

Huxixitongjibing
xiandaizhenduananyuzhiliao

呼吸系统疾病

现代诊断 与治疗

主编 车晓文 于翠香 王清



天津科学技术出版社

呼吸系统疾病现代诊断与治疗

主编 车晓文 于翠香 王清

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

呼吸系统疾病现代诊断与治疗/车晓文,于翠香,王清主编. —天津:天津科学技术出版社,2007.8
ISBN 978-7-5308-4389-5

I. 呼… II. ①车…②于…③王… 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121597号

责任编辑:于伯海

责任印制:白彦生

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022)23332393(发行部) 23332392(市场部) 27217980(邮购部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安市第三印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 17 字数 426 000

2007年9月第1版第1次印刷

定价:28.00元

主 编 车晓文 于翠香 王 清

副主编 (以姓氏笔画为序)

丁淑玲 于 泓 王英田 仇丽宏
刘 珺 孙丽丽 周 玲 胡淑春
高振华 高 巍 徐秀真

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁淑玲 于 泓 于翠香 王 清
王英田 车晓文 仇丽宏 刘 珺
孙丽丽 李 丽 李 娜 陈 萍
周 玲 胡淑春 高广会 高振华
高 巍 徐秀真

前 言

近年来,随着基础医学的发展,有关呼吸系统疾病的基础与临床研究进展迅速,使呼吸系统疾病的治疗成功率大大提高。为了更快更好地掌握更新有关领域新的知识,提高医务人员临床治疗水平,我们在繁忙的工作之余,广泛收集国内外近期文献,认真总结自身经验,编写成《呼吸系统疾病现代诊断与治疗》一书。

本书共分三篇二十五章,内容包括呼吸系统常见疾病的病因和发病机制、诊断、鉴别诊断和治疗。其编写宗旨是坚持面向临床,力求反映新理论、新概念、新技术、新疗法,注重临床实践的可操作性,并兼顾不同等级医院各级医务人员的需要。

本书是全体作者集体智慧的结晶。他们以工作在临床及教学第一线、在呼吸系统疾病治疗方面经验丰富、卓有成绩的中年作者为主,相信会对呼吸内科、急诊科及相关专业的医师有所帮助,对医学院校师生也有一定参考价值。由于编者水平有限,书中难免有疏漏或不当之处,望读者和同道们给予指正。

编 者

2007年5月

目 录

第一篇 总 论

第一章 呼吸系统的病史和体格检查.....	1
第一节 病史.....	1
第二节 体格检查.....	3
第二章 呼吸系统常见症状的诊断、鉴别诊断和处理.....	10
第一节 咳嗽	10
第二节 咯血	18
第三节 呼吸困难	26
第四节 胸痛	29
第五节 发绀	34
第六节 发热	37

第二篇 各 论

第三章 上呼吸道、气管及支气管病.....	45
第一节 急性上呼吸道感染	45
第二节 慢性支气管炎	60
第三节 阻塞性肺气肿	70
第四节 慢性阻塞性肺病	76
第五节 气管及支气管异物	85
第六节 肺不张	88
第七节 支气管扩张症	92

第八节 弥漫性泛细支气管炎·····	101
第九节 支气管哮喘·····	106
第四章 肺炎 ·····	125
第一节 肺炎概述·····	125
第二节 社区获得性肺炎·····	133
第三节 医院获得性肺炎·····	138
第四节 肺炎链球菌肺炎·····	142
第五节 葡萄球菌肺炎·····	150
第六节 克雷白杆菌肺炎·····	154
第七节 其他常见革兰阴性杆菌肺炎·····	157
第八节 病毒性肺炎·····	160
第九节 肺炎支原体肺炎·····	165
第十节 军团菌肺炎·····	169
第十一节 衣原体肺炎·····	174
第十二节 肺奴卡菌病·····	178
第十三节 立克次体肺炎·····	179
第十四节 卡氏肺孢子虫肺炎·····	182
第十五节 放射性肺炎·····	188
第十六节 老年人肺炎·····	190
第十七节 吸入性肺炎·····	196
第十八节 肺脓肿·····	198
第十九节 严重急性呼吸综合征·····	204
第五章 肺部真菌病 ·····	212
第一节 肺念珠菌病·····	214
第二节 肺曲菌病·····	217
第三节 肺隐球菌病·····	222
第四节 肺毛霉菌病·····	224
第五节 肺组织胞浆菌病·····	227

第六节 肺放线菌病·····	229
第六章 肺寄生虫病·····	233
第一节 肺吸虫病·····	233
第二节 肺血吸虫病·····	237
第三节 肺、胸膜阿米巴病·····	239
第四节 肺弓形虫病·····	242
第五节 肺丝虫病·····	246
第六节 肺螨病·····	249
第七节 肺包虫病·····	253
第八节 卡氏肺孢子虫病·····	256
第七章 肺结核、结核性脑膜炎和非结核性分支杆菌肺病·····	259
第一节 肺结核病·····	259
第二节 结核性脑膜炎·····	272
第三节 非结核性分支杆菌肺病·····	280
第八章 弥漫性间质性肺疾病·····	287
第一节 特发性肺纤维化·····	287
第二节 结节病·····	294
第三节 其他弥漫性肺间质性疾病·····	300
第九章 结缔组织病的肺部表现·····	303
第一节 系统性红斑狼疮·····	303
第二节 类风湿性关节炎·····	308
第三节 白塞病·····	311
第四节 进行性系统性硬化症·····	315
第五节 结节性多动脉炎·····	318
第六节 干燥综合征·····	320
第十章 环境和职业性肺病·····	324
第一节 尘肺·····	324
第二节 职业性支气管哮喘·····	334

第十一章	肺嗜酸粒细胞增多症·····	342
第十二章	肺循环疾病和其他肺血管异常·····	347
第一节	原发性肺动脉高压·····	347
第二节	慢性肺源性心脏病·····	352
第三节	肺水肿·····	369
第四节	肺栓塞·····	377
第五节	肺动静脉瘘·····	391
第十三章	肺部肿瘤·····	394
第一节	原发性支气管癌·····	394
第二节	肺转移性肿瘤·····	415
第十四章	胸膜疾病·····	417
第一节	胸腔积液·····	417
第二节	气胸·····	424
第三节	脓胸·····	432
第四节	胸膜间皮瘤·····	437
第十五章	血胸·····	441
第十六章	纵隔疾病·····	443
第一节	纵隔炎·····	443
第二节	纵隔气肿·····	445
第三节	原发性纵隔肿瘤·····	447
第十七章	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征·····	458
第十八章	呼吸衰竭·····	462
第一节	慢性呼吸衰竭·····	462
第二节	急性呼吸衰竭·····	475
第十九章	急性呼吸窘迫综合征·····	480

第三篇 常用诊治技术

第二十章	肺功能测定·····	492
------	------------	-----

第二十一章	血气分析.....	496
第二十二章	支气管镜检查技术.....	501
第二十三章	雾化吸入疗法.....	504
第二十四章	氧气疗法.....	507
第二十五章	机械通气治疗.....	514

第一篇 总 论

第一章 呼吸系统的病史和体格检查

第一节 病 史

在临床工作中,认真询问病史和仔细进行体格检查是诊断疾病的重要基础,在此基础上适当运用某些实验室检查与现代化检测手段,才能获得客观正确的结论,减少漏诊和误诊的机会。为了完整地收集呼吸系统疾病的病史,临床医生不仅要熟悉有关的症状、特征,掌握各种症状的发生机制及相应疾病的特点,同时还要根据患者的文化水平、意识状态和合作态度,估测所收集病史的可靠性。

一、问诊

问诊内容一般包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史等,问病史应当遵循以下原则。

1. 从问病史开始,即应建立良好的医患关系,尊重病人,取得病人的合作和信任。
2. 问病史应当有适当而足够的时间,不应匆忙行事。
3. 要掌握技巧,仔细而全面,但又要有重点询问病史。病史包括主诉、现病史、既往史、个人史、家族史等。现病史是问诊的重点,对病人的主要症状,应当详细地询问,例如胸痛,应对其发生的

时间、部位、性质、持续的时间、发作的诱因、有无外伤史、与呼吸的关系、与体位的关系、与劳力的关系、有无放射性疼痛、伴随的症状、既往有无类似的发作、对治疗药物的反应等，给予详细询问。

问病史时要重视病人对症状的描述，书上没有写的不典型症状完全可能出现，不应主观臆断无关而舍弃之，病人的临床表现可能千变万化，除了注意共性之外，更应注意个性，了解这些特殊性，对于临床经验的积累尤其重要。

问病史时遇到病人的叙述过于繁琐，应给予适当引导，回到主题，掌握重点，问病史的同时，也是一个思维分析的过程，要边问边思维，从已提供的病史判断，可能是什么疾病。对病人没有提到的有关病史，应当补充提问。

呼吸系统的病史尤其是吸烟史、职业史，环境中有害物质接触史，个人嗜好，经常服用的药物史，结核病史，这些问题在病史中不要遗漏。吸烟史应询问现在是否吸烟，过去是否吸烟，吸烟的种类、每日的数量，吸烟开始的年龄，有无戒烟，戒烟时间的长短等。吸烟数量以包年表示，即每日吸烟的包数，乘以吸烟年限。职业史不要只满足于工人、干部这种一般性描述，要具体了解工作的种类，接触的物质，工作的年限，有无改变过工种，环境中有无接触有害物质，例如石棉等，临床上发现胸膜多发性斑块和（或）钙化因吸入石棉引起者并不少见。个人嗜好要注意询问有无饲鸟史，饲鸟年限，对某些肺间质纤维化病人可能有一定诊断意义。药物史中要注意某些容易引起肺间质纤维化的药物，如呋喃妥因、胺碘酮与某些抗癌药物等。对肥胖、小颌畸形病人，要注意询问有无睡眠打鼾史。

问病史和体格检查是一项基本功，故必须十分认真地去掌握这项基本功，不断地积累经验，才能终身受益。

二、既往史

既往史包括患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病、外

伤手术、预防注射、过敏,特别是与现病有密切关系的疾病。在询问既往史时要注意以下各点:

1. 职业史 特殊职业如接触石棉、矽尘、煤尘、铍以及有机粉尘等可诱发有关疾病。

2. 个人史 要注意一些个人的特殊习惯、嗜好,如饲养鹦鹉、鸽、猫、犬可能成为支气管哮喘或过敏性肺泡炎的致病因素。吸烟与慢性气道阻塞性疾病和支气管肺癌密切相关。是否有到地方病或寄生虫病流行区旅行的经历,如到肺吸虫病流行区旅行并有生食或醉食石蟹史,有助于肺吸虫病的诊断。长期吸毒、同性恋的患者要考虑获得性免疫缺陷综合征(AIDS)的可能,同时也是诊断卡氏肺囊虫病的线索。此外,许多药物可诱发肺部疾病,因此,对于发病前服用的药物应详细询问,如使用 ACEI 类药物可诱发干咳。

3. 家族史 如 α_1 抗胰蛋白酶缺乏和肺微石症有家族聚集现象。

4. 过去疾病史 如过去有风湿性疾病史可出现肺部表现,在陈旧性结核病灶基础上可发生瘢痕癌。

(王清)

第二节 体格检查

胸部基本的物理检查临床上沿用已久,能收集到许多具有重要价值的资料和征象,对胸部疾病的诊断具有十分重要的意义。传统的物理检查包括视诊、触诊、叩诊和听诊四个部分。

一、视诊

在采取病史的同时,即应进行视诊,例如,观察患者的病容,一般情况,呼吸的频率、规律和深度,说话的气力,有无呼吸困难,有无紫绀或贫血貌等;并结合体表标志和分区,对头部、颈部和胸部进行仔细的观察,以便对病变准确描述和定位。头部检查中,要注

意检查耳、鼻和咽部,因为下呼吸道病变常与上呼吸道病变有关,如过敏性哮喘患者常存在过敏性鼻炎;肺炎患者常有病毒性或细菌性上呼吸道感染;肺脓肿或脓胸患者常有龋齿或口腔卫生差。

正常胸廓的大小和外形个体间有一些差异。一般来说两侧大致对称,呈椭圆形。胸廓形态异常可由于胸内或全身性疾病引起,也可由于先天性原因所致。严重肺气肿、矮胖型健康人或老年人可呈桶状胸廓。慢性消耗性疾病患者如肺结核可表现为扁平胸,瘦长体型健康人也可表现为扁平胸。单侧胸廓饱满可由于一侧大量气胸、大量胸腔积液或巨大肿瘤所致;单侧胸廓塌陷可由于一侧广泛胸膜增厚、粘连收缩、肺不张、肺纤维化、慢性纤维空洞型肺结核、慢性肺脓肿等所致。胸廓的局部隆起见于胸壁病变如胸壁结核、胸骨结核、肋软骨瘤、肋软骨炎,偶见于主动脉瘤、肺或胸膜的巨大肿瘤。胸廓形态异常还可表现为佝偻胸、鸡胸、漏斗胸、脊柱弯曲等。

胸部疾病患者,还要注意检查颈部静脉。右心衰竭和严重阻塞性气道疾病患者,常可见静脉充盈。上腔静脉阻塞时,静脉血流向自上而下,可见颈静脉明显扩张,并伴有颜面肿胀、紫绀以及前胸壁静脉扩张。在膈神经麻痹病人,应注意观察有无膈肌矛盾运动(Hoover征)。

皮肤颜色对于疾病的诊断也有重要的帮助。皮肤和黏膜色素沉着并发黑多见于肾上腺皮质功能不全患者。恶性肿瘤有肾上腺皮质转移者也可有黑色素增加。皮肤颜色发红且血中5-羟色胺含量增高可见于类癌。皮肤出血点,可见于心内膜炎、再生障碍性贫血、白血病或紫癜症等。

此外,还要注意有无杵状指和骨关节肥大,杵状指可提示肺脓肿、支气管肺癌、肺内动静脉瘘等。肥大性肺性骨关节病:多见于肺癌,少见与肺结核和先天性心脏病患者。病人常主诉关节痛、肿胀、僵直,由于四肢骨的骨膜下新骨形成所致,压痛常出现在四肢

骨的骨旁而不在关节。

二、触诊

检查颈部气管的位置可提示胸内疾病的病理情况,如肺不张、慢性纤维空洞型肺结核、肺纤维化、胸膜增厚等可将气管拉向患侧,气胸、大量胸腔积液、纵隔肿瘤以及单侧甲状腺肿大可将气管推向健侧。颈部皮下气肿常由于纵隔气肿或高压性气胸所致。胸廓扩张度即呼吸时的胸廓动度,于胸廓前下部检查较易测得,因该处胸廓呼吸时动度大。若一侧胸廓扩张受限,见于大量胸腔积液、气胸、胸膜增厚和肺不张等。语音震颤为被检查者发出语音时,声波沿气管、支气管及肺泡,传到胸壁所引起共鸣的振动,可由检查者的手触及,故又称触觉震颤。语音震颤的强弱主要取决于气管、支气管是否通畅,胸壁传导是否良好。正常人语音震颤的强度受发音的强弱、音调的高低、胸壁的厚薄以及支气管至胸壁距离的差异等因素的影响。正常成人、男性和消瘦者较儿童、女性和肥胖者为强;前胸上部和右胸上部较前胸下部和左胸上部为强。语音震颤减弱或消失,主要见于:①肺泡内含气量过多,如肺气肿;②支气管阻塞,如阻塞性肺不张;③大量胸腔积液或气胸;④胸膜高度增厚粘连;⑤胸壁皮下气肿。语音震颤增强,主要见于:①肺泡炎症浸润,因肺组织实变使语颤传导良好,如大叶性肺炎实变期、肺梗死等。②接近胸膜的肺内巨大空腔,声波在空洞内产生共鸣,使语音震颤增强,如空洞型肺结核、肺脓肿等。

当急性胸膜炎时,因纤维蛋白沉着于两层胸膜,使其表面变为粗糙,呼吸时脏层和壁层胸膜相互摩擦,可由检查者的手感觉到,故称为胸膜摩擦感。通常于呼、吸两相均触及,但有时只能在吸气相末触到,有如皮革相互摩擦的感觉。

三、叩诊

以手指叩击胸壁时,胸壁与胸腔内的组织均发生震动,产生的声波,经介质的传导入耳,称为叩诊音。叩诊的力量越大,则胸腔

内组织震动的范围越大,如果叩诊的力量不是很大,则听到的声音,主要是紧靠叩诊部位下面的组织震动产生的,但胸腔内的组织距离胸壁表面超过 5cm,叩击的力量虽大,也很难引起震动,其直径小于 3cm,也很难引起叩诊音的变化。由于组织的性质、密度不同,其震动的振幅、频率、时限和音色也不相同。因此,听到的音调也有差异,多孔富于弹性的正常肺组织被叩击后,震动的振幅高,频率低,时限长,所听到的声音响,音调低,称为清音,实质器官叩击后,震动的振幅小,频率高,时限短,这种声音称为实音,介于两者之间的声音称为浊音。

叩诊时不仅叩诊音有诊断意义,因被叩击的组织密度不同,接触胸壁的叩诊指所感觉到的震颤和抵抗也不相同,这种感觉要去仔细体会,也有重要的诊断价值。

胸部叩诊音包括清音、过清音、鼓音、浊音和实音。大块的肺部实变、肺不张或胸腔积液可呈浊音或实音,但是范围较小或位置较深的肺内实变不易叩出。如病变离胸廓表面 5cm,叩击力量不易达到病灶;肺实质病变范围小于 3cm,或胸腔积液少于 250ml 者也很难叩知。自发性气胸在坐位时往往可通过叩诊发现。

四、听诊

听诊时受检者取坐位或卧位,内衣要充分解开,以避免衣服和皮肤在呼吸时发生摩擦,产生杂音,干扰听诊。听诊和叩诊一样,要遵循一定的顺序。而且左右对比,还要避开骨骼、心脏、肝脏等部位。即使是重症病人,也要注意检查后胸部。检查肩胛间区时,两手在前面交叉,尽量使两侧肩胛骨向外移位。

(一)正常呼吸音 正常呼吸音有以下几种。

1. 支气管呼吸音 为吸入的空气在声门、气管或主支气管形成湍流所产生的声音,颇似抬舌后经口腔呼气时所发出“ha”的音响,该呼吸音强而高调。吸气相较呼气相短,且呼气音较吸气音强而高调,吸气末与呼气始之间有极短暂的间隙。正常时支气管呼

吸音只能在喉部、胸骨上窝、背部第6、7颈椎和第1、2胸椎附近均可听到支气管呼吸音。在周围肺野听到,即属不正常。

2. 支气管肺泡呼吸音 是兼有支气管呼吸音和肺泡呼吸音特点的混合性呼吸音。其吸气音的性质与正常肺泡呼吸音相似,但音调较高且较响亮。其呼气音的性质则与支气管呼吸音相似,但强度稍弱,音调稍低,在吸和呼气之间有极短暂的间隙。支气管肺泡呼吸音的吸气相与呼气相大致相同。正常人于胸骨两侧第1、2肋间隙,肩胛区第3、4胸椎水平以及肺尖前后部可听及支气管肺泡呼吸音。当其他部位听及支气管肺泡呼吸音时,均属异常情况,提示有病变存在。

3. 肺泡呼吸音 呼吸音是由上气道、气管与大支气管内气体的涡流产生的,沿着支气管向周围肺组织传导,高频声波被滤过,到达周围肺组织时的频率。在200Hz以下,在周围肺野听到的这种呼吸音称为肺泡呼吸音,音调低,吸气相比呼气相长,其比例约为5:2。实际上并非呼气相短,而是吸气的声音较呼气的声音响,音调高,呼气声只能听到一部分,正常时肺泡呼吸音在肺野的大部分都能听到。

(二)病理性呼吸音

1. 肺气肿、肺大疱时,呼吸音减弱。

2. 气胸、胸腔积液时,因阻碍了呼吸音的传导和肺通气量减少,呼吸音减弱或消失。

3. 胸膜肥厚时,呼吸音减弱。

4. 支气管阻塞时,呼吸音减弱或消失。

5. 肺实变时,可听到支气管呼吸音,部分肺实变,即实变区尚有含气的肺组织时,可听到支气管肺泡呼吸音或支气管呼吸音。

6. 胸腔积液、肺肿瘤的上缘有压迫性肺不张时,在该区听诊,由于支气管尚通畅,可听到支气管肺泡呼吸音或支气管呼吸音。

(三)语音、耳语音、羊鸣音