

J. E. 斯塔克
J. M. 施尼森 编著
(英) T. 希根宝特姆
C. D. R. 弗劳尔

科学出版社

胸部
内
科
手
册



胸部内科手册

J. E. 斯塔克
J. M. 施尼森
〔英〕 T. 希根宝特姆 编著
C. D. R. 弗劳尔

北京市结核病肺部肿瘤研究所 译

陈达庄 朋安宝 审校

科学出版社

2126101

内 容 简 介

胸内科疾病是内科最常见疾病之一,是一种从业人员多、涉及面广的疾病。本书于1986年由英国剑桥大学五位顾问医师编写,以手册形式详细地描述胸部内科常见疾病的病因、诊断方法、治疗原则、诊治技术及预防措施。内容全面、扼要、实用。全书共分四个部分:常见症状和体征、检查方法、常见疾病和治疗技术,共43章。

可供各级内科医师,特别是胸内科医师、实习医师及其他临床工作者参考。

John E. Stark, John M. Shneerson, Tim Higenbottam,

Christopher D. R. Flower

MANUAL OF CHEST MEDICINE

Churchill Livingstone, 1986

胸 部 内 科 手 册

J. E. 斯塔克

【英】J. M. 施尼森 编著

T. 希根宝特姆

C. D. R. 弗劳尔

北京市结核病肺部肿瘤研究所 译

陈达庄 明安宇 审校

责任编辑 娄朋逊

科学出版社出版

北京朝阳门内大街137号

中国科学院印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

1989年1月第一版 开本:787×1091 1/32

1989年1月第一次印刷 印张:8 3/4

印数:0001—48140 字数:198,000

ISBN 7-03-000790-5/R·24

定价:3.40元

译者前言

《胸部内科手册》为一本系统地介绍呼吸系统及与呼吸系统有关的内科疾病的专著，由英国剑桥 Addenbrooke 氏和 Papworth 医院的 J. E. Stark 等五位顾问医师编写，1986 年出版。作者在序言中说：“本书主要是为医师培训而写的，并打算写成一本简单、通俗，对一般呼吸系统疾病的诊断、检查和治疗有实际指导作用的书”。当然，我们将其译出，其主要目的也在于此。但应该指出，书中介绍的为作者们在医院中工作的经验，是否都能适用于我国的实际情况，请读者酌定。

本书由北京市结核病肺部肿瘤研究所的 13 位医师译校，在译校过程中，我们虽然尽力在不违反作者原意的基础上，使译文符合于我国的习惯。但限于译校者的水平，不尽人意，甚至还可能存在一些错误，望读者批评指正。

陈达庄 代笔

1987.8. 北京

序

这本书主要是为医师培训而写的，并拟将其写成一本简单、通俗，对一般呼吸系统疾病的诊断、检查和治疗有实际指导作用的书。书中描述的是我们自己医院的实践情况，所集中描述的是医院中的而不是社会中的问题。

我们采用的是基本的专有名词知识，病理和临床检查方法是符合医学检查标准的。

我们没有做广泛的阐明，但根据我们的经验对一般医院病房和门诊中所发生的困难和混乱，或由于新的概念，或发展所导致一般的实践和胸科之间差异之处做了陈述。

不论在何处我们建议，一个方法只能解决一个问题。出现替换的方法只有在实践中，当这些方法都已广泛使用时（或当我们不能赞成时）才有可能。

我们的目的在于使用简单的口语语言，修辞家可能会对我们使用“X线”一词而不用“放射摄影”感到震惊，但这是我们和其他人经常使用的语言。

我们对我们的同事 Ben Milstein 所撰写的章节，对 Philip Wraight, Don Bethune, Bill Newson 和 Nancy Wallis 等的意见和对 Rachel Sinfield, Donna Milton 和 Amanda Brodie 等为本书在文字处理机上花了许多时间，表示感谢！

J. E. Stark

J. M. Shneerson

T. Higenbottam

C. D. R. Flower

（陈达庄 译）

目 录

译者前言 序

第一部分 常见症状与体征

第一章	呼吸困难	(2)
第二章	咳嗽及咯痰	(7)
第三章	咯血	(14)
第四章	胸痛	(19)
第五章	肺部常见疾病的一些有用的体征	(24)

第二部分 检 查 方 法

第六章	胸部放射学	(28)
第七章	呼吸功能检查	(35)
第八章	动脉血气分析	(43)
第九章	肺通气和灌注扫描	(47)
第十章	支气管镜检查	(49)
第十一章	肺活检	(53)
第十二章	胸膜活检	(55)
第十三章	经气管吸引术	(57)
第十四章	特异质皮肤试验	(60)
第十五章	结核菌素皮肤试验	(62)

第三部分 常见疾病

第十六章	呼吸衰竭	(66)
第十七章	肺动脉高压症	(78)
第十八章	肺炎	(84)
第十九章	肺脓疡	(93)
第二十章	呼吸道防御功能减损病人的肺部疾病	(97)
第二十一章	结核病	(104)
第二十二章	支气管扩张症	(117)
第二十三章	青春期和成年人囊性纤维化	(123)
第二十四章	异物吸入	(130)
第二十五章	急性血栓栓塞	(134)
第二十六章	气胸	(140)
第二十七章	胸膜腔积液	(147)
第二十八章	胸壁和神经系统疾病引起的呼吸系统疾病	(159)
第二十九章	慢性支气管炎和肺气肿	(164)
第三十章	哮喘	(173)
第三十一章	肺肿瘤	(192)
第三十二章	不明原因的纤维化性肺泡炎和外源性过敏性肺泡炎	(203)
第三十三章	结节病	(208)
第三十四章	胸部损伤	(214)
第三十五章	药物引起的肺部疾病	(223)
第三十六章	职业与肺部疾病	(228)
第三十七章	肺嗜酸性细胞增多症	(237)
第三十八章	胸部 X 线异常	(240)

第四部分 常用的治疗技术

第三十九章 吸氧治疗.....	(254)
第四十章 药物的喷雾疗法.....	(260)
第四十一章 肋间插管术.....	(263)
第四十二章 气管内插管术.....	(266)
第四十三章 理疗.....	(270)

第一部分 常见症状与体征

第一章 呼吸困难

呼吸困难是指呼吸时不舒适的感觉，正常人只有在运动时才能感受到。当接近最大劳动量和达到最大的氧与二氧化碳交换率时，这种感觉增加。

任何限制组织与大气间进行氧气和二氧化碳交换的疾病都会引起较费力的呼吸，以简单地维持机体内环境的稳定。运动时增加了氧的需求，导致进一步增加用力呼吸，因而感到呼吸困难。在危重病人中，在休息状态下这种用最大的力气呼吸现象也可能存在。

呼吸困难的常见原因

肺部疾病

导致肺通气和/或灌注的障碍。

胸壁及神经系统疾病

降低了肺的正常通气能力。

心脏病

心脏搏出量不足以维持运动肌肉的适当灌注，从而导致在低工作水平中进行无氧性呼吸，引起代谢性酸中毒及呼吸困难。

血液病

贫血减少了血液携氧的能力。

代谢性疾病

甲状腺机能亢进或水杨酸盐中毒可使组织中供代谢用的氧不能结合,从而增加了氧的需要量。伴有糖尿病、肾功能衰竭的酸中毒均可增加用力呼吸,尽管因氧的需求而通气已过度增加,但气体交换无改变。

情感因素

情绪可以改变疼痛或呼吸困难等的不适感觉,例如慢性肺部疾病的病人在情绪低下时,由于呼吸困难感觉阈低,呼吸可变为较短促。有些焦虑或压抑的人,当呼吸过度时,不仅(或即使无)主诉呼吸困难,且还有非呼吸性的症状,如胸痛、轻度头痛或乏力(过度通气综合征)等。

呼吸困难病人的评定

病史

呼吸困难的严重程度如何?

要了解呼吸困难与完成工作量的关系。要记住,成年人完成工作最大的能力随着年龄而下降。呼吸困难的严重程度最好用文字说明予以分级,并应予以记录在病历上。例如:

1. 除了明显用力外,无呼吸困难。
2. 走上坡时,有呼吸困难。
3. 以同年龄、同性别健康人的同等速度在平路上行走时,

有呼吸困难。

4. 按本人的步伐在平路上行走时,有呼吸困难(要记录所走过的最长距离)。

5. 洗脸、穿衣、甚至休息时也有呼吸困难。

呼吸困难发生的速度如何?

呼吸困难发生的速度可以提示病因:

呼吸困难发生在数分钟或数小时内者,则可能为:哮喘、肺水肿、肺炎、肺栓塞、气胸、急性失血等。

呼吸困难发生在数天或数周内者,则可能为:心力衰竭、胸膜腔积液、血栓-栓塞性疾病、贫血、甲状腺机能亢进等。

呼吸困难发生超过数月或数年者,则可能为:慢性阻塞性支气管炎、肺气肿、慢性血栓-栓塞性疾病、肺动脉高压等。

什么类型的呼吸困难?何时发生的?

夜间发作的呼吸困难:哮喘、左心衰竭、胃-食道内容物的吸入等。

季节性呼吸困难:哮喘。

平卧时呼吸困难:左心衰竭、两侧膈肌麻痹、肺气肿(有时)等。

工作时或工作后不久发生的呼吸困难:职业性哮喘、外源性过敏性肺泡炎等。

运动后呼吸困难:哮喘。

休息时呼吸困难:严重的肺部疾病、肺水肿、肺栓塞、功能性通气过度等。

呼吸困难时伴有何种症状?

哮鸣音提示:哮喘、慢性阻塞性支气管炎、中心性气道阻塞等。

咳嗽提示:慢性阻塞性支气管炎、哮喘、肺炎、中心性气

道阻塞、肺水肿、肺肺炎、肺结核等。

胸膜性胸痛提示：肺炎、胸膜腔积液、气胸、肺栓塞等。

发热提示：肺炎、肺栓塞、外源性过敏性肺肺炎等。

咯血提示：肺栓塞、支气管癌、肺结核等。

踝部水肿提示：肺源性心脏病和肺栓塞。

心悸提示：心脏病。

有何种社会性或职业性历史？

吸烟提示：慢性阻塞性支气管炎、肺气肿、支气管癌、缺血性心脏病等。

多年的职业性接触无机粉尘(如矽、煤尘、石棉)提示尘肺。

有机粉尘或化学物质接触史提示：外源性过敏性肺肺炎和哮喘。

既往有无疾病？

1. 高血压、心肌梗塞或风湿热提示心脏病。

2. 儿童时期的支气管炎提示哮喘或有时有支气管扩张。

3. 肺结核或重症肺炎提示肺纤维化或广泛的支气管扩张。

体检

呼吸困难表现得严重程度如何？

要记录病人的呼吸率，注意病人有无呼吸困难表现。简单的肺功能测验，如 PEFr (最大呼气气流率)，现在应视为体检不可少的辅助手段，就像测量血压一样。

有何种心功能不全的征象？

心动过速、心律不齐、高血压或低血压、第三或第四心音、颈静脉压升高、踝部水肿、吸气末期的捻发音等。

有何种弥漫性肺部疾病的征象 (见第五章)？

哮鸣音、吸气性捻发音(末期或早期),呼吸噪音等。

有何种肺部限局性病变的征象?

肺实变,胸膜腔积液,气胸等。

临床检查

有呼吸困难的病人均应作:

1. 胸部X线检查(见第六章);
2. 肺功能测验(见第七章);
3. 血球计数等。

有些病人还应作:

1. 血清甲状腺素测定;
2. 心电图;
3. 动脉血气分析 (见第八章)等。

[马 珂 译 明安宇 陈达庄 校]

第二章 咳嗽及咯痰

引 言

咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状之一，具有防止异物吸入的重要防御功能。健康人及病人可因喉、气管或较大的支气管受刺激或肺顺应性的降低引起初级的反射而有不自主的咳嗽；或它对呼吸道中物质刺激的反应也可以是自主性咳嗽。如过度的或不适当的咳嗽或伴有痰则视为异常。重要的是应该认识正常的咳嗽机制不全，其本身就可导致呼吸系统疾病。

一个有效的咳嗽需要：

1. 声门功能良好。
2. 适当的呼气与吸气。如呼吸肌麻痹或无力、或如胸廓变形，可出现呼气或吸气两者之一的不正常。
3. 气道通畅。任何原因影响分泌物的咯出均可造成气道阻塞。
4. 正常的支气管清除功能。如痰液的粘稠度、弹性异常，或如纤毛功能异常，均有可能造成不能有效地将粘液从支气管中清除。

每当意识障碍时，自主性的及反射性咳嗽均可有较小程度的减损。

不适当的咳嗽可导致：

1. 不能排出经喉吸入肺内的上呼吸道分泌物、胃-食道返流的内容物及异物。

2. 支气管分泌物的储积。

咳嗽的临床评定

听咳嗽的声音：如当声门功能良好，咳嗽将呈突然爆发性发作。如声门功能不良，则初期咳嗽的声音较少突发性，且声调低沉（“牛嗽”）。

观察咳嗽时的呼吸和吸气运动：无适当的吸气则不可能有有效的咳嗽。

听由分泌物造成的声音：受过训练的医务人员常可区分干咳与分泌物主要在咽部或分泌物在下呼吸道的咳嗽。

注意有无声音嘶哑、喘息或哮鸣音：这些均提示有喉部、气管、支气管的阻塞。有任何发音或吞咽异常，都可提示有使液体或固体吸入肺部的物理或神经系统的情况。

干咳的原因

1. 喉、气管和支气管的急性炎症。
2. 慢性喉炎。
3. 大气道受压（由淋巴结、主动脉瘤或肿瘤引起）。
4. 气管、支气管的肿瘤或异物。
5. 哮喘。
6. 肺水肿（严重心功能不全时，可有水样痰）。
7. 肺炎（早期）。
8. 任何使肺脏硬变的疾病（如纤维化性肺泡炎、结节病、外源性过敏性肺泡炎）。
9. 后期可咳痰的疾病的早期阶段（如急性支气管炎）。
10. 习惯性。

痰

痰是经咳嗽而咯出的下呼吸道物质,是与唾液的混合物。正常支气管分泌不够咯出的容量,是由纤毛运动运至喉部被咽下。有许多病人有咽痰的习惯,痰量增多不咯出而咽下。妇女及儿童咯痰比男人少,即为此缘故。

痰的外观

这可能有助于诊断,但要记住,新近咽下的食物、饮料可污染痰标本。

痰液与唾液的区别:

1. 唾液在痰瓶中,在液体的上层常形成多量透明的气泡,除肺水肿外痰液不常有这种现象。

2. 显微镜下,唾液常含有口咽部鳞状上皮细胞,而支气管肺分泌物中则缺如。

外观:

1. 粘液痰是无色或白色的,有一定胶状粘度,此为正常的或接近正常的粘液,是由肺产生过量或是被吸入支气管的。常见于单纯的慢性支气管炎,鼻后滴涕性哮喘 (Post-Nasal drip asthma) 或偶见于肺泡细胞癌。

2. 粘液栓,有时可咯出呈支气管树样的粘液栓,特别在哮喘及变态反应性支气管-肺曲菌病中。

3. 脓痰为黄色、绿色或有时呈棕褐色。这意味着肺部有炎性反应,可能是:

(1) 感染(化脓性支气管炎、肺炎、肺脓肿、支气管扩张、肺结核、肺囊性纤维化)。

(2) 变态反应性(哮喘病人的痰、虽无感染的证据,也可呈脓样,因含有大量嗜酸性细胞)。

(3) 化学性(因吸入化学物质而引起急性支气管炎)。