

YIYAO LEI SANDAO CONGSHU



医药类三导丛书

内科学

MEDICINE 导教 · 导学 · 导考

(人卫·第6版)

- 内容点睛
- 常见题型
- 习题详解
- 综合习题



张卫华 主编
龚向京

西北工业大学出版社

内科学

(人卫·第6版)

导教·导学·导考

主 编:张卫华 龚向京

编 者(以姓氏笔画为序):

刘 涛 李征锋 张卫华

龚向京 曾建斌 潘琳娜

西北工业大学出版社

【内容简介】 本书以目前全国高等医药院校使用的卫生部规划教材《内科学》为蓝本,所针对的读者为在校本科生、专科生、成教学生及参加执业医师资格考试者,对高等医药院校师生临床教学、年轻医生临床工作亦有参考作用。全书按教材的章序分系统编排,包括内容点睛、常考题型、综合习题三部分。

本书特点:通过内容点睛,点出了各系统疾病的临床特点、体检要点、诊断要点、鉴别要点、注意事项(包括检查、诊断、治疗、并发症等),给读者以重点提示、经验性指导,使读者读后能得到系统性的概念,抓住要点、难点、易错点,理清易混淆的概念,避免诊治中易犯的错误,以开阔思路,提高临床思维能力。以习题练习的方式,帮助读者巩固在内科课程学习过程中对知识的理解,从而提高分析和解决问题的能力,同时亦可对期末考试和考研有个初步的了解。

图书在版编目(CIP)数据

内科学导教·导学·导考/张卫华,龚向京主编. —西安:西北工业大学出版社,2006.1

(三导丛书)

ISBN 7-5612-2012-X

I. 内… II. ①张… ②龚… III. 内科学—高等学校—教学参考资料 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 116333 号

出版发行:西北工业大学出版社

通信地址:西安市友谊西路 127 号 邮编:710072

电 话:(029) 88493844

网 址:www.nwpup.com

印 刷 者:陕西宝石兰印务有限责任公司

开 本:787 mm×960 mm 1/16

印 张:17

字 数:391 千字

版 次:2006 年 1 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 次印刷

印 数:1~6 000 册

定 价:25.00 元

前 言

内科学是临床医学各科的基础,在临床医学中占有极其重要的地位。学好内科学,是学好临床医学的关键。临床上症状错综复杂,远远不像教科书上写得那么典型,它要求我们科学地进行临床思维。要学好临床医学就需要自己思考,不能死记硬背。本书编写旨在为在校本科生、专科生、成教学生及参加执业医师资格考试者提供学习内科学的方法和思路,对高等医药院校师生临床教学,年轻医生临床工作亦有参考作用。

本书按教材的章序分系统编排,包括内容点睛、常考题型、综合习题三部分。其不同于一般的内科诊疗手册,也不是教科书的缩写,内容力求简明扼要、层次清楚、条理分明、实用性强。根据各章节不同特点,内容点睛突出各系统常见疾病的临床特点、体检要点、诊断要点、鉴别要点、注意事项(包括检查、诊断、治疗、并发症等),给读者以重点提示、经验性指导,使读者读后能得到系统性的概念,抓住要点、难点、易错点,理清易混淆的概念,避免诊治中易犯的错误,以开阔思路,提高临床思维能力。习题的编写打破了一般习题集的传统编撰模式,以常考题型为主轴,并附以临床常见问题、典型案例,以目前考试的规范模式列出。从相关的病理生理、诊断、治疗等方面加以解说,引导学生思考分析,加深理解,做到以点带面、举一反三,收到事半功倍的效果。

应西北工业大学出版社邀请,我们根据多年的临床、教学经验,并参考国内外有关资料编写了本书。由于编写时间仓促,水平和经验有限,书中如有疏漏和错误,敬请读者批评指正。

编 者

2005年10月

目 录

第 1 章 呼吸系统疾病	1
1.1 内容点睛	1
1.2 常考题型	20
1.3 综合习题	31
第 2 章 循环系统疾病	35
2.1 内容点睛	35
2.2 常考题型	55
2.3 综合习题	68
第 3 章 消化系统疾病	72
3.1 内容点睛	72
3.2 常考题型	80
3.3 综合习题	94
第 4 章 泌尿系统疾病	98
4.1 内容点睛	98
4.2 常考题型	108
4.3 综合习题	120
第 5 章 血液系统疾病	123
5.1 内容点睛	123
5.2 常考题型	136
5.3 综合习题	148
第 6 章 内分泌系统与代谢性疾病	151
6.1 内容点睛	151
6.2 常考题型	161



6.3 综合习题	174
第7章 神经系统疾病	178
7.1 内容点睛	178
7.2 常考题型	192
7.3 综合习题	215
附录一 考试真题	220
A 卷	220
B 卷	223
附录二 模拟考题	227
A 卷	227
B 卷	230
附录三 综合习题及考题参考答案	234
(一)综合习题参考答案	234
(二)考试真题参考答案	256
(三)模拟考题参考答案	260
参考文献	265

第 1 章

呼吸系统疾病

1.1 内容点睛

1.1.1 基本概念

呼吸系统疾病是危害人民身体健康的常见病和多发病,其发病因素复杂多样。近年来肺癌、支气管哮喘的发病率明显增加,慢性阻塞性肺疾病居高不下,肺结核发病率有增高趋势。肺癌居恶性肿瘤死因的第一位。

1. 呼吸系统的结构功能

呼吸系统由鼻、咽、喉、气管、支气管和肺、胸膜组成。呼吸系统的主要功能是进行气体交换,同时还有防御、免疫和代谢功能。

在人体各个系统中,呼吸系统与外界环境接触最为频繁,接触面积大。成人在静息状态下,每天约有 10 000L 的气体进出呼吸道,外界有害物质如各种微生物、蛋白变应原、有害气体等皆可直接进入呼吸道而引起各种疾病。

2. 呼吸系统疾病与病因

呼吸系统疾病以肺部感染最为常见,原发性感染以病毒感染最多见,最先出现于上呼吸道,随后可伴发细菌感染、外源性哮喘及外源性变应性肺炎。吸入生产性粉尘所致的尘肺,以矽肺、煤矽肺和石棉肺最为多见。吸入水溶性高的二氧化硫、氯、氨等刺激性气体会发生急、慢性呼吸道炎和肺炎。而吸入低水溶性的有害气体,则损害肺泡和肺毛细血管发生急性肺水肿。

3. 肺血管与疾病的关系

肺有两组血管供应:肺循环的动、静脉为气体交换的功能血管;体循环的支气管动、静脉为气道和脏层胸膜等的营养血管。肺与全身各器官的血液及淋巴循环相通,所以皮肤、软组织疔痛的菌栓、栓塞性静脉炎的血栓、肿瘤的癌栓,可以到达肺,分别引起继发性肺脓肿、肺梗死、转移性肺癌等。肺部病变亦可向全身播散,如肺癌、肺结核播散至骨、脑、肝等脏器。同样亦可在肺本身发生病灶播散。

4. 呼吸系统防御功能

(1)物理:鼻部加温过滤、喷嚏、咳嗽、支气管收缩、黏液-纤毛运输系统。

(2)化学:溶菌酶、乳铁蛋白、蛋白酶抑制剂、抗氧化的谷胱甘肽、超氧化物歧化酶等。

(3)细胞吞噬:肺泡巨噬细胞、多形核粒细胞。

(4)免疫:B 细胞分泌 IGA、IGM 等,T 细胞介导的迟发型变态反应,杀死微生物和细胞毒作用



等。当各种原因引起防御功能下降,或外界过强刺激均可引起呼吸系统的损伤及病变。

5. 影响呼吸系统疾病的主要相关因素

大气污染和吸烟、吸入性变应原增加、肺部感染病原学的变应及耐药性的增加。

1.1.2 常见症状

1. 咳嗽与咳痰

咳嗽是一种保护性反射动作,能有效消除呼吸道内的分泌物或进入的异物。咳嗽的神经调节控制中枢在延髓。由延髓咳嗽中枢受刺激引起,刺激大部分来自呼吸道黏膜、肺泡与胸膜,也可来自呼吸系统以外的器官(如脑、耳、内脏)。当咳嗽时久、频繁会影响工作、休息,或引起呼吸肌疼痛等则属病理现象。痰液是呼吸道内的病理性分泌物。通过痰液检查可获得病原学、病理学的诊断依据。

(1)咳嗽的病因分析:

1)急性起病的咳嗽:见于吸入刺激性气体后的上呼吸道急性炎症、气管与支气管异物、气管或支气管分叉部受压迫刺激(如淋巴结结核、肿瘤或主动脉瘤)等。

2)缓慢起病的长期咳嗽:多见于慢性呼吸道疾病,如慢性支气管炎、支气管扩张症、肺囊肿、慢性肺脓肿、空洞型肺结核等。慢性咳嗽还可见于鼻后滴漏综合征、咳嗽变异性哮喘、胃食道返流性疾病。

3)干咳或刺激性咳嗽:多见于急性咽喉炎、急性气管-支气管炎、胸膜炎、气胸、气管受压、支气管异物、支气管肿瘤或外耳道受刺激时。

4)咳嗽伴多痰:常见于急性或慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核、脓胸伴有支气管胸膜瘘、肺部寄生虫病(如肺包虫病、肺吸虫病)等。

5)咳嗽伴声嘶:常见于急性喉炎、喉结核、喉癌、喉返神经麻痹等。

6)进食后咳嗽:提示食管-气管瘘、胃食道返流性疾病。

7)犬吠样咳嗽:多见于气管异物或气管受压迫(主动脉瘤、纵隔淋巴结肿大或肿瘤),亦可见于喉头水肿、声带肿胀等。

8)金属音调咳嗽:见于支气管癌、纵隔肿瘤、淋巴瘤、结核病或主动脉瘤压迫气管所致。

9)短促的轻咳:多见于伴有胸痛的疾病,如干性胸膜炎、大叶性肺炎初期、急性纵隔炎、胸腹部创伤或手术后的病人。

10)咳嗽声音低微:常见于极度衰弱或声带麻痹的病人。

(2)产生大量痰液的病因:①支气管扩张;②肺脓肿;③肺囊性纤维化;④肺泡细胞癌;⑤肺水肿;⑥脓胸或肝脓肿破溃入支气管时等。

(3)痰的性状分析:痰液的性状可分为浆液性、黏液性、黏液脓性、脓性、血性等。除外观性状外,还应注意有无恶臭气味(厌氧菌感染)和痰液颜色特点(常提示某些细菌感染)。

应注意:若刚咽下食物、饮料可能影响对痰液外观的判断。黄脓痰提示肺部或气道存在细菌性感染,但变态反应性气道疾病(如支气管哮喘和变态反应性支气管肺曲菌病)病人因痰液中含有大量嗜酸粒细胞,也可表现为黄脓痰。



1) 无色或白色黏液痰:见于单纯型慢性支气管炎(缓解期)、支气管哮喘、早期肺炎等,偶见于肺泡细胞癌。

2) 黏液痰栓:有时可咳出呈支气管树样的黏液痰栓,呈棕黄色,质硬具弹性,系变态反应性支气管肺曲菌病病人痰的特征,偶见于支气管哮喘病人。

3) 浆液性痰:呈水样或泡沫状,粉红色浆液泡沫样痰是急性肺水肿的特征性痰。有时应与唾液相鉴别。

4) 脓性痰:可见于支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核、脓胸伴支气管胸膜瘘者。黏液脓性痰:介于黏液性痰与脓性痰之间,见于支气管炎(急性加重期)、肺结核伴感染等。

5) 恶臭痰:伴有厌氧菌感染的痰常有恶臭气味,见于肺脓肿等。

6) 痰中经常带血:是肺结核、肺癌、支气管扩张的常见症状。

7) 铁锈色痰:见于大叶性肺炎和肺梗死。

8) 巧克力色痰:为阿米巴肺脓肿病人痰的特点。

9) 棕红色胶胨状痰:为肺炎克雷白杆菌肺炎痰的特征,果酱样痰见于肺吸虫病。

10) 黑色痰:由于吸入大量尘埃所致,见于煤矿工人、锅炉工人或长期吸烟者。

(4) 咳嗽、咳痰时的伴随症状:

1) 发热:提示感染性炎症,如肺结核、肺炎、肺脓肿等。

2) 胸痛:提示病变累及胸膜、大叶性肺炎、肺梗死、肺结核、肺癌等。

3) 呼吸困难:提示咽、喉、气道因炎性渗出物、肿瘤、出血、异物等导致咽喉部或气道内有内堵或外压性病变存在。

4) 哮鸣音:咳嗽与咳痰时伴有哮鸣,提示气道有狭窄或痉挛。见于支气管哮喘、慢性喘息型支气管炎、心源性哮喘等。

(5) 注意事项:

1) 对于咳嗽、咯痰症状无好转或反而加重的病人,应分析原发病因诊断是否正确,处理是否合理。

2) 对于病情危重、咳嗽无力、痰量多而黏稠的病人,应勤吸痰,防止窒息的发生,必要时应及时做气管切开术。

3) 密切观察可能出现的咳嗽并发症。包括晕厥或抽搐、呕吐、头痛、胸痛、肋骨骨折、气胸或纵隔气肿、股疝或腹股沟斜疝等。

2. 咯血

咯血是指喉及喉以下呼吸道任何部位的出血经口排出者。须与鼻、咽部出血或上消化道出血引起的呕血相鉴别。

(1) 咯血病因:引起咯血的原因很多,以呼吸系统和心血管疾病为常见。其中肺结核、风湿性心脏病二尖瓣狭窄、支气管扩张和肺癌是我国临床咯血的常见病因。

(2) 咯血的病因分析:

1) 年龄:青壮年出血多见于肺结核、支气管扩张、风湿性心脏病二尖瓣狭窄等;40岁以上有大量吸烟史者,应高度警惕肺癌。



2)咯血量:每日咯血量在100 mL以内为少量咯血,100~500 mL为中等量咯血,500 mL以上(或一次咯血300~500 mL)为大量咯血。大量咯血多见于支气管扩张、空洞性肺结核或动脉瘤破裂。

3)颜色和性状:肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、支气管结核、出血性疾病,咯血颜色鲜红。铁锈色血痰主要见于肺炎球菌肺炎、肺吸虫病和肺泡出血。砖红色胶冻样血痰主要见于肺炎杆菌肺炎。二尖瓣狭窄肺淤血咯血一般为暗红色。左心衰竭肺水肿时咯浆液性粉红色泡沫样血痰。肺梗死时常咯黏稠暗红色血痰。

4)伴随症状:咯血伴发热常见于肺结核、肺炎、肺脓肿、流行性出血热等;伴胸痛见于大叶性肺炎、肺结核、支气管肿瘤等;伴呛咳见于支气管肺癌、支原体肺炎等;伴脓痰见于肺脓肿、支气管扩张、空洞性肺结核并发感染等;伴皮肤黏膜出血应考虑血液病、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病、风湿病等;伴黄疸需注意钩端螺旋体病、大叶性肺炎、肺梗死等。

(3)注意事项:应注意观察病人咯血量及性质,血压、心率、呼吸及神志变化情况,注意防止窒息及保持气道通畅,分析病因诊断及治疗是否正确,及时调整以完善治疗。

3. 呼吸困难

呼吸困难是指患者主观上感觉空气不足,客观上表现呼吸费力,重者鼻翼扇动、张口耸肩,甚至出现发绀,呼吸辅助肌也参加呼吸活动,并伴有呼吸频率、深度与节律的异常。当各种原因导致气体交换功能紊乱以致不能保持人体需要时就会出现呼吸困难。

(1)各型呼吸困难的特点:

1)肺源性呼吸困难:因通气、换气功能障碍导致缺氧和(或)二氧化碳潴留引起。临床上分为三种类型:

- 吸气性呼吸困难:见于各种原因引起的喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻。特点为吸气困难显著,重者出现呼吸“三凹征”,常伴有干咳及高调吸气性喉鸣。

- 呼气性呼吸困难:见于肺泡弹性减弱和(或)小气道狭窄(痉挛或炎症)性疾病,如支气管哮喘、喘息型支气管炎、慢性阻塞性肺气肿等。特点为呼气费力,呼气时间延长而缓慢,常伴有哮鸣音。

- 混合性呼吸困难:特点是呼气与吸气均费力。由肺部病变广泛,呼吸面积减少,影响换气功能所致。见于重症肺炎、重症肺结核、大片肺不张、肺脓肿、大块肺梗死、弥漫性肺间质纤维化、细支气管肺泡癌、肺水肿、严重胸廓畸形、大量胸腔积液和气胸等。

2)心源性呼吸困难:主要由左心和(或)右心衰竭引起。

- 左心衰竭:左心衰竭引起的呼吸困难的特点为活动时出现或加重,休息时减轻或缓解,仰卧加重,坐位减轻。病情较重者常被迫采取端坐呼吸体位。见于各种原因(如冠心病、高血压性心脏病、风湿性心脏病、心肌炎、心肌病等)引起的心力衰竭以及心包疾病(如心包大量积液)。主要机理是肺淤血和肺泡弹性降低。

- 急性左心衰竭时,常出现阵发性呼吸困难,多在夜间睡眠中发生,亦称夜间阵发性呼吸困难。发作时,病人常于睡眠中突感胸闷、气急而被憋醒,被迫坐起,轻者数分钟至数十分钟后症状逐渐消失;重者则气喘、面色青紫、出汗、咯浆液性粉红色泡沫样痰,心率加快,肺底部有湿啰音,两



肺可闻及哮鸣音,故此种呼吸困难又称“心源性哮喘”。

- 右心衰竭:右心衰竭时,呼吸困难的主要原因是体循环淤血。主要见于慢性肺心病、渗出性或缩窄性心包炎。

3)中毒性呼吸困难:某些药物或化学物质中毒致呼吸中枢受抑制,使呼吸变慢,可表现为呼吸节律的异常如潮式呼吸(Cheyne-Stokes)或间停呼吸(Biot's)等。

尿毒症、糖尿病酮症酸中毒以及肾小管性酸中毒等,其血中的酸性代谢产物增多,强烈刺激呼吸中枢,出现深而规则的呼吸,可伴有鼾声,称为酸中毒大呼吸(Kussmaul呼吸)。

急性感染或急性传染病患者由于体温升高及毒性代谢产物等刺激呼吸中枢,其呼吸频率增加。

4)血液病性呼吸困难:见于重度贫血、高铁血红蛋白血症或硫化血红蛋白血症等。因红细胞携氧量减少,血氧含量降低,致使呼吸变快,心率加速。大出血或休克时,因缺血与血压下降,刺激呼吸中枢,也可使呼吸加速。

5)神经精神性呼吸困难:

- 重症颅脑疾病:呼吸中枢因受增高的颅内压和供血减少的刺激,使呼吸变慢而深,并常伴有呼吸节律的异常,如呼吸抑制、双吸气等。

- 癔病:由于精神或心理因素的影响可有呼吸困难发作,表现为呼吸浅表而频数,可达60~100次/min,并常因通气过度而发生呼吸性碱中毒,出现口周、肢体麻木和手足搐搦现象。叹息样呼吸也可见于神经官能症。

(2)呼吸困难病因分析:

1)呼吸频率:呼吸频率加快,见于呼吸系统疾病、循环系统疾病、贫血、发热等。呼吸频率减慢,是呼吸中枢受抑制的表现,见于麻醉安眠药物中毒、颅内压增高、尿毒症、肝昏迷等。

2)呼吸节律:潮式呼吸、间停呼吸是呼吸中枢兴奋性降低的表现,表示病情严重,见于中枢神经系统疾病和脑部血液循环障碍,如脑炎、脑膜炎、颅内压增高、心力衰竭、尿毒症、糖尿病昏迷及中毒等。

3)年龄及性别:儿童呼吸困难应注意有无呼吸道异物、先天性疾病、急性感染等;青壮年则多考虑是否为结核、胸膜疾病、风湿性心脏病;老年人应考虑冠心病、肿瘤、肺气肿等的可能。癔病性呼吸困难多见于青年女性。

4)呼吸时限:吸气性呼吸困难多见于上呼吸道不完全性阻塞,如异物、白喉、喉水肿、喉癌等,也见于肺顺应性降低的疾病,如肺间质纤维化、广泛炎症、肺水肿等。呼气性呼吸困难多见于下呼吸道不完全性阻塞如慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等。大量胸腔积液或气胸、呼吸肌麻痹、胸廓限制性疾病患者则呼气和吸气均感困难。

5)起病情况:骤然发生的严重呼吸困难,见于急性喉水肿、气管异物、大块肺栓塞、自发性气胸等;发作性呼吸困难伴有哮鸣音,见于心源性哮喘、支气管哮喘;慢性呼吸困难见于包括心、肺慢性疾病,如慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、慢性心力衰竭等。

6)发病姿态:端坐呼吸见于充血性心力衰竭;单侧胸腔积液病人喜卧患侧;重度肺气肿病人常静坐缓缓吹气;肺水肿病人常躁动不安;大面积肺梗死病人常突然惊呼;广泛心肌梗死病人常扪胸



呈痛苦状;急性气促伴胸痛常提示肺炎、气胸和胸腔积液;慢性进行性气促见于慢性阻塞性肺疾病、弥散性肺纤维化疾病。

7)伴随症状:呼吸困难伴一侧胸痛,见于大叶性肺炎、急性渗出性胸膜炎、肺梗塞、自发性气胸、急性心肌梗死、支气管肺癌等;伴发热,见于肺炎、肺脓肿、胸膜炎、急性心包炎、咽后壁脓肿等;伴咳嗽、咳脓痰见于慢性支气管炎、阻塞性肺气肿并发感染、化脓性肺炎、肺脓肿、支气管扩张症并发感染等;伴大量浆液性泡沫样痰,见于急性左心衰竭和有机磷杀虫药中毒;伴昏迷,见于脑出血、脑膜炎、休克型肺炎、肺性脑病、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、急性中毒等。

4. 胸痛

胸痛主要由胸部疾病,如胸壁、心血管、呼吸系统疾病引起。腹腔疾病有时也可引起胸痛。需要注意的是,胸痛的程度不一定和病情的轻重成正比。胸痛病因分析如下:

(1)发病年龄:

1)青壮年胸痛,应注意大叶性肺炎、结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性瓣膜病。

2)40岁以上者还应注意患心绞痛、心肌梗死与肺癌的可能。

(2)胸痛部位:

1)胸壁疾病特点:疼痛部位局限,局部有压痛。炎症性疾病尚伴有局部红、肿、热表现。带状疱疹是成簇水疱沿一侧肋间神经分布伴剧痛,疱疹不越过体表中线,少数不典型带状疱疹皮肤无疱疹,但轻触胸壁呈刀割样剧痛。非化脓性肋骨软骨炎呈单个或多个肿胀隆起,局部皮色正常,有压痛,咳嗽、深呼吸或上肢大幅度活动时疼痛加重。

2)食管及纵隔病变:胸痛多位于胸骨后,进食或吞咽时加重。

3)心绞痛和心肌梗死的疼痛多在心前区与胸骨后或剑突下,疼痛常发散至左肩、左臂内侧,达无名指与小指,亦可发散于左颈与面颊部,误认为牙痛。

4)胸膜炎和肺梗塞的胸痛多位于患侧腋前线与腋中线附近,如累及肺底、膈胸膜,则疼痛也可放散于同侧肩部。肺尖部肺癌以肩部、腋下痛为主,向上肢内侧放射。

(3)胸痛性质:

1)带状疱疹呈刀割样痛或灼痛,剧烈难忍。

2)食管炎则为烧灼痛。

3)心绞痛呈绞窄性并有重压窒息感。

4)心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感。

5)干性(纤维素性)胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛,咳嗽、深呼吸时疼痛加重。

6)肺癌常为胸部闷痛,胸痛进行性加重。

7)夹层动脉瘤为突然发生胸背部难忍撕裂样剧痛。

8)肺梗塞为突然剧烈刺痛或绞痛,常伴呼吸困难与发绀。

(4)影响疼痛因素:包括发生诱因、加重与缓解因素。

1)劳累、体力活动、精神紧张可诱发心绞痛发作;休息、含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯,可使绞痛缓解,但对心肌梗死疼痛则无效。



2)胸膜炎和心包炎的胸痛则可因深呼吸与咳嗽而加剧。

3)反流性食管炎的胸骨后灼痛,饱餐后出现,仰卧或俯卧位加重,服用抗酸剂和促动力药后可减轻或消失。

4)自发性气胸可在剧咳或屏气时突然发生剧痛。

(5)伴随症状:

1)伴吞咽困难或咽下痛者,提示食管疾病,如反流性食管炎。

2)伴呼吸困难者,提示较大范围病变,如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎和肺栓塞等。

3)伴苍白、大汗、血压下降或休克表现时,多考虑心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大块肺栓塞等。

4)伴高热、咳嗽,考虑肺炎。

5)突发性胸痛伴咯血和(或)呼吸困难,应考虑肺血栓栓塞症。

1.1.3 体检要点

呼吸系统疾病体检以胸部视、触、叩、听诊为主。由于病变性质、范围的不同,胸部疾病的体征可完全正常或出现明显异常。

(1)气管、支气管病变以干湿啰音为主。

(2)肺部炎变有呼吸音性质、音调和强度的改变,肺炎出现大小水泡音,大片炎变呈实变体征。

(3)肺气肿呈桶状胸、语颤减弱、叩诊呈过清音。

(4)胸腔积液患侧胸廓饱满,呼吸运动减弱,气管移向健侧,叩诊呈实音,呼吸音减弱或消失。

(5)气胸患侧饱满,患侧呼吸运动减弱、气管移向健侧,叩诊呈鼓音,呼吸音减弱或消失。

(6)肺不张患侧平坦,患侧呼吸运动减弱、气管移向分患侧,叩诊呈浊音,呼吸音减弱或消失。

(7)怀疑肺癌者注意查右锁骨上淋巴结有无肿大。

(8)支气管肺癌、支气管扩张、慢性肺脓肿等可伴有杵状指(趾)。

(9)某些支气管肺癌所致的肺外表现,如肥大性肺性骨关节病、异位内分泌症群、神经肌肉综合征等副癌综合征。

1.1.4 实验室和其他检查

(1)血液检查:呼吸系统细菌感染时,白细胞总数及中性粒细胞增加。过敏性因素所致疾病,嗜酸性粒细胞常增加。其他血清学抗体试验,如荧光抗体、对流免疫电泳、酶联免疫吸附测定等,对病毒、支原体和细菌感染的诊断有一定价值。

(2)抗原皮肤试验:哮喘的变应原皮肤试验阳性有助于变应体质的确定和相应抗原的脱敏治疗。

(3)痰液检查:痰细菌培养加药敏对肺部微生物感染的病因诊断和药物选用有重要价值。反复作痰脱落细胞检查,有助于肺癌的诊断。

(4)胸腔积液检查和胸膜活检:常规胸液检查可明确渗出性或是漏出性胸液。检查胸液的溶菌酶、腺苷脱氨酶、癌胚抗原及进行染色体分析,有助于结核性与恶性胸液的鉴别。脱落细胞和胸



膜病理活检对明确肿瘤或结核有诊断价值。

(5)影像学检查:正侧位胸片为呼吸系统疾病最常用的检查;CT能进一步明确病态部位、性质以及有关气管、支气管通畅程度;磁共振显像(MRI)对纵隔疾病和肺血栓栓塞症诊断有较大帮助;支气管动脉造影和栓塞术对咯血有较好的诊治价值。

(6)支气管镜和胸腔镜:纤维支气管镜能深入亚段支气管,直接窥视黏膜水肿、充血、溃疡、肉芽肿、新生物、异物等,并可作支气管肺泡灌洗。通过活检进行组织学检查,灌洗液的微生物、细胞学、免疫学、生物化学等检查,有助于明确病因和病理诊断。还可通过它取出异物、诊断咯血,经高频电刀、激光、微波及药物注射治疗良、恶性肿瘤。借助纤支镜的引导还可作气管插管。胸腔镜已广泛应用于胸膜活检、肺活检。

(7)放射性核素扫描:对肺区域性通气/灌注情况、肺血栓栓塞症和血流缺损、间质性肺纤维化的肺炎、结节病和肺癌等占位病变的诊断有帮助。

(8)肺活体组织检查:通过肺活检进行微生物和病理检查,有助于占位性病变的诊断。支气管内病灶可经纤维支气管镜作病灶活检;近胸壁的肿块等病灶,可在胸透、B型超声或CT引导下定位作经胸穿刺活检;肺部纵隔部位的肿物及肿大的淋巴结,亦可通过纤支镜,在CT引导下从气管或支气管内对肿物进行穿刺取材。

(9)超声检查:作胸腔积液及肺外周肿物的定位,指导穿刺抽液及穿刺活检。

(10)呼吸功能测定:通过测定可了解呼吸系统疾病对肺功能损伤的性质及程度。对探索疾病的发病机制、病理生理、明确诊断、指导治疗、判断疗效等有重要意义。

1.1.5 常用治疗方法

(1)抗感染治疗:呼吸系统的许多疾病均与感染有关,正确使用各种抗生素是抗感染治疗的关键。

(2)祛痰止咳:包括祛痰药、镇咳药、体位引流、超声雾化、气管内药物滴入促进排痰、翻身拍背等。

(3)解痉平喘:包括 β_2 受体激动剂、茶碱类、抗胆碱药物、糖皮质激素等。

(4)呼吸支持技术:包括氧气疗法、人工气道的建立与管理、机械通气等,根据病情,正确选择运用上述技术是非常重要的。非创伤性面(鼻)罩通气的推广,可预防一些患者(如慢性阻塞性肺疾病、神经肌肉疾病)发展为呼吸衰竭,并使部分患者避免气管插管或切开。

(5)重症监护病房:可促进呼吸支持技术的发展与完善,极大地丰富了重症患者呼吸衰竭抢救的理论与实践,降低了病死率。

(6)其他:微创技术,胸腔镜的使用可对一些肺功能差的患者施行肺部手术。而肺移植的开展,将成为失代偿呼吸功能不全的重要治疗手段。

1.1.6 呼吸系统常见疾病

1. 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。常见病原体为病毒,少数为细菌。一



般病情较轻,但发病率高,具有一定的传染性。

(1) 临床表现类型:

1) 普通感冒:以鼻咽部卡他症状为主要表现。起病较急,咽干、咽痒、喷嚏、鼻塞、流鼻涕,也可出现流泪、声嘶、干咳等。体检可见鼻腔黏膜、咽部充血。如无并发症,一般经5~7天痊愈。

2) 病毒性咽炎和喉炎:急性咽炎临床特征为咽部发痒和有灼热感;急性喉炎的特征为声嘶、讲话困难、咳嗽时疼痛,常有发热、咽痛或咳嗽。体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大和触痛。

3) 疱疹性咽峡炎:儿童多见,临床表现为明显咽痛、发热。体检可见咽充血、软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡。病程约1周。

4) 咽结膜热:儿童多见,多通过游泳传播,临床表现为发热、咽痛、畏光、流泪、咽及结膜明显充血。病程4~6天。

5) 细菌性咽-扁桃体炎:起病急、明显咽痛、畏寒、发热,患者体温可达39℃以上。体检可见咽部明显充血、扁桃体充血肿大,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、压痛。

(2) 鉴别要点:病毒性感染白细胞计数多为正常或偏低,淋巴细胞比例升高。注意与过敏性鼻炎、流行性感相鉴别,前者发病与环境、气温突变或异常气味有关,起病急骤,鼻腔发痒,流清水样鼻涕,数分钟至1~2h内症状消失。流感有明显的流行性发病,起病急,高热,全身症状重,眼结膜症状明显,但鼻咽部症状较轻。

(3) 治疗:以对症处理、休息、多饮水、保持室内空气流通和防治继发细菌感染为主。早期应用抗病毒药有一定效果,可选用利巴韦林、金刚烷胺等。

2. 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。常发生于寒冷季节或气候突变时,也可由急性上呼吸道感染蔓延而来。

临床表现:主要为咳嗽、咳痰,先为干咳或少量黏液性痰,随后可转为黏液脓痰,偶可见痰中带血。咳嗽、咳痰可持续2~3周,如迁延不愈,可演变成慢性支气管炎。

体检特征:两肺散在干、湿啰音部位不固定,咳嗽后可减轻或消失。这也是与支气管肺炎鉴别的重要点。

治疗包括休息、保暖、补足热量,止咳祛痰,根据感染的病原体及药物敏感试验选择抗菌药物治疗。

3. 肺炎概述

肺炎是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症,可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。细菌性肺炎是最常见的肺炎,也是最常见的感染性疾病之一。

(1) 肺炎的分类:

1) 解剖分类:可分为大叶性(肺泡性)肺炎、小叶性(支气管性)肺炎、间质性肺炎。

2) 病因分类:可分为细菌性肺炎、非典型病原体所致肺炎、病毒性肺炎、真菌性肺炎、其他病原菌所致肺炎、理化因素所致肺炎。

3) 患病环境分类:可分为社区获得性肺炎(Community Acquired Pneumonia, CAP)、医院获得性

肺炎(Hospital Aquired Pneumonia, HAP)。社区获得性肺炎是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。医院获得性肺炎亦称医院内肺炎,是指患者入院时不存在也不处于潜伏期,而于入院48h后在医院(包括老年护理院、康复院)内发生的肺炎。

(2)肺炎的诊断程序包括:

1)确定肺炎诊断:常见症状为咳嗽、咳痰、发热,重症患者可出现呼吸困难,肺实变体征,胸部X线改变等。但应注意与肺结核、肺癌、急性肺脓肿、非感染性肺部浸润等鉴别。

2)评估严重程度:肺炎严重性决定于三个主要因素,即局部炎症程度、肺部炎症的播散和全身炎症反应程度。

3)确定病原体:可通过痰液、支气管肺泡灌洗、血和胸腔液培养、经纤维支气管镜或人工气道吸引等方法获取标本。

(3)治疗:抗感染治疗是肺炎治疗的最主要环节。

4. 肺炎链球菌肺炎

肺炎链球菌肺炎是由肺炎链球菌或称肺炎球菌所引起的肺炎。当机体免疫功能受损时,有毒力的肺炎链球菌侵入人体而致病。其病理改变为充血期、红色肝变期、灰色肝变期及消散期。

临床特点为起病急、高热、寒战、全身肌肉酸痛、患侧胸痛,咳嗽或深呼吸时加剧,痰量少,可带血或呈铁锈色。体检呈急性病容,口角及唇周有单纯疱疹,重者可出现皮肤、黏膜出血点,巩膜黄染。早期呼吸音减低及有胸膜摩擦音。肺实变时叩诊呈浊音、语颤增强、闻及支气管呼吸音及湿啰音。严重感染时可伴发休克、ARDS及精神神经症状。

病原菌检测是确诊本病的主要依据。

本病应及时给予抗生素治疗,首选青霉素G。对青霉素过敏、耐青霉素者,可用喹诺酮类、头孢噻肟或头孢曲松等药物,多重耐药菌株感染者可用万古霉素。抗菌药物标准疗程通常为14天,或在热退后3天停药。经抗菌药物治疗后,若体温降而复升或3天后仍不降者,应考虑肺外感染,如脓胸、心包炎等,应作相应处理。

5. 葡萄球菌肺炎

葡萄球菌肺炎是由葡萄球菌引起的急性肺化脓性炎症,常发生于有基础疾病如糖尿病、血液病、艾滋病、肝病或原有支气管肺疾病者。医院获得性肺炎中葡萄球菌感染占11%~25%。

临床特点:多起病急骤、高热、寒战、胸痛、咳脓痰,病情严重者可出现周围循环衰竭。白细胞计数增高、中性粒细胞比例增加,X线表现为肺段或肺叶实变,可形成空洞,或呈小叶状浸润,其中可有单个或多发的液气囊腔。

治疗应强调早期引流原发病灶,参考细菌培养的药敏试验选用敏感的抗菌药物。若治疗不及时或不当,病死率甚高。

6. 肺炎支原体肺炎

肺炎支原体肺炎是由肺炎支原体引起的呼吸道和肺部的急性炎症改变。常同时有咽炎、支气管炎和肺炎。约占非细菌性肺炎的1/3以上。支原体肺炎以儿童及青年人居多。

临床特点:起病较缓慢,乏力、咽痛、头痛、咳嗽、发热、食欲不振等,咳嗽多为阵发性刺激性呛咳,



咳少量黏液。发热可持续2~3周,体温恢复正常后可能仍有咳嗽。胸部体检与肺部病变程度常不对称,可无明显体征。X线示肺部多种形态的浸润影,呈节段性分布,以下肺野多见。起病2周后,约2/3的患者冷凝集试验呈阳性。

本病有自限性,多数病例不经治疗可治愈。大环内脂类抗生素为首选药物,喹诺酮类、四环素类也可用于支原体肺炎的治疗。疗程一般2~3周。青霉素或头孢类等抗生素无效。

7. 病毒性肺炎

病毒性肺炎是由上呼吸道病毒感染,向下蔓延所致的肺部炎症。好发于病毒疾病流行季节,可爆发或散发流行。引起成人肺炎的常见病毒为甲、乙型流感病毒、腺病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒和冠状病毒等。

临床症状通常较轻,起病较急,发热、头痛、全身酸痛、倦怠等表现较突出。常在急性流感症状尚未消退时,即出现咳嗽、少痰、或白色黏液痰、咽痛等呼吸道症状。小儿或老年人易发生重症病毒性肺炎,出现呼吸衰竭、心力衰竭、休克,甚至发生ARDS。

本病常无显著的胸部体征。胸部X线检查可见肺纹理增多,小片状浸润或广泛浸润,严重者显示双肺弥漫性结节性浸润。病毒性肺炎的诊断依据为临床症状及X线改变,确诊则有赖于病原学检查,包括病毒分离、血清学检查以及病毒抗原的检测。

治疗以对症为主,包括休息、营养、多饮水,预防交叉感染。如未合并细菌感染,不宜应用抗生素,可酌情选用有效的病毒抑制药,如利巴韦林、阿昔洛韦、金刚烷胺等。

8. 传染性非典型肺炎

传染性非典型肺炎是由冠状病毒引起的一种具有明显传染性、可累及多个脏器系统的特殊肺炎,世界卫生组织(WHO)将其命名为严重急性呼吸综合征(Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)。

临床特征为急性起病、发热、干咳、呼吸困难、白细胞不高或降低、肺部阴影及抗菌药物治疗无效。

诊断依据:有与SARS患者密切接触或传染给他人的病史,有上述临床特征,配合SARS病原学检测阳性,排除其他表现类似的疾病,可作出诊断。

治疗以对症为主,注意隔离消毒,预防交叉感染。给以有效的病毒抑制药物,病重者可酌情使用糖皮质激素,对出现低氧血症的患者,可使用无创机械通气,如效果不佳或出现ARDS,应及时进行有创机械通气。

9. 卡氏肺囊虫肺炎

卡氏肺囊虫(PC)引起的肺炎称为卡氏肺囊虫肺炎(Pneumocystis Carinii Pneumonia, PCP)。是免疫功能低下患者最常见、最严重的机会感染性疾病之一。主要与器官移植、免疫抑制剂、糖皮质激素等的广泛运用以及艾滋病的出现和流行有关。PCP主要感染途径为空气传播和体内潜伏状态PC激活。

临床表现一般分两型:① 流行型或经典型;② 散发型或现代型。PCP特点是症状重,体征常缺如,即症状体征分离现象。

诊断:对营养不良、免疫功能低下、长期使用糖皮质激素、肿瘤化疗、器官移植后和艾滋病等出