

实用临床医学概论

SHIYONG LINCHUANG YIXUE GAILUN

主编 王楠 富家艾 韩淑梅



黑龙江科学技术出版社

实用临床医学概论

主 编 王 楠 高家艾 韩淑梅

黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

图书在版编目(CIP)数据

实用临床医学概论 / 王楠, 高家艾, 韩淑梅主编.

—哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2006.5

ISBN 7-5388-5050-3

I. 实… II. ①王…②高…③韩… III. 临床医学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 045835 号

责任编辑 曹健滨

封面设计 李 静

实用临床医学概论

SHIYONG LINCHUANG YIXUE GAILUN

主 编 王 楠 高家艾 韩淑梅

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街 41 号)

电话(0451)53642106 电传 53642143(发行部)

印 刷 哈尔滨市动力区哈平印刷厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 787×1092 1/16

印 张 21.625

字 数 686 000

版 次 2006 年 5 月第 1 版·2006 年 5 月第 1 次印刷

印 数 1-1 000

书 号 ISBN 7-5388-5050-3/R·1258

定 价 78.00 元

前 言

随着我国医学科学技术的飞速发展,医学新理论和临床新技术也在不断更新。但较实用的传统临床医学应用理论仍在实际工作中占有很大的比重。为了及时反映临床医学的发展动态,我们组织了几十位临床经验十分丰富的医学专家,把近年来临床上新开展的技术、新医学知识及传统理论进行了系统整理,编写成这本《实用临床医学概论》。

本书主要是专家多年教学、临床经验的总结,着重对一些常见病、多发病、地方病等进行了研究,包括呼吸内科、心脏内科、神经内科、消化内科、内分泌科、肾脏病科、血液病科等疾病的发病机理、临床表现、诊断、治疗、预后、健康指导、护理评估等进行了较为详细地论述。还包括急救医学及药剂、介入、放射线、超声、临床检验等诊断内容。

本书对提高临床医务工作者的理论水平和指导临床实践具有一定的积极意义。

由于作者能力有限,不当之处在所难免,欢迎各位同行指教。

作 者

2006年4月

《实用临床医学概论》编委会

主 编 王 楠 高家艾 韩淑梅

副主编 胡凤芹 卢金平 李慕白 马艳丽 张 莉

涂利娟 葛艳平 赵凤国 韩玉华 车明霞

宋晓辉

编 委 (按姓氏笔画排序)

宁英奇 刘 来 刘建波 刘国华 刘冀伟

闫庆海 李艳花 何炳利 辛玉梅 汤红雁

张丽霞 张春梅 胡东海 唐忠仁

目 录

第一编 呼吸内科

第一章 上呼吸道感染及气管、支气管疾病	(1)
第一节 上呼吸道感染	(1)
第二节 急性气管、支气管炎	(1)
第三节 慢性支气管炎	(2)
第四节 阻塞性肺气肿	(2)
第五节 支气管扩张症	(3)
第六节 支气管哮喘	(3)
第二章 肺炎	(5)
第一节 细菌性肺炎	(5)
第二节 病毒性肺炎	(6)
第三节 肺真菌病	(7)
第四节 肺脓肿	(7)
第三章 其他肺部疾病	(8)
第一节 支气管和肺淀粉样变	(8)
第二节 肺泡蛋白沉着症	(9)
第三节 肺泡微结石症	(10)
第四节 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏症	(10)
第五节 特发性肺含铁血黄素沉着症	(11)
第六节 肺出血-肾炎综合征	(11)
第四章 肺寄生虫病	(12)
第一节 肺、胸膜阿米巴病	(12)
第二节 肺棘球蚴病	(13)
第三节 肺吸虫病	(14)
第四节 肺血吸虫病	(14)
第五节 胸部丝虫病	(15)
第六节 卡氏肺孢子虫病	(15)
第五章 呼吸衰竭	(16)
第一节 慢性呼吸衰竭	(16)
第二节 急性呼吸窘迫综合征	(17)
第六章 肺部恶性肿瘤	(18)
第一节 支气管肺癌	(18)

第二节 肺转移性肿瘤·····	(18)
第七章 胸膜疾病·····	(19)
第一节 结核性胸膜炎·····	(19)
第二节 乳糜胸·····	(20)
第三节 脓胸·····	(21)
第四节 恶性胸腔积液·····	(21)
第五节 自发性气胸·····	(22)
第八章 呼吸系统疾病进展·····	(23)
第一节 肺心病防治的进展·····	(23)
第二节 支气管哮喘的进展·····	(24)
第三节 军团菌肺炎的进展·····	(26)
第四节 肺部真菌感染的药物治疗进展·····	(27)
第五节 结节病的进展·····	(29)
第六节 间质性肺病的诊断技术进展·····	(31)
第七节 肺结核化学疗法的进展·····	(34)

第二编 心脏内科

第一章 心脏疾病诊断·····	(39)
第二章 心脏急诊·····	(45)
第一节 急性左心衰竭和肺水肿·····	(45)
第二节 猝死和心肺复苏·····	(50)
第三节 高血压危象·····	(53)
第三章 动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(54)
第一节 动脉粥样硬化·····	(54)
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(57)
第三节 心绞痛·····	(57)
第四节 心肌梗死·····	(63)
第五节 心力衰竭(慢性左心衰竭)·····	(69)
第六节 休克·····	(72)
第四章 高血压病·····	(82)
第五章 瓣膜性心脏病·····	(87)
第六章 心律失常·····	(91)
第一节 概论·····	(91)
第二节 窦性心律失常·····	(94)
第三节 房性心律失常·····	(98)
第四节 房室交界性心律失常·····	(102)
第五节 室性心律失常·····	(104)

第六节 过早搏动	(106)
第七节 异位性心动过速	(109)
第八节 阵发性心动过速	(109)
第九节 非阵发性心动过速	(113)
第十节 短阵反复发作性异位性心动过速	(113)
第十一节 心房扑动和心房颤动	(114)
第十二节 心室扑动和心室颤动	(116)
第十三节 心脏传导异常	(117)
第七章 感染性心内膜炎	(127)
第八章 心肌疾病	(129)
第一节 原发性心肌病	(129)
第二节 特异性心肌病	(133)
第九章 心包疾病	(141)
第十章 周围血管疾病	(143)
第十一章 心血管神经官能症	(149)
第十二章 肺源性心脏病	(150)

第三编 神经内科

第一章 头痛	(157)
第一节 血管性头痛	(158)
第二节 高颅压性头痛	(160)
第三节 低颅压性头痛	(160)
第四节 肌肉收缩性头痛	(161)
第五节 外伤性头痛	(161)
第六节 眼、耳、鼻、鼻窦或牙源性疾病引起的头痛	(161)
第二章 癫痫	(162)
第一节 继发性癫痫	(162)
第二节 原发性或功能性癫痫	(162)
第三章 脑血管疾病	(171)
第一节 动脉硬化性脑梗塞	(171)
第二节 脑栓塞	(175)
第三节 高血压性脑出血	(178)
第四节 蛛网膜下腔出血	(181)
第五节 大脑基底异常血管网(烟雾病)	(185)
第六节 颈动脉海绵窦瘘	(185)
第七节 脑动脉炎	(185)
第八节 脑动脉逆流(盗血)综合征	(188)

第九节 颅内静脉窦及脑静脉血栓形成	(189)
第四章 锥体外系疾病	(190)
第一节 震颤麻痹	(190)
第二节 舞蹈病	(191)
第三节 扭转痉挛	(192)
第四节 痉挛性斜颈	(193)
第五节 手足徐动症	(193)
第六节 特发性震颤	(194)
第七节 基底节钙化	(194)
第八节 抽动秽语综合征	(194)
第五章 脑部感染性疾病	(195)
第一节 脑蛛网膜炎	(195)
第二节 脑膜炎	(195)
第三节 单纯疱疹脑炎	(197)
第四节 散发性脑炎	(198)

第四编 消化内科

第一章 胃肠疾病	(199)
第一节 急性胃炎	(199)
第二节 慢性胃炎	(203)
第三节 消化性溃疡	(206)
第四节 胃黏膜脱垂症	(214)
第五节 胃癌	(215)
第六节 胃部其他恶性和良性肿瘤	(220)
第七节 胃内异物和结块	(221)
第八节 胃潴留与急性胃扩张	(223)
第九节 十二指肠疾病	(224)
第十节 胃部手术后远期并发症	(227)
第十一节 上消化道出血	(233)
第十二节 消化道憩室病	(237)
第十三节 消化道息肉病	(240)
第二章 食道疾病	(246)
第一节 反流性食管炎	(246)
第二节 食管癌	(248)
第三节 食管贲门失弛缓症	(253)
第四节 食管裂孔疝	(256)

第五编 内分泌科

第一章 糖尿病	(259)
---------	-------

第六编 肾脏病科

第一章 肾衰竭	(279)
第一节 急性肾功能衰竭	(279)
第二节 慢性肾功能衰竭	(286)
第二章 原发性肾小球疾病	(293)
第一节 原发性肾小球肾炎	(293)
第二节 急性肾小球肾炎	(295)
第三节 链球菌后的急性肾小球肾炎	(295)
第四节 非链球菌后的急性肾小球肾炎	(299)
第五节 急进性肾小球肾炎	(299)
第六节 慢性肾小球肾炎	(302)
第七节 肾病综合征	(306)
第八节 轻微变化型肾病	(310)
第九节 肾静脉血栓形成	(310)
第十节 遗传性肾炎	(311)
第十一节 继发性肾小球肾炎和肾小球病	(312)

第七编 血液病科

第一章 红细胞疾病	(314)
第一节 缺铁性贫血	(314)
第二节 巨幼细胞性贫血	(314)
第三节 再生障碍性贫血	(315)
第四节 纯红细胞再生障碍性贫血	(316)
第五节 遗传性球形红细胞增多症	(316)
第六节 葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症	(317)
第七节 地中海贫血	(318)
第八节 自身免疫性溶血性贫血	(319)
第九节 阵发性睡眠性血红蛋白尿	(320)
第十节 真性红细胞增多症	(321)
第二章 白细胞疾病	(322)

第一节	白细胞减少症及粒细胞缺乏症	(322)
第二节	急性白血病	(323)
第三节	慢性粒细胞白血病	(326)
第四节	慢性淋巴细胞白血病	(328)
第五节	多毛细胞白血病	(329)
第六节	传染性单核细胞增多症	(330)
第七节	类白血病反应	(331)
第八节	骨髓增生异常综合征	(331)

第一编 呼吸内科

第一章 上呼吸道感染及气管、支气管疾病

第一节 上呼吸道感染

【诊断】

(1)多有劳、受凉、淋雨等诱因,起病急骤,以发热、头痛、食欲差、四肢无力等全身症状为主,可出现高热、伴鼻阻、咽痛、喷嚏、流涕、咳嗽、咳痰症状;部分病人出现腹痛,稀水样便无里急后重,称为胃肠型感冒。

(2)鼻黏膜肿胀、咽部充血、扁桃体红肿,咽部、口唇部可见溃疡、疱疹,眼部结膜充血。

(3)血白细胞计数正常,如为病毒感染,白细胞计数会降低,淋巴细胞比例升高;合并细菌感染,血白细胞计数升高,中性粒细胞增多。

【检查】

白细胞计数及分类。

【治疗】

(1)对症治疗。体温 38.5°C 以上者,可予物理降温,如酒精擦浴、冰枕等;化学降温可予吲哚美辛(消炎痛)、双氯芬酸(双氯灭痛)口服,或复方氨基比林、柴胡肌注。

(2)鼻塞可用链麻滴鼻液,咽痛可用西地碘(华素)片、银黄含化片,止咳常用喷托维宁(咳必清)、右美沙芬(美沙芬)片,必要时予局部雾化治疗。

(3)抗病毒治疗。病毒感染多在 3~7 d 内自愈,可选用金刚烷胺、吗啉呱;合并细菌感染者可选用复方磺胺甲硝唑(复方新诺明)、大环内酯类抗生素或青霉素治疗。

(4)食欲差、咽痛者,可予补液,注意水电解质平衡。

第二节 急性气管、支气管炎

【诊断】

(1)起病急,常于上呼吸道感染后出现刺激性干咳及胸骨后不适或疼痛,或有少量黏痰不易咳出,有细菌感染时呈黏液脓痰。支气管痉挛时可有哮鸣音和气紧;全身症状有轻度畏寒、发热。

(2)肺部体征多无异常,或仅有呼吸音粗糙,部分病人可闻干、湿性啰音。

(3)血白细胞计数正常,细菌感染时白细胞总数及中性粒细胞比率升高。

(4)胸部 X 线检查正常,或有肺纹理增粗。

【检查】

(1)胸部 X 线片。

(2)必要时痰致病菌培养加药敏试验。

【治疗】

(1)一般治疗。祛痰可选用溴己新(必嗽平),有支气管痉挛时予氨茶碱 0.1g , 3 次/d。咳嗽时可选用咳必清、美沙芬,必要时给予可待因。

(2)抗感染。可选用琥乙红霉素(利君沙)、交沙霉素、头孢氨苄(先锋霉素 IV)或头孢唑林钠(先锋霉素 V),必要时选用青霉素、庆大霉素等。

第三节 慢性支气管炎

【诊断】

(1)有吸烟史,以咳嗽、咳痰或伴有喘息,反复发作,每年发作3个月以上,连续两年,并排除其他心肺疾病。

(2)临床分为三期。

①急性发作期:1周内出现脓痰或黏液脓性痰,或痰量明显增多;咳、痰、喘症状中任何一项加剧至重度,或重度病人症状明显加剧者。

②慢性迁延期:病人有不同程度的咳、痰、喘症状,迁延不愈,或急性发作1个月后症状仍未恢复到发作前水平。

③临床缓解期:指病人经过治疗或自然缓解2个月以上。

(3)肺部可无阳性体征或双下肺闻及痰鸣音、湿性啰音或哮鸣音,晚期病人常伴有肺气肿体征。

(4)胸部X线检查。早期无异常,反复发作可见肺纹理增多紊乱或肺气肿征,合并感染时,支气管周围有片状模糊阴影。

(5)肺功能检查。早期肺通气功能正常,部分病人出现小气道功能异常,晚期呈阻塞性通气功能障碍,表现为第1秒用力肺活量(FEV₁)降低。

(6)血白细胞计数正常,并发细菌感染时可增高。

【检查】

(1)痰培养及药敏试验。

(2)胸部X线片。

(3)肺功能检查。

【治疗】

(1)急性发作期。镇咳、祛痰参阅急性气管炎节,如支气管痉挛明显,除应用氨茶碱外,可选用 β_2 受体激动剂及抗胆碱药物(参见支气管哮喘部分)。

(2)缓解期。加强体质锻炼,增强耐寒能力,注意净化空气,戒烟,清除鼻、咽部慢性病灶。也可注射流感疫苗、核酪等。

第四节 阻塞性肺气肿

【诊断】

(1)有慢性支气管炎、支气管哮喘等病史。

(2)发病缓慢,有原发病症状如多年咳嗽、咳痰等。早期有劳累后气促,随病情进展而加重,并伴有疲乏、体重减轻,严重者有紫绀。

(3)早期无明显异常体征,典型者有桶状胸,胸廓呼吸运动减弱,语音震颤减弱,叩诊呈过度清音,心浊音界缩小或消失,肝浊音界下移,听诊呼吸音减弱,呼气延长。

(4)胸部X线片示肺野透光度增强,周围血管影减少、变细,膈肌下降、变平,活动度减弱,肋骨走行变平,肋间隙增宽,心影垂直、狭长,或有肺大疱。

(5)肺功能检查:残气容积/肺总量(RV/TLC)>35%。第1秒用力肺活量/用力肺活量(FEV₁/FVC)<60%,最大通气量(MVV)占预计值百分比<80%,吸氧7min后肺泡痰冲洗率>2.5%。

(6)根据残气容积/肺总量比值,将肺气肿分为三级:轻度:35%~45%;中度:46%~55%;重度:56%。

【检查】

(1)痰致病菌培养加药敏。

(2)动脉血气分析。

(3)肺功能检查,胸部X线片,心电图检查。

【治疗】

- (1) 一般治疗。呼吸功能锻炼,提倡戒烟,有低氧血症者给予氧疗。
- (2) 解痉、祛痰。氨茶碱 0.1g, 3次/d, 必漱平 16mg, 3次/d, 或氨溴索(沐舒坦) 30mg, 3次/d, 有气流阻塞者可予溴化异丙托品(爱喘乐)气雾剂入, 或可必特(舒喘灵 + 溴化异丙托品)气雾剂吸入 1~2 喷, 3次/d。
- (3) 抗感染。肺气肿合并感染, 致病菌多为革兰阴性杆菌, 常见嗜血流感杆菌、卡他摩拉菌, 故首选哌拉西林钠(氧哌嗪青霉素)、氨基糖甙类抗生素, 酌情选用喹诺酮类, 感染严重者可应用第二代或第三代头孢菌素类抗生素, 或 β -内酰胺酶抑制剂与半合成青霉素复合制剂。

第五节 支气管扩张症

【诊断】

- (1) 多有麻疹、百日咳、流感后肺炎、副鼻窦炎、肺内同一部位反复发作炎症病史, 或有纤维硬结性肺结核、支气管内膜结核史。
- (2) 反复咳嗽、咳脓痰, 典型者痰量达 100~400 ml/d, 厌氧菌感染时痰有恶臭, 常有反复咯血。部分病例咯血可为惟一症状, 称为干性支气管扩张, 多继发于陈旧性肺结核。继发感染出现发热、盗汗、食欲减退、脓性痰液及贫血。
- (3) 早期可无阳性体征。一般在病变部位可闻固定性湿性啰音, 部分病人有杵状指(趾)。
- (4) 胸部 X 线片示局部肺纹理增多、增粗, 典型者表现为蜂窝状、卷发状阴影, 甚至出现小液平面。胸部 CT 对诊断有一定帮助, 对囊性扩张者尤有价值。
- (5) 支气管碘油造影检查发现有柱状、囊状或囊柱状扩张支气管改变。
- (6) 继发感染时白细胞及中性粒细胞升高, 痰培养有致病菌生长。

【检查】

- (1) 痰致病菌培养加药敏试验, 痰涂片找抗酸杆菌。
- (2) 胸部 X 线片, 必要时胸部薄层 CT 检查。
- (3) 需手术者可进行支气管碘油造影, 明确部位, 必要时行纤维支气管镜活检或分泌物检查。

【治疗】

- (1) 祛除诱因。根治慢性鼻窦炎、慢性齿龈炎、慢性扁桃体炎。
- (2) 加强支气管引流。①祛痰: 必漱平 16mg, 3次/d; 祛痰合剂 10ml, 3次/d, 也可用沐舒坦 30mg, 3次/d; ②体位引流, 使患肺抬高, 定期拍背, 引流前可先行雾化治疗; ③经纤维支气管镜气管内吸痰。
- (3) 控制感染。可选用青霉素加阿米卡星(丁胺卡那霉素), 如病情重或反复感染, 可选用哌拉西林钠、半合成青霉素加 β -内酰胺酶抑制剂, 如安美汀(羟氨苄青霉素牛克拉维酸钾)、优力新(氨苄青霉素 + 舒巴坦) 或第二、第三代头孢菌素或喹诺酮类抗生素, 如有明确厌氧菌感染可使用克林霉素(氯洁霉素)、林可霉素(洁霉素)、甲硝唑(灭滴灵)、替硝唑。
- (4) 止血治疗。咯血量 < 100ml/d, 可选用卡巴克络(安络血)肌注, 或用止血敏、氨基己酸、立止血; 咯血量 > 300ml/d, 可经支气管镜检查明确出血部位, 局部予凝血酶及肾上腺素注射, 有效吸除血块, 防止窒息, 嘱病人取患侧卧位, 无妊娠、高血压、心衰时, 以垂体后叶素 10~15U 静滴, 也可用血管扩张剂, 如酚妥拉明(立其丁) 10~20mg 静滴, 硝酸异山梨酯(消心痛) 10mg 静滴。
- (5) 反复大咯血或内科保守治疗疗效不佳者, 可行手术治疗。

第六节 支气管哮喘

【诊断】

- (1) 反复发作性喘息、呼吸困难、咳嗽或胸闷, 多与接触变应原、病毒感染、运动或某些刺激物有关。

(2)发作时双肺可闻及散在或弥漫性以呼气期为主的喘鸣音。

(3)哮喘持续状态。哮喘发作持续 24h 以上,严重呼吸困难以至虚脱、大汗、脱水或青紫,动脉血氧饱和度降低,也可有呼吸性酸中毒。

(4)肺功能检查。

①第一秒用力呼气容量(FEV_1)减少, FEV_1 的实际值/预计值、 FEV_1/FVC (用力肺活量)之比值降低,可反映气道阻塞程度;最大呼气——容积曲线(MEFV)检查,可获得可比性的气流阻塞指标。

②气道反应性测定:用组胺或乙酰甲胆碱吸入进行激发试验。 $PC_{20}FEV_1$ (第 1s 用力肺活量下降 20%) $<8\text{ mg/ml}$ 时说明有气道高反应性(AHR)。

(5)支气管扩张试验。

①吸入支气管扩张剂后 FEV_1 比基础值增加 $>12\%$ 。

②连续 7d 中有 2d 呼气峰速(PEF)在不用支气管扩张药时变异率 $>10\%$,或用支气管扩张剂后变异率 $>15\%$ 。

③运动试验:运动后 FEV_1 降低 15%。

以上 3 条具备 1 条即可判断为可逆性气流阻塞。

(6)血气分析。中重度病人可有动脉血氧分压(P_{aO_2})降低,二氧化碳分压(P_{aCO_2})正常或减低;呼吸衰竭时,二氧化碳分压(P_{aCO_2})可升高。

(7)其他检查。

①皮肤过敏试验:能反映人体的过敏素质,亦能间接反映有可能引起哮喘的过敏原。

②痰液检查:常有较多的嗜酸性白细胞,可发现库施曼(Curschmann)螺旋体(黏液管型)。

③血嗜酸性白细胞计数可增高。

【检查】

(1)血清蛋白电泳、补体、免疫球蛋白,动脉血气分析。

(2)痰液致病菌培养及药物敏感试验。

(3)过敏原皮肤试验。

(4)胸部 X 线片,心电图。

(5)肺功能检查。支气管激发试验或支气管扩张试验。

【治疗】

(1)抗炎、皮质激素应用。吸入皮质激素越早越好,可用丙酸倍氯米松(必可酮)气雾剂、布地奈德(普米克)气雾剂。重症哮喘应立即应用甲泼尼龙(甲基强的松龙)1~2mg/kg 静注,1次/4~6h。有呼吸道感染,根据痰培养药敏结果,选择敏感抗生素。

(2)抗过敏治疗。包括抗组胺类抗过敏药物和非抗组胺类抗过敏药物。

(3)解痉。①茶碱类,负荷量 4~5mg/kg,于 15~30min 内缓慢静注,维持量为 0.5~0.7mg/(kg·h),血药质量浓度监测正常 5~10 $\mu\text{g/ml}$;② β_2 -受体激动剂,如沙丁胺醇的气雾剂及水溶液(雾化),特布他林(喘康速)气雾剂;亦可口服特布他林(博利康尼)2.5mg,2次/d,或丙卡特罗(美喘清)25 μg ,2次/d,或沙丁胺醇 2~4mg,3次/d,其控释片为喘特宁 4~8mg,2次/d;③抗胆碱药,爱喘乐雾化剂 2ml 雾化吸入,2次/d,或 1~2 喷,3次/d;④白三烯受体竞争性拮抗剂,扎鲁司特(安可来)20mg,2次/d,孟鲁司特 10mg,1次/d。

(4)避免精神刺激,避免与已知过敏源接触,保证液体入量,必要时吸氧。

(5)祛痰。①保证液体入量;②沐舒痰 30mg,3次/d,必漱平 8~16mg,3次/d。

(6)纠正脱水、酸碱失衡及电解质紊乱。治疗要补充以前和目前液体丢失。

(7)哮喘持续状态的处理。

①继续应用有效的支气管解痉剂。A. 氨茶碱 0.25g 静滴,30~60min 后以 1mg/(kg·h) 维持,每日总量 $<1\sim1.5\text{mg}$;B. 沙丁胺醇(舒喘灵)雾化吸入、静脉或肌肉注射;C. 异丙托溴铵溶液雾化吸入。

②琥珀酸氢化可的松 200~300mg 静滴,以后按 4mg/(kg·h)剂量用至临床或客观指标改善,一般在 48~72h 后改为口服,病情进一步好转渐减量。

③适当应用抗生素。

④补液。2000~3000ml/d,以40~60滴/min为宜。

⑤吸氧。鼻导管低流量(1.5~2L/min),持续给氧,维持 PaO_2 在8kPa以上。

⑥纠正酸中毒。当血气分析pH值在7.2~7.3之间,可静脉给予碱性溶液(如碳酸氢钠)。

(8)缓解期治疗。

①避免接触过敏源,治疗慢性副鼻窦炎。

②色甘酸二钠干粉吸入,3~4次/d,酮替芬1mg,2次/d。

③脱敏疗法:对于有肯定过敏原的外源性哮喘,可在缓解期进行减敏治疗。采用花粉、虫螨等特异性抗原浸出液,由低浓度、小剂量开始皮下注射,逐渐增加剂量及浓度,开始用10mg/L浓度,0.1ml皮下注射,1~2次/周,根据病人的反应,逐渐递增其剂量及质量浓度,达到病人所能耐受的最大浓度(一般为1~10g/L)结束,通常4个月为1个疗程。

第二章 肺 炎

第一节 细菌性肺炎

【诊断】

(1)常有上呼吸道感染、受凉、疲劳、麻醉等诱发因素,或有慢性支气管炎、肺部及全身其他基础疾病等。

(2)咳嗽,咳痰,伴或不伴胸痛,多有发热,咳脓痰;咳铁锈色痰为肺炎链球菌肺炎的典型表现,咳红棕色胶冻状痰则提示克雷伯杆菌感染。部分病人可有消化道症状。严重感染者可出现意识障碍、呼吸困难及周围循环衰竭。

(3)病变部位可有呼吸运动减弱,叩诊浊音或实音,语颤增强。听诊有管状呼吸音或支气管肺泡呼吸音和湿性啰音。

(4)白细胞计数 $>10 \times 10^9/L$ 或 $>4 \times 10^9/L$,伴或不伴核左移。血气分析可有低氧血症和呼吸性碱中毒表现。痰涂片及培养可检出致病菌。如血和胸液培养出致病菌,或经纤维支气管镜和人工气道吸引的标本培养出致病菌浓度 $\geq 10^5$ 集落(cfu)/ml(半定量培养++)、支气管肺泡灌洗液(BALF)标本 $\geq 10^4$ cfu/ml(半定量培养+-++)、防污染毛刷样本(PSB)或防污染BALF标本 $\geq 10^3$ cfu/ml(+)则可确诊。如合格痰标本有病原菌少量生长,但与涂片镜检结果一致,或入院3d内多次培养出相同致病菌则有意义。

(5)军团菌肺炎可有肝功能轻度异常,转氨酶、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶轻度上升。可有蛋白尿、血尿或管型尿,血尿素氮可升高。部分病人血钠、血磷降低。血清嗜肺军团菌直接荧光抗体阳性且抗体滴度4倍升高则可以确诊。血清嗜肺军团菌试管凝集试验抗体滴度一次升高达1:320,或间接荧光试验 $\geq 1:256$ 或4倍,增高达1:128有意义。

(6)胸部X线片示片状、斑片状浸润性阴影,伴或不伴胸腔积液。肺炎球菌肺炎的典型表现为呈叶、段分布的大片均匀致密阴影。而右上叶的大叶实变伴叶间裂下坠呈弧形膨出者多提示为克雷伯杆菌肺炎。如胸部X线片显示双侧或多肺叶受累,或入院48h内病变扩大, $\geq 50\%$ 者,提示为重症肺炎。

【检查】

(1)血气分析、血培养加药敏试验。

(2)痰、经气管吸引物或PSB标本、BALF、胸液细菌培养及药物敏感试验。

(3)血、尿、痰的特异性抗原、抗体测定,病原体的PCR检查。

(4)胸部X线片。

【治疗】

(1)一般治疗。卧床休息,补充液体及针对胸痛者使用镇痛药,高热病人用物理降温,有缺氧者给鼻导管吸氧, $PaO_2 < 8kPa$, PaO_2/FiO_2 (吸入氧浓度) < 300 者,需行机械通气治疗。重症肺炎应加强支持疗法。

(2)抗感染治疗。初始治疗可采用经验性抗菌治疗,有病原学依据后改用针对性抗菌治疗。

①肺炎球菌肺炎:首选青霉素80万U肌注,2~3次/d,或480万~640万U次/d,分次静滴,耐青霉素的肺炎球菌,可加大青霉素剂量或改用头孢菌素。青霉素过敏者可改用红霉素2~2.5g/d,疗程一般7~10d,或于热退后

3~5d 停药。

②葡萄球菌肺炎:首选苯唑西林钠(苯唑青霉素)或氯唑西林钠(氯唑青霉素)2g 静滴,4次/d,或头孢菌素、红霉素,亦可联用氨基糖甙类抗生素(如庆大霉素、丁胺卡那霉素)或利福平。对耐甲氧苯氧霉素金葡萄菌(MRSA)则应选用万古霉素 1.0g 静滴,2次/d。也可用去甲万古霉素 1.6g/d,分2~3次静滴。或根据体外药敏试验选用喹诺酮类、碳青霉烯类。金葡萄肺炎疗程4周左右,MR-SA 可适当延长。

③克雷伯杆菌肺炎:首选第二、第三代头孢菌素,如头孢呋辛钠(西力欣)3~6g/d,头孢噻肟钠(凯福隆)4~8g/d,分2~3次静滴,联用氨基糖甙类抗生素如庆大霉素 16万~24万U/d,静滴。此外,可根据药敏试验选用喹诺酮类、氨基曲南(君刻单)、亚胺培南(泰能)、 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂,疗程一般14~21d。

④绿脓杆菌感染:可酌情选用头孢菌素类、氨基糖甙类、半合成青霉素及喹诺酮类,如头孢他啶(复达欣)2~6g/d,或头孢哌酮 4~6g/d,亚胺培南 1~2g/d,分次静滴,或联用丁胺卡那霉素 0.4~0.8g/d 静滴;亦可选用氧哌嗪青霉素 8~12g/d,联用氨基糖甙类或氟喹诺酮类如环丙沙星 0.4~0.8g/d,分次静滴。此外,尚可参考药敏结果选药。疗程一般21~28d。

⑤流感嗜血杆菌肺炎:首选第二、第三代头孢菌素、新大环内酯类、氟喹诺酮类、复方新诺明。亦可选用 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂治疗(氨苄西林/舒巴坦钠、阿莫西林/克拉维酸)。如头孢呋辛 3~6g/d,头孢噻肟 4~6g/d,分次静滴,一般10~14d。

⑥军团菌肺炎:首选红霉素 2~4g/d 静滴,必要时可联用利福平、环丙沙星或左氧氟沙星。不能耐受红霉素者可选强力霉素与利福平联用,亦可使用新大环内酯类药物(如罗红霉素、阿奇霉素),疗程一般2~3周。

⑦肠杆菌科(大肠杆菌、变形杆菌、肠杆菌属等)感染:首选第二、第三代头孢菌素联合氨基糖甙类(参考药敏试验可以单用)。亦可选用氟喹诺酮类、氨基曲南、亚胺培南、 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂,疗程一般14~21d。

⑧不动杆菌感染:首选亚胺培南或氟喹诺酮类联合丁胺卡那霉素或复达欣、头孢哌酮/舒巴坦钠(舒普深),疗程一般14~21d。

⑨厌氧菌感染:选用青霉素联合甲硝唑、克林霉素、 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂。

⑩肺炎支原体和肺炎衣原体感染:红霉素 0.5g,3~4次/d,或四环素 0.25g,4次/d,疗程一般10~14d,严重病例可加大药物剂量,必要时可用红霉素静滴,延长疗程至21d。亦可选用新大环内酯类,如阿奇霉素、克拉霉素和罗红霉素。氧氟沙星治疗肺炎衣原体感染亦有效。

(3)并发症治疗。如有脓胸应反复抽液冲洗,或行胸腔闭式引流术。有脑膜炎时应选用能透过血脑屏障的敏感药物并加大药物剂量。合并休克时按感染性休克处理。

第二节 病毒性肺炎

【诊断】

- (1)有流行性,易发于有基础疾病及免疫力低下者。
- (2)前驱症状有全身不适、咽痛。起病较缓,有畏寒、发热、咳嗽,多为干咳少痰,少有胸痛。
- (3)可无明显肺部体征,或可有肺部湿性啰音。
- (4)白细胞计数可正常、稍高或稍低。血清抗体可阳性,如恢复期血清抗体较急性期滴度增高4倍以上,有诊断意义。
- (5)胸部X线片示间质性病变,周围支气管壁增厚。

【检查】

- (1)血气分析,血清抗体检测,有条件时可取呼吸道分泌物或血清行病毒培养,或肺活检行组织病理检测病毒。
- (2)胸部X线片。

【治疗】

目前尚无针对病毒的特效药物,主要予对症及支持治疗。抗生素治疗无效,对伴有继发细菌感染者可选用相应的抗生素。