

内科常见疾病的 诊治及护理

主 编 姜丽波

副主编 任慧 吴晓辉 杨青兰

黑龙江人民出版社

内科常见疾病的 诊治及护理

主编 姜丽波
副主编 任慧 吴晓辉 杨青兰

黑龙江人民出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科常见疾病的诊治及护理/姜丽波主编. —哈尔滨:黑龙江人民出版社, 2009. 6

ISBN 978 - 7 - 207 - 08251 - 0

I. 内... II. 姜 III. ①内科—常见病—诊疗 ②内科—常见病—护理 IV. R5 R473. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 102364 号

责任编辑: 李智新

封面设计: 张目光

内科常见疾病的诊治及护理

Neike Changjian Jibing De Zhenzhi Ji Huli

主编: 姜丽波 副主编: 任慧 吴晓辉 杨青兰

出版发行 黑龙江人民出版社

通讯地址 哈尔滨市南岗区宣庆小区 1 号楼

邮 编 150008

网 址 [www. longpress. com](http://www.longpress.com)

电子邮箱 [hljrmcbs@ yeah. net](mailto:hljrmcbs@yeah.net)

印 刷 哈尔滨天兴速达印务有限责任公司

开 本 880 × 1230 1/16

印 张 37.5

字 数 1 000 000

版 次 2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 207 - 08251 - 0/R · 260

定 价: 92.00 元

(如发现本书有印制质量问题,印刷厂负责调换)

本社常年法律顾问:北京市大成律师事务所哈尔滨分所律师赵学利、赵景波

前 言

近年来随着医学研究的快速发展,疾病的诊断、治疗及护理手段不断进步。

为了患者,每个医师都应努力钻研业务、更新知识、提高专业技术水平,在掌握本学科基础知识及技能同时并不断掌握新动态、新理论、新方法。为此,我们组织了临床内科 20 余位一线工作的医师,参考文献资料、总结实际工作经验编写出这本《内科常见疾病的诊治及护理》,与同行共同学习。本书参编人员姓名、参编内容及字数如下:

刘彤嫒	呼吸系统疾病	5 万余字
刘旭之	呼吸系统疾病	5 万余字
姜春玉	循环系统疾病	5 万余字
吴晓辉	循环系统疾病	3 万余字
王艳丽	循环系统疾病	5 万余字
姜 淼	循环系统疾病	2 万余字
桑亚杰	循环系统疾病护理	2 万余字
李雪松	消化系统疾病	5 万余字
吴培军	消化系统疾病	2 万余字
王焕玲	消化系统疾病护理	2 万余字
谷宝华	泌尿系统疾病	5 万余字
朱喜双	泌尿系统疾病	2 万余字
齐彦彦	泌尿系统疾病护理	2 万余字
姜丽波	血液系统疾病	8 万余字
任 慧	血液系统疾病实验室检查	5 万余字
曲延章	血液系统疾病	8 万余字
吴 迪	内分泌系统疾病	5 万余字
张阿新	内分泌系统疾病护理	2 万余字
杨青兰	神经系统疾病	3 万余字
高晓艳	神经系统疾病	2 万余字
周萍萍	神经系统疾病	2 万余字
谷 艳	神经系统疾病	2 万余字
夏彩秋	神经系统疾病	2 万余字
刘 爽	神经系统疾病	2 万余字
孙雪莲	神经系统疾病	2 万余字
徐彦华	神经系统疾病	2 万余字
张玲玲	神经系统疾病护理	2 万余字

由于编写仓促,特别是作者的个人水平和医学知识有限,不足及错漏在所难免,敬请读者给予批评指正。

编 者

2009 年 5 月

目 录 | Contents

第一篇 呼吸系统疾病

第一章 总论	(1)
第二章 急性上呼吸道感染和急性气管 - 支气管炎	(6)
第一节 急性上呼吸道感染	(6)
第二节 急性气管 - 支气管炎	(7)
第三章 肺炎	(9)
第一节 总论	(9)
第二节 肺炎链球菌肺炎	(11)
第三节 葡萄球菌肺炎	(12)
第四节 克雷白杆菌肺炎	(13)
第五节 军团菌肺炎	(15)
第六节 肺炎支原体肺炎	(16)
第七节 衣原体肺炎	(17)
第八节 肺部真菌感染	(18)
第九节 艾滋病并发肺部感染	(20)
第四章 胸腔积液	(22)
第五章 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和肺原性心脏病	(24)
第一节 慢性支气管炎	(24)
第二节 阻塞性肺气肿	(28)
第三节 肺心病	(31)
第六章 肺结核	(40)
第七章 肺血栓栓塞	(46)
第八章 支气管哮喘	(51)

第九章 肺癌	(56)
第二篇 循环系统疾病	
第一章 心力衰竭	(64)
第二章 高血压	(77)
第一节 原发性高血压	(78)
第二节 继发性高血压	(88)
第三章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(91)
第一节 稳定型心绞痛	(92)
第二节 不稳定型心绞痛	(98)
第三节 心肌梗死	(99)
第四节 缺血性心肌病	(109)
第五节 猝死	(111)
第四章 急性心包炎	(111)
第五章 心肌疾病	(115)
第一节 扩张型心肌病	(116)
第二节 肥厚型心肌病	(118)
第六章 心肌炎	(121)
第七章 先天性心脏病	(126)
第一节 房间隔缺损	(129)
第二节 室间隔缺损	(130)
第三节 动脉导管未闭	(132)
第八章 心脏瓣膜病	(134)
第一节 二尖瓣狭窄	(134)
第二节 二尖瓣关闭不全	(137)
第三节 主动脉瓣狭窄	(140)
第四节 主动脉瓣关闭不全	(144)
第五节 三尖瓣狭窄和关闭不全	(148)
第六节 肺动脉狭窄和关闭不全	(150)
第七节 多瓣膜病变	(151)
第九章 感染性心内膜炎	(151)
第一节 自体瓣膜心内膜炎	(152)

第二节 人工瓣膜和静脉药瘾者心内膜炎	(157)
第十章 循环系统疾病护理	(159)
第一节 心力衰竭的一般常规护理	(159)
第二节 心绞痛护理	(162)
第三节 心肌梗死护理	(163)
第四节 感染性心内膜炎护理	(167)
第五节 心肌疾病护理	(167)
第六节 高血压护理常规	(169)
第七节 心瓣膜病护理	(171)

第三篇 消化系统疾病

第一章 慢性胃炎	(173)
第二章 消化性溃疡	(177)
第三章 胃癌	(183)
第四章 大肠癌	(186)
第五章 肝硬化	(188)
第六章 急性胰腺炎	(194)
第七章 酒精性肝炎	(198)
第八章 原发性肝癌	(201)
第九章 结核性腹膜炎	(206)
第十章 上消化道大量出血	(209)
第十一章 内镜治疗学	(212)
第一节 消化道出血的内镜止血法	(212)
第二节 食管静脉曲张的内镜下硬化疗法	(213)
第三节 食管静脉曲张的内镜下结扎法	(214)
第四节 息肉切除术	(214)
第五节 癌的内镜治疗	(216)
第十二章 消化系统疾病护理	(217)
第一节 消化系统疾病病人常见症状体征的护理	(217)
第二节 消化性溃疡护理	(220)
第三节 肝硬化护理	(222)

第四节 急性胰腺炎护理 (225)

第五节 上消化道大量出血护理 (227)

第四篇 泌尿系统疾病

第一章 急性肾功能衰竭 (232)

第二章 慢性肾功能衰竭 (239)

第三章 肾小球肾炎 (250)

第一节 急性肾小球肾炎 (250)

第二节 急进性肾小球肾炎 (256)

第三节 慢性肾小球肾炎 (258)

第四章 肾病综合征 (262)

第五章 IgA 肾病 (268)

第六章 泌尿道感染 (270)

第七章 肾脏系统疾病护理 (276)

第一节 急性肾小球肾炎护理 (276)

第二节 慢性肾小球肾炎护理 (277)

第三节 肾病综合征护理 (279)

第四节 急性肾衰竭护理 (281)

第五节 慢性肾衰竭护理 (283)

第六节 血液透析 (284)

第五篇 血液系统疾病

第一章 血液疾病总论 (289)

第一节 血液系统结构与功能特点 (289)

第二节 血液病的实验室检查 (292)

第二章 常见贫血性疾病 (297)

第一节 缺铁性贫血 (297)

第二节 巨幼细胞性贫血 (302)

第三节 再生障碍性贫血 (305)

第四节 溶血性贫血 (310)

第五节 自身免疫性溶血性贫血 (315)

第三章 白血病 (316)

第一节 白血病分类 (316)

第二节 急性白血病	(321)
第三节 慢性粒细胞白血病	(330)
第四章 恶性淋巴瘤	(334)
第一节 淋巴网状系统疾病总论	(334)
第二节 霍奇金病	(336)
第三节 非霍奇金淋巴瘤	(354)
第五章 恶性组织细胞病	(381)
第六章 骨髓纤维化	(381)
第七章 常见出血性疾病	(383)
第一节 过敏性紫癜	(383)
第二节 特发性血小板减少性紫癜	(384)
第三节 血友病	(387)
第四节 弥漫性血管内凝血	(388)
第八章 血液病基本检查方法	(393)
第一节 采血法	(393)
第二节 抗凝剂	(394)
第三节 网织红细胞计数	(395)
第四节 血细胞形态	(397)
第五节 血液病常用细胞组织化学染色法	(401)
第六篇 内分泌代谢性疾病	
第一章 总论	(415)
第二章 下丘脑-垂体疾病	(418)
第三章 垂体前叶功能减退症	(421)
第四章 皮质醇增多症	(424)
第五章 原发性醛固酮增多症	(427)
第六章 甲状腺功能亢进症	(429)
第七章 甲状腺机能减退症	(434)
第八章 代谢性疾病	(436)
第一节 糖尿病	(436)
第二节 糖尿病酮症酸中毒	(443)

第三节 高渗性非酮症糖尿病昏迷	(445)
第九章 代谢性内分泌疾病护理	(446)
第一节 代谢性内分泌系统疾病一般护理	(446)
第二节 垂体瘤病人标准护理计划	(449)
第三节 甲状腺功能亢进的护理	(451)
第四节 嗜铬细胞瘤的护理	(453)
第五节 糖尿病护理	(454)
 第七篇 神经系统疾病	
第一章 总论	(459)
第二章 神经系统疾病的常见症状	(460)
第一节 头痛	(460)
第二节 眩晕	(465)
第三节 昏迷	(469)
第四节 痴呆	(475)
第五节 晕厥	(478)
第六节 失语症	(481)
第七节 失认症	(486)
第八节 颅内高压症	(488)
第三章 脑神经疾病	(491)
第一节 嗅神经疾病	(491)
第二节 视神经疾病	(493)
第三节 三叉神经疾病	(495)
第四节 面神经疾病	(500)
第五节 耳蜗、前庭神经疾病	(505)
第四章 脊神经疾病	(508)
第一节 概论	(508)
第二节 多发性神经病	(510)
第三节 急性感染性脱髓鞘性多发性神经根神经病变	(511)
第四节 良性流行性神经肌无力	(516)
第五节 臂丛神经痛	(517)
第六节 坐骨神经痛	(523)
第五章 脑血管痉挛	(528)

第六章 脑缺血性疾病	(531)
第一节 短暂性脑缺血发作	(531)
第二节 脑梗死	(535)
第三节 脑栓塞	(544)
第四节 脑腔隙性梗塞	(546)
第七章 脑出血	(548)
第八章 蛛网膜下腔出血	(551)
第九章 锥体外系统疾病	(553)
第一节 概述	(553)
第二节 帕金森病	(555)
第十章 癫痫	(558)
第十一章 脊髓疾病	(562)
第一节 脊髓疾病概述	(562)
第二节 急性脊髓炎	(564)
第十二章 肌肉疾病	(566)
第一节 概述	(566)
第二节 重症肌无力	(567)
第三节 周期性瘫痪	(571)
第十三章 神经系统疾病护理	(572)
第一节 神经系统疾病病人常见症状体征的护理	(572)
第二节 周围神经疾病护理	(575)
第三节 脑卒中急性期的护理	(577)
第四节 脑卒中慢性期的护理	(582)

第一篇 呼吸系统疾病

第一章 总 论

呼吸系统疾病是危害人民健康和生命的常见病和多发病。根据我国 2006 年的死因调查结果, 呼吸系统疾病(不包括肺癌)占城市人口死亡率的第四位,而在农村则占第三位。更应重视的是由于大气污染、吸烟、人口老龄化及其他因素,使国内外的慢性阻塞性肺病(简称慢阻肺,包括慢性支气管炎、肺气肿、肺心病)、支气管哮喘、肺癌、肺部弥漫性间质纤维化,及免疫力低下性肺部感染,特别是卡氏肺囊虫肺炎呼吸系统疾病死亡率有增无减。目前多个国家出现的人禽流感病死率超过 60%。这说明呼吸系统疾病危害人类日益严重,如未予控制,日后将更为突出,这就需要广大医务工作者及全社会的努力,做好呼吸系统疾病的防治工作。

一、影响呼吸系统疾病增加的主要相关因素

(一)呼吸系统的结构功能与疾病的关系 呼吸系统在人体的各种系统中与外界环境接触最频繁,接触面积大。成年人在静息状态下,每日有 12000L 气体进出于呼吸道,在 3 亿 ~ 7.5 亿肺泡(总面积约 100m²)与肺循环的毛细血管中进行气体交换,从外界环境吸取氧,并将二氧化碳排至体外。在呼吸过程中,外界环境中的有机或无机粉尘,包括各种微生物、异性蛋白过敏原、尘粒及有害气体等皆可吸入呼吸道、肺部,引起各种病害。其中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;吸入低水溶性的氮氧化物、光气、硫酸二甲酯等气体,损害肺泡和肺毛细血管会发生急性肺水肿。因而呼吸系统的防御功能至关重要,当各种原因引起防御功能下降或外界的刺激过强时,均可引起呼吸系统的损伤及病变。

肺由两组血管供应,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、肺梗塞、转移性肺癌。消化系统的肿瘤可以引起两肺转移癌病灶,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。此外全身性疾病、肾脏病及血液病等均可累及肺。肺还具有非呼吸性功能,如肺癌异位性激素的产生和释放所产生的内分泌综合征。

肺循环的血管与气管-支气管同样越分越细,细小动脉的截面积大,肺毛细血管床面积更大,且很易扩张。因此,肺为一个低压(肺循环血压仅为体循环血压的 1/10)、低阻、高容的器官。当二尖瓣狭窄、左心功能衰竭、肝硬化、肾病综合征和营养不良的低蛋白血症时,会发生肺间质水肿,或胸腔漏出液。

(二)社会人口老龄化 随着科学和医学技术的突飞猛进,人类寿命延长的速度也迅速加快。据联合国人口司预测,到 2025 年全世界 60 岁以上人口将增至 11.21 亿,占世界人口 13.7%,其中

2 内科常见疾病的诊治及护理

发展中国家为 12%，发达国家达 23%。1993 年底，上海市 60 岁以上的老年人已超过 210 万，占总人口的 16%，2025 年上海市老人将达 400 万，占总人口 28% 以上。呼吸系统疾病如慢阻肺、肺癌等均随年龄的增加，其患病率亦随之上升。由于老年的机体免疫功能低下，且易引起吸入性肺炎，即使各种新抗生素相继问世，肺部感染仍居老年感染疾病之首位，常为引起死亡的直接因素。

(三) 大气污染和吸烟的危害 病因学研究证实，呼吸系统疾病的增加与空气污染、吸烟密切相关。有资料证明，空气中烟尘或二氧化硫超过 $1000\mu\text{g}/\text{m}^3$ 时，慢性支气管炎急性发作显著增多；其他粉尘如二氧化碳、煤尘、棉尘等可刺激支气管黏膜、减损肺清除和自然防御功能，为微生物入侵创造条件。工业发达国家比工业落后国家的肺癌发病率高，说明与工业废气中致癌物质污染大气有关。吸烟是小环境的主要污染源，吸烟与慢性支气管炎和肺癌关系密切。1994 年世界卫生组织提出吸烟是世界上引起死亡的最大“瘟疫”，经调查表明发展中国家在近半个世纪内，吸烟吞噬生灵 6 千万，其中 $2/3$ 是 45 岁~65 岁，吸烟者比不吸烟者早死 20 年。现在我国烟草总消耗量占世界首位，青年人吸烟明显增多，未来 20 年中，因吸烟而死亡者将会急剧增多。

(四) 医学科学和应用技术的进步使诊断水平提高 近年来，生理学、生化、免疫、药理、核医学、激光、超声、电子技术等各领域科研的进展为呼吸系统疾病的诊断提供了条件。现采用细胞及分子生物学技术对一些呼吸系统疾病的病因、发病机制、病理生理等有了新的、较全面的认识，使疾病更够准确、更早期得以确诊和治疗。

(五) 呼吸系统疾病长期以来未能得到足够的重视 由于呼吸器官具有巨大生理功能的储备能力，平时只需 $1/20$ 肺呼吸功能便能维持正常生活，故肺的病理变化，临床上常不能如实反映；呼吸系统疾病的咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气急等症状缺乏特异性，常被人们及临床医师误为感冒、气管炎，而对重症肺炎、肺结核或肺癌等疾患延误了诊断；或因反复呼吸道感染，待发展到肺气肿、肺心病，发生呼吸衰竭才被重视，但为时已晚，其病理和生理功能已难以逆转。

二、呼吸系统疾病的诊断和鉴别诊断

与其他系统疾病一样，周密详细的病史和体格检查是诊断呼吸系统疾病的基础，X 线胸部检查对肺部病变具有特殊的重要作用。由于呼吸系统疾病常为全身性疾病的一种表现，还应结合常规化验及其他特殊检查结果，进行全面综合分析，力求作出病因、解剖、病理和功能的诊断。

(一) 病史 了解对肺部有毒物质的职业和个人史。如是否接触各种无机、有机粉尘、发霉的干草、空调机；询问吸烟史时，应有每年包数的定量记载；有无生食溪蟹或蝾螈而可能感染肺吸虫史；曾否使用可致肺部病变的某些药物，如博来霉素、乙胺碘酮可能引起肺纤维化、 β -肾上腺素能阻滞剂可导致支气管痉挛、氨基甙类抗生素可引起呼吸肌肌力降低等；还有一些遗传性疾病，如支气管哮喘、肺泡微结石症、特发性纤维化、囊性纤维化等可有家族史。

(二) 症状 呼吸系统的咳嗽、咳痰、咯血、气急、哮喘、胸痛等症状，虽为一般肺部所共有，但仍各有一定的特点，可能为诊断提供参考。

1. 咳嗽 急性发作的刺激性干咳常为上呼吸道感染引起，若伴有发热、声嘶，常提示急性病毒性咽、喉、气管、支气管炎。慢性支气管炎，咳嗽多在寒冷天发作，气候转暖时缓解。急性发作的咳嗽伴胸痛，可能是肺炎。体位改变时咳嗽加剧，常见于肺脓肿、支气管扩张。支气管癌初期出现刺激性干咳，当肿瘤增大阻塞气道，出现高音调的阻塞性咳嗽伴有呼吸困难。发作性干咳（尤其在夜间规律发作），可能是咳嗽型哮喘的一种表现，晚间阵发性咳嗽，伴平卧式呼吸困难可见于左心衰竭的患者。持续而渐进性加重的刺激性咳嗽伴有气促（急）则考虑特发性肺纤维化，如伴咳白色泡沫样痰考虑支气管肺泡癌可能性大。慢性咳嗽的常见病因为：咳嗽变异性哮喘、胃食管反流病、鼻炎、慢性支气管炎、ACEI 类药物所致。

2. 咳痰 痰的性质(浆液、黏液、黏液脓性、脓性)、量、气味,对诊断有一定帮助。慢支咳白色泡沫或黏液痰。支气管扩张、肺脓肿的痰呈黄色脓性,且量多,伴厌氧菌感染时,脓痰有恶臭。肺炎链球菌感染咳铁锈色痰。肺炎克雷伯杆菌感染咳红棕色胶冻样痰。肺水肿时,咳粉红色稀薄泡沫痰。肺阿米巴病呈咖啡色痰。肺吸虫病为果酱样痰。痰量突然减少,且出现体温升高,可能与支气管引流不畅有关。

3. 咯血 咯血可以从痰中带血到整口鲜红血。肺结核、支气管肺癌以痰血或少量咯血为多见;支气管扩张的细支气管动脉形成小动脉瘤(体循环)或肺结核空洞壁动脉瘤破裂可引起反复、大量咯血,24h达300ml以上。此外咯血应与口鼻喉和上消化道出血相鉴别。咳血还见于肺脓肿、肺炎、肺栓塞、血管炎/肺泡出血综合征、侵袭性真菌病。

4. 呼吸困难 按其发作快慢分为急性、慢性和反复发作性。急性气急伴胸痛常提示肺炎、气胸、胸腔积液,应注意肺梗塞常表现不明原因的呼吸困难,常伴胸痛,咳血。左心衰竭患者常出现夜间阵发性端坐呼吸困难。慢性进行性气急见于慢性阻塞性肺病、弥散性肺间质纤维化疾病。支气管哮喘发作时,出现呼气性呼吸困难,且伴哮鸣音,缓解时可消失,下次发作时又复出现。呼吸困难可分吸气性、呼气性和混合性三种。如喉头水肿、喉气管炎症、肿瘤或异物引起上气道狭窄,出现吸气性喘鸣音;哮喘或喘息性支气管炎引起下呼吸道广泛支气管痉挛,则引起呼气性哮鸣音。此外,气管、支气管结核亦可产生不同程度的吸气相或双相呼吸困难,并进行性加重。

5. 胸痛 肺和脏层胸膜对痛觉不敏感,肺炎、肺结核、肺梗塞、肺脓肿、胸膜间皮瘤等病变累及壁层胸膜时,方发生胸痛。胸痛伴高热,考虑肺炎。肺癌侵及胸壁层胸膜或骨,出现隐痛,持续加剧,乃至刀割样痛。突发性胸痛伴咳血和(或)呼吸困难应考虑肺栓塞。胸膜炎常在胸廓活动较大的双(单)侧下胸痛,与咳嗽、深呼吸有关。自发性气胸可在剧咳或屏气时突然发生剧痛。亦应注意与非呼吸系统疾病引起的胸痛相鉴别,如心绞痛、心包炎、自身免疫病、纵隔、食管、膈和腹腔疾患所致的胸痛。

(三)体征 由于病变的性质、范围不同,胸部疾病的体征可完全正常或出现明显异常。气管支气管病变以干湿啰音为主;肺部炎变有呼吸音性质、音调和强度的改变,如肺炎吸气相小水泡音,如大片炎变呈实变体征;胸腔积液、气胸、或肺不张可出现相应的体征,可伴有气管的移位。特发性肺纤维化可在双肺出现吸气相高调爆裂音。

胸部疾患可伴有肺外的表现,常见的有支气管-肺和胸膜化脓性病变的杵状指(趾);某些支气管肺癌所致的肺性骨关节病、杵状指,还有因异位内分泌症群等副癌综合征。

(四)实验室和其他检查

1. 血液检查 呼吸系统感染时,常规血白细胞和中性粒细胞增加,有时还伴有毒性颗粒;嗜酸粒细胞增加提示过敏性因素或寄生虫、曲霉感染。外源性哮喘患者75%有IgE升高,可排除寄生虫感染。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,对于病毒、支原体、细菌等感染的诊断有一定帮助。

2. 抗原皮肤试验 哮喘的过敏原皮肤试验阳性有助于用抗原做脱敏治疗。对结核或真菌呈阳性的皮肤反应仅说明已受感染,并不能肯定患病。

3. 痰液检查 痰涂片在低倍镜视野里上皮细胞<10个,白细胞>25个为相对污染少的痰标本,定量培养菌量 $\geq 10^7$ cfu/ml可判定为致病菌。若经环甲膜穿刺气管吸引、或经纤支镜防污染双套管毛刷采样,可防止咽喉部寄殖菌的污染,对肺部微生物感染病因诊断和药物选用有重要价值。做痰脱落细胞检查,有助于肺癌的诊断。

4. 胸液检查和胸膜活检 常规胸液检查可明确渗出还是漏出性胸液。检查胸液的溶菌酶、腺苷脱氨酶、癌胚抗原测定及染色体分析,有利于结核与癌性胸液的鉴别。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 胸部荧光透视配合正侧位胸片,可见到被心、膈等掩盖的病变,并能观察膈、心血管活动情况。高电压、体层摄片和 CT 能进一步明确病变部位、性质以及有关气管支气管通畅程度。磁共振影像对纵隔疾病和肺动脉栓塞可有较大帮助。支气管造影术对支气管扩张、狭窄、阻塞的诊断有助。肺血管造影用于肺栓塞和各种血管先天的或获得性的病变;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 硬质支气管镜检查已被纤支镜所替代,仅必要时用于作气管内肿瘤或异物的摘除手术。纤支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,做黏膜的刷检或钳检,进行组织学检查;并可经纤支镜做支气管肺泡灌洗,冲洗液的微生物、细胞、免疫学、生物化学等检查,以利明确病原和病理诊断;还通过它取出异物、诊治咯血,经高频电力、激光、微波治疗良恶性肿瘤。借助纤支镜的引导还可作鼻气管插管治疗。

7. 放射性核素扫描 应用 133 氙雾化吸入和巨聚颗粒人白蛋白 99m 锝静脉注射,对肺区域性通气/血流情况、肺血栓栓塞和血流缺损,以及占位性病变诊断有帮助。67 镱对间质性肺纤维化的肺肺炎、结节病和肺癌等诊断有一定参考价值。

8. 肺活组织检查 经纤支镜做病灶肺活检,可反复取材,有利于诊断和随访疗效;近胸壁的肺肿块等病灶,可在胸透、B 型超声或 CT 下定位做经胸壁穿刺肺活检,进行微生物和病理检查。以上两种方法不足之处为所取肺组织过小;故为明确诊治需要,必要时可做剖胸肺活检。

9. 诊断性人工气胸或气腹术 可鉴别肿块在肺或胸膜上,以及病灶是在膈上、膈或膈下。

10. 超声检查 做胸腔积液定位及肺外周肿物定位,指导穿刺抽液及穿刺活检。

11. 呼吸功能测定 通过其测定可了解呼吸疾病损害功能的性质及其程度。如慢阻肺等疾病表现为阻塞性通气功能障碍,而肺间质纤维化、胸廓畸形、胸腔积液、胸膜增厚或肺切除术后均示限制性通气损害。两种通气障碍的特点见表 1-1。测定通气与血流在肺内的分布、右至左静脉血的分流,以及弥散功能,有助于明确换气功能损害的情况,如肺间质性纤维化疾患的弥散功能损害尤为突出。呼吸肌功能和呼吸中枢敏感性和反应性测定,再结合动脉血气分析,对呼吸衰竭(呼衰)病理生理有了进一步了解,并能对呼衰的性质、程度、指导治疗,以及疗效作出全面的评价。

表 1-1 阻塞性和限制性通气功能障碍的肺容量和气道阻力的特征性变化

	阻塞性	限制性
VC	减低或正常	减低
RV	增加	减低
TLC	正常或增加	减低
RV/TLC	明显增加	正常或略增加
FEV1/FVC	减低	正常或增加
MMFR	减低	正常或减低

注:VC 肺活量,RV 残气量,TLC 肺总量,FEV1 第一秒用力呼气量,FVC 用力肺活量,MMFR 最大呼气中期流速。

三、呼吸系统疾病现状与展望

建国以前,呼吸系统疾病以肺部感染性疾病为主,尤以传染性强的肺结核对人民健康和生命危害严重。近半个世纪以来,随着人民生活水平的提高,全国结核病防治网的建立,有效抗结核药物的相继问世,通过早期发现,及时和合理地进行抗结核治疗,我国结核病的控制取得很大成果。解放初期死亡率为 200/100 000 万以上,60 年代初期部分城市降为 40/100 000 万,居死亡原

因之第7位。1979—1990年进行了3次全国大规模抽样调查,肺结核患病率由717/100 000万降至523/100 000万,平均年递减2.8%。但1990年流调揭示我国结核病疫情下降不平衡,沿海省(市)疫情下降快于边远和内陆省、区,农村高于城市的趋势进一步扩大。在27个西太平洋地区成员国排居第18位,与世界先进国家的差距更大,这反映出我国当前结核病防治任务的艰巨性。今后防疫工作重点在农村,尤以边远地区农村更需加强;现国内外老年人结核病的发病率高于青年人,所以对慢性病的老年患者,如糖尿病、长期应用糖皮质激素、抗癌药物等免疫抑制剂和获得性免疫缺陷症(艾滋病)患者应列为重点监测对象。

自从广泛应用抗生素以来,肺炎的病死率显著下降,不过老年患者病死率较高,未见肺炎发病率降低。肺炎病原体随时代进展出现了明显的变迁,细菌性肺炎下降,且病原菌亦有变化。院外感染中肺炎链球菌相应减少,革兰阴性菌(占12%)、支原体(13%)相应增多。医院内感染的肺炎,革兰阴性菌增至40%~53%,以肺炎杆菌、大肠杆菌最多,其次为绿脓杆菌。老年住院患者革兰阴性杆菌感染率高达60%~70%,绿脓杆菌占首位,且耐药菌株在增加。由于长期或滥用新的广谱抗生素、糖皮质激素和抗癌药物,导致菌群紊乱、机体免疫功能低下,而并发条件致病菌感染,如真菌、卡氏肺孢子虫感染。近十多年来嗜肺军团菌肺炎有所增多。

关于肺炎的防治对策,应密切结合临床,尽力找出肺炎病原体,合理应用抗生素和研制新药,提高机体免疫力,注意预防医院内交叉感染。

近半个世纪以来,肺癌发病率和死亡率不断上升,每相隔15年约增加1倍。美国肺癌发病率和死亡率均占恶性肿瘤的首位,我国北京、上海、广州、西安、沈阳等城市男性肺癌占恶性肿瘤首位。工业发达地区肺癌发病率高,吸烟越多发病率越高,呈明显剂量关系。目前常规X线和细胞学检查对早期诊断帮助有限,因确诊时往往已有一定的转移。治疗方法有手术、放射、化疗、免疫和中医中药,至今仍以早期发现肺癌手术切除的疗效最佳。80年代以来,对小细胞肺癌采用以化疗为主,辅以手术和放射性综合治疗,其5年生存率有不同程度的提高。但总的肺癌疗效目前仍不令人满意。近年来对肿瘤遗传基因和免疫生化,以及单克隆抗体作为放射性核素和药物载体等研究,探索肺癌诊治新途径。为降低肺癌发病率,必须积极开展预防,如劝阻吸烟和注意有关致癌因素的一级预防,对高危人群(如年龄>45岁,>4000支/年的吸烟者,以及职业致癌物接触者)开展定期体检,早期发现,以提高长期生存率和降低死亡率。

随着经济的发展,社会的进步,慢阻肺理应下降,但据美国统计,从1979—1986年每10万人口中,心脏病死亡率减少12.3%、脑血管死亡率减少25.5%,而慢阻肺的死亡率增加28.8%。我国15岁以上人群中,慢阻肺平均患病率为1.88%,这严重影响人民健康和劳动力,给社会和个人带来经济损失。现通过小气道功能测定对慢阻肺可作出早期诊断。吸烟无症状的青年人,其小气道功能仍发生异常,且被动吸烟者亦受影响;戒烟7年后小气道功能可改善,老年吸烟者戒烟可减少50%急性呼吸道感染的机会。肺气肿为不可逆的病理改变,但肺心病经合理氧疗和营养,加强呼吸锻炼,改善通气后,肺心病可有所改善。支气管哮喘是气道炎症性疾病引起的气道高反应性疾病,可通过气道反应性测定来发现。工业发达国家哮喘患病率明显增加,病死率1987年比1980年在美国和澳大利亚、丹麦、意大利分别增加40%、60%和1倍。世界卫生组织于1993年制订全球性哮喘防治战略文件。我国哮喘患病率为1%,其防治对策是气道高反应者应避免吸入各种理化刺激因素和过敏原,合理应用消炎药(以吸入糖皮质激素为主)和支气管舒张剂。组织哮喘病人和医药人员的联谊会,提高对哮喘的认识,消除精神心理因素,主动配合防治,从而达到预防、缓解和控制哮喘发作。由于哮喘发病机制甚复杂,故根治困难,需深入研究。

呼吸系统疾病的常见病除上述感染、慢阻肺、肺癌三大类外,近十年来,对弥漫性肺间质纤维化日趋重视,180余种致肺间质纤维化疾病中,约占64%的病因不清,其发病机制和防治还有待深

人研究。

随着社会的人口老龄化和医疗技术水平的提高,呼吸功能损害的各种呼吸系统疾病不断增加,如重症慢阻肺、肺心病等常因感染或胸腹部手术后发生失代偿性的急性呼吸衰竭,还有各种病因所致的急性呼衰,如成人呼吸窘迫综合征。近二十年来,由于呼吸机等医疗器械的不断改进,经临床实践,使呼吸衰竭抢救取得长足的进步。目前许多大医院和医疗中心建立起危重病人呼吸监护室,培养专业医务人员研制有关呼吸监护和抢救医疗设备。通过对呼衰发病机制、病理生理、呼吸支持等系统的研究,开展了切开、鼻气管插管、人工气道机械通气,纠正缺氧和二氧化碳潴留以及酸碱平衡失调和电解质紊乱,控制感染、鼻饲或静脉高营养等积极抢救措施,从而拯救了许多患者的生命。由于呼吸监护密切与临床相结合,使一些呼吸功能障碍的疾患,如睡眠呼吸暂停综合征、通气不足综合征等发病机制、诱发因素得到认识,从而为早期诊断、合理防治提供理论和实践指导,经鼻塞或口鼻面罩机械通气治疗这类综合征取得了可喜的疗效。

随着科学技术和医学事业的发展,人们不仅仅满足于对疾病的诊治,更重要的是如何预防疾病、维护和恢复呼吸功能,延年益寿,提高生活质量。现国内外均立环境保护法、每年5月31日为世界无烟日,以改善人们的生活质量。但这是个开始,呼吸康复医疗的基础理论和技术尚待深入研究,21世纪将是一个呼吸康复医学发展的时代。

综上所述,肺病学是发展中的学科,许多疾病还不了解,为进一步提高防治呼吸系统疾病水平,需要临床与基础、边缘学科的密切协作,在呼吸疾病领域中去不断发现问题、分析问题、解决问题,取得更大成绩,救治更多病人。

(齐齐哈尔医学院附属第三医院 刘彤端)

第二章 急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎

第一节 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总称。常见病原体为病毒,少数是细菌。全身及呼吸道局部防御功能降低易发病。传播途径主要通过飞沫传染,少数由手接触传播。临床常见有普通感冒、细菌性咽-扁桃体炎。

一、临床表现

1. 普通感冒 早期出现咽干、喷嚏,继之鼻塞、流涕、畏寒、低热,也可出现流泪、咽痛。全身症状短暂,有全身酸痛、乏力、食欲不振、低热、轻微头痛等。体检可发现鼻咽部黏膜充血、水肿、有分泌物。部分患者伴发单纯疱疹。病程一般为3~7天,常能自愈。

2. 细菌性咽-扁桃体炎 多由溶血性链球菌引起,次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等引起。起病急,明显咽痛、畏寒、发热,体温可达39℃以上。检查可见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、压痛,肺部无异常体征。