

实用内科临床速记手册

陈良新，孙朝文 主编



湖北科学技术出版社

主编简介



陈良新,男,汉族,中共党员,1963年5月出生,湖北红安人,现就职于湖北省罗田县人民医院,任业务副院长、副主任医师。从事大内科临床工作30余年、神经内科临床工作20余年,擅长诊治内科各系统疾病,尤其对神经系统疾病(脑出血、脑梗死、头晕头痛、睡眠障碍、帕金森病、老年痴呆症等)的诊治有独到之处,同时开展心理咨询服务。曾在湖北省人民医院(武汉大学人民医院)等多家国内知名医院进修学习,多次应邀参加全国神经内科学术会议,目前主要研究脑血管疾病,在省级、国家级各类刊物上发表论文数篇,主编医学专著《万密斋医案全集》等3部。



孙朝文,男,汉族,中共党员,1988年9月出生,湖北黄冈人,医学学士,医师,现就职于湖北省罗田县人民医院。曾任湖北民族学院医学院宣传中心《医学生通讯》编辑部副主任等职,在校期间曾获国家励志奖学金、乙等奖学金、优秀共青团员、优秀学生干部、自强之星、湖北民族学院医学院第一届“医学生之星”、湖北民族学院第二届“校园之星”、中国大学生“自强之星”提名奖等各类奖项60余次。发表文学与新闻稿件30余篇,在《中华肺部疾病杂志》、《中华护理杂志》、《实用医学》、《中国实用儿科、内科杂志》、《世界中医药》、《现代预防医学》、《中国美容医学》、《海南医学院学报》、《成都医学院学报》、《河南中医》等国内核心和重要期刊上发表论文25余篇,获第六届全国大学生作文大赛二等奖。《复方白茅汤对实验性ARF治疗作用的研究》获评湖北民族学院2011年大学生创新科研校级重点项目及湖北民族学院科技学院校级一般项目,现为多家知名杂志社编委或特邀编委,主编医学专著《外科护理速记宝典》、《实用内科临床速记手册》等3部。

前 言

多年前,我便想出一本能有助于医护人员提高应试技能和服务于临床的好书。自从2010年仲夏正式开始后,尽管面临物质条件的贫乏,但为了心中不曾泯灭的梦想,我们以满腔的热情和不懈的努力,继续着属于我们自己的事业。本书是在我们学习内科学理论知识和临床实践经验的基础上,加以概括和精心总结的成果,是智慧的结晶和呕心沥血之作。同时,本书也将我们在学术科研中的最新成果和经验融汇贯穿于全书始终,有利于广大医护人员准备考研、执业考试的复习与自学,帮助其打下扎实的理论基础,在考试中获得优异成绩。本书从构思、选题、编写到最后定稿,走过四个春秋,期间遇到很多困难,但期望把一本最有用、最系统、最核心的书奉献给读者,是我们一路前行的动力之源。

本书紧扣考纲对临床的要求,将其主要考点知识以图表等形式进行了仔细归纳与总结,目的是让读者们带着重点去学习,以求加深对知识点的认识和记忆。同时,要点也提醒读者什么样的知识点是重点,重点以什么样的形式出现,有助于广大考生和医护人员在备考中举一反三,以"不变应万变",深化对知识点的整体把握,同时对临床工作也能起到重要指导作用。

全书共包括以下三大部分。

1. 临床要求: 简要概括本章节需要掌握的基本内容,也是在内科临床中需要掌握的要点,是需要考生掌握的主干知识。

2. 要点解析: 基本上把所有的内容要点都用表格的形式予以分类描述,利用表格进行对比、归纳,使知识层次清晰可见,便于比较记忆,加深印象,使读者能够在短时间内增强记忆和提高学习效率。

3. 巧记妙记: 针对书中知识要点和难点,我们精编了一些巧记妙记的歌诀,希望能让读者便于记忆,在内科临床学习中提高效率 and 精度。

写书的过程,需要耐得住孤独和寂寞,全书中的每一个字都是认真斟酌、仔细校对,所以当书完稿时,我们有一种莫名的感动。在这里,我们要特别感谢罗田县人民医院专家组全体同仁,感谢肖胜军院长、陈良新院长,正是在大

家的兢兢业业下,我们的编写工作才能有序而富有成效地开展。同时本书在编写过程中得到了湖北省罗田县人民医院、湖北民族学院科技学院、北京大学护理学院、湖北民族学院医学院及其附属民大医院、恩施州中心医院(武汉大学恩施临床学院)、三峡大学第一临床学院(宜昌市中心人民医院)等单位的鼎力相助,尤其是湖北省罗田县人民医院肖胜军院长、湖北民族学院科技学院刘杰书院长等对本书提出了宝贵的修改意见,北京大学护理学院在读硕士研究生雷云宏、三峡大学留学生 Raksame 等对本书作了详细的审定与校对,在此一并致谢。

由于时间仓促,加上经验和水平有限,书中难免会存在缺点甚至错误,我们诚恳地希望使用本书的读者提出宝贵意见和建议,以便再版时修正。

孙朝文

2013年9月 黄冈罗田

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 呼吸系统的结构、功能、临床评估	(1)
第二节 呼吸系统疾病病人常见症状体征	(2)
第三节 急性呼吸道感染	(5)
第四节 肺部感染性疾病	(8)
第五节 肺脓肿	(10)
第六节 支气管扩张症	(11)
第七节 肺结核	(12)
第八节 慢性阻塞性肺气肿	(16)
第九节 支气管哮喘	(17)
第十节 慢性肺源性心脏病	(23)
第十一节 肺血栓栓塞症	(25)
第十二节 原发性支气管肺癌	(27)
第十三节 呼吸衰竭和急性呼吸窘迫综合征	(30)
第十四节 呼吸机应用	(36)
第十五节 呼吸系统常用诊疗技术	(39)
第二章 循环系统疾病	(42)
第一节 循环系统的结构、功能、临床评估	(42)
第二节 循环系统常见症状体征	(46)
第三节 心力衰竭	(52)
第四节 心律失常	(58)
第五节 心脏骤停与心脏性猝死	(67)
第六节 心脏瓣膜病	(70)
第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病、心绞痛、心肌梗死	(80)
第八节 高血压	(90)
第九节 病毒性心肌炎	(98)
第十节 循环系统常见症状体征	(101)

第十一节	循环系统常用诊疗技术·····	(106)
第三章	消化系统疾病 ·····	(116)
第一节	消化系统概论·····	(116)
第二节	消化系统疾病·····	(120)
第三节	胃炎·····	(125)
第四节	消化性溃疡·····	(131)
第五节	炎症性肠病·····	(138)
第六节	肝硬化·····	(150)
第七节	肝性脑病·····	(157)
第八节	急性胰腺炎·····	(164)
第九节	上消化道大量出血·····	(169)
第十节	消化系统常用诊疗技术·····	(173)
第四章	泌尿系统疾病 ·····	(182)
第一节	泌尿系统概论·····	(182)
第二节	泌尿系统疾病病人常见症状体征·····	(186)
第三节	肾小球疾病·····	(190)
第四节	急性肾小球肾炎·····	(192)
第五节	慢性肾小球肾炎·····	(199)
第六节	肾病综合征·····	(203)
第七节	急性肾衰竭·····	(209)
第八节	慢性肾衰竭·····	(215)
第九节	血液净化疗法·····	(221)
第五章	血液系统疾病 ·····	(226)
第一节	血液系统结构、功能、临床评估·····	(226)
第二节	血液系统疾病病人常见症状体征·····	(229)
第三节	贫血·····	(232)
第四节	出血性疾病·····	(251)
第五节	白血病·····	(266)
第六节	造血干细胞移植·····	(276)
第六章	内分泌系统疾病 ·····	(285)
第一节	内分泌系统的结构与功能、营养和代谢、临床评估·····	(285)

第二节	内分泌与代谢性疾病·····	(291)
第三节	甲状腺疾病·····	(293)
第四节	糖尿病·····	(307)
第七章	风湿性疾病 ·····	(319)
第一节	风湿性疾病的分类、临床特点、临床评估·····	(319)
第二节	风湿性疾病病人常见症状体征·····	(321)
第三节	系统性红斑狼疮·····	(322)
第四节	类风湿关节炎·····	(328)
第八章	传染病概论 ·····	(333)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 呼吸系统的结构、功能、临床评估

临床要求: 呼吸系统的结构、功能、临床评估。

要点解析:

一、呼吸系统的结构、功能

结构	功能与病理关系
上呼吸道	1. 包括鼻、咽、喉,湿化、净化空气 2. 鼻腔黏膜的加温加湿 3. 会厌、声门、声带的保护性反射 4. 空气经鼻腔黏膜加温至 37℃
下呼吸道	1. 纤毛可以清除呼吸道内分泌物和异物 2. 纤毛活动可因黏液分泌物的干燥、变稠,或因抽烟、吸入有害气体及病原体感染而受到不同程度的损害 3. 纤毛活动能力减弱可导致呼吸道防御功能下降,诱发细菌感染
终末呼吸单位	1. 肺泡的上皮细胞包括 I 型细胞、II 型细胞和巨噬细胞。 2. I 型细胞与毛细血管内皮细胞、基底膜融合而成的肺泡-毛细血管膜厚度仅为 0.2 ~ 10m,有利于气体弥散 3. II 型细胞产生表面活性物质,维持肺泡的表面张力,防止其萎缩
肺	1. 肺循环高容量、低阻力、低压力,缺氧会使小的肌性肺动脉收缩,导致肺动脉高压 2. 支气管动脉在支气管扩张等疾病时可形成动-静脉分流,静脉曲张破裂会引起大咯血 3. $MV = \text{潮气量}(VT) \times \text{呼吸频率}$,正常成人潮气量为 400 ~ 500ml,呼吸频率为 12 ~ 18 次/分

续表

结构	功能与病理关系
肺	4. 正常的肺换气有赖于空气通过肺泡膜的有效弥散。呼吸膜由含有肺泡表面物质的液体层、肺泡上皮层、上层基底层、肺泡上皮和毛细血管膜之间很小的间隙、毛细血管基膜和毛细血管内皮细胞组成 5. 呼吸的调节作用 6. 反复发作性呼吸困难-支气管哮喘; 夜间阵发性呼吸困难-急性左心衰; 慢性进行性气促-慢阻肺; 急性气促伴胸痛-气胸、胸腔积液、肺炎; 吸气性喘鸣音-喉头水肿、肿瘤、异物引起上气道阻塞

二、临床评估

评估内容
1. 病史,包括患病及治疗经过、心理-社会状况、生活史 2. 身体评估,包括一般状态、头与面及颈部、胸部 3. 实验室及其他检查,包括血液检查、痰液检查、影像学检查、支气管镜和胸腔镜检查、呼吸功能测定



巧记妙记

上呼吸道: 上呼吸道鼻咽喉,通气发音嗅兼有。

鼻、咽、喉: 鼻腔鼻窦鼻内有,前庭鼻毛挡尘垢; 上中下甲鼻中隔,润气嗅觉在腔后; 鼻窦四对有共鸣,额筛蝶窦上颌窦。

咽、喉: 咽是气食共通道,淋巴丰富把关守; 甲状软骨成喉结,声带发音主结构。

下呼吸道: 气管间有软骨环,逐级分细支气管。衬表纤毛上送痰,肺泡终末气体换。

肺: 肺叶左二右是三,肺段小叶级级传,最末支管接肺泡,犹如葡萄枝连串。

第二节 呼吸系统疾病患者常见症状体征

临床要求: 呼吸系统疾病患者常见症状体征。

要点解析:

一、咳嗽与咳痰

评估	处理措施及依据
1. 咳嗽: 发作性干咳——咳嗽型哮喘; 长年咳嗽, 冬季加重——慢支; 急性发作刺激性咳嗽伴发热——急性喉、气管、支气管炎; 高亢的咳嗽伴呼吸困难——肺癌累及气道 2. 咳痰: 铁锈色痰——肺炎链球菌感染; 大量黄脓痰——肺脓肿或支扩; 红棕色胶冻样痰——肺炎克雷伯菌感染; 粉红色泡沫痰——肺水肿; 咖啡样痰——肺阿米巴病; 痰量减少, 体温升高——支气管引流不畅; 脓痰有恶臭——厌氧菌感染 3. 伴随症状: 有无发热、胸痛、呼吸困难、烦躁不安、说话困难等 4. 心理伴随症状 5. 身体评估, 包括一般状态、体位与皮肤黏膜、胸部、 6. 实验室及其他检查	1. 为患者提供安静、整洁、舒适的病房, 保持室内空气新鲜、洁净 2. 慢性咳嗽患者应给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食。避免油腻、辛辣刺激食物, 每天饮水 1 500ml 以上 3. 深呼吸和有效咳嗽, 患者尽可能采用坐位, 经常变换体位, 对胸痛不敢咳嗽的患者, 应避免因咳嗽而加重疼痛 4. 痰液黏稠和排痰困难者, 可用湿化和雾化疗法, 二者统称吸入疗法。注意防止窒息、避免降低吸入氧浓度、湿化 10 ~ 20min, 避免过度、控制湿化温度在 35 ~ 37℃、防止感染 5. 久病体弱、长期卧床不起、排痰无力者可用胸部叩击法。从肺底自下而上、由外向内、迅速而有节律地叩击胸壁, 震动气道, 每一肺叶叩击 1 ~ 3min, 每分钟 120 ~ 180 次, 叩击时发出空而深的拍击音示手法正确 6. 听诊时注意肺部有无呼吸音异常及干、湿啰音, 明确病变部位。避免直接叩击引起皮肤发红, 但覆盖物不宜过厚, 叩击量适中, 每次 5 ~ 15min 为宜, 餐后 2h 至餐前 30min 完成, 避免呕吐。操作后让患者休息, 协助做好口腔护理 7. 肺脓肿、支气管扩张等有大量痰液排出不畅时, 可用体位引流。该法禁用于呼吸衰竭、有明显呼吸困难和发绀者、近 1 ~ 2 周内曾有大咯血史、严重心血管疾病或年老体弱不能耐受者 8. 无力咳出黏稠痰液、意识不清或排痰困难者适用于机械排痰

二、肺源性呼吸困难

评估	处理措施及依据
1. 青年人多为肺结核、胸膜疾病; 女性突发呼吸困难应考虑为瘰症; 老年人多位肺癌、COPD、冠心病等 2. 中度以上体力活动引起的呼吸困难为轻度, 轻度体力活动所致的呼吸困难为中度, 休息时也有呼吸困难为重度 3. 轻度呼吸衰竭时呼吸可深而快, 严重时呼吸浅而慢; 神经精神性呼吸困难常出现慢而深的呼吸、潮式呼吸或间歇呼吸	1. 气体交换受损, 包括环境与休息、病情观察、心理护理、保持呼吸道通畅、用药、氧疗和机械通气 2. 活动耐受力, 包括休息和活动、舒适体位、呼吸训练

三、咯血与胸痛

	评估	处理措施及依据
咯血	1. 大多由呼吸和循环系统疾病所致。呼吸系统常见原因是肺结核、支气管扩张、肺炎、肺癌等 2. 咯血分类: 痰中带血、少量咯血(< 100ml/d); 中等量咯血(100 ~ 500ml/d); 大量咯血(> 500ml/d, 或 1 次 > 300ml)	1. 炎症或肿瘤破坏支气管黏膜或病灶处的毛细血管, 使黏膜下血管破裂或毛细血管通透性增加 2. 病变侵蚀小血管引起血管破溃, 可出现中等量咯血; 病变引起小动脉、小静脉瘘或曲张的黏膜下静脉破裂, 或因为严重而广泛的毛细血管炎症造成血管破坏或通透性增强而大咯血
胸痛	主要有胸部疾病、少数由其他部位的病变所致。胸部的呼吸系统疾病常见于胸膜炎、自发性气胸、肺炎、肺癌、胸膜肿瘤、支气管炎等	有胸膜炎引起的胸痛为尖锐刺痛或撕裂痛, 且在深呼吸和咳嗽时加重; 肺癌多为胸部闷痛或隐痛; 胸痛伴咳嗽、咳痰或呼吸困难常见于肺炎、肺结核、自发性气胸等



巧记妙记

咳嗽: 发作于咳行哮喘, 长年咳嗽冬甚慢; 急性刺激咳发热, 更兼急炎喉气

支; 高亢咳嗽呼吸难,肺癌气道病加重。

咳痰: 铁锈痰色不一般,肺炎链球把菌感; 量大痰黄兼有脓,肺部脓肿或支扩; 痰呈红棕胶冻样,肺炎克雷伯菌感; 泡沫痰中粉红色,定有水肿肺中生; 咖啡痰样阿米巴,痰少量高管不畅; 浓痰若有恶臭味,共把厌氧菌来染。

注释: 慢——慢性支气管炎; 喉气支——咽喉、气管、支气管; 阿米巴——阿米巴痢疾。

第三节 急性呼吸道感染

临床要求: 急性呼吸道感染(急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎) 病因、发病机理、临床表现、实验室及其他检查、诊断要点、防治要点、健康指导、预后。

	急性上呼吸道感染	急性气管-支气管炎
病因与发病机理	1. 由病毒(70% ~ 80%) 和细菌(20% ~ 30%) 引起,主要包括流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒、风疹病毒等 2. 由感染引起,以溶血性链球菌最常见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等,偶见革兰阴性杆菌 3. 各种可导致全身或呼吸道局部感染防御功能降低的原因 4. 当机体或呼吸道局部防御能力降低时,原先存在于上呼吸道或外界侵入的病毒和细菌迅速繁殖,引起本病。年老体弱、儿童和有慢性呼吸道疾病者易患本病	1. 由病毒、细菌直接感染或急性上呼吸道病毒、细菌感染迁延而来,也可在病毒感染后继发细菌感染 2. 一些物理与化学因素可刺激气管-支气管黏膜而引起本病 3. 花粉、有机粉尘、真菌孢子等的吸入及对细菌蛋白质过敏等,均可引起气管-支气管的变态反应。寄生虫移行至肺,也可致病

续表

	急性上呼吸道感染	急性气管-支气管炎
临床表现	1. 普通感冒 2. 病毒性咽炎和喉炎 3. 疱疹性咽峡炎 4. 咽结膜热 5. 细菌性咽-腭扁桃体炎	1. 症状: 常先有鼻塞、流涕、咽痛、声音嘶哑等急性上呼吸道感染症状,继之出现干咳或伴少量黏痰,1~2d后可转为黏液脓性或脓性痰,痰量增多,咳嗽加剧,甚至痰中带血。气管受累时可在深呼吸和咳嗽时感胸骨后疼痛;伴支气管痉挛时,可有气促、胸部紧缩感。全身症状较轻,可有低或中等度发热伴乏力等,多3~5d后消退。咳嗽、咳痰可持续2~3周,吸烟者则更长 2. 体征: 胸部听诊呼吸音正常或增粗,并有散在干、湿啰音。咳嗽后啰音部位、性质改变或消失。支气管痉挛时可闻及哮鸣音
实验室及其他检查	1. 血常规: 病毒感染者,白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞比例增高 2. 细菌感染者,白细胞计数和中性粒细胞增多,核左移	1. 病毒感染时,血常规白细胞计数多正常 2. 细菌感染较重时,白细胞计数和中性粒细胞增高。痰涂片或培养可发现致病菌。X线胸片检查多无异常,或仅有肺纹理增粗
诊断要点	根据鼻咽部症状、体征和流行情况,需要检查血常规及胸部X线,结果无异常表现可作出临床诊断。病毒分离、血清学检查和细菌培养等,可明确病因诊断	根据病史,咳嗽、咳痰等呼吸道症状,肺部啰音随咳嗽改变等体征,以及血象和胸部X线检查,可做出临床诊断。痰涂片和细菌培养有助于病因诊断
治疗要点	根据病原菌和药敏试验选用抗菌药物。常用青霉素、头孢菌素、氨基糖苷类抗生素	1. 对症治疗,包括止咳、祛痰、平喘 2. 抗菌治疗,一般选用青霉素、头孢菌素、大环内酯类、氟喹诺酮类抗生素,或根据细菌培养和药敏试验结果选择药物。以口服为主,必要时可静滴

续表

	急性上呼吸道感染	急性气管-支气管炎
评估问题	1. 舒适的改变: 鼻塞、流涕、咽痛、头痛与病毒和(或)细菌感染有关 2. 体温过高: 与病毒和(或)细菌感染有关 3. 潜在并发症: 鼻窦炎、气管-支气管、风湿病、肾小球肾炎、心肌炎等 4. 知识缺乏: 缺乏疾病预防和保健知识	1. 由于呼吸道感染、痰液黏稠,无法清洗呼吸道 2. 为患者提供安静舒适的环境 3. 作好饮食护理 4. 利用胸部物理疗法,促进患者有效排痰
预防与健康指导	避免诱发因素 增强免疫力 认识并发症并及时就诊	增强体质 避免复发
预后	多数预后良好,但极少数年老体弱和有严重并发症患者可因并发症的发生导致预后不良	多数患者预后良好,仅有少数患者因延误治疗或治疗不当而反复发作,迁延不愈而发展为慢性支气管炎



巧记妙记

急性上呼吸道感染: 一个普通的感冒,因为小男孩咽和喉受到病毒侵袭,怕诊治的他咽峡炎发作。结果,咽部的结膜发热,咽腭之间的扁桃体,只好演戏给细菌看。

急性气管-支气管炎: 鼻塞流涕声嘶哑,咽痛继之咳少痰;一二天后转脓痰,咳嗽加剧至血痰;气管受累胸骨痛,管道痉挛气促亦胸缩;纵观全身症较轻,低中发热伴乏力;三五天后咳消退,咳嗽咳痰周二三,尤以吸烟时最长。

注释: 咽腭之间的扁桃体只好演戏给细菌看——细菌性咽-腭扁桃体炎;周二三指 2~3 周。

第四节 肺部感染性疾病

临床要求: 肺部感染性疾病(肺炎概述、葡萄球菌肺炎、肺炎球菌肺炎)
病因、发病机理、临床表现、实验室及其他检查、诊断要点、防治要点、健康指导、预后。

要点解析:

	肺炎	葡萄球菌肺炎	肺炎球菌肺炎
病因与发病机理	1. 细菌感染 2. 非典型病原体 3. 病毒 4. 真菌 5. 其他病原体 6. 理化因素	由于革兰阳性的金葡菌致病力最强,是化脓性感染的主要原因	正常情况下肺炎球菌为上呼吸道正常菌群,当人体免疫力降低时发病
临床表现	发热、咳嗽、咳脓痰、气促等症状,以及肺部炎症浸润、实变和 X 线改变	1. 起病大多急骤,病情发展快。患者高热、寒战,体温可达 39 ~ 40℃,呼吸急促、脉搏搏动加快 2. 病情危重患者神志不清或伴有感染性休克 3. 咳黄色黏稠脓痰或脓血痰,或呈粉红色乳头状痰,伴有胸痛、发绀、关节酸痛、体质衰弱和呼吸困难等 4. 症状早期不明显,其后可出现肺部散在性啰音,病症融合可出现肺实变。脓胸时兼有胸腔积液	1. 发病前有上呼吸道感染的先驱症状;典型症状为起病急骤、寒战、高热,体温可数小时内达 39 ~ 40℃,热型为稽留热;全身肌肉酸痛,患侧胸痛可放射至肩部,深呼吸或咳嗽时加剧,口唇有单纯疱疹;咳嗽、咳痰,痰液为铁锈 2. 急性病容,鼻翼扇动,面颊绯红,严重者可有发绀、心动过速、心律不齐。感染严重时意识模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、昏迷等神经病症 3. 休克型肺炎,在发病 24 ~ 72h,血压下降至 10. 7 / 6. 7kPa (80 / 50mmHg) 以下,休克状态,体温不升、冷汗、面色苍白、脉搏细速、唇指发绀,少尿或无尿

续表

	肺炎	葡萄球菌肺炎	肺炎球菌肺炎
实验室及其他检查	1. 细菌性肺炎可见于血白细胞计数和中性粒细胞增多,并有核左移,或细胞内可见中毒颗粒 2. 病原学检查 3. 血清学检查	1. 血常规白细胞计数增高,中性粒细胞比例增加及核左移,有中毒颗粒。 2. 胸部X线表现为肺部多发性浸润病灶和空洞,病变易变性表现为一处炎性浸润消失而在另一处出现新的病灶	1. 白细胞计数多在(20~30) × 10 ⁹ /L,中性粒细胞多增至0.8以上,并可见中毒颗粒及核左移现象 2. X线早期仅见肺纹理增多,或受累的肺段、肺叶稍模糊,实变期可见大片均匀一致的致密阴影
诊断要点	1. 一般急性起病,突然畏寒、发热,或先有短暂上呼吸道感染 2. 咳嗽、咳痰或伴胸闷、胸痛 3. 病变区叩诊呈浊音或实音,听诊音为肺泡呼吸音减弱或管样呼吸音,可闻及湿啰音	根据全身毒血症状,咳脓痰,白细胞计数增高、中性粒细胞比例增加、核左移并有X线表现,可做出初步诊断。细菌学检查是确诊依据	1. 突然发作,有寒战高热、咳嗽、痰中带血或咳铁锈色痰等症状 2. 可有肺实变或细湿啰音等体征 3. 血白细胞总数和中性粒细胞增高 4. X线检查显示叶、段分布的炎性实变阴影 5. 细菌学检查可确定病原体
治疗要点	抗生素治疗	治疗原则是早期清除原发病灶,强有力抗感染治疗,加强支持疗法,预防并发症	1. 一般支持和对症治疗 2. 抗生素 3. 感染性休克的抢救
预防与健康指导	1. 做好疾病预防指导 2. 做好疾病知识指导	对气胸或脓气胸应尽早引流治疗	需要抗菌药物治疗、对症治疗、感染性休克的治疗
预后	发病率和死亡率较高,预后一般	预后与治疗是否及时有关,应及时处理	一般预后较好,但老年人、免疫缺陷等患者预后较差



巧记妙记

肺炎:肺炎起病急当先,畏寒发热皆突然;咳嗽咳痰伴胸闷,胸痛叩诊呈实浊;肺泡呼吸音渐弱,抑或管样闻啰音;共把抗生素来治,常规情况效果佳。

葡萄球菌肺炎:全身毒血咳浓痰,白中细胞数增高;核左移来可初诊,细菌检查可确诊;早期及早除病灶,抗炎支持防并发。

肺炎链球菌肺炎:突然发作寒战高,咳嗽痰带铁锈色;肺实变来或啰音,白中细胞数增高;放射线中示阴影,细菌检查确病原。

注释:实浊——实音或浊音;啰音——湿啰音;白中细胞——白细胞、中性粒细胞;寒战高——寒战、高热;细菌——细菌学。

第五节 肺 脓 肿

临床要求:肺脓肿病因、发病机理、临床表现、实验室及其他检查、诊断要点、防治要点、健康指导、预后。

要点解析:

	肺脓肿
病因与发病机制	1. 急性化脓性的病因常来自上消化道、口腔或分泌物的定植菌感染。感染病原菌随所致病的途径和机体的状态而有所不同 2. 根据感染途径分为吸入性肺脓肿、继发性肺脓肿、血源性肺脓肿
临床表现	1. 急性肺脓肿患者,发病急骤,畏寒、高热、萎靡、乏力、食欲不振。伴有胸痛、咳嗽、咳少量黏痰或黏脓痰、气急,发病 10 ~ 14d 咳出大量脓臭痰(可伴有咯血,大咯血少见)后,体温下降,感染中毒症状得到缓解。体征上表现为病变小、部位深,肺多无异常变化;病变大时浊音、呼吸音减弱或湿啰音。若胸膜表面与纤维渗出,可听及胸膜摩擦音 2. 慢性肺脓肿患者,由急性肺脓肿经 3 ~ 6 个月后转为慢性。反复发热、咳嗽、咳脓血痰,伴有咯血、贫血、消瘦、水肿与营养不良等 3. 有畏寒、高热等全身脓毒血症,兼有较轻的呼吸道症状。肺多无异常,咯血少见等。查体,皮肤创伤感染、疖痈等
实验室及其他检查	实验室检查、痰细菌学检查、影像学检查、纤支镜检查