

总主编 刘新民

现代疾病鉴别诊断学系列丛书

呼吸系统疾病 鉴别诊断学

主 编 陈萍

HUXIXITONG
JIBING
JIANBIE
ZHENDUANXUE

军事医学科学出版社

• 现代疾病鉴别诊断学系列丛书 •

呼吸系统疾病鉴别诊断学

主 编 陈 萍

军事医学科学出版社

• 北 京 •

内容提要

本书内容包括呼吸系统疾病常见的症状、体征和征族群以及辅助检查。全书共分9章。涉及范围包括发热、胸痛、咳嗽、咯痰、晕厥、电解质紊乱及各种常见呼吸系统综合症的诊断及鉴别诊断。

图书在版编目(CIP)数据

呼吸系统疾病鉴别诊断学/陈萍主编. - 北京:军事医学科学出版社,2004

ISBN 7-80121-375-0

I.呼… II.陈… III.呼吸系统疾病-鉴别诊断

IV.R560.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 104610 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931034

66931048

编辑部:(010)66931050

传 真:(010)68186077

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 刷:京南印装厂

装 订:京南印装厂

发 行:新华书店总店北京发行所

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:27.25

字 数:664 千字

版 次:2005 年 4 月第 1 版

印 次:2005 年 4 月第 1 次

定 价:68.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

《现代疾病鉴别诊断学》系列丛书编委会

总 主 编 刘新民

副总主编 (按姓氏笔画为序)

马秀兰 于清宏 王耀山 兰 平 池肇春

乐 杰 刘纪宁 汪 荷 宋芳吉 陈 萍

周淑芸 杨彦昌 韩雅玲 张素芬 张 森

曾定尹 赵东宝 魏克伦

主编助理 汪 勇 刘彦琴

《呼吸系统疾病鉴别诊断学》编委会

主 编 陈 萍(沈阳军区总医院)

副主编 魏路清(沈阳军区总医院)
谭明旗(中国医科大学第二附属医院)

编 委 钱桂生(第三军医大学新桥医院)
戚好文(第四军医大西京学院)
许文兵(北京协和医院)
孙翊道(成都军区总医院)
罗继征(北京军区总医院)
王雪芬(浙江大学医学院第一附属医院)
赵广东(大连医科大学第一附属医院)
曹书颖(河北医科大学第二附属医院)
张雪云(辽宁省人民医院)
喻 延(广州市第二人民医院)
张 卓(吉林市中心医院)

编著者(以姓氏笔画为序)

马 壮	马文江	王淑云	付海香	刘 蕾
年春志	李 鹏	李铁刚	李兆华	张 卓
张 荣	张志远	沈毅弘	肖荣欣	陈 章
杨本强	郑 岩	林育红	姚 彬	高 燕
钱小顺	贾晨红	董 彦	谢 华	槐永军

序

“医学欲发展,图书应先行”。目前医学科学已进入一个新的历史时期,从而出现了大量的新理论、新概念、新技术,临床医学和基础医学之间、各学科之间,相互渗透日益加深。因此,临床工作急需一套观点新、起点高、内容新、涵盖广(包括罕见病),具有一定权威性、先进性、科学性和实用性的大型医学诊断参考书。所以本《丛书》着重讨论临床上经常遇到的症状、体征、实验室检查异常和某些特殊类型与所考虑到的有关疾病相鉴别,既能反映国内外近 10 年来医学的新理论、新进展,又广集各类疾病诊断的临床实践经验,力争成为我国现代医学临床鉴别诊断的重要参考书,以启迪中青年医师的思维,开阔思路,以使其正确掌握和充分运用所获得的诊断信息,从纵横角度认识疾病和解决临床上一些极其复杂的现象,从而提高临床诊治水平,促进我国医学事业的发展。

本《丛书》共 14 卷,涵括神经、心脏、呼吸、消化、肾脏、风湿、血液、内分泌、儿内、妇产、眼科、口腔、耳鼻咽喉、皮肤 14 个学科,每卷平均约百万字。分别从不同角度详述了多学科的疾病症状鉴别诊断特点。本《丛书》系统深入,内容丰富,取材新颖。是我国现代临床医学,多学科诸病种的症状鉴别诊断的实用参考书。

由于该丛书编著者水平不尽一致,不足之处在所难免,诚望读者谅解,敬请同仁批评、指正。

刘新民

2003 年金秋 于沈阳军区总医院

前 言

及时、正确诊断是疾病有效治疗的前提和基础。近 30 年来,随着科学技术的高速发展,影像学、内窥镜、生化学和分子生物学技术的不断进展,使得呼吸疾病的诊断水平大为提高。通过有效运用临床资料,结合必要的检查所提供的相关资料和数据,经过综合、归纳、分析、判断等对疾病作出正确的诊断,是临床医师应具备的基本功。获取和有效运用临床资料是正确诊断的起点,从多种疾病共存的相同症状、体征、检查结果中摘提个性特征及其个性的关联则是正确诊断的关键。

本书以呼吸系统疾病各种临床所见为中心,各个疾病的临床特征为线索展开讨论,提出呼吸系统疾病的诊断及鉴别诊断要点。期望能有助于临床医师对各种呼吸系统疾病作出科学的诊断分析。本书编写以实用为原则并侧重于临床。

全书共分为 91 章,包括呼吸系统疾病的常见症状、体征、症候群和少数辅助检查所见。每章通过一种临床所见,预示出数种或数十种疾病,对每种疾病的病因、发病机理、临床表现、诊断和鉴别诊断要点进行简述,以帮助临床医师作出正确的诊断。

尽管本书编写采用统一格式,参编者多为有较丰富临床经验和一定理论水平的呼吸专业医师,但由于各章节内容不同,参编者水平不一,学术观点不尽一致,更由于多人分头编写,难免有不协调一致、内容重复,缺点和错误,诚恳期望同道指正赐教。

陈 萍

2004 年 10 月沈阳

目 录

第一章 发热	(1)
第二章 胸痛	(10)
第三章 咳嗽、咳痰	(16)
第四章 咯血	(24)
第五章 呼吸困难	(29)
第六章 发绀	(34)
第七章 水肿	(49)
第八章 意识障碍	(53)
第九章 晕厥	(56)
第十章 高血压	(60)
第十一章 腹胀	(64)
第十二章 贫血	(67)
第十三章 异常呼吸音	(74)
第十四章 肺部啰音	(77)
第十五章 颈静脉怒张	(80)
第十六章 胸廓异常	(83)
第十七章 心脏异常体征	(86)
第十八章 胸膜摩擦音	(90)
第十九章 淋巴结肿大	(93)
第二十章 休克	(101)
第二十一章 肺纹理增强	(107)
第二十二章 肺不张	(110)
第二十三章 斑片状阴影	(117)
第二十四章 弥漫性粟粒性结节影	(126)
第二十五章 胸膜病变	(133)
第二十六章 胸腔积液	(140)
第二十七章 乳糜胸	(148)
第二十八章 气胸	(151)
第二十九章 血胸	(155)
第三十章 纵隔增宽	(159)
第三十一章 单侧肺门影增大	(169)
第三十二章 双侧肺门影增大	(177)
第三十三章 肺部球形病灶	(182)

第三十四章	环状阴影	(194)
第三十五章	纤维索条影	(199)
第三十六章	肺内钙化	(203)
第三十七章	肺透过度增高	(206)
第三十八章	纵隔移位	(210)
第三十九章	肺空洞与空腔性病变	(214)
第四十章	肺弥漫性间质性病变	(223)
第四十一章	毁损肺	(235)
第四十二章	蜂窝肺	(237)
第四十三章	肺水肿	(239)
第四十四章	气道高反应性	(249)
第四十五章	肺动脉高压	(256)
第四十六章	肺功能检查异常	(262)
第四十七章	酸碱平衡失调	(269)
第四十八章	电解质紊乱	(277)
第四十九章	免疫功能异常	(287)
第五十章	凝血异常	(294)
第五十一章	痰液检查异常	(298)
第五十二章	结核菌素试验	(303)
第五十三章	高通气综合征	(306)
第五十四章	肿泡低通气综合征	(309)
第五十五章	泰齐综合征	(312)
第五十六章	肋骨尖端综合征	(313)
第五十七章	中叶综合征	(314)
第五十八章	Fanconi - Hegglin 综合征	(317)
第五十九章	肺尖肿瘤综合征	(319)
第六十章	感冒综合征	(321)
第六十一章	纤毛不动综合征	(323)
第六十二章	异源内分泌综合征	(325)
第六十三章	上腔静脉阻塞综合征	(330)
第六十四章	假性 - Meigs 综合征	(332)
第六十五章	消失肺	(334)
第六十六章	Wilson - Mikity 综合征	(336)
第六十七章	Marie - Bamberger 综合征	(338)
第六十八章	Kartagener 综合征	(341)
第六十九章	肺出血 - 肾炎综合征	(343)
第七十章	马方综合征	(345)
第七十一章	肺泡 - 毛细血管阻滞综合征	(347)
第七十二章	急性原发性膈肌炎综合征	(349)

第七十三章	Nezelof 综合征	(351)
第七十四章	Caplan 综合征	(353)
第七十五章	创伤窒息综合征	(355)
第七十六章	咳嗽晕厥综合征	(357)
第七十七章	黏液嵌塞综合征	(359)
第七十八章	吕弗勒综合征	(361)
第七十九章	Churg - Strauss 综合征	(363)
第八十章	急性呼吸窘迫综合征	(366)
第八十一章	干燥综合征	(371)
第八十二章	肺含铁血黄素沉着症	(374)
第八十三章	严重急性呼吸综合征	(377)
第八十四章	睡眠呼吸暂停低通气综合征	(382)
第八十五章	弯刀综合征	(388)
第八十六章	Poncet 病	(390)
第八十七章	Swyer - James 综合征	(391)
第八十八章	Mounier - Kuhu 综合征	(393)
第八十九章	胸腔出口综合征	(394)
第九十章	Hamman 综合征	(396)
第九十一章	闭锁肺综合征	(398)

第一章 发 热

【概述】

正常成人的体温相对恒定,这是由于在体温调节中枢的调控下,通过神经、体液因素使产热和散热过程保持动态平衡状态。正常人体温一般为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右,口腔(舌下)温度在 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间,直肠内温度一般比口腔约高 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$,腋窝温度比口腔温度约低 $0.2 \sim 0.4^{\circ}\text{C}$,正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响稍有波动。在一昼夜间晨起稍低,下午稍高,但波动范围一般不超过 1°C 。小儿的代谢率较高,其体温可比成年人稍高。老年人代谢率较低,其体温可比青壮年人稍低。妇女在月经前及妊娠期体温稍高于正常。进食、剧烈运动、劳动、情绪激动及高温环境均可使体温稍高。在这些因素影响下体温的暂时性升高,虽无重要临床意义,但在确定发热之前,必须予以识别。

发热(fever)是指病理性的体温升高,是人体对致热原的一种全身性反应。一般来说,口腔温度在 37.3°C 以上,或直肠内温度在 37.6°C 以上,且除外上述的生理因素,可认为是发热。引起发热的病因很多,临床上包括感染性和非感染性两大类:

(一)感染性发热

各种病原体如病毒、细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等侵入机体后,均可引起相应的疾病。不论是急性、亚急性或慢性,局限性还是全身性,均可引起发热,称为感染性发热。病原体及其代谢产物或炎性渗出物等外源性致热原,在体内作用于中性粒细胞、单核细胞及巨噬细胞等,使其产生并释放内源性致热原而引起发热。

(二)非感染性发热

主要有以下几类原因:

1. 血液病 如白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病等。
2. 变态反应 如风湿热、药物热、结缔组织病等。
3. 内分泌与代谢疾病 如甲状腺功能亢进、重度脱水等。
4. 皮肤散热减少 如广泛性皮炎、鱼鳞病以及慢性心力衰竭可使皮肤散热减少引起发热,一般为低热。
5. 体温调节中枢功能失常 ①物理性因素,如中暑;②化学性因素,如重度安眠药中毒;③机械性因素,如脑震荡、脑出血、颅骨骨折等。
6. 植物神经功能紊乱 由于植物神经功能紊乱,影响正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高。多为低热,常伴有植物神经功能紊乱的其他表现。常见的功能性低热有:
①原发性低热:低热可持续数月甚至数年之久,其体温较正常升高约 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 左右,一般不超过 38°C ,热型较规则,体温波动范围较小,多在 0.5°C 以内,早晨午前往往较下午晚间略高,体力活动体温可不升或有时反而下降。
②感染后低热:由于病毒、细菌、原虫等感染致发热后,低热不退,而原有感染已愈。此系体温调节中枢对体温的调节功能仍未恢复正常所致,但必须

与因机体抵抗力降低导致潜在的病灶(如结核)活动或其他新感染所致的发热相区别。③夏季低热:低热仅发生于夏季,秋凉后自行退热,连续数年后多可自愈。多见于幼儿,因体温调节中枢功能不完善,夏季身体虚弱,且多为营养不良或脑发育不全者发生。④生理性低热:如精神紧张、剧烈运动后均可出现低热。月经前及妊娠初期也可有低热现象。

7. 无菌性坏死组织吸收 ①物理、化学因素或机械性损伤,如大手术后组织损伤、内出血、创伤、大面积烧伤等;②血管栓塞或血栓形成,如心、肺、脑等内脏器官的血管梗塞或脉管炎所致肢体坏死等;③组织坏死或细胞破坏,如恶性肿瘤、白血病、急性溶血反应等。

下面对伴有肺部表现的发热作一介绍。

第一节 病毒性肺炎

【病因及发病机理】

病毒性肺炎是上呼吸道感染向下蔓延所致的肺部炎症。呼吸道病毒可通过飞沫和直接接触传播,可散发流行或暴发。本病多发生于冬春季节,儿童多见,成人相对少见。症状轻重差别较大,主要与病毒的种类有关。婴幼儿、老人,原有慢性心肺疾病者病情较严重。

在非细菌性肺炎中,病毒感染约占 25%~50%,引起肺炎的病毒以流感病毒为常见,其他为呼吸道合胞病毒、腺病毒、副流感病毒、水痘-带状疱疹病毒、单纯疱疹病毒、麻疹病毒、鼻病毒、巨细胞病毒、冠状病毒、柯萨奇病毒和埃可病毒等。病人可同时感染一种以上的病毒,并常继发细菌感染。近年来由于免疫抑制剂广泛应用于肿瘤与器官移植,常因此诱发严重的病毒性肺炎,且引起对移植器官的排斥反应。

病毒性肺炎为吸入性感染,常有气管-支气管炎。感染可播及肺间质与肺泡引起肺炎。气道上皮广泛受损,黏膜溃疡,细支气管壁有弥漫性淋巴细胞浸润、充血、水肿、肺水肿,被覆含蛋白及纤维蛋白的透明膜,肺泡间隔有大量单核细胞浸润。肺泡细胞及巨噬细胞内可见病毒包涵体。

【诊断】

起病较急,发热、头痛、全身酸痛、乏力。咳嗽、咳少量白色黏痰或血痰。小儿或老年人易发生重症病毒性肺炎,可迅速出现呼吸急促、发绀、心悸、精神萎靡,病情急转直下,甚至发生休克、呼吸衰竭、心力衰竭等。因肺泡间质及肺泡腔内水肿,严重者可发生急性呼吸窘迫综合征。X线片示弥漫性结节性浸润,多见于两肺下叶 2/3 肺野。

【鉴别诊断】

本病的诊断依靠各种病毒感染的临床特征和胸部 X 线表现,在流行期间发病有助于诊断,并能排除细菌性和其他病原体引起的肺炎。确诊须经病原检查,包括病毒分离、血清学检查以及病毒及病毒抗原的检测。呼吸道分泌物中细胞核内的包涵体可提示病毒感染,但并非一定来自肺部,须进一步收集下呼吸道分泌物或肺活检标本做培养分离病毒。因培养需要 7 d 以上,分离的病毒还要进行病毒鉴定,故在急性期对诊断帮助不大,但在流行病学上具有重要作用。血清学检查常用的方法是检测特异性 IgG 抗体,如补体结合试验、血凝抑制试验、中和试验,这些方法仅能作为回顾性诊断,并无早期诊断价值。

第二节 肺炎衣原体肺炎

【病因及发病机理】

肺炎衣原体是 20 世纪 80 年代新发现的一种衣原体,主要引起呼吸道和肺部感染。目前发现,人类是其唯一宿主。

肺炎衣原体与鹦鹉热和沙眼衣原体有相同的属特异性抗原,而其他特异性抗原血清学特性却不同。肺炎衣原体胞壁脂多糖有吸附宿主细胞表面的作用,被单核-巨噬细胞吞噬后进入宿主细胞体内,并在胞浆中不断繁殖,形成由宿主细胞包围的包涵体,包涵体不断增大,充塞细胞,最终可使宿主细胞破裂。近年发现存在于肺炎衣原体外膜蛋白中的一种与致病有关的热休克蛋白,分子量 60 000 D 为一种特异性抗原,是引起机体发生迟发性变态反应的主要靶抗原。肺炎衣原体肺炎的感染方式可能系人与人之间通过呼吸道分泌物传播,在人群聚集处易于流行,如学校、兵营。经血清流行病学调查,证实成人中至少有 40% 已受到该衣原体感染,大部分为亚临床型。老年人可再次受到感染。

【诊断】

轻症病例症状不明显。青少年常有声音嘶哑、干咳、发热、咽喉痛、鼻窦炎、中耳炎和支气管炎等表现,可持续数周之久。肺外表现可有红斑结节、甲状腺炎、脑炎和格林-巴利综合征。成人肺炎多较严重,老年人表现更重,常需住院治疗。胸部 X 线表现为肺部小片状阴影,重症可出现广泛实变。急性期和恢复期血清补体结合试验有助于诊断。

【鉴别诊断】

本病主要应与其他细菌性肺炎相鉴别。肺炎衣原体肺炎一般起病较缓,临床表现相对较轻,痰较少为脓性,血白细胞计数多数不升高。病原学检测能明确诊断。

第三节 肺炎支原体肺炎

【病因及发病机理】

肺炎支原体肺炎是由肺炎支原体引起的急性呼吸道感染伴肺炎,约占非细菌性肺炎的 1/3 以上。

肺炎支原体是能在无细胞培养基上生长的最小微生物之一,平均直径 125 ~ 150 μm ,无细胞壁,仅有由 3 层膜组成的细胞膜。肺炎支原体可经口鼻分泌物的直接接触或空气传播由呼吸道感染。病原体通常存在于纤毛上皮之间,其细胞膜上有神经氨酸受体,可吸附于宿主的呼吸道上皮细胞表面,抑制纤毛活动与破坏上皮细胞,并可产生过氧化氢进一步引起局部组织损伤。其致病可能与病人对病原体或其代谢产物的过敏有关,支原体感染后引起体液免疫,先产生 IgM 抗体,随后出现 IgG 抗体。

【诊断】

起病缓慢,潜伏期约 2 ~ 3 周,有咳嗽、头痛、咽痛、发热、食欲缺乏、肌痛等。发热可呈低热或中等度弛张热,可持续 1 ~ 3 周。咳嗽为本病最主要的呼吸道症状,一般于起病后 2 ~ 3 d 开始有咳嗽,多为阵发性刺激性呛咳,有少量黏液痰、黏液脓性痰或痰中带血丝。

胸部 X 线表现多样化,早期间质性肺炎肺部显示纹理增加及网织状阴影。发生肺实变

后,可见边缘模糊斑片状阴影,以肺下野多见。少数病人可出现少量胸腔积液,常为单侧,多于短期内迅速吸收。偶有双侧大量胸腔积液。

血白细胞总数正常或增高。起病 2 周后,约 2/3 的病例红细胞冷凝集试验阳性,滴定效价在 1:32 以上。血清支原体 IgM 抗体测定对诊断帮助较大。PCR 技术检测肺炎支原体 DNA,特异性和敏感性均高,对诊断肺炎支原体感染有重要价值。

【鉴别诊断】

本病临床表现与病毒性肺炎及细菌性肺炎有相似之处,应注意鉴别。支原体肺炎咳嗽多为阵发性刺激性呛咳,是其主要特征,必要时测定血清中支原体 IgM 抗体有助于鉴别。

第四节 肺炎球菌肺炎

【病因及发病机理】

肺炎球菌肺炎由肺炎球菌引起,是院外感染的细菌性肺炎中最常见的一种,表现为突然起病、寒战、高热、咳嗽、胸痛、咳铁锈色痰,并有肺实变体征。近年来随着抗生素的广泛应用,典型的肺炎球菌肺炎已不多见。

肺炎球菌为革兰阳性球菌,有荚膜,其毒力大小与荚膜中的多糖结构及含量有关,荚膜对组织有侵袭作用,首先引起肺泡壁水肿,出现白细胞与红细胞渗出,含菌的渗出液经 Cohn 孔向肺的邻近部分扩展,甚至累及几个肺段或整个肺叶。

【诊断】

多数病人在发病前有受凉、淋雨、劳累、醉酒或上呼吸道感染。起病急骤,大多先有寒战,继之出现高热,体温通常在数小时内升至 39~41℃,多为稽留热。早期为干咳,渐有少量黏痰、脓痰或典型的铁锈色痰。患侧多有胸痛,呈针刺样痛,咳嗽或深吸气时加重,疼痛可放射至肩部或下腹部,甚至误认为急腹症。全身症状有头痛、肌肉酸痛、衰弱等。少数病人可出现恶心、呕吐、腹胀、腹泻等胃肠道症状。

查体见病人呈急性热病容,呼吸浅速、鼻翼扇动,有时口唇周围出现单纯疱疹。轻度发绀,心率快,可有心律不齐。严重者可出现休克、急性呼吸窘迫综合征及神经症状,如神志模糊、烦躁、呼吸困难、嗜睡、谵妄、昏迷等。胸部体征可有患侧呼吸运动减弱,叩诊轻度浊音,呼吸音减低,支气管呼吸音及少量湿啰音等。累及胸膜时,在患侧局部可听到胸膜摩擦音,深呼吸时更明显。

血白细胞计数 $(10 \sim 20) \times 10^9/L$,甚至 $40 \times 10^9/L$ 以上,中性粒细胞多在 0.80 以上,并有核左移,细胞内可见中毒颗粒。年老体弱、免疫功能低下者的白细胞计数可不增高,但嗜中性粒细胞的百分比仍高。痰涂片可见成对或短链状排列的革兰阳性球菌,痰培养 24~48 h 可确定病原体。X 线检查早期可有肺纹理增粗或受累的肺段、肺叶模糊。典型表现为大叶性、肺段或亚肺段分布的均匀性密度增高阴影。病变累及胸膜时可见肋膈角变钝或少量胸腔积液征。病变消散期阴影密度逐渐减低,约 2~4 月才完全消散。

【鉴别诊断】

1. 干酪性肺炎 其症状、体征和 X 线表现都与肺炎球菌肺炎相似,主要区别在于干酪性肺炎病人的健康状况差,起病前常有低热乏力,病程较长,痰中常可找到结核杆菌,经一般抗生素治疗之后,X 线观察病灶密度不均,易出现空洞和支气管播散灶。肺炎球菌肺炎经有效抗生

素治疗 3~5 d 之后,体温迅速下降,随后症状改善,肺内炎症亦较快吸收。

2. 肺癌 早期肺癌或少数周围性肺癌及肺癌并发阻塞性肺炎时的 X 线征象易与肺炎混淆。但肺癌病人多数年龄在 40 岁以上,常有吸烟史,刺激性咳嗽和痰中带血,通常无显著急性感染中毒症状,血白细胞计数不高,如果痰中找到癌细胞则可以明确诊断。有时需在抗生素试验性治疗下做密切的动态观察,经过一段时间后才能最后做出诊断。值得注意的是:肺并发阻塞性肺炎经抗生素治疗后炎症可消退,但短期内又复发或出现肿瘤阴影,肺门淋巴结肿大及肺不张,均应及时做 CT、纤维支气管镜检查以尽早做出诊断,有些病例须经开胸探查方能确诊。

3. 其他病原体所致的肺炎 金黄色葡萄球菌肺炎、克雷伯杆菌及绿脓杆菌肺炎的临床症状均较严重,均与肺炎球菌肺炎有相似之处,痰或血的细菌培养是鉴别的主要依据。病毒性肺炎或支原体肺炎的病情一般较轻,血白细胞计数常无明显增加。根据临床表现,病原体分离或血液免疫学试验等有助于鉴别。

第五节 肺炎克雷伯杆菌肺炎

【病因和发病机理】

肺炎克雷伯杆菌肺炎亦称肺炎杆菌肺炎,是由肺炎克雷伯杆菌引起的急性肺部炎症,多见于老年,患有慢性支气管-肺疾病、免疫功能低下,营养不良及全身衰竭的病人。近 30 余年来,该菌已成为院内获得性肺炎的主要致病菌,耐药株不断增加,且产生超广谱酶,引起临床高度重视。

肺炎克雷伯杆菌常存在于人体上呼吸道和肠道,在机体免疫功能严重受损时易于发病,如应用激素和免疫抑制剂及抗代谢药物,恶性肿瘤、糖尿病、慢性肝病、酒精中毒、粒细胞减少症、白血病、某些侵入性检查、手术、机械通气、湿化器、雾化器等都有可能引起感染发病。感染的主要途径为口腔吸入,肺外感染灶也可随血行引起肺部感染。

【诊断】

本病好发于原有肺部疾病、糖尿病、手术后和酒精中毒病人,以中老年男性多见。发病与肺炎球菌肺炎相似,起病急、寒战、高热、咳嗽、咳痰、痰多黏稠,可呈砖红色胶冻状、胸痛、呼吸急促、发绀、心悸,可早期出现休克,体格检查典型病例肺有实变征,呼吸音可因气道堵塞减弱,也可因实变而增强。胸部 X 线表现常呈多样性,包括大叶实变、小叶浸润和脓肿形成。大叶实变多位于右肺上叶、双肺下叶,或出现多发性蜂窝状肺脓肿。由于炎症渗出液量多、黏稠且重,常使叶间隙下坠,少数呈支气管肺炎或两侧肺外周浸润,有时也可呈两侧肺门旁浸润。

血白细胞计数与中性粒细胞多增高,核左移,白细胞减少者预后差。痰培养可发现肺炎克雷伯杆菌,有时还可发现其他革兰阴性杆菌或肺炎球菌。这种混合性痰菌感染在继发性肺炎杆菌肺炎中常见,并应注意排除口咽部污染的可能。

【鉴别诊断】

1. 肺炎球菌肺炎 肺炎球菌肺炎起病急、寒战、高热、咳嗽、胸痛、肺实变体征与本病有诸多相似之处。一般来说,肺炎球菌肺炎好发于原来身体健康的青壮年男性,常有受寒、淋雨、醉酒及上呼吸道感染史,胸部 X 线表现为累及一叶或某一肺段炎症浸润影,无空洞形成,抗生素治疗 3~5 d 后体温多能迅速下降。确诊有赖于细菌学检查。

2. 肺结核 结核病人病程长,常有低热、盗汗、食欲缺乏、体重下降等全身症状,X 线胸片

肺部病灶密度不均匀,易有支气管播散灶。一般抗生素治疗无效。痰结核菌检查有助于确诊。

3. 其他常见革兰阴性杆菌肺炎 肺部革兰阴性杆菌感染如肺炎杆菌、绿脓杆菌、流感嗜血杆菌、大肠杆菌感染的共同点为肺实变或病变融合,组织坏死后容易形成多发性脓肿,常双侧肺下叶均受累,若波及胸膜,可引起胸膜渗液或脓胸。其鉴别主要依据病原学检查,从痰中或血中培养出致病菌可作为病原学确诊。为避免口腔常存菌的污染,可用塑料导管经环甲膜穿刺从气管内吸痰,或用纤维支气管镜从下呼吸道吸痰及通过防污染毛刷取样做细菌培养。

第六节 军团菌肺炎

【病因和发病机理】

军团菌肺炎是由革兰阴性嗜肺军团杆菌所引起的肺炎,以小的暴发性流行为其特点,散发病例以“机会感染”和“院内感染”为主,病死率较一般细菌性肺炎高。

军团菌是一类需要特殊营养的革兰阴性需氧菌,在含有 L-半胱氨酸亚铁盐酵母浸膏及活性酵母浸液琼脂培养基(B-CYE培养基)上始能生长。军团菌存在于水和土壤中,主要通过污染水的气雾吸入呼吸道引起感染。年老体弱,慢性心、肺、肾病、糖尿病,恶性肿瘤,血液病。艾滋病或接受免疫抑制剂者,易患本病。

【诊断】

军团菌肺炎潜伏期 2~10 d,平均 4 d。典型病例常为亚急性起病,免疫抑制病人可突然发病。起病初期表现有疲乏、无力、食欲缺乏、嗜睡、畏寒、发热等。随后出现高热,寒战、头痛、胸痛、肌痛、咳嗽、咳脓痰,也可出现血性痰。部分病人有相对缓脉、消化道病状如呕吐、腹痛、腹泻及精神神经病状包括焦虑、嗜睡、神志模糊、谵妄等。病人呈急性病容,呼吸急促与肺受累程度有关。早期常有双肺散在湿啰音,偶有少量胸腔积液,多数病人有肺实变体征。随着肺部病变进展,重者可发生呼吸衰竭。

血白细胞计数正常或升高,中性粒细胞核左移,白细胞减少者预后差。可有蛋白尿、血尿、肝功能异常、乳酸脱氢酶升高、低钠血病、低镁血病。X线胸片早期表现为片状或节段状肺泡浸润,继而肺实变,以下肺野多见,可单侧或双侧,亦可累及全肺野,可出现空洞或肺脓肿及胸腔积液征。支气管抽吸物、痰液、胸水、血液中培养分离出军团菌是最有力的诊断依据。军团菌生长条件严格,需用特殊培养基,培养阳性率很低。间接免疫荧光抗体检测、血清试管凝集试验及血清微量凝集试验,前后两次抗体滴度呈 4 倍增长,分别达 1:128、1:160 或更高者,均可诊断。

【鉴别诊断】

军团菌肺炎主要应与其他细菌性肺炎鉴别,以下几点有助于鉴别:①本病可呈暴发性流行;②流行病学对散发病例有参考诊断价值;③肺部症状相对较少而肺外表现相对突出;④持续高热与相对缓脉;⑤痰或气管内抽吸物革兰染色和一般培养均阴性;⑥用青霉素、氨基糖苷类或头孢菌类素治疗无效;⑦确诊须依靠实验室检查。

第七节 肺脓肿

【病因和发病机理】

肺脓肿是由多种病原菌引起的肺部化脓感染,早期为肺组织的感染性炎症,继而坏死、液化,由肉芽组织包绕形成脓肿。临床上有高热、咳嗽、脓肿破溃进入支气管后咳出大量脓性痰为特征。X线检查显示含气液平面的空洞。自从抗生素广泛应用以来,肺脓肿的发病率已大为减少。

引起肺脓肿的病原菌有需氧、兼性厌氧和厌氧细菌,如肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、克雷伯杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌、肺炎链球菌、肠球菌、产黑色素杆菌、韦永球菌等。病原菌可通过三种途径进入肺部引起感染:①吸入性肺脓肿:吸入口腔或上呼吸道带有病菌的分泌物或呕吐物;②血源性肺脓肿:身体某些部位的感染灶引起败血症,脓毒菌栓循血行播散到肺引起小血管栓塞、炎症、坏死而形成肺脓肿;③继发性肺脓肿:一些支气管-肺疾病如支气管扩张、支气管囊肿、支气管肺癌、肺结核空洞或继发感染导致肺脓肿。

【诊断】

急性吸入性肺脓肿起病急,有畏寒、高热、体温可高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,咳嗽、咳黏液性痰或黏液脓痰,可有胸痛、气促、乏力、食欲缺乏、精神萎靡等。早期痰量不多,7~10 d后,当脓肿破溃到支气管时突然咳出大量脓臭痰及坏死组织,每日可达300~500 ml。臭痰多由厌氧菌感染引起。部分病人有不同程度的咯血,偶有中、大量咯血而突然窒息致死者。一般在咳出大量脓痰后,体温明显下降,全身毒性症状随之减轻,数周内一般情况逐渐恢复正常。

继发性肺脓肿的临床表现依据原发病而定,一般起病较缓慢,突然咳出大量脓臭痰者较少。血源性肺脓肿多先有原发病灶引起的畏寒、高热等全身毒血症的表现,经数日或数周后才出现咳嗽、咳痰,脓臭痰少,咯血亦不常见。

体征与肺脓肿的大小和部位有关。病变较小或位于肺脏的深部,可无异常体征。病变较大,可出现实变体征,叩诊呈浊音或实音,肺脓肿增大时,叩诊可有空瓮音;听诊呼吸音减低,有时可闻湿啰音或支气管呼吸音;慢性肺脓肿病人患侧胸廓略塌陷,常有杵状指(趾)。血源性肺脓肿体征大多阴性。

血白细胞计数升高,可达 $(20\sim 30)\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞在80%~90%以上,核明显左移,常有中毒颗粒。慢性肺脓肿病人的白细胞无明显改变,但可有轻度贫血。痰细菌学检查,包括厌氧菌培养,有助于确定病原体和指导临床用药。血源性肺脓肿病人的血培养可发现致病菌。急性肺脓肿病变早期X线呈现团片状浓密阴影,脓肿破溃支气管后出现脓肿及液平面。慢性肺脓肿腔壁增厚。血源性肺脓肿有两肺多个团片状密度增高影或边缘较整齐的球形病灶,其中可见脓腔及液平面。炎症吸收后可出现局灶性纤维化或小气囊后遗阴影。

【鉴别诊断】

1. 细菌性肺炎 早期肺脓肿与细菌性肺炎在症状及X线胸片表现上很难区别。细菌性肺炎中以肺炎球菌肺炎最常见,常伴有口唇疱疹,咳铁锈色痰而无大量黄脓痰。胸部X线片示肺叶或段性实变或呈片状淡薄炎性病变,边缘模糊不清,没有空腔形成。但金黄色葡萄球菌、肺炎杆菌肺炎可咳脓性痰并可形成脓腔样改变,依据痰或血的细菌学检查可做出鉴别。

2. 空洞性肺结核 慢性纤维空洞性肺结核起病缓慢,病程长,常有结核中毒症状,如慢性