

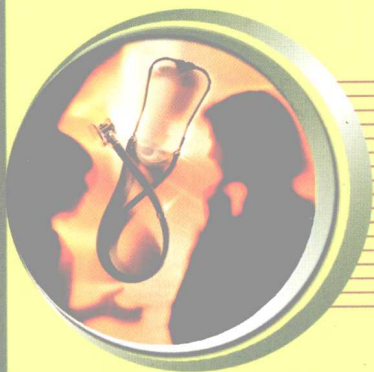
全国医学院校临床课程见习指导丛书

供基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业
本科、高专、高职学生使用

总主编 何振华

内科学见习指导

何振华 雷长城 主编
张明亮 主审



 科学出版社
www.sciencep.com

279
困难
床痒
1碱
毒;3
现
见、
个
充症
50
活
由播
染
录用
为

全国医学院校临床课程见习指导丛书

(供基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业本科、高专、高职学生使用)

内科学见习指导

总主编 何振华

主 编 何振华 雷长城

主 审 张明亮

编 委 (按姓氏笔画排序)

马祖等	王季猛	王建平	李 岭
李国庆	陈方志	陈艳华	何 涛
何振华	张 琍	张秀峰	奉婷婷
罗 卿	唐东兴	黄 斌	董晨珊
曾高峰	雷长城	詹向阳	谭小武

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书为全国医学院校基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业本科、高专、高职学生临床课程见习必备指导书。

全书内容涵盖了呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统及代谢疾病、血液系统疾病、内分泌疾病、中毒等69个病症,32个单元(126学时)的见习要求、时数、准备、过程、病史采集要点、体查要点、知识精要及复习思考题,为临床教学程序及教学内容见习的指导,目的是规范临床见习教学。

本书携带方便、实用价值高,结合国家执业医师实践技能考试大纲的要求;适用于低年资住院医师作为提高工作能力及授课教师的参考书,也是国家执业医师资格考试的复习参考书。

图书在版编目(CIP)数据

内科学见习指导/何振华,雷长城主编. —北京:科学出版社,2007

(全国医学院校临床课程见习指导丛书)

ISBN 978-7-03-019601-9

I. 内… II. ①何…②雷… III. 内科学—实习—医学院校—教学参考资料 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 123881 号

责任编辑:郭海燕 李 君 / 责任校对:纪振红

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007年8月第 一 版 开本:787×960 1/32

2007年8月第一次印刷 印张:9

印数:1—5 000 字数:242 000

定价:18.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换<明辉>)

《全国医学院校临床课程见习指导丛书》

编写指导委员会

主任委员 文格波

副主任委员 吴移谋 涂玉林

委员名单(按姓氏笔划画排序)

王 毅	文红艳	文格波
阳小华	杨 林	吴移谋
姜志胜	涂玉林	梁庆模
雷小勇		

前 言

临床医学是一门理论性和实践性都很强的科学,它需要掌握全面扎实的理论知识来指导临床实践,同时不断的实践中来理解和掌握理论知识。内科学是临床医学的综合学科,它整体性强,涉及面广,是实践性、经验性、积累性很强的学科。学习内科学应遵循理论—实践—再理论—再实践的原则,这对于临床医师是十分重要的。

为了帮助医学生系统地掌握内科学知识,提高学习效率,编者根据多年的临床教学心得,特别注意到临床见习阶段教师示范和指导的重要性,力求使学生在见习中把询问病史、体格检查、辅助检查等所获得的资料进行归纳、总结、分析和判断,加深对所学理论知识的理解,使学生的临床思维得到启发与训练,为毕业实习打下良好的基础。

本书以每一种常见病为单元,对其见习的要求、时数、准备和过程作了具体的规范,同时对病史采集、体格检查作了重点提示。在此基础上编排的知识精要,则全面对疾病的临床特点、辅助检查、诊断、鉴别诊断、治疗等进行简明扼要的综合,以帮助学生把握重点、理解难点、启发思维。本书是全国医学院校基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业本科、高专、高职学生临床课程见习阶段的必备指导书,也适用于低年资住院医师作为提高工作能力及授课老师的参考书;还是国家执业医师资格考试人员考试的复习参考书。

本书的编写得到南华大学教务处、医学院、第二临床学院领导,教学科研部及各教研室的大力支持和帮助,在此谨致谢意!

由于学识有限和编写经验不足,书中缺点和错误难以避免,祈望广大读者批评指正。

何振华 张明亮

2007年8月于南华大学

目 录

前言

第一章 呼吸系统疾病	(1)
见习一 肺炎	(1)
见习二(1) 肺脓肿	(7)
见习二(2) 支气管扩张	(12)
见习三(1) 慢性阻塞性肺疾病	(17)
见习三(2) 支气管哮喘	(22)
见习四(1) 慢性肺源性心脏病	(35)
见习四(2) 肺血栓栓塞症	(41)
见习五(1) 肺结核	(50)
见习五(2) 胸腔积液	(56)
见习六(1) 肺癌	(61)
见习六(2) 慢性呼吸衰竭	(66)
见习七(1) 间质性肺疾病	(71)
见习七(2) 结节病	(76)
第二章 循环系统疾病	(81)
见习一 心律失常	(81)
见习二(1) 原发性高血压	(85)
见习二(2) 心力衰竭	(90)
见习三 冠心病	(95)
见习四(1) 扩张型心肌病	(101)
见习四(2) 肥厚型心肌病	(104)
见习五(1) 心肌炎	(108)
见习五(2) 心包疾病	(112)
见习五(3) 感染性心内膜炎	(116)
见习六(1) 二尖瓣狭窄	(120)
见习六(2) 二尖瓣关闭不全	(124)
见习六(3) 主动脉瓣关闭不全	(126)
见习六(4) 主动脉瓣狭窄	(129)
第三章 消化系统疾病	(133)
见习一(1) 胃食管反流病	(133)
见习一(2) 慢性胃炎	(136)
见习一(3) 消化性溃疡	(140)
见习二(1) 食管癌	(144)
见习二(2) 胃癌	(147)
见习二(3) 胰腺癌	(150)
见习三(1) 肠结核	(153)
见习三(2) 结核性腹膜炎	(157)

见习四(1)	溃疡性结肠炎	(161)
见习四(2)	克罗恩病	(166)
见习五(1)	肝硬化	(169)
见习五(2)	原发性肝癌	(173)
见习五(3)	肝性脑病	(177)
见习六(1)	大肠癌	(179)
见习六(2)	功能性消化不良	(182)
见习六(3)	肠易激综合征	(185)
见习七(1)	急性胰腺炎	(188)
见习七(2)	慢性胰腺炎	(191)
见习七(3)	上消化道大出血	(194)
第四章	泌尿系统及代谢疾病	(197)
见习一(1)	尿路感染	(197)
见习一(2)	急性肾小球肾炎	(200)
见习二(1)	慢性肾小球肾炎	(203)
见习二(2)	肾病综合征	(206)
见习三(1)	类风湿关节炎	(209)
见习三(2)	系统性红斑狼疮	(213)
见习四	慢性肾衰竭	(216)
第五章	血液系统疾病	(220)
见习一(1)	缺铁性贫血	(220)
见习一(2)	巨幼细胞贫血	(223)
见习二(1)	再生障碍性贫血	(227)
见习二(2)	自身免疫性溶血性贫血	(230)
见习三(1)	特发性血小板减少性紫癜	(233)
见习三(2)	过敏性紫癜	(237)
见习三(3)	弥散性血管内凝血	(240)
见习四(1)	粒细胞缺乏症	(245)
见习四(2)	淋巴瘤	(248)
见习五(1)	急性白血病	(252)
见习五(2)	慢性粒细胞白血病	(256)
第六章	内分泌疾病	(260)
见习一	糖尿病	(260)
见习二(1)	原发性醛固酮增多症	(266)
见习二(2)	库欣综合征	(268)
见习二(3)	甲状腺功能亢进	(270)
第七章	中毒	(273)
见习一(1)	一氧化碳中毒	(273)
见习一(2)	有机磷中毒	(277)

第一章 呼吸系统疾病

见习一 肺 炎

【见习要求】

1. 掌握社区获得性肺炎、医院获得性肺炎、重症肺炎的诊断标准和抗菌药物的选择。
2. 掌握肺炎球菌肺炎的病理、临床表现和治疗。
3. 熟悉社区获得性肺炎和医院获得性肺炎的常见病原体。
4. 熟悉葡萄球菌肺炎、支原体肺炎的临床特点、诊断和治疗用药。

【见习时数】 4 学时。

【见习准备】

1. 典型患者 1 人/小组。
2. 典型 X 线胸片 1 套(大叶性肺炎、小叶性肺炎、间质性肺炎、金葡菌肺炎)/小组。

【见习过程】

1. 讲授病史采集、体格检查要点,学生分组进病房采集病史,并做体格检查。
2. 学生回示教室汇报病历摘要、阳性体征,提出必要的辅助检查并说明其目的;教师展示典型 X 线胸片及报告。
3. 学生归纳总结病例特点,作出诊断,并说明诊断依据。
4. 结合患者的具体病情,教师以提问的方式小结。

【病史采集要点】

1. 现病史
 - (1) 发病情况:缓慢或急骤起病?
 - (2) 发病的原因或诱因:发病前是否受凉、淋雨、疲劳、醉酒? 是否上呼吸道感染?

(3) 主要症状:是否咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难?

(4) 伴随症状:发热情况(热度、热型、是否畏寒、寒战等)?是否头痛、耳痛、咽痛、肌肉痛、关节痛?是否腹胀、纳差、腹泻?

(5) 病情演变:何时出现休克、呼吸衰竭等表现?

(6) 诊疗情况:在何处就诊过?做过何种检查?用何药物及疗效如何?

(7) 一般情况:精神、体力、饮食、大小便如何?体重有何变化?

2. 其他相关病史

(1) 有无药物过敏史?

(2) 既往是否存在基础疾病(如糖尿病、血液病、艾滋病、肝病或支气管肺部疾患)?

(3) 个人史:葡萄球菌肺炎注意侵袭性操作史、静脉吸毒史;真菌性肺炎注意职业史;传染性肺炎注意接触史和传染致他人发病情况。

【体检要点】

1. 体温、脉搏、呼吸、血压、体位、神志。

2. 高热者急性病容。

3. 呼吸困难 呼吸浅快或迫促,鼻翼扇动。

4. 缺氧程度 甲床、嘴唇、舌的颜色。

5. 皮肤 绯红或发绀,灼热、干燥。大叶性肺炎常有口角及鼻周单纯性疱疹。感染中毒者可见皮肤、黏膜出血点,巩膜黄染。部分患者退热时大汗,皮肤湿冷。

6. 淋巴结 肺炎支原体肺炎可有颈部淋巴结肿大。

7. 胸部 视、触、叩、听。

8. 心脏 心尖搏动的位置,心界大小,心率、节律、心音、杂音、心包摩擦音。血源性葡萄球菌肺炎常可出现心脏杂音。

9. 腹部 部分重症患者可有肠胀气,上腹部压痛。

10. 神经系统 部分重症患者累及脑或脑膜,出现颈抵抗感和病理反射。

【辅助检查报告单展示】

典型 X 线胸片改变。

1. 大叶性肺炎 大片炎症浸润阴影或实变影,见支气管充气征。

2. 小叶性肺炎 沿肺纹理分布的不规则斑片状阴影,边缘密度浅而模糊。

3. 间质性肺炎 肺下部的不规则条索状阴影,从肺门向外伸展,呈网状,夹杂小片肺不张阴影。

4. 金黄色葡萄球菌肺炎 ①肺段或肺叶实变,见空洞,或呈小叶状浸润,见液气囊腔;②阴影易变性:此起彼伏,或融合趋势。

【知识精要】

1. 肺炎的临床特点

(1) 症状

1) 肺炎球菌肺炎:急骤起病,高热、寒战、咳嗽、咳铁锈色痰、胸痛。

2) 葡萄球菌肺炎:多急骤起病,高热、寒战、咳脓痰、胸痛,早期可出现循环衰竭。

3) 支原体肺炎:起病较缓慢,常同时有咽炎、支气管炎、肺炎、刺激性呛咳,肺外表现更常见。

(2) 体征:早期无明显体征,部分患者呼吸音减低或闻及胸膜摩擦音;典型实变征表现为触诊语颤增强、叩诊浊音、闻及支气管呼吸音;吸收消散期可闻及湿啰音。

2. 辅助检查

(1) 外周血象:化脓性感染者白细胞总数增高,中性粒细胞比例增高,见中毒颗粒和核左移现象。支原体肺炎白细胞总数正常或略高,以中性粒细胞为主。病毒性肺炎血象正常、稍高或偏低。

(2) 胸部 X 线检查:是诊断肺炎的必要手段。除下列改变外,部分患者可有少量胸腔积液,出现肋膈角变钝。

1) 肺炎球菌肺炎:早期仅见肺纹理增浓,段、叶稍模糊。实变期段、叶范围的实变,在叶间胸膜区界限清楚锐利,其他边界则模糊不清,病变区域内可见支气管气影征。吸收消散期见“假空洞”征。

2) 葡萄球菌肺炎:肺段或肺叶实变,见空洞,或呈小叶状浸润,见液气囊腔。阴影易变性:此起彼伏,或融合趋势。可遗留条索状阴影。

3) 支原体肺炎:多种形态的浸润影,呈结段性分布,以下肺野为多,有的从肺门附近向外伸展。

4) 病毒性肺炎:因病原体不同有较大差异。常见肺纹理增浓,小片状浸润或广泛浸润,病情严重者显示双肺弥漫性结节性浸润阴影。

5) 真菌性肺炎:①念珠菌肺炎表现为双下肺纹理增浓,纤维条索状阴影伴斑片状、结节状浸润,亦可融合为大片浸润阴影,自肺门向外扩展,并出现空洞;②曲菌球表现为慢性空洞内团球影,随体位改变而在空洞内移动;③侵袭性曲菌病表现为以胸膜为基底的多发的楔形阴影或空洞(胸部 CT 早期为晕轮征,后期为新月征);④变应性支气管肺曲菌病:单侧或双侧短暂性上叶实变或肺不张,合并支气管扩张者可有“戒指征”或“双轨征”。

(3) 病原学检查:有助于临床治疗。但咳嗽痰易受污染,影响结果的真实性。

(4) 血气分析:严重者 PaO_2 降低,表现为 I 型呼吸衰竭,也可出现代谢性酸中毒。

3. 诊断

(1) 确定肺炎诊断:依据临床表现、胸片检查。

(2) 评估严重程度:肺炎严重性决定于 3 个主要因素:局部炎症程度、肺部炎症的播散、全身炎症反应程度。重症肺炎诊断标准为:①意识障碍;呼吸频率 > 30 次/分;② $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}^*$; $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$,需行机械通气治疗;③ $\text{BP} < 90/60\text{mmHg}$;④胸片显示双侧或多肺叶受累,或入院 48 小时内病变扩大 $\geq 50\%$;⑤少尿:尿量 $< 20\text{ml/h}$ 或 $< 80\text{ml/4h}$ 或急性肾衰竭需透析治疗。

(3) 确定病原体

1) 痰:痰标本采集方便,是最常用的下呼吸道病原学标本。痰标本易污染,使用抗生素影响大。室温下采集后应在 2 小时内送检。痰定量培养分离的致病菌或条件致病菌浓度: $\geq 10^7 \text{cfu/ml}$ 为致病菌; $\leq 10^4 \text{cfu/ml}$ 为污染菌;介于两者之间,应重复培养,如连续分离到相同细菌,浓度在 $10^5 \sim 10^6 \text{cfu/ml}$,两次以上,可认为是致病菌。

2) 经纤维支气管镜或人工呼吸道吸引:受口咽部细菌污染的

* $1\text{mmHg} = 1.33\text{kPa}$ 。

机会较咳痰为少。痰定量细菌培养浓度 $\geq 10^5$ cfu/ml 为致病菌。

3) 防污染样本毛刷(PSB):细菌培养浓度 $\geq 10^3$ cfu/ml,为致病菌。

4) 支气管肺泡灌洗(BAL):细菌培养浓度 $\geq 10^4$ cfu/ml,防污染 BAL 细菌培养浓度 $\geq 10^3$ cfu/ml 为致病菌。

5) 经皮细针抽吸:这种方法敏感性和特异性很好,但由于是创伤性检查,容易引起并发症,如气胸、血胸等,应慎用。临床一般用于对抗生素经验性治疗无效或其他检查不能确定者。

6) 血和胸腔积液培养:是简单易行的肺炎的病原学诊断方法。血和痰培养分离到相同的细菌,可确定为肺炎的病原菌。仅血培养阳性而不能用其他原因解释者,血培养的细菌也可以认为是肺炎的病原菌。胸腔积液培养出的细菌可认为是肺炎的病原菌。

4. 鉴别诊断

(1) 上呼吸道感染:胸片可供鉴别。

(2) 不同病原体所致肺炎:依据病原学检查鉴别。

(3) 肺结核:结核中毒症状;慢性咳嗽,可有咯血;胸片示多部位、多形态、多阶段病变。痰中找到结核杆菌可明确。必要时诊断性抗结核治疗。

(4) 肺癌:中毒症状轻,抗感染疗效差。吸烟史;胸片为团块状阴影、分叶,或结节状阴影,边缘有毛刺。痰中找到癌细胞或病理学检查可明确。

5. 治疗

(1) 抗感染治疗

1) 经验性治疗:主要根据本地区、本单位的肺炎病原体流行病学资料,选择覆盖可能病原体的抗生素;重症肺炎首选广谱强有力的抗菌药物,足量、联合用药。

社区获得性肺炎:①青壮年和无基础疾病的患者,常用大环内酯类、青霉素类、第一代头孢菌素和喹诺酮类等;②老年人、有基础疾病或需要住院者,常用第二、三代头孢菌素, β 内酰胺类/ β 内酰胺酶抑制剂,喹诺酮类,可联合大环内酯类或氨基糖苷类;③重症肺炎常用大环内酯类联合第三代头孢菌素,或联合广谱青霉素/ β 内酰胺酶抑制剂、碳青霉烯类;青霉素过敏用喹诺

酮类联合氨基糖苷类。

医院获得性肺炎:①常用第二、三代头孢菌素, β 内酰胺类/ β 内酰胺酶抑制剂,喹诺酮类或碳青霉烯类;②重症肺炎可用喹诺酮类或氨基糖苷类联合抗假单胞菌的 β 内酰胺类、广谱青霉素/ β 内酰胺酶抑制剂,碳青霉烯类的任何一种,必要时可联合万古霉素使用。

2) 根据药物敏感试验选择药物:更为合理、有效。①肺炎球菌肺炎:首选青霉素,每6~8小时一次;②金葡菌肺炎:应选择耐酶的半合成青霉素或头孢菌素,对于MRSA,则应选择万古霉素、替考拉宁;③肺炎支原体肺炎、肺炎衣原体肺炎:首选大环内酯抗菌药物(使用 β -内酰胺类药物无效);④病毒性肺炎:目前尚无特效药物,不得滥用抗菌药物;广谱抗病毒药物有利巴韦林、阿昔洛韦、阿糖腺苷,阿昔洛韦主要用于巨细胞病毒感染,奥司他韦对甲、乙型流感病毒有较好效果;⑤念珠菌肺炎:选用氟康唑,重症患者可选用两性霉素B;肺曲菌病可用氟胞嘧啶、伊曲康唑等,但侵袭性曲霉病应首选两性霉素B。

(2) 对症支持治疗:①休息与营养;②输氧:中等或重症患者($\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 或有发绀)应给氧;③镇痛:剧烈胸痛者可酌情用少量镇痛药物;④止咳化痰;⑤退热:避免使用阿司匹林,以免过度出汗、脱水干扰真实热型;⑥镇静:烦躁不安、谵妄、失眠者可用地西泮或水合氯醛镇静,禁止使用抑制呼吸的镇静药物。

(3) 处理并发症:脓胸、心包积液可穿刺抽脓或引流。感染性休克应积极控制感染、补充血容量、纠正酸中毒、使用血管活性药物、糖皮质激素等。

【复习思考题】

1. 简答题

(1) 何谓医院获得性肺炎?其常见病原体有哪些?如何经验用药?

(2) 何谓社区获得性肺炎?其常见病原体有哪些?如何经验用药?

(3) 肺炎球菌肺炎的临床特征是什么?实变征有何特点?

(4) 肺炎球菌肺炎、金葡菌肺炎、支原体肺炎的影像学改变

各有何特点?

(5) 治疗肺炎球菌肺炎、金葡菌肺炎、支原体肺炎应首选何种药物? 疗程如何?

(6) 如何治疗休克型肺炎?

2. 病史采集训练 某男, 25 岁, 运动员, 因咳嗽、咳痰、胸痛、高热 3 天入院。请围绕主诉采集相关病史。

3. 病例分析 找一临床肺炎典型病例, 要求作出以下分析:

(1) 诊断及诊断依据。

(2) 鉴别诊断。

(3) 进一步检查。

(4) 治疗原则。



见习二(1) 肺 脓 肿

【见习要求】

掌握肺脓肿的病因、发病机制、临床表现、诊断、鉴别诊断和治疗。

【见习时数】 2 学时。

【见习准备】

1. 典型患者 1 人/小组。

2. 典型 X 线胸片、胸部 CT 片 各 1 套/小组。

【见习过程】

1. 讲授病史采集、体格检查要点, 学生分组进病房采集病史, 并做体格检查。

2. 学生回示教室汇报病历摘要、阳性体征, 提出必要的辅

助检查并说明其目的;教师展示典型 X 线胸片、胸部 CT 片。

3. 学生归纳总结病例特点,作出诊断,并说明诊断依据。

4. 结合患者的具体病情,教师以提问的方式小结。

【病史采集要点】

1. 现病史

(1) 发病情况:常急骤起病。

(2) 发病的原因或诱因:多数有齿、口、咽喉的感染灶,或发病前有手术、劳累、受凉、淹溺、醉酒、麻醉等病史。

(3) 主要症状:是否畏寒、发热?咳嗽、咳痰情况如何?是否咯血(性状、量)?

(4) 伴随症状:是否伴随呼吸困难、胸痛?是否伴随循环衰竭?

(5) 病情演变:何时出现呼吸衰竭、循环衰竭、意识障碍等表现?

(6) 诊疗情况:在何处就诊过?做过何种检查?用何药物及疗效如何?

(7) 一般情况:精神、体力、饮食、大小便如何?体重有何变化?

2. 其他相关病史

(1) 有无药物过敏史?

(2) 有无齿、口、咽喉的感染灶?

(3) 有无皮肤疖肿?

(4) 既往有无糖尿病、吸毒史?

【体查要点】

1. 体温、脉搏、呼吸、血压、体位、神志。

2. 呼吸困难 严重者端坐呼吸,鼻翼扇动。

3. 缺氧程度 甲床、嘴唇、舌的颜色。

4. 皮肤 严重者大汗,皮肤湿冷,发绀。

5. 胸部 视、触、叩、听。

6. 心脏 视、触、叩、听。

7. 腹部 视、触、叩、听。

8. 杵状指、趾。

【辅助检查报告单及吸入装置展示】

1. 典型 X 线胸片

(1) 吸入性肺脓肿早期为肺段大团片状模糊浸润浓密度阴影,边缘不清。脓肿形成后溃破出现圆形透亮区及气液平面。

周边有浓密炎性浸润影。

(2) 血源性肺脓肿常为肺周边多发小脓肿,随着治疗数周后炎性病灶逐渐吸收缩小,脓腔消失。

(3) 慢性肺脓肿腔壁增厚,内壁欠规则或呈多房性。可伴有胸腔积液或液气胸。

2. 胸部 CT 更能准确定位及区别,肺脓肿形成的性状有利于体位引流和外科手术治疗。

【知识精要】

1. 肺脓肿的临床特点

(1) 患者急性起病,以畏寒、高热,伴咳嗽、全身中毒症状约 10~14 天,突然咳大量脓臭痰及坏死组织为特征。

(2) 1/3 患者伴有不同程度的咯血,此时急性中毒症状减轻。

(3) 数周内逐渐恢复。个别病例可能发展为脓胸,伴胸痛、气促,极少数可能缓慢发病,症状反复,持续数月,成为慢性肺脓肿。

(4) 体征

1) 肺部体征与肺脓肿大小和部位有关。

2) 病灶局部湿啰音,实变征或胸腔积液体征。

3) 慢性者可有杵状指。

2. 辅助检查

(1) 血液:①急性肺脓肿血细胞总数可达 $(20 \sim 30) \times 10^9/L$,中性粒细胞在 0.9 以上,有核左移或中毒颗粒;②慢性患者的血白细胞可稍微升高或正常,红细胞和血红蛋白降低。

(2) 痰液检查:痰涂片革兰染色。支气管镜下取痰、取胸液、血培养(包括需氧和厌氧培养)及抗菌药物敏感试验,有助于明确病原体和选择有效的治疗药物。尤其是胸腔积液和血培养阳性对病原体的诊断价值更大。

(3) 胸部 X 线检查:①吸入性肺脓肿早期为肺段大片团片状浓密度模糊浸润阴影,边缘不清。脓肿形成溃破后出现圆形透亮区及气液平面。周边有浓密炎性浸润影。②血源性肺脓肿常为肺周边多发小脓肿,随着治疗数周后炎性病灶逐渐吸收缩小,脓腔消失。③慢性肺脓肿腔壁增厚,内壁欠规则或呈多房性。可伴有胸腔积液或液气胸。

(4) 胸部 CT:更能准确定位及区别,肺脓肿形成的性状,有

利于体位引流和外科手术治疗。

(5) 纤维支气管镜检查:有助于病因学或病原学诊断,并可进行局部支气管排脓冲洗及药物治疗。

3. 诊断

(1) 有口腔手术、昏迷呕吐或异物吸入后,突发畏寒、高热、咳嗽、咯大量脓臭痰等病史。

(2) 血象白细胞总数及中性粒细胞增高,X线示浓密的炎性阴影中有空腔液平的改变,痰涂片及培养可发现致病菌。

4. 鉴别诊断

(1) 细菌性肺炎:早期临床症状及胸部X线相似,肺炎无大量脓臭痰,胸部X线肺叶或肺段浸润阴影均匀、淡薄无空洞形成。

(2) 空洞性肺结核继发感染:空洞性肺结核起病缓慢,病程长,长期咳嗽、低热、乏力、盗汗、反复的咯血,X线显示空洞壁较厚,无液气平面,周边为纤维结节状病灶或邻近肺部有结核播散病灶,痰结核菌阳性。

(3) 支气管肺癌伴空洞:支气管肺癌可形成阻塞性肺炎,癌组织坏死可形成空洞。一般起病较缓慢,急性中毒症状轻,胸部X线检查显示空洞壁较厚,多呈偏心空洞内壁凹凸不平,周边炎性浸润少,常伴肺门、纵隔淋巴结肿大。

(4) 肺囊肿继发感染:常有反复发作病史,胸部X线示局部囊性病灶可见多发液平,周边炎症轻,以往X线胸片对照可显示肺囊肿特征。

5. 治疗 以脓液引流和抗生素治疗为原则。

(1) 脓液引流:①体位引流:采用病灶高位有利于脓液排出的体位,每日2~3次,每次10~15分钟,同时可辅以祛痰、生理盐水雾化或支气管扩张药物治疗;②经纤维支气管镜行局部支气管冲洗、吸引、排脓并辅以局部药物治疗。

(2) 抗生素治疗

1) 吸入性肺脓肿:多为厌氧菌感染,一般对青霉素敏感。克林霉素、甲硝唑、替硝唑对厌氧菌有效,青霉素160万~240万U/次,静脉注射,每8小时一次。克林霉素,每日1.2~1.8g/d。甲硝唑0.4g/次,每日3次或静脉滴注。

2) 血源性肺脓肿:多为葡萄球菌和链球菌感染,选用耐 β -