,PPD试验、痰结核菌检查及X线胸片等可助诊断。

(4)先天性肺囊肿:继发感染时可出现咳嗽、咯痰甚至咯血等症状,X线检查可见多个圆形或椭圆形阴影,密度均匀一致,边界整齐光滑,囊肿壁薄,周围组织无浸润。支气管造影可明确诊断。

【治疗原则】

1. 去除病因。
2. 保持呼吸道通畅 祛痰,体位引流。
3. 控制感染。
4. 对症治疗。

【实习要点】

1. 掌握支气管扩张的临床表现。
2. 掌握支气管扩张的诊断依据和治疗方法。

第六节 慢性阻塞性肺疾病

1. 慢性阻塞性肺疾病 是一种以不完全可逆的气流受限为特征的肺部慢性疾病,气流受限不完全可逆,呈进行性发展,与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。

2. 慢性支气管炎 指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性

炎症。

3. 阻塞性肺气肿 由于吸烟、感染、大气污染等有害因素的刺激,引起终末细支气管远端(呼吸细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡)的气腔出现异常持久的扩张,并伴有肺泡壁和细支气管的破坏而无明显的肺纤维化。

【诊断要点】

1. 症状 慢性咳嗽、咳痰,气短或呼吸困难,喘息和胸闷。

2. 体征 肺气肿体征,视、触、叩、听诊。

3. 实验室及特殊检查

(1)肺功能检查:强调肺功能检查在诊断、病情严重程度评估和疗效判断中的重要地位。尤其是 FEV₁/FVC、FEV₁% 预计值以及肺总量和残气量等指标的临床意义。

(2)肺部影像学检查:主要用于鉴别诊断和确定有无并发症。胸部 X 线:缺乏特异性,可出现肺气肿征象;胸部 CT:不作为慢性阻塞性肺疾病(COPD)常规检查,主要用于鉴别诊断和科研。

(3)血气分析:用于判断有无呼吸衰竭、呼吸衰竭类型和酸碱失衡。

(4)其他:强调痰病原学检测的临床意义。

4. COPD 病程分期

(1)急性加重期:短期内出现咳、痰、喘或气短加重,痰量增多,呈脓性或黏液脓性,可伴有发热。

(2)稳定期:患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定。

(3)COPD 严重程度分级

分 级	分级标准
0 级 危险期	有患 COPD 的危险因素,肺功能在正常范围,慢性咳嗽、咳痰
I 级 轻度	FEV ₁ /FVC<70%,FEV ₁ ≥80%预计值有或无慢性咳嗽、咳痰
II 级 中度	FEV ₁ /FVC<70%,50%≤FEV ₁ <80%预计值有或无慢性咳嗽、咳痰、气促
III 级 中度	FEV ₁ /FVC<70%,30%≤FEV ₁ <50%预计值有或无慢性咳嗽、咳痰、气促
IV 级 极重度	FEV ₁ /FVC<70%,FEV ₁ <30%预计值或<50%预计值加上呼吸衰竭的临床征象

5. 鉴别诊断

(1)支气管哮喘。

(2)支气管扩张。

(3)肺结核。

(4)肺癌。

(5)其他原因所致呼吸气腔扩大。

6. 并发症 重点讲述严重并发症,如呼吸衰竭(见相关章节)。

(1)慢性呼吸衰竭。

(2)自发性气胸。

(3)慢性肺源性心脏病。

【治疗原则】

1. 稳定期治疗 突出稳定期的药物治疗,尤其是支气管舒张剂的应用。
药物治疗:支气管舒张剂:包括短期按需使用和长期规则使用, β_2 受体激动剂,抗胆碱能药,茶碱类。

2. 非药物治疗 长期家庭氧疗(LTOT)康复治疗。

3. 手术治疗 肺减容术、肺移植术。

4. 急性加重期的治疗

(1)确定急性加重期的原因和病情严重程度;

(2)根据病情严重程度决定门诊或住院治疗;

(3)支气管舒张剂;

(4)控制性吸氧;

(5)控制感染;

(6)糖皮质激素;

(7)并发症的处理。

【实习要点】

1. 掌握慢性阻塞性肺疾病的临床特点,临床分期及诊断以及病情严重程度的分级。

2. 掌握慢性阻塞性肺疾病的鉴别诊断及治疗原则。

3. 了解慢性支气管炎、阻塞性肺气肿与慢性阻塞性肺疾病的关系。

第七节 支气管哮喘

支气管哮喘是由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种炎症使易感者对各种激发因子具有气道高反应性,并可引起气道缩窄,表现为反复发作性的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状,常在夜间和(或)清晨发作、加剧,常常出现广泛多变的可逆性气流受限,多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

【诊断要点】

1. 反复发作喘息,呼吸困难,胸闷或咳嗽、多与接触变应原、病毒感染、运动或某些刺激物有关。

2. 发作时双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气期为主的哮鸣音。

3. 上述症状可经治疗缓解或自行缓解。

4. 排除可引起喘息或呼吸困难的其他疾病。

5. 辅助检查 痰液检查:嗜酸性粒细胞增多。血常规:嗜酸性粒细胞增多,合并感染时白细胞增多。胸片:常无特异性,对鉴别诊断重要。血气分析:氧分压降低,二氧化碳分压降低,病情加重时二氧化碳分压增高。

6. 对症状不典型者(如无明显喘息或体征),应最少具备以下一项试验阳性:

(1)若基础 FEV₁(或 PEF) < 80% 正常值,吸入 β_2 激动剂后 FEV₁(或 PEF)增加 15% 以上,FEV₁ 绝对值增加 200ml 以上。

(2)PEF 变异率(用呼气峰流速仪测定,清晨及入夜各测 1 次) $\geq 20\%$ 。

(3)支气管激发试验(或运动激发试验)阳性,FEV₁ 或 PEF 下降 20% 以上。

7. 肺功能检查 很重要。可鉴别慢支和哮喘。可采用激发(组胺、醋甲胆碱)和扩张试验。判断气流阻塞严重度最佳单一指标是 FEV₁。FEV₁/VC 是观测早期气流阻塞的敏感指标,能区别限制性和阻塞性气道疾病。PEF 测定每日最好 2~3 次,取平均值。

8. 鉴别诊断

(1)喘息性支气管炎。

(2)心源性哮喘。

(3)肺癌。

(4)肺嗜酸粒细胞浸润症。

9. 哮喘发作严重性评估。

【治疗原则】

1. 教育患者 哮喘是慢性病,病程可长达数十年,因此,让哮喘病人和家属们正确地认识哮喘、判断病情,正确地采取预防和治疗措施,是十分重要的。

2. 控制环境促发因素。

3. 药物治疗 制定哮喘长期管理的用药计划和发作期的处理,目的抑制气道炎症,降低气道高反应性,达到控制症状,预防哮喘发作,维持正常肺功能,保障正常活动,PEF 的昼夜变异率低于 20%。

(1)解痉平喘类药物:包括 β_2 受体激动剂、抗胆碱药、茶碱类和炎症介质拮抗剂等。

(2)抗炎治喘药:包括糖皮质激素、肥大细胞膜稳定剂等。

4. 支气管哮喘的规范治疗

治疗目标:

- (1) 尽快控制哮喘症状至最轻,乃至无任何症状,包括夜间无症状。
- (2) 使哮喘发作次数减至最少,甚至不发作。
- (3) β_2 激动剂用量减至最少,乃至不用。
- (4) 所用药物副作用最少,乃至没有。
- (5) 活动不受任何限制,与正常人一样生活、工作、学习。

【实习要点】

1. 掌握支气管哮喘的临床表现和病情分度、诊断及鉴别诊断;尤其是与心源性哮喘的鉴别。
2. 掌握支气管哮喘的治疗原则,药物的选择及重症哮喘和处理。

第八节 慢性肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病是由肺组织、肺动脉血管或胸廓的慢性病变引起的肺组织结构和功能异常,产生肺血管阻力增加,肺动脉压力增高,使右心扩张、肥大,伴或不伴右心衰竭的心脏病,并排除先天性心脏病和左心病变引起者。

【诊断要点】

1. 肺、心功能代偿期(包括缓解期) 主要是慢性阻塞性肺疾病的表现。下肢可有水肿,晨消暮重,剑突下心脏搏动,P2 亢进或分裂。

2. 肺、心功能失代偿期(包括急性加重期) 以呼吸衰竭为主,伴或不伴心力衰竭。

(1) 呼吸衰竭:呼吸困难、发绀、智力及定向障碍等表现;

(2) 心力衰竭(以右心衰竭为主):水肿、颈静脉怒张、肝大、三尖瓣区收缩期杂音等。

3. 实验室和其他检查

(1) X 线检查:

1) 基础疾病特征。

2) 肺动脉高压征:①右下肺动脉干扩张,其横径 $\geq 15\text{mm}$;②其横径与气管横径之比 ≥ 1.07 ;③肺动脉段明显突出或其高度 $\geq 3\text{mm}$ 。

3) 右心室肥大征:

(2) 心电图检查:肺型 P 波,电轴右偏,重度顺钟向转位, $RV_1 + SV_5 \geq 1.05\text{mV}$;右束支传导阻滞及低电压, V_1 、 V_2 、 V_3 可出现酷似陈旧性心肌梗死图形。

(3) 超声心动图检查:右心室流出道内径 $\geq 30\text{mm}$;右室内径 $\geq 20\text{mm}$;