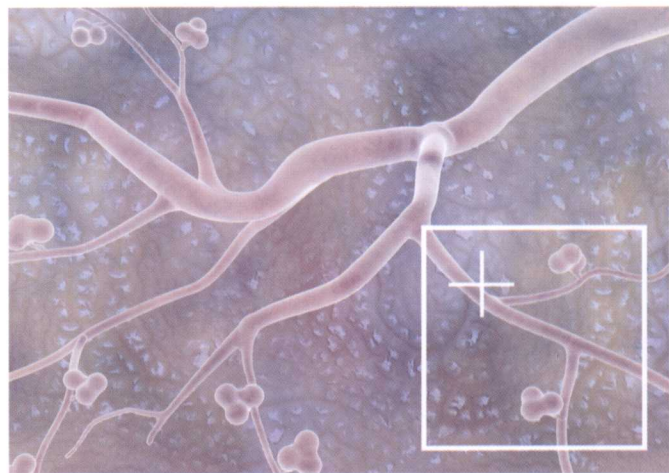


临床常见疑难问题及对策丛书

呼吸科 临床 常见疑难问题及对策

主 编 王浩彦 丁少芳



清华大学出版社

· 临床常见疑难问题及对策丛书 ·

内容简介

本书以临床常见疑难问题为切入点，结合国内外最新研究成果，对呼吸科临床常见疑难问题进行了系统、全面的分析和探讨，旨在为临床医生提供实用的参考和指导。

呼吸科临床 常见疑难问题及对策

主 编 王浩彦 丁少芳

HUXIKE
LINCHUANG CHANGJIAN
YINAN WENTI JI DUICE

平装本 立装本 精装本
同公十路路路路 升路路路
路路路 路路路路
路路路 路路路路
路路路 路路路路
路路路 路路路路

清华大学出版社
北 京

内 容 简 介

本书重点解答在呼吸科临床诊疗中所遇到的常见病和部分少见病的诊断、治疗等方面的疑难问题,可以作为教科书的补充,使中青年医师在掌握基本功的同时,深入地了解该领域的最新进展。

版权所有,侵权必究。侵权举报电话:010-62782989 13701121933

图书在版编目(CIP)数据

呼吸科临床常见疑难问题及对策/王浩彦,丁少芳主编. —北京:清华大学出版社,2008.4
(临床常见疑难问题及对策丛书)

ISBN 978-7-302-16555-2

I. 呼… II. ①王… ②丁… III. 呼吸系统疾病—诊疗 IV. R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 184258 号

责任编辑:牛晓立 张建平

封面设计:新悦翔设计公司

责任校对:赵丽敏

责任印制:李红英

出版发行:清华大学出版社

地 址:北京清华大学学研大厦 A 座

<http://www.tup.com.cn>

邮 编:100084

社 总 机:010-62770175

邮 购:010-62786544

投稿与读者服务:010-62776969, c-service@tup.tsinghua.edu.cn

质 量 反 馈:010-62772015, zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn

印 刷 者:北京市人民文学印刷厂

装 订 者:三河市溧源装订厂

经 销:全国新华书店

开 本:185×230 印 张:29.5 字 数:572 千字

版 次:2008 年 4 月第 1 版 印 次:2008 年 4 月第 1 次印刷

印 数:1~3000

定 价:68.00 元

本书如存在文字不清、漏印、缺页、倒页、脱页等印装质量问题,请与清华大学出版社出版部联系调换。联系电话:(010)62770177 转 3103 产品编号:020642-01

编 著 者 名 单

主 编

王浩彦 丁少芳

副主编

吕平欣 刘泽英

编著者

(按姓氏笔画排列)

丁少芳	首都医科大学附属北京安贞医院	副主任医师
王浩彦	首都医科大学附属北京友谊医院	教授
王新霞	首都医科大学附属北京安贞医院	主治医师
刘泽英	首都医科大学附属北京安贞医院	副主任医师
刘建坤	煤炭总医院	主治医师
吕平欣	北京市结核病与胸部肿瘤研究所	副主任医师
朱光发	首都医科大学附属北京安贞医院	主任医师
何善娴	首都医科大学附属北京安贞医院	主治医师
肖 瑶	首都医科大学附属北京安贞医院	主治医师
宗 华	首都医科大学附属北京安贞医院	主治医师
杨京华	首都医科大学附属北京安贞医院	主任医师
张向峰	首都医科大学附属北京安贞医院	副主任医师
张 蔚	首都医科大学附属北京安贞医院	副主任医师
张 颖	首都医科大学附属北京安贞医院	主治医师
胡晓鸿	首都医科大学附属北京安贞医院	主管护师
骆宝建	北京市结核病与胸部肿瘤研究所	主治医师
高元明	首都医科大学附属北京安贞医院	副主任医师
徐秋芬	首都医科大学附属北京安贞医院	副主任医师
徐 洁	首都医科大学附属北京安贞医院	主治医师
党斌温	首都医科大学附属北京天坛医院	副主任医师
商鸣宇	首都医科大学附属北京安贞医院	主治医师

出版说明

《临床常见疑难问题及对策丛书》是由清华大学出版社约请北京、上海等地知名的临床医学专家编著的一套临床各科指导性实用参考书。

本套丛书主要阐述了对于年资较浅、临床经验尚不丰富的医师在临床工作中不易掌握、感到棘手或有疑问的难题(如某个疾病的诊断、治疗中或操作技术中容易出现的错误或值得注意的问题)。内容重点放在临床实践中常见“疑难”问题的处理及对策上,主要收集了各科医师在临床实践过程中的点滴体会及经验教训,并参考了目前国际国内其他专家对相同问题的看法。全书内容重点在临床,对于一些新技术、新理论也酌情进行了编写。

本套丛书中每本书均邀请了全国三级甲等医院的优势科室的学术带头人为主编。他们在临床一线工作,通过长期研究、实践和探索,积累了丰富的临床经验;他们多年来也同时担负和完成了培养、训练医学本科生、研究生、博士生的重任,因而他们的丰富经验保证了本套丛书具有极高的针对性和实用性。

本套丛书的特点包括:

(1) 内容精炼,重点突出。本套丛书将各科临床上常见的疑难问题提出并给出处理方案,从而区别于一般的教科书和参考书,是更符合临床思维和临床实践的“精粹”。

(2) 形式新颖、灵活,可读性强。每个分册以专题讲座的形式撰写,打破常见的教科书的编写模式。

(3) 针对性、实用性强。本套丛书内容包含了临床各主要学科,可供临床各科医师“各取所需”。

(4) 作者权威性高。每本书的主要作者均为三级甲等医院的优势科室的学术带头人。

希望本套丛书能够如我们所愿,成为临床医师们的一套切实可行的日常参考书,也希望广大读者提出意见和建议,以便再版时修正。

前言

临床医生每天都可能会遇到教科书上找不到答案的问题,为什么?那是因为在临床上总有新的问题出现。由清华大学出版社组织编写的《呼吸科临床常见疑难问题及对策》就是针对目前临床上常遇到的问题进行讨论,作者绝大多数是长期在临床第一线工作的呼吸科专家,胸部影像部分有幸请到北京市结核病与胸部肿瘤研究所的吕平欣和骆宝建两位医生撰写,支气管镜部分是由北京天坛医院党斌温副主任医师撰写。我们把日常工作中常遇到的问题作为这本书的章节,通过文献复习结合自己的临床经验完成了本书的写作,希望能给读者提供一些有益参考和帮助。

本书的作者较多,写作风格不一,限于我们的水平,书中难免会有疏漏或不妥之处,请读者给予批评。

王浩彦

2008年1月于北京

目 录

第 1 章 慢性咳嗽的临床处理	1
一、咳嗽的分类	1
二、慢性咳嗽的发病机制	2
三、慢性咳嗽的常见病因及诊治	3
四、慢性咳嗽的相关辅助检查	14
五、慢性咳嗽的病因诊断程序	17
六、慢性咳嗽的治疗	19
第 2 章 胸腔积液的鉴别诊断	23
一、胸腔积液的发生机制	23
二、胸腔积液的诊断	23
三、胸腔积液的有创检查	25
四、胸腔积液的病因诊断	26
第 3 章 肺功能异常的判断	37
一、阻塞性通气功能障碍	37
二、限制性通气功能障碍	41
三、弥散功能障碍	42
四、其他	43
第 4 章 支气管镜在呼吸系统疾病诊治中的应用	47
一、硬质支气管镜与软质支气管镜	47
二、支气管镜的麻醉方法	50
三、支气管镜检查的并发症	52
四、内镜下诊断技术	52
五、合理使用支气管、肺病变的诊断技术	58
六、内镜下一般治疗技术	59
七、内镜下对气道腔内病变的介入微创治疗技术	59

八、呼吸内镜在 ICU 的应用	67
九、全肺灌洗	68
第 5 章 呼吸系统特殊病变的 X 线胸片和胸部 CT 表现	73
一、气管支气管病变	73
二、肺浸润性病变	83
三、肺内空洞和空腔病变	93
四、肺内孤立结节和肿块	108
五、双肺弥漫性病变	128
六、纵隔肿瘤及胸部淋巴结肿大	145
第 6 章 难治性哮喘的临床处理对策	161
一、难治性哮喘的定义	161
二、难治性哮喘的危险因素	162
三、难治性哮喘的病理生理特征	163
四、难治性哮喘的发病机制	164
五、可能被误诊为哮喘的疾病	167
六、具有部分哮喘特征的疾病	168
七、影响哮喘疗效的伴随疾病	170
八、影响哮喘疗效的相关因素	171
九、特殊类型的哮喘	173
十、难治性哮喘的诊断程序	174
十一、难治性哮喘的治疗	175
第 7 章 慢性阻塞性肺疾病的治疗进展	185
一、COPD 的概念	185
二、COPD 的发病机制	187
三、COPD 的治疗方法	187
第 8 章 社区获得性肺炎的治疗策略	201
一、社区获得性肺炎的病原学	201
二、社区获得性肺炎的流行病学	205
三、社区获得性肺炎的临床表现	206
四、社区获得性肺炎的实验室检查	206
五、社区获得性肺炎的胸部影像学检查	207
六、社区获得性肺炎的诊断	208

七、社区获得性肺炎的鉴别诊断	213
八、社区获得性肺炎的治疗	213
九、社区获得性肺炎的预防	221
第9章 医院获得性肺炎的治疗策略	225
一、医院获得性肺炎的发病机制	225
二、医院获得性肺炎的诊断	230
三、医院获得性肺炎的治疗	235
四、医院获得性肺炎的预防	243
第10章 肺部真菌感染的临床处理	247
一、肺真菌病诊断和治疗概述	247
二、常见肺部真菌感染	254
第11章 过敏性肺炎的治疗策略	261
一、过敏性肺炎的病因	261
二、过敏性肺炎的发病机制	263
三、过敏性肺炎的病理改变	264
四、过敏性肺炎的临床表现	264
五、过敏性肺炎的辅助检查	265
六、过敏性肺炎的诊断	268
七、过敏性肺炎的鉴别诊断	269
八、过敏性肺炎的治疗	271
九、过敏性肺炎的预后	272
第12章 特发性间质性肺炎的诊治进展	275
一、概述	275
二、特发性肺纤维化	276
三、特发性肺纤维化以外的间质性肺炎	287
第13章 结节病的诊断与治疗	297
一、结节病的流行病学	297
二、结节病的病理	297
三、结节病的临床表现	298
四、结节病的辅助检查	300
五、结节病的诊断与鉴别诊断	301

六、 结节病的治疗	301
第 14 章 结缔组织病的肺部表现	303
一、 概述	303
二、 结缔组织病肺病变的组织学表现	304
三、 各种结缔组织病的不同肺部表现	309
第 15 章 肺癌的综合治疗	321
一、 肺癌的病因和发病机制	321
二、 肺癌的临床分期	322
三、 肺癌的扩散和转移	322
四、 肺癌的诊断	323
五、 肺癌的综合治疗	326
第 16 章 肺血管炎的临床处理	341
一、 概述	341
二、 抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)相关性肺小血管炎	345
三、 风湿性疾病相关的肺血管炎	348
四、 大动脉炎	348
五、 药物性血管炎	349
第 17 章 肺栓塞的临床处理	351
一、 肺栓塞的病因和发病机制	351
二、 肺栓塞的病理生理	352
三、 肺栓塞的临床表现	353
四、 肺栓塞的实验室检查	355
五、 肺栓塞的诊断	359
六、 肺栓塞的鉴别诊断	360
七、 肺栓塞的治疗	361
八、 肺栓塞的预防	367
第 18 章 急性呼吸衰竭的病因诊断与治疗	369
一、 概述	369
二、 呼吸衰竭的分类	369
三、 呼吸衰竭的病因及发病机制	370
四、 呼吸衰竭的诊断	376

五、呼吸衰竭的治疗	381
第 19 章 纵隔肿物的鉴别诊断	387
一、纵隔肿物的分类及临床表现	387
二、纵隔肿物的诊断技术	392
第 20 章 睡眠呼吸暂停综合征的诊断与治疗	397
一、概述	397
二、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床表现	399
三、睡眠呼吸暂停的检查技术	400
四、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的诊断	405
五、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征与内科疾病	407
六、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的治疗	415
第 21 章 机械通气的临床应用	421
一、机械通气的目的、适应证和禁忌证	421
二、无创通气的临床应用	424
三、有创通气的临床应用	432
第 22 章 人工气道的建立与管理	449
一、人工气道的建立	449
二、人工气道的管理	452
三、机械通气期间病人的观察和护理	456

慢性咳嗽的临床处理

咳嗽是机体的一种重要防御机制,起清除气道内蓄积的分泌物和防止外来异物进入体内的作用。咳嗽也是疾病的信号,机体多个系统的疾病都可引起咳嗽,以咳嗽为临床表现的疾病多达数百种,但最常见的病因为呼吸系统疾病。据报道,因咳嗽而就诊的患者占呼吸科门诊的80%以上,大多数咳嗽病程自限,或经治疗后很快消失,不明原因的慢性咳嗽占14%~23%。由于伴随症状少、X线胸片正常,临床误诊误治比例较高。据广州呼吸疾病研究所调查,患者因慢性咳嗽平均就诊达18次,最高达100次,很多患者反复进行各种无意义检查,约76%患者曾被诊断为“慢支”、“支气管炎”或“慢性咽炎”,92%患者接受了多种抗生素治疗。慢性咳嗽的误诊误治不仅造成极大医疗资源浪费,同时对患者的生活质量也造成严重影响。同时慢性咳嗽还可以导致心血管、胃肠道、泌尿生殖、神经系统等并发症,因此我们必须重视慢性咳嗽的病因诊断和针对性治疗。

随着人们对咳嗽的关注,欧美国家近20年对咳嗽原因及其治疗进行了多方面研究,基本明确了慢性咳嗽的常见病因,近年来先后制定了咳嗽相关的诊治指南。对慢性咳嗽的研究我国虽然起步相对较晚,但在病因诊断、治疗和发病机制方面也有一些有益成果,发现慢性咳嗽的病因分布及临床特点与国外不同。中华医学会呼吸病学分会于2005年11月发布了我国的《咳嗽的诊断和治疗指南》(草案),指南上明确了慢性咳嗽是指咳嗽时间不少于8周,为呼吸系统惟一或主要症状,胸部X线检查无明显异常。慢性咳嗽的常见病因是咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)、鼻后滴流综合征(postnasal drip syndrome, PNDS)、嗜酸粒细胞性支气管炎(eosinophilic bronchitis, EB)及胃食管反流性咳嗽(gastro-esophageal reflux induced cough, GERC)。与国外有关指南相比,我国指南首次将嗜酸细胞性支气管炎列入常见病因,并结合我国实际将支气管内膜结核也纳入咳嗽病因,建立了简化诊断流程图,强调一线辅助检查,同时提出了常见疾病的具体诊断标准。慢性咳嗽诊断要注意遵循以下原则:①重视病史和查体,包括耳鼻喉和消化系统检查;②检查由简单到复杂,先常见病后少见病;③根据治疗反应确定咳嗽病因,治疗无效时再选择有关检查。这样可减少患者医疗支出,同时尽可能缩短患者诊断时间,及早获得正确诊治。

一、咳嗽的分类

咳嗽通常按时间分为三类:急性咳嗽、亚急性咳嗽和慢性咳嗽。

1. 急性咳嗽 时间<3周,普通感冒是最常见的原因,其他原因有急性支气管炎、急

性鼻窦炎、过敏性鼻炎、慢性支气管炎急性发作、支气管哮喘等。

2. 亚急性咳嗽 时间 3~8 周, 最常见原因是感冒后咳嗽, 又称感染后咳嗽 (post-infectious cough), 其他原因有细菌性鼻窦炎、哮喘等。

3. 慢性咳嗽 时间 ≥ 8 周, 病因通常分为两类, 一类为初查胸部 X 线检查有明确病变, 如肺炎、肺结核、肺癌等, 另一类为胸部 X 线检查无异常, 咳嗽作为患者主要或惟一的症状, 否认有与咳嗽相关的慢性呼吸系统疾病, 体检正常, 为不明原因慢性咳嗽, 简称慢性咳嗽。本章所探讨的内容主要指后一类慢性咳嗽。由于咳嗽在吸烟人群中常见, 每日吸烟半包者 25% 有咳嗽, 每日吸烟超过 2 包者几乎 100% 有咳嗽。因此有关慢性咳嗽的研究主要为非吸烟人群。

CVA、PNDS、EB 及 GERC 是慢性咳嗽的常见病因。据广州呼吸疾病研究所调查, 在慢性咳嗽的病因分布中, EB 占 22.4%, PNDs 占 17.1%, CVA 占 13.6%, GERC 占 11.8%。PNDs 涉及多种疾病, 诊断标准较复杂, 2006 年最新发布的《美国胸科医师学会 (ACCP) 咳嗽循证指南》采用上呼吸道咳嗽综合征 (upper airway cough syndrome, UACS) 代替 PNDS, 将慢性咽炎病人包括在内, 由于国内指南尚未更改, 我们仍沿用 PNDs。

二、慢性咳嗽的发病机制

咳嗽反射弧和其他反射弧的组成一样, 也是由咳嗽感受器、传入神经、咳嗽中枢、传出神经和效应肌群组成。咳嗽感受器是存在于气管和支气管的上皮细胞之间以及上皮基底层的神经末梢, 主要集中分布于气管后壁、隆突、大气道分叉处, 而远端小气道分布很少, 呼吸性细支气管以下尚未发现神经末梢。

现认为咳嗽感受器有三种: ①含髓鞘的快适应牵张感受器 (rapidly adapting pulmonary stretch receptors, SARs), 又称激惹感受器 (irritant receptor), 主要对机械刺激敏感。②无髓鞘的 C 传入神经纤维则主要对化学刺激敏感。这些末梢含神经多肽, 可介导气道的神经源性炎症。③位于支气管平滑肌内的慢适应牵张感受器 (slowly adapting pulmonary stretch receptors, RARs)。

除下呼吸道外, 鼻、鼻窦、咽、耳、胸膜、胃、心包和膈等组织器官也可能存在咳嗽感受器, 但组织学上仅在咽部得到证实。因此, 当这些部位受到刺激时也能引起咳嗽。咽喉部和气管、支气管感受器对化学和机械刺激敏感, 其他部位的感受器可能仅对机械刺激有反应。

现在认为引起咳嗽的传入冲动完全由迷走神经介导。包括传递来自气管、支气管和胸膜感受器兴奋冲动的肺支, 传递外耳道和中耳神经冲动的耳支, 传递咽喉冲动的咽喉支以及支配胃活动的胃支和心脏和食管支等。原来曾认为三叉神经、会厌神经和膈神经

也是传入神经,但在过去的20年中大量的临床资料均不支持这种生理学观点,所以三叉神经和膈神经等作为咳嗽传入神经通路的观点逐渐被废弃。

咳嗽中枢的确切定位尚有争议。各种因素刺激气道上皮内的咳嗽感受器,通过迷走神经传入到脑干的咳嗽中枢,中枢一方面将冲动传入到大脑皮层以及孤束核附近的区域,并在脑干和延髓整合为一个协调的咳嗽反应,并将冲动传出到膈肌、喉、胸和腹部的肌肉内,产生系列的呼吸肌收缩活动,引起咳嗽。

目前对慢性咳嗽产生的机制尚不是很清楚。近年来研究发现,由气道感觉神经末梢释放的神经肽所致的气道神经源性炎症在慢性咳嗽发病中起重要作用。由感觉神经末梢释放的神经肽或神经递质所介导的炎症反应称为神经源性炎症(neurogenic inflammation),表现为血管通透性增高、血浆外渗、组织水肿。呼吸道C纤维末梢含有几种神经肽类,包括P物质(substance P, SP)、神经肽A(neurokinin A, NKA)、降钙素基因相关肽(calcitonin gene-related peptide, CGRP)和缓激肽(BK)等。它们通过多种形式影响气道组织并可诱发神经源性炎症,如收缩气道平滑肌、增加气道腺体分泌、扩张血管和增加血管通透性、活化气道炎症细胞等。神经肽参与咳嗽反射的作用已被许多实验结果证实,给予外周神经肽受体拮抗剂能有效治疗咳嗽及降低辣椒素诱导的咳嗽敏感性。

但也有人指出,慢性咳嗽这种非特异性症状的产生包含了几种明显互不相关的机制,如上气道高反应性、躯体症状化(精神症状转化为躯体症状)、支气管高反应性及嗜酸粒细胞性支气管炎等机制。最近一项研究显示慢性咳嗽患者呼出气冷凝液中pH值及氯化物水平下降,且认为这两种物质水平的下降可增强咳嗽反射,这些研究提示慢性咳嗽的产生可能存在着多种发病机制,由多种病因单独或同时引起。

三、慢性咳嗽的常见病因及诊治

国外报道,在免疫功能正常的患者中75%~95%的慢性咳嗽可归结为CVA(6.5%~57%)、PNDS(8%~87%)、GERD(10%~40%)、EB(10%~20%)、慢性支气管炎等病因。随着ACEI药物的广泛应用,血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)引起的相关性咳嗽,亦属常见病因。其他原因如支气管肿瘤、肺转移性肿瘤、类肉瘤、左心功能不全、支气管内膜结核、心理性咳嗽、气道异物、外耳道异物和炎症以及咽活动功能不协调所致的呼吸困难等所引起的咳嗽占5%~6%,在明确咳嗽病因诊断时,需要引起重视。

广州呼吸病研究所对194例慢性咳嗽患者进行的病因分布调查显示,国内慢性咳嗽病因分布与国外有所差别。EB占22%是慢性咳嗽的首位原因,其他依次为PNDS占17%、CVA占14%、GERC占12%。Fujimura报告,日本慢性咳嗽的首位原因是CVA(43.6%),其次是变应性咳嗽35.8%,第三是PNDS(25.5%),而GERC的患病率仅为2.4%,明显低于中国和欧美的患病率,世界各地报道的不同提示慢性咳嗽的病因存在地

区或种族差异。

(一) 咳嗽变异性哮喘(CVA)

1. 临床特点 CVA 由 Corrao 等于 1979 年首先描述,是一种特殊类型的哮喘,在临床上常见,尤其是儿童,约占哮喘的 24%~59%。主要表现为刺激性干咳,通常咳嗽比较剧烈,夜间咳嗽为其重要特征。感冒、冷空气、灰尘、油烟等容易诱发或加重咳嗽,但不伴有典型哮喘的喘息症状。CVA 是慢性咳嗽的重要病因,在国外占第二位。

2. 发病机制 CVA 和典型哮喘一样也是一种以嗜酸性粒细胞反应为主的气道慢性炎症,咳嗽的发生可能与气道炎症或支气管收缩刺激咳嗽感受器有关。相对而言,气道炎症对气道咳嗽感受器的刺激较重要,但支气管收缩起放大作用。介导咳嗽发生的化学介质包括缓激肽、气道速激肽和前列腺素等。现在研究认为 CVA 是一种轻微的哮喘或是哮喘的前期段,30%~47%的患者在 4 年后可能向典型哮喘转变。研究表明,39%的典型哮喘患者在喘息发作前有慢性咳嗽史,咳嗽时间长短个体差异很大。

3. 诊断 常规抗感冒、抗感染治疗无效,支气管扩张剂治疗可以有效缓解咳嗽症状,此点可作为诊断和鉴别诊断的依据。肺通气功能和气道高反应性检查是诊断 CVA 的关键方法。

诊断标准:①慢性咳嗽常伴有明显的夜间刺激性咳嗽;②支气管激发试验阳性或最大呼气流量(PEF)昼夜变异率>20%;③支气管扩张剂、糖皮质激素治疗有效;④排除其他原因引起的慢性咳嗽。

4. 治疗 CVA 的治疗和典型哮喘相似,需给予支气管扩张剂和皮质激素,以有效地缓解其咳嗽症状。大多数患者吸入小剂量糖皮质激素加 β_2 激动剂即可,很少需要口服糖皮质激素治疗。可先口服 β_2 受体激动剂或茶碱,在咳嗽得到控制后可考虑再吸入糖皮质激素抑制气道炎症,治疗时间不少于6~8周。一般不吸入 β_2 受体激动剂,因为吸入剂本身也可能造成部分病人咳嗽。少数情况下,CVA的咳嗽对口服 β_2 受体激动剂或茶碱无反应,仅口服大剂量激素后才有效。一旦咳嗽缓解,可停用口服激素,但可能容易复发。

(二) 鼻后滴流综合征(PNDS)

1. 临床特点 PNDS 是鼻腔或鼻窦疾患形成的分泌物漏进咽喉下部,甚至反流入声门或气管而刺激咽喉部,导致以咳嗽为主要表现的临床综合征。PNDS 是慢性咳嗽最常见的原因之一,在西方占慢性咳嗽病因的第一位。PNDS 引起咳嗽的发病机制尚不完全清楚,可能是由于咽喉部的咳嗽感受器受到机械性和化学性刺激所致,或因分泌物进入下呼吸道而刺激气管、支气管的咳嗽感受器。

PNDS 通常发病前有上呼吸道疾病(如感冒)史。慢性咳嗽常常在慢性鼻炎或慢性鼻窦炎的鼻部症状逐渐缓解时出现。除了咳嗽、咳痰外,PNDS 患者通常还主诉咽喉部滴流感、口咽黏液附着、频繁清喉、咽痒不适或鼻痒、鼻塞、流涕、打喷嚏等。有时患者会

主诉声音嘶哑,讲话也会诱发咳嗽。这些临床表现较为常见但不特异,也可见于其他原因引起的咳嗽。PNDS 所致的咳嗽主要为干咳,但也可咳白色黏液痰,慢性鼻窦炎引起者每天的痰量可超过 30ml。体检可见鼻充血,鼻咽或咽有黏液或黏液脓性分泌物和/或黏膜呈鹅卵石外观,声带水肿。肺功能检查显示明显可变的胸外上气道阻塞,表现为最大吸气流速(force inspiratory flow, FIF)降低,最大吸气/呼气中期流速(50%FIF/50%FEF)比值下降。少数咳嗽患者并没有 PNDS 的上呼吸道的症状和体征,也没有慢性鼻炎或慢性鼻窦炎的病史,但抗组胺药治疗对慢性咳嗽有效,有人将其称之为隐性后鼻漏综合征(silent PNDS)。

引起 PNDS 的基础疾病包括季节性变应性鼻炎、常年性变应性鼻炎、常年性非变应性鼻炎、血管舒缩性鼻炎、感染性鼻炎、真菌性鼻炎、普通感冒和鼻窦炎等。伴有大量痰液者多为慢性鼻窦炎所致。血管舒缩性鼻炎的特征是随气温改变,鼻腔有时会产生大量稀薄水样分泌物。慢性鼻窦炎影像学检查征象为鼻窦黏膜增厚超过 6mm、气液平面或窦腔模糊。如咳嗽具有季节性或病史提示与接触特异性的变应原(例如花粉、尘螨)有关时,变应原皮试有助于诊断。怀疑变应性真菌性鼻窦炎时,可行曲霉菌和其他真菌的皮肤试验及特异性 IgE 检测。

2. PNDS 诊断标准 ①发作性或持续性咳嗽,以白天咳嗽为主,入睡后较少咳嗽;②鼻后滴流和(或)咽后壁黏液附着感;③有鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉或慢性咽喉炎等病史;④检查发现咽后壁有黏液附着、鹅卵石样观;⑤经针对性治疗后咳嗽缓解。

PNDS 涉及多种基础疾病,其诊断主要是根据病史和相关检查综合判断,所以在建立诊断以前应排除引起慢性咳嗽的其他常见原因。近年来有的学者直接采用鼻炎/鼻窦炎作为慢性咳嗽的病因诊断,而不用 PNDS 的术语。

3. 治疗 初步诊断建立后,对 PNDS 进行针对性治疗有效是确定其为慢性咳嗽原因的关键步骤,方法依据导致 PNDS 的基础疾病而定。下列病因引起的 PNDS 首选第一代抗组胺剂和减充血剂:①非变应性鼻炎;②血管舒缩性鼻炎;③全年性鼻炎;④普通感冒。第一代抗组胺剂代表药物为马来酸氯苯那敏(扑尔敏),常用减充血剂为盐酸伪麻黄碱。大多数患者在初始治疗后数天至 2 周内产生疗效。其他病因具体治疗方法如下:

(1) 变应性鼻炎:各种抗组胺药对变应性鼻炎的治疗均有效果,可选用无镇静作用的第二代抗组胺剂,常用药物为氯雷他定(开瑞坦)或阿斯米唑(息斯敏)等。鼻腔吸入糖皮质激素是变应性鼻炎首选药物,通常为丙酸倍氯米松(每鼻孔每次 50 μ g)或等效剂量的其他吸入糖皮质激素,每天 1~2 次。色甘酸钠吸入对变应性鼻炎亦具有良好的预防作用,应用剂量每次 20mg,每天 3~4 次。改善环境、避免变应原刺激是控制变应性鼻炎的有效措施。变应原免疫治疗可能有效,但起效时间较长。

(2) 急性细菌性鼻窦炎:抗菌药物治疗是治疗急性细菌性鼻窦炎的主要药物,效果欠佳或分泌物多时可采用鼻腔吸入糖皮质激素及减充血剂减轻炎症。

(3) 慢性鼻窦炎：建议采用的初治方案包括应用对革兰阳性菌、革兰阴性菌和厌氧菌有效的抗菌药物 3 周，口服第一代抗组胺剂和减充血剂 3 周，鼻用减充血剂 1 周，鼻吸入糖皮质激素 3 个月。内科治疗效果不佳时可行负压引流、穿刺引流或外科手术。

【附】上气道咳嗽综合征

美国胸科医师协会(ACCP)颁布了 2006 年咳嗽诊治指南，该指南内容详尽，对于各种与上气道异常相关的慢性咳嗽患者，咳嗽指南委员会建议采用上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)这一名称来取代以前使用的 PNDS。

1. UACS 与 PNDS PNDS 最初用来表述鼻或鼻窦的分泌物引流到咽部的主观症状，但约 20% 的 PNDS 并没有鼻后滴流的症状，而且鼻后滴流并不一定是咳嗽的原因，其相关的咳嗽机制还有待于进一步的研究。因此，ACCP 咳嗽委员会决定以 UACS 替代 PNDS 这一术语。

2. UACS 的机制 UACS 引起咳嗽的主要机制在于上气道内的咳嗽反射传入神经受到了机械刺激。

3. UACS 的诊断 UACS 的临床表现除了咳嗽以外，患者通常还会主诉咽喉部滴流感，清嗓动作，咽喉发痒，鼻塞或流涕等，有时还会出现嗓音嘶哑。查体可见口咽部黏膜呈鹅卵石样，或口咽部有黏液附着。但所有这些临床表现均没有特异性。对于慢性咳嗽患者，要诊断 UACS 应综合考虑其症状、体检结果、影像学检查结果以及对特异性治疗的反应等。由于这是一种综合征，因此不存在特异性的发现。

4. UACS 的鉴别诊断 UACS 诱发咳嗽的鉴别诊断包括过敏性鼻炎、常年性非过敏性鼻炎、感染后鼻炎、细菌性鼻窦炎和过敏性真菌性鼻窦炎，还包括解剖学异常引起的鼻炎，物理或化学刺激引起的鼻炎，以及职业性鼻炎、药物性鼻炎和妊娠期鼻炎等。

5. UACS 的治疗 治疗原则包括：①避免接触过敏原；②阻断或减轻炎症反应和分泌物的产生；③治疗感染；④纠正结构异常。

(1) 如果患者有 UACS 诱发咳嗽的基础疾病，应首先直接针对该类疾病进行特异性治疗。

(2) 对于慢性咳嗽患者，应给予 UACS 的经验性试验治疗，因为经这种特异性治疗后，咳嗽改善或缓解也是诊断 UACS 诱发咳嗽的关键。

(3) 对于诊断为 UACS 诱发咳嗽的患者，如果第一代抗组胺药物和(或)减充血剂的经验性治疗没有效果，下一步应进行鼻窦的影像学检查，明确有无慢性鼻窦炎。尽管慢性鼻窦炎有可能引起排痰性咳嗽，但鼻窦炎也可能没有任何临床表现。在这种情况下，咳嗽的痰量相对较少，或近似干咳，同时患者也可能没有急性鼻窦炎相关的各种典型症状。

总之，如果慢性咳嗽患者未找到明确的、特异性的病因，在行进一步检查之前，应首