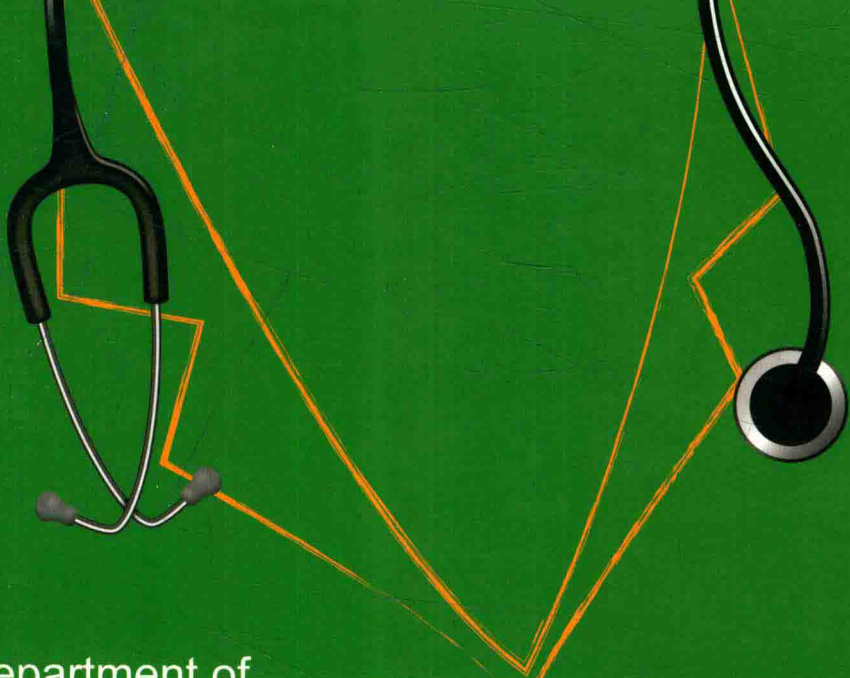




Department of

Respiration

呼吸科



教学查房病例汇编

瑞金宝典编写组◎编写

周敏◎主编



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

Department of
Respiration

呼吸科



教学查房病例汇编

瑞金宝典编写组◎编写

周敏◎主编



上海交通大学出版社

SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本书选取 15 个呼吸科常见病临床典型病例,把教学查房内容编辑成案例,这些案例包括慢性阻塞性肺疾病、哮喘、肺炎、肺结核、肺癌、胸腔积液、肺栓塞及睡眠呼吸暂停低通气综合征等,旨在训练本科生及住院医师的临床思维能力。

本书可供医学院学生和住院医师学习参考。

图书在版编目(CIP)数据

呼吸科教学查房病例汇编/周敏主编. —上海:

上海交通大学出版社,2016

ISBN 978-7-313-15128-5

I. ①呼… II. ①周… III. ①呼吸系统疾病—病案—汇编 IV. ①R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 193038 号

呼吸科教学查房病例汇编

编 写:瑞金宝典编写组

主 编:周 敏

出版发行:上海交通大学出版社

地 址:上海市番禺路 951 号

邮政编码:200030

电 话:021-64071208

出 版 人:郑益慧

印 制:上海天地海设计印刷有限公司

经 销:全国新华书店

开 本:850 mm × 1168 mm 1/32

印 张:5.125

字 数:103 千字

版 次:2016 年 10 月第 1 版

印 次:2016 年 10 月第 1 次印刷

书 号:ISBN 978-7-313-15128-5/R

定 价:42.00 元

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:021-64366274

编委会名单

主 编 周 敏

编写组成员(以姓氏笔画为序)

丁永杰 汤 葳 李庆云 李 宁 陈 虹 陈 巍
周 敏 倪 磊 顾晨鹃 程齐俭 戴然然

编写顾问

邓伟吾 黄绍光 万欢英 李 敏 时国朝

前言

临床医学实践性很强,年轻医师通过临床实际工作将所学课本知识与临床实践相结合,在实践中取得经验,获得解决实际问题的技能,为以后的临床医疗工作建立扎实的基础。

教学查房是临床实践的重要内容,通过定期教学查房对具体病例进行讨论、交流及在上级医师启发指导下,培养年轻医师诊断和处理病例能力。通过完整的病史收集,并对资料进行综合和分析,提高年轻医师逻辑推理和临床思维能力,巩固所学的基础理论知识,学会结合问题查找参考资料的本领,养成终身自学习惯和技能。

《呼吸科教学查房病例汇编》选自瑞金医院呼吸科历年定期教学查房记录,予以加工、修订和补充。选取的教学病种参照《内科学》教科书内容编排,着重临床常见疾病,如感染性疾病(肺炎、肺结核)、慢性气道疾病(哮喘、慢性阻塞性肺疾病)和肺癌等。选取的教学病例从教学内容考虑,着重诊断和鉴别诊断,以及住院诊疗过程和病情演变。

通过对典型病例的综合分析、细致讨论,提出初步诊断依据和制定治疗计划,培养实习和住院医师通过病例学习达到理论知识和临床实践相结合的能力,为临床诊疗工作打下良好的基础。对疑难病例,通过讨论鉴别诊断,提出进一步的诊断思路及具体措施,并在【后记】

中说明如何达到最终明确诊断、治疗及预后情况,从而培养及训练年轻医师诊断疑难病例的临床思路和能力。

部分住院病例病情危重而多变,且可能涉及多个脏器,如重症肺炎、慢性阻塞性肺疾病急性加重和呼吸衰竭等,则在【诊疗经过】中列入综合治疗措施和病情演变。通过教学查房讨论,使实习、住院及各级医师学会在日常工作中注重观察和发现病情变化,及时调整相应治疗措施,使年轻医师对临床诊疗工作有更全面的理解和体会,认识到疾病的动态演变规律,提高应对日常临床工作的能力。

编撰《呼吸科教学查房病例汇编》的目的是为实习和住院医师提供补充教材和阅读参考资料。望读者在使用过程中,随时反馈意见和体会,为今后不断调整内容和修改补充提供依据,以便精益求精,更臻完善。

邓伟吾教授

目录

病 例 一	慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期	001
病 例 二	慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重	011
病 例 三	支气管哮喘未控制	025
病 例 四	支气管哮喘急性发作	033
病 例 五	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	042
病 例 六	社区获得性肺炎	048
病 例 七	坏死性肉芽肿性血管炎合并医疗机构 相关性肺炎	058
病 例 八	社区获得性肺炎	070
病 例 九	肺结核	081
病 例 十	非小细胞肺癌——腺癌	093
病例十一	非小细胞肺癌——鳞癌	104
病例十二	肺炎旁胸腔积液	114
病例十三	恶性胸腔积液	124
病例十四	结核性脓胸	134
病例十五	肺栓塞	145
结语		154

病例一 慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期

【病史摘要】

1. 主诉

反复咳嗽、咳痰十余年,气喘5年余,胸痛1月余。

2. 病史

患者,男性,74岁。十余年前开始出现咳嗽、咳痰,咳嗽以晨起比较多,伴有白色黏痰,有时自觉不易咳出,咳嗽、咳痰在冬季有增多,每年持续3个月以上,一直未予重视;5年前开始活动后气喘,登3楼气急明显;活动后气急逐渐加重,近1年由于气喘很少外出,日常活动即有气喘症状。近1月余出现左侧胸痛,疼痛为钝痛,与呼吸有关。

追问病史,3月前曾有带状疱疹病史,当时左侧胸部皮肤有疱疹,经治疗疱疹消失。无粉尘、有害气体等接触史,无过敏体质。近5年每年冬天气喘加重,去年由于气喘加重曾收住呼吸科重症监护室,当时曾因Ⅱ型呼吸衰竭合并心力衰竭(心衰)使用无创机械通气治疗,经治疗后好转出院,出院后家庭长期氧疗。吸烟50年,每天1包,无过敏性鼻炎、荨麻疹等既往史。

3. 体检

T 36.9℃,H 90次/min,R 20次/min,BP 120/70 mmHg,神志清楚,营养状态差,呼吸频率正常,口唇略发绀。气管

居中,颈静脉无怒张。胸廓饱满,两肺呼吸运动减弱,叩诊呈过清音,触觉语颤减弱,双肺呼气相未闻及哮鸣音,双肺未闻及湿啰音;心浊音界略扩大,心律不齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,腹软,肝脾肋下未触及,双下肢轻度水肿。

4. 辅助检查

血常规检查:白细胞计数 $9.4 \times 10^9/L$,中性分叶核细胞 69.7%,淋巴细胞 20.2%,单核细胞 8.7%,嗜酸性粒细胞 1.4%,红细胞计数 $4.04 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 113 g/L,血小板计数 $321 \times 10^9/L$ 。

肝功能检查:丙氨酸氨基转移酶,ALT(谷丙转氨酶) 18 U/L,门冬氨酸氨基转移酶,AST(谷草转氨酶) 17 U/L,碱性磷酸酶 52 U/L, γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT) 22 U/L,总胆红素 8.0 $\mu\text{mol}/L$,直接胆红素 2.8 $\mu\text{mol}/L$,总蛋白 58 g/L,白蛋白 28 g/L,肾功能及电解质正常。

肿瘤指标:糖抗原 125(CA-125) 9 U/ml,糖抗原 19-9(CA19-9) 7 U/ml,癌胚抗原(CEA) 97 ng/ml,神经特异性烯醇化酶(NSE) 23.43 ng/ml,细胞角蛋白片段 211(Cyfra 211) 9.15 ng/ml。

心电图检查:房性早搏,右束支传导阻滞。

肺功能检查:支气管扩张剂使用后 1 s 用力呼气量(FEV_1) 0.72 L,占预计值 27%,用力肺活量(FVC) 1.24 L 占预计值 29%, FEV_1/FVC 58%;最大呼气流量(PEF) 1.61 L/min,占预计值 21%,肺一氧化碳弥散功能(DLco) 3.81 mmol/(min · kPa),占预计值 46%, DLco/VA 0.73 (VA:每分钟肺泡换气量),占预计值 55%;支气管舒张试

验阴性;重度阻塞性肺通气功能障碍伴弥散功能下降。

心超检查:二尖瓣及主动脉瓣未见明显反流,三尖瓣轻度反流,射血分数 56%,肺动脉高压 35 mmHg(见图 1-1)。

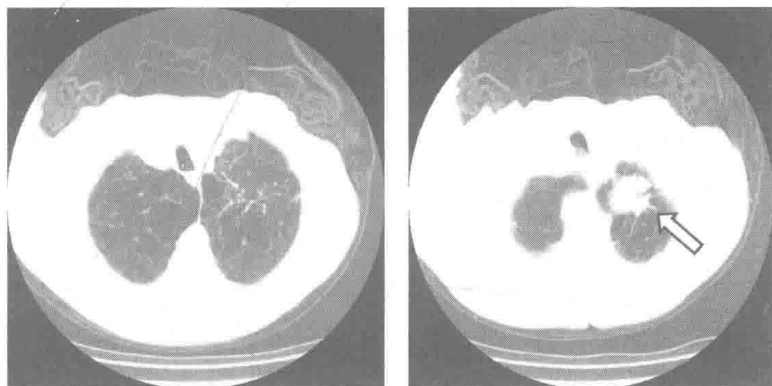


图 1-1 病例一—心超检查所示

胸部 CT 扫描:双肺弥漫性气肿,左肺 4.3 cm × 4.4 cm 高密度团块状阴影,边界有分叶,周围有毛刺,左侧第 1、2 肋局部骨质破坏(见图 1-2)。

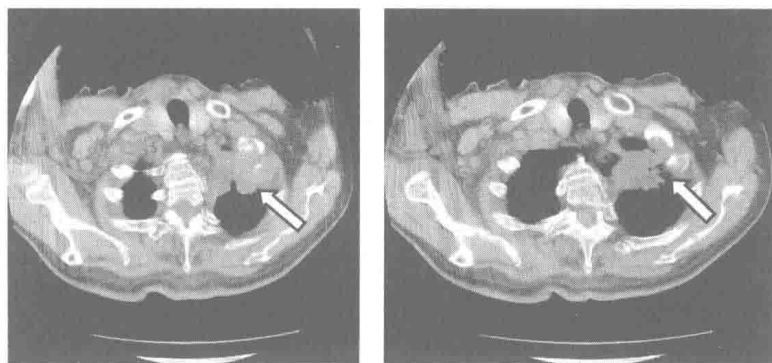


图 1-2 病例一—胸部 CT 扫描所示

双下肢彩超检查：双下肢动脉粥样斑块形成，左侧股动脉狭窄 40%，双侧腘静脉和股静脉血流通畅。

5. 入院诊断

① 慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺)稳定期(D组)；② 肺动脉高压；③ 肺部阴影(性质待查)。

【讨论内容】

住院医师

该患者的病史要点为：① 老年男性，有长期吸烟史，吸烟指数 50 包/年。② 有反复咳嗽、咳痰十余年，每年超过 2 个月，气喘 5 年，活动耐力逐渐下降；近年来冬季病情反复急性加重，去年曾因慢阻肺急性加重(AECOPD)入住重症监护病房并使用无创机械通气治疗。③ 胸部体检显示胸廓饱满，呼吸运动减弱，触觉语颤减弱，双肺呼吸音低等肺气肿的体征，心脏节律不齐。④ 肺功能显示阻塞性肺通气功能障碍伴弥散功能减退，使用支气管扩张剂后 1 秒钟用力呼气量与用力肺活量比值(FEV_1/FVC) < 0.7 。⑤ 胸部 CT 扫描提示双肺肺气肿，肺纹理增多紊乱，左肺 $4.3\text{ cm} \times 4.4\text{ cm}$ 高密度团块状阴影，边界有分叶，周围有毛刺，左侧第 1、2 肋局部骨质破坏；心超检查显示肺动脉压升高。根据患者的病史结合辅助检查，COPD 诊断应该成立。此外，还合并肺动脉高压及肺部阴影，肺部阴影的性质还未明确。该患者应与支气管哮喘、支气管扩张症、充血性心力衰竭等鉴别；支气管哮喘通常在儿童期发病，夜间和清晨症状明显，症状是发作性的，春秋季节加重，患者多有过敏史、

鼻炎和(或)湿疹及哮喘家族史,气流受限大部分可逆;该患者无过敏疾病史,长期吸烟,发病年龄晚,肺功能显示支气管舒张试验阴性伴弥散功能下降,不支持哮喘的临床表现。支气管扩张症患者长期有大量脓痰;常伴有细菌感染导致疾病加重;听诊多有固定部位的湿啰音、杵状指;胸片检查或CT扫描显示支气管扩张、管壁增厚,而此患者痰的性状及胸部CT扫描表现均不支持支气管扩张症。充血性心力衰竭患者胸部X线片示心脏扩大、肺水肿;肺功能测定示限制性通气障碍而非阻塞性气流受限,该患者虽然去年慢阻肺急性加重(AECOPD)合并心衰,但此次未出现显著的心衰表现,肺功能和影像学不支持心衰。

主治医师

同意住院医师的诊断。根据患者既往慢性咳嗽、咳痰伴呼吸困难的病史、重度吸烟的危险因素及典型的CT表现,且符合COPD支气管扩张剂使用后 $FEV_1/FVC < 70\%$ 的诊断标准;但COPD诊断后首先需要确定患者处于COPD稳定期还是急性加重期,然后再评估病情;结合患者此次症状未出现显著波动,且不需要改变平时用药,应该属于COPD稳定期。此次就诊主要是由于胸痛症状;可根据既往GOLD慢性阻塞性肺疾病全球倡议是根据肺功能 FEV_1 占预计值的百分比来评估病情严重程度的,该患者 FEV_1 占预计值 $< 30\%$ 的预计值,而且曾合并心衰和呼吸衰竭应属于极重度的COPD。



GOLD 关于肺功能分期的标准:吸入支气管扩张剂后 $FEV_1 \geq 80\%$ 轻度, $80\% > FEV_1 \geq 50\%$ 中度, $50\% > FEV_1 \geq 30\%$ 重度, $FEV_1 < 30\%$ 极重度。

但 2011 年, GOLD 对病情评估进行了很大程度的修改, 过去以 FEV_1 为病情评估指标无法全面反映患者的健康状态及未来风险, 目前主要注重综合评估的情况进行分组: 首先根据患者 COPD 评估测试 (CAT) 评分、改良英国呼吸困难问卷 (MRC) 评分评估症状, 同时对肺功能等级及急性加重风险进行了综合评估; CAT 评分主要是针对 COPD 健康状态损害, 包括 8 个问题, 每 1 项问题根据症状程度分为 0 ~ 5 分: ① 我从不咳嗽 ~ 我总咳嗽; ② 我肺里一点痰也没有 ~ 我肺里有很多很多痰; ③ 我一点也没有胸闷的感觉 ~ 我有很重的胸闷感觉; ④ 当我爬坡或爬一层楼梯时我并不感觉喘不过气来 ~ 当我爬坡或爬一层楼梯时我感觉非常喘不过气来; ⑤ 我在家里的任何活动都不受慢阻肺的影响 ~ 我在家里的任何活动都很受慢阻肺的影响; ⑥ 尽管我有肺病, 我还是有信心外出 ~ 因为我有肺病对于外出我完全没有信心; ⑦ 我睡得好 ~ 因为我有肺病我睡得不好; ⑧ 我精力旺盛 ~ 我一点精力都没有; 总分 0 ~ 40 分, 超过 10 分就属于多症状组, CAT (COPD 评估测试) 评分非常全面地评估了患者的咳、痰、喘三大症状并反映了对活动能力的影响, 与圣·乔治呼吸问卷 SGRQ

关联度很高。呼吸困难评分(MRC)评分主要评估呼吸困难程度:0级的患者仅在费力运动时出现呼吸困难;1级是指平地快步行走或步行爬小坡时出现气短;2级是指平地行走时比同龄人慢或者需要停下来休息;3级是指平地行走100 m左右或数分钟后需要停下来喘气;4级是因严重呼吸困难以至于不能离开家,或在穿衣服、脱衣服时出现呼吸困难;超过2分即属于多症状组。急性加重风险评估是根据上一年发生2次或以上的急性加重提示风险增加;但2013年,GOLD慢性阻塞性肺疾病全球倡议指出,过去一年有因AECOPD的住院就属于高风险组。

图1-3为COPD的综合评估图。

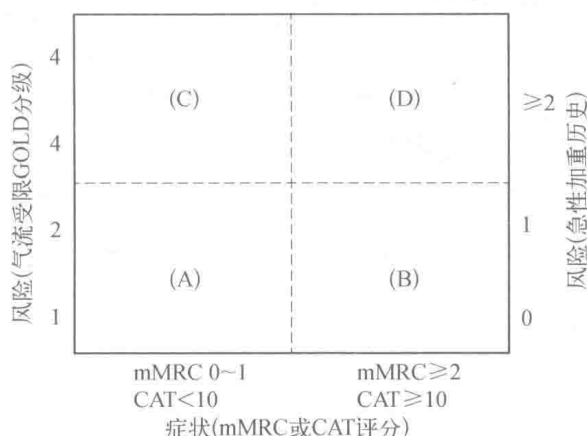


图1-3 COPD的综合评估

此患者 CAT 评分 24 分, MRC 评分 3 分; 肺功能属于 4 级(多症状、高风险), 而且该患者去年因 AECOPD 住院, 所以属于 D 级(多症状、高风险)组。

主任医师一

接下来谈谈 COPD 稳定期的治疗选择。COPD 稳定期的治疗包括药物治疗和非药物治疗。吸烟是 COPD 发病的最重要的危险因素, 戒烟是延缓肺功能下降的最有效的措施。因此, 对于 COPD 患者控烟教育尤为重要。在我国, 生物燃料是引起女性 COPD 的主要危险因素, 因此改善室内空气污染、改善厨房通风设备等也是减少 COPD 发病的有效措施。在药物治疗方面, 支气管扩张剂是治疗 COPD 的主要药物, 常用的支气管扩张剂(支扩剂)包括短效和长效的抗胆碱能药物(SAMA、LAMA)以及短效和长效的 β_2 受体激动剂(SABA、LABA)。总体而言, 长效支扩剂的疗效强于短效支扩剂的疗效。目前, GOLD 推荐对于 $FEV_1 < 60\%$ 反复发生 AECOPD 的患者推荐使用大剂量的吸入糖皮质激素(ICS), 但 ICS 不主张单独使用, 而是和长效 β_2 受体激动剂(LABA)一起联合使用; 对于稳定期的 COPD 患者不推荐长期口服激素治疗。GOLD 指出对于 A 组的患者选择短效支气管扩张剂, B 组的患者选择 LABA 或 LAMA 单药治疗, C 组和 D 组患者可选择 ICS + LABA 的复合制剂或 LAMA。对于此例患者, 其不仅症状多而且风险高, 所以可以联合使用 ICS + LABA + LAMA 的治疗。

还有, COPD 稳定期是否需要长期使用祛痰药是存在争议的。临床上有黏液调节剂、黏液溶解剂和黏液促排剂, 三

者的作用机制是不同的。黏液调节剂(如羧甲司坦)作用靶点在黏液产生细胞(杯状细胞、浆液腺),起到促进黏液分泌,并使痰液黏性降低的作用;黏液溶解剂(如氨溴索、N-乙酰半胱氨酸)作用靶点在已生成的黏液,使痰液化、黏性降低;黏液促排剂(如标准桃金娘油)作用靶点在纤毛细胞,起增加纤毛运动、提高黏液移动速度、促进痰液排出的作用。研究显示:羧甲司坦可以减少 AECOPD 的发生。此例患者咳嗽、咳痰为主要症状,可以长期使用祛痰药以减少 AECOPD。

COPD 患者稳定期存在细菌在呼吸道的长期定植,而且有 1/3 的 AECOPD 是由于呼吸道感染诱发的,有研究认为稳定期使用抗生素可减少 AECOPD 的发生;但抗生素的滥用会导致细菌的耐药;目前《指南》并不推荐稳定期 COPD 患者长期使用口服抗生素;此患者目前没有发热、脓痰或痰量的增多,不考虑使用抗生素。

主任医师二

前面谈到 COPD 的诊断、鉴别诊断、病情评估及治疗选择,除此之外我们还需要考虑 COPD 的合并症。2014 年, GOLD 把合并症也纳入了 COPD 的定义;COPD 常伴有的合并症包括心血管疾病、骨质疏松、肺癌、代谢综合征、糖尿病、焦虑和抑郁等。虽然 GOLD 尚未把合并症评估放入综合的评估系统中,但我们要意识到合并症可以发生在不同严重程度的患者中,并且对患者住院率和病死率有着独立的影响。一般而言,存在合并症不应该改变 COPD 的治疗,治疗 COPD 同时需要治疗合并症;心血管疾病是 COPD 的主

要合并症,包括缺血性心脏病、心力衰竭、心房纤颤和高血压病等。心力衰竭是 COPD 常见的合并症,大约 30% 处于 COPD 稳定期的患者在不同程度上都有心衰的存在,该患者就去年加重时就合并了心衰;骨质疏松也是 COPD 主要的合并症之一,它常常和患者的健康状况和预后有着密切的联系,但也经常被漏诊,所以需要完善骨密度的测定。COPD 的心理异常主要包括焦虑症和抑郁症,一旦发生提示患者预后不良,焦虑症和抑郁症通常在较年轻的 COPD 患者中发生,女性居多,与吸烟、低 FEV_1 、咳嗽、高圣·乔治呼吸问卷 (SGRQ) 分值和有心血管疾病史有关。对此,患者最需要关注的是否合并肺癌。肺癌在 COPD 患者中经常发生,也是轻度 COPD 患者致死的最主要原因。研究显示吸烟的男性肺癌患者约 50% 已经存在 COPD;此患者有胸痛症状,肿瘤指标升高,且胸部 CT 扫描显示肺部团块状高密度阴影,而且局部肋骨有破坏,应高度怀疑合并了肺癌,建议尽快行 CT 扫描定位下经皮肺穿刺以明确。

【后记】

此患者 CT 扫描定位下经皮肺穿刺诊断为腺癌,因肺功能差无法耐受手术,行培美曲塞联合阿伐斯汀化疗及抗血管生成治疗;同时使用沙美特罗/氟替卡松剂及噻托溴铵治疗,呼吸困难显著改善,肿瘤病灶大小稳定,生存期已有 10 个月。

(周 敏)