

内科疾病 诊疗指南与护理

NEI KE JI BING ZHEN LIAO ZHI NAN YU HU LI

主编：郭之泉 陈克永 吴家国
巩宪霞 鞠 青 王忠元

中医古籍出版社

内科疾病诊疗指南与护理

主 编 郭之泉 陈克永 吴家国 巩宪霞

鞠 青 王忠元

副主编 (按姓氏笔划排序)

兰国红 冯伟贞 平启艳 刘 平

刘凤芳 朱凤华 孙 丽 杨修元

陈 方 周永达 侯树森 魏淑华

屠 楠 鲍业珠

江苏工业学院图书馆
藏书章

中医古籍出版社

2008 • 北京

图书在版编目(CIP)数据

内科疾病诊疗指南与护理 / 郭之泉、陈克永著, —北京:

中医古籍出版社, 2008. 8

(实用临床诊疗专家专著 / 李春峰总主编)

ISBN 978-7-80174-645-0

I. 内… II. ①郭…②陈… III. ①内科—疾病—诊疗

②内科学: 护理学 IV. R5 R473. 5

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第095278号

内科疾病诊疗指南与护理

责任编辑: 刘娟

出版发行: 中医古籍出版社

(北京东直门内南小街16号 邮编: 100700)

经 销: 新华书店

印 刷: 山东省济南市长清区灵岩印刷有限责任公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 128.75 (全9册) 本册印张: 16.0

字 数: 2325千字 本册字数: 330千字

版 次: 2008年6月第1版第1次印刷

印 数: 500

书 号: ISBN 978-7-80174-645-0

定 价: 286.00元 (全9册) 本册定价: 30.00元

前 言

近年来，内科学领域空前繁荣，新理论、新技术、新方法如雨后春笋，不断涌现；内科学基础与临床医学研究均取得了很大的进展。随着高科技向临床医学各个学科渗透，特别是分子生物学、生物医学工程等生命科学的飞速发展，使临床医学有了突破性进展。与此同时，内科学不仅在内组织病理、生理生化、免疫、组织细胞培养，以及基因学等基础研究方面有了重大突破，而且在临床实用和应用技术方面也取得了令人瞩目的成就。

因此，研究和探讨内科临床与治疗的新技术、新疗法，及时掌握、不断学习、更新知识，充分提高自己的临床诊治水平，以适应现代内科医学的发展就显得尤为重要。根据编者多年临床与治疗、教学的总结，参考了国内外有关内科医学的专业著作和论文，编写了《内科疾病诊疗指南与护理》一书，力求体现先进性、实用性，结合本人多年临床经验和研究、重点对内科学的现代研究、临床特点及治疗方法加以较为详细的介绍。可供临床医生及相关医务人员参考学习。

临床内科治疗学是一门发展中的学科，其涉及面广、专业性强，由于作者来自临床和第一线，所以难免存在挂一漏万，顾此失彼或错谬之处，欢迎同道批评指正。

编 者

2008年5月

内容简介

本书共分9章。重点涉及内科学的现代研究概况，内科学的新技术应用、内科临床检查、内科临床影像诊断；内容有呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液和造血系统疾病、内分泌系统疾病、代谢疾病和营养疾病、结缔组织病和风湿性疾病、内科常用药物治疗、内科的基础护理。

本书具有内容新颖、全面、重点突出、实用性强等特点。适用于临床内科医师及相关学科人员参考学习；亦可作为医药院校、科研教学和学生的参考书。

目 录

第一章 呼吸系统疾病	1
第一节 肺源性心脏病	1
第二节 肺栓塞	4
第三节 肺炎	7
第四节 肺结核	9
第五节 支气管哮喘	13
第六节 原发性支气管肺癌	16
第七节 气胸	18
第八节 胸腔积液	19
第二章 循环系统疾病	21
第一节 心力衰竭	21
第二节 心律失常	25
第三节 心脏骤停与心脏性猝死	47
第四节 高血压	49
第五节 动脉粥样硬化和冠心病	64
第六节 心肌疾病	77
第三章 消化系统疾病	85
第一节 胃食管反流病	85
第二节 贲门失弛缓症	86
第三节 胃炎	88
第四节 消化性溃疡	90
第五节 功能性消化不良	93
第六节 慢性病毒性肝炎	95
第七节 肝硬化	96
第八节 胰腺炎	97
第九节 消化道出血	101

第四章	泌尿系统疾病	104
第一节	急性肾小球肾炎	104
第二节	急进性肾小球肾炎	105
第三节	慢性肾小球肾炎	107
第四节	隐匿性肾小球疾病	109
第五节	原发性肾病综合征	110
第六节	IgA 肾病	111
第七节	狼疮性肾炎	112
第八节	糖尿病肾病	114
第九节	急性间质性肾炎	115
第十节	急性膀胱炎	116
第十一节	急性肾盂肾炎	117
第十二节	慢性肾盂肾炎	118
第十三节	急性肾衰竭	119
第十四节	慢性肾衰竭	121
第五章	血液和造血系统疾病	123
第一节	缺铁性贫血	123
第二节	巨幼细胞贫血	125
第三节	再生障碍性贫血	126
第四节	白血病	128
第五节	淋巴瘤	139
第六节	过敏性紫癜	145
第七节	血管性血友病	147
第八节	血友病 A	149
第九节	血友病 B	151
第十节	维生素 K 缺乏症	153
第十一节	严重肝病出血	154
第十二节	弥散性血管内凝血	156
第六章	内分泌系统疾病	159
第一节	垂体瘤	159
第二节	巨人症和肢端肥大症	160
第三节	腺垂体功能减退症	162
第四节	生长激素缺乏症	163

第五节	尿崩症	164
第六节	抗利尿激素分泌失	166
第七节	单纯性甲状腺肿	167
第八节	甲状腺功能亢进症	168
第九节	甲状腺功能减退症	173
第十节	甲状腺炎	175
第十一节	原发性甲状旁腺功能亢进症	176
第十二节	甲状旁腺功能减退症	178
第七章	代谢疾病和营养疾病	180
第一节	糖尿病及其并发症	180
第二节	低血糖症	185
第三节	肥胖症	186
第四节	痛风	188
第五节	原发性骨质疏松症	190
第八章	结缔组织病和风湿性疾病	194
第一节	系统性红斑狼疮	194
第二节	类风湿关节炎	199
第三节	强直性脊柱炎	205
第四节	系统性硬化	208
第五节	原发性痛风	213
第六节	多发性肌炎和皮肌炎	218
第七节	混合性结缔组织病	221
第八节	风湿性多肌痛	225
第九节	成人斯蒂尔病	226
第十节	白塞病	230
第十一节	风湿热	235
第九章	护理	240
第一节	心血管系统疾病一般护理常规	240
第二节	心力衰竭护理常规	241
第三节	风湿热护理常规	242
第四节	风湿性心脏病护理常规	242
第五节	高血压病护理常规	243
第六节	心绞痛护理常规	244

第七节	心肌梗死护理常规	245
第八节	心肌病护理常规	246
第九节	房性早搏护理常规	246
第十节	阵发性室上性心动过速护理常规	247
第十一节	阵发性室性心动过速护理常规	247
第十二节	心房扑动和颤动护理常规	248
第十三节	房室传导阻滞护理常规	248
第十四节	病态窦房结综合征护理常规	249
第十五节	心肌炎护理常规	250
第十六节	心源性休克护理常规	251

第一章 呼吸系统疾病

第一节 肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病(chronic pulmonary heart disease, 简称肺心病)是由于慢性肺部、胸廓或肺血管疾病引起的肺循环阻力增加, 肺动脉高压, 从而导致右心室肥大的一种疾病。

发病的中心环节是肺动脉高压。由于呼吸功能障碍引起的缺氧和二氧化碳潴留及肺毛细血管床被破坏, 血管面积减少, 血液黏稠度增大, 这些因素均可导致肺动脉高压及右心室肥大, 最终导致右心衰竭。

【临床表现】

本病发展缓慢, 临床上除原有肺部、胸廓疾病的各种症状和体征外, 主要是逐步出现肺、心功能衰竭以及其他器官损害的征象。

1. 肺、心功能代偿期(包括缓解期) 此期主要是基础肺部疾病的表现。慢性咳嗽、咳痰、气促、劳力下降、活动后心悸等。体检除基础肺部疾病的体征外, 可有剑突下心脏搏动明显、心率加快、心音遥远、肺动脉瓣区可有第二心音亢进、三尖瓣区出现收缩期杂音。

2. 肺、心功能失代偿期(包括急性加重期): 本期临床主要表现为呼吸衰竭和右心功能衰竭; 一般表现为呼吸困难加重、紫绀、心悸、下肢浮肿等; 严重者可合并休克、肺性脑病的表现; 部分并发左心衰竭。体检除有上述表现外, 心率明显加快、颈静脉怒张, 偶有奔马律、肝大、肝颈回流征阳性、双下肢浮肿等。

【辅助检查】

1. 血液常规: 合并感染或急性加重时, 可有白细胞计数增高和中性粒细胞比例增加, 可有红细胞增多。

2. 痰细菌学检查: 常见的病原菌有: 流感嗜血杆菌、肺炎双球菌、假单胞菌、肺炎克雷伯菌、卡他布汉菌等。

3. 肺功能测定: 严重的通气功能障碍或/和弥散功能障碍, 呼吸功能损害的程度与肺动脉高压有一定的关系。

4. 血气分析: 急性加重期多数有呼吸衰竭的血气改变($\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 和/或 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$)。

5. X线检查：有明显慢性胸廓及肺部基础病变的X线表现(如严重肺气肿、肺纤维化等)。肺心病的心血管X线征象：右下肺动脉增粗($>15\text{mm}$)，肺动脉段突出($>3\text{mm}$)。心尖上翘或圆隆，侧位片可见心前缘向前隆起，胸骨后间隙被右心室充填。但由于肺气肿的影响，多数患者无明显的心影增大的征象。

6. 心电图检查：主要表现为右心房和右心室肥大的改变，如肺型P波、电轴右偏($\geq +90^\circ$)，重度顺钟向转位， $R_{V1}+S_{V5} \geq 1.05\text{ mV}$ 及肢导联低电压。

7. 心电向量图检查：主要是右心房、右心室增大的图形，表现为QRS方位向右、再向下、最后转向右前，但终末部仍在右后。

8. 超声心动图检查：可发现右心房、右心室、右心室流出道和肺动脉干增大的表现：右心室内径 $\geq 20\text{mm}$ 、右心室流出道内径 $\geq 30\text{mm}$ 、右心室前壁增厚，肺动脉干及右心房增大等。

9. 肺阻抗血流图：肺阻抗血流图的波幅及其微分波值多降低，Q-B(相当于右室射血前期)时间延长，B-Y(相当于右室射血期)时间缩短，Q-B/B-Y比值增大，对诊断肺心病有参考意义。

【诊断与鉴别诊断】

1. 诊断：主要根据慢性肺部、胸壁疾病史和临床表现，结合X线、心电图、心电向量图、超声心动图等检查具有肺动脉高压、右心室肥厚的依据而作出诊断，如有右心衰竭表现，则更易确诊。

2. 鉴别诊断：本病须与风湿性心瓣膜病、冠心病、原发性心肌病相鉴别。

【治疗】

1. 急性发作期的治疗

(1) 控制感染：经验治疗可选用第二、第三代头孢菌素、合成广谱青霉素类、氟喹诺酮抗生素，同时作痰细菌学检查指导抗生素的调整治疗。

(2) 通畅呼吸道，纠正缺氧和二氧化碳潴留，参阅“呼吸衰竭”。

(3) 控制心功能衰竭：肺心病者的心功能衰竭通常随着基础肺疾病、缺氧和二氧化碳潴留的好转而改善。心功能衰竭明显、浮肿较重的病人可适当应用利尿剂、强心或血管扩张药(如血管紧张素转化酶抑制剂、钙拮抗剂、硝酸酯类药物等)。

(4) 防治并发症纠正水电解质和酸碱失衡，防治心律失常、左心功能衰竭、休克、消化道出血、弥散性血管内凝血等。

2. 缓解期的治疗

(1) 基础胸壁、肺部疾病的治疗。

(2) 长期低流量氧疗($1\sim 3\text{L/min}$)。

(3) 增强免疫功能，预防感染。可使用流感疫苗，肺炎球菌疫苗，免疫

增强剂。

(4) 降低肺动脉压。可试用血管紧张素转换酶抑制剂、钙拮抗剂、硝酸酯类药物。

(5) 综合防治措施。避免急性加重的因素，增强营养、呼吸锻炼等康复治疗。

急性肺源性心脏病

急性肺心病(acute pulmonary heart disease)系指来自静脉系统或右心的栓子进入肺循环，造成肺动脉主干或其分支的广泛栓塞，且并发广泛细小动脉痉挛，使肺循环受阻，肺动脉压急剧增高所引起的右心室急性扩张和右心衰竭。最常见者为严重的肺动脉栓塞。栓子的来源：血栓、癌栓、脂肪栓、羊水栓、虫卵或骨炎脓性菌团等。易感人群和发病危险因素有：老年人，下肢静脉曲张、长期卧床、术后、妊娠、严重创伤、肥胖、血液高凝状态、右心瓣膜疾病等。

【临床表现】

1. 症状：病人常突然感到呼吸困难，心悸、胸痛、咳嗽和咯暗红色或鲜血痰，严重者并发心源性休克、心功能衰竭、甚至室颤或心跳停搏而死亡。

2. 体征：常有呼吸增快、紫绀、肺梗塞区叩诊浊音，呼吸音减弱或伴有干、湿性啰音。如病变累及胸膜，可出现胸膜摩擦音和胸腔积液体征。心率多增快，心浊音界扩大，肺动脉瓣区第二心音亢进，并有收缩期和舒张早期杂音。三尖瓣区亦有收缩期杂音及舒张期奔马律。可有心律失常。颈静脉怒张，肝肿大并有压痛，双下肢浮肿。部分病人有下肢静脉血栓的体征。

【辅助检查】

1. 心电图检查：典型心电图表现为：电轴显著右偏，极度顺钟向转位和右束支传导阻滞，肺型P波，I、aVL导联S波加深，III、aVF导联可出现Q波和T波倒置；I、II、III、VF导联S-T段降低，右侧胸导联T波倒置。

2. X线检查：肺部可出现三角形片状阴影，其尖端向肺门，可有胸腔积液影，严重病人可出现肺动脉段明显突出，心影增大及奇静脉与上腔静脉阴影增宽。

3. PaO₂降低，血D二聚体阳性。

4. 超声心动图：可见右心室、右心房扩张，偶可见肺动脉主干的阻塞。

5. 超高速CT或磁共振 可显示肺动脉主干及其大的分支栓塞。

6. 放射性核素肺通气及灌注(V/Q)扫描：可显示栓塞相应区域的缺损，是诊断肺动脉栓塞的较可靠的无创性方法，但检查所需的时间较长。

7. 肺动脉造影：可确定阻塞的部位及范围，是诊断肺动脉阻塞的最可靠的方法，但有一定的侵人性。

【诊断】

根据突然发病、剧烈胸痛、与肺部体征不相称的呼吸困难、紫绀和休克,尤其发生于长期卧床、手术或分娩后及心力衰竭患者,结合肺动脉高压和右心衰的体征、心电图与X线表现可以建立初步的诊断。有条件应争取行核素肺通气及灌注扫描、超高速CT或磁共振肺动脉显像或肺动脉造影,以明确诊断。

【治疗】

该病起病急剧,必须积极抢救。

1. 一般处理

(1) 应迅速给予高流量吸氧,以改善缺氧状况。

(2) 止痛。剧烈疼痛者,可给予吗啡类镇痛药。

(3) 缓解肺血管收缩,降低肺动脉高压。可选用硝酸酯类药物或钙拮抗剂。

(4) 抗休克。

(5) 防治心功能衰竭。

(6) 防治心律失常。

2. 抗凝与溶栓治疗(见肺动脉栓塞的治疗)。

3. 手术治疗:一般治疗和抗休克治疗无效时,可考虑手术治疗,取出栓子,术前必须先作选择性肺动脉造影或放射性同位素肺扫描检查以明确诊断,了解栓子所在部位。

第二节 肺栓塞

肺栓塞(pulmonary embolism, PE)是以各种栓子阻塞肺动脉系统为其发病原因的一组疾病或临床综合症的总称,包括肺血栓栓塞、脂肪栓塞、羊水栓塞、空气栓塞等。肺血栓栓塞(PTE)是指来自静脉系统或右心的血栓阻塞肺动脉或其分支所致的疾病,以肺循环和呼吸功能障碍为其主要临床和病理特征。PTE是最常见的PE。

高危人群有重大手术后、下肢和盆腔的创伤或手术后、深静脉栓塞史或深静脉炎、下肢静脉回流障碍(如严重静脉曲张)、长期卧床、妊娠和产后、>60岁、肥胖、血液高凝状态和肿瘤患者等。

【临床表现】

1. 临床症状具有多样性和非特异性:常见症状有:呼吸困难、胸痛、咳嗽、咯血、不明原因突发性晕厥、休克、室上性心动过速或突发右心衰竭;原有COPD肺心病的症状突然加重并发心衰等。

2. 体征: 呼吸系统表现可有呼吸频率快、紫绀。双肺可闻哮鸣音、湿啰音; 偶有胸膜摩擦音或胸腔积液体征。心脏体征: 可以有心率快、 P_2 亢进及收缩期杂音、三尖瓣返流性杂音。心包摩擦音或胸膜心包摩擦音; 可有心衰体征如颈静脉怒张、肝大伴有压痛; 肝颈回流征(+)等。下肢静脉炎或栓塞的体征: 有一侧肢体肿胀(比对侧 $>1\text{cm}$); 局部压痛及皮温升高。

【辅助检查】

1. 血气分析: PaO_2 可出现下降。

2. D-2 聚体强阳性($>500\text{mg/L}$)。

3. X 线胸片: 典型的改变是呈叶段分布的三角形影, 也可表现为斑片状影、盘状肺不张、阻塞远端局限性肺纹理减少等, 小的梗塞者 X 线片完全正常。可合并胸腔积液和肺动脉高压而出现相应的影像学改变(见肺源性心脏病)。

4. 肺动脉造影(CPA): CPA 是目前诊断 PE 最可靠的方法, 可以确定阻塞的部位、范围及程度, 有一定创伤性。主要用于: 临床症状高度可疑 PE, 肺通气/灌注扫描不能确诊又不能排除 PE 者; 准备做肺栓子摘除或下腔静脉手术者。心电图检查: 急性肺栓塞的典型 EKG 改变有 QRS 电轴右偏、肺型 P 波、 $\text{S}_1\text{Q}_{\text{III}}\text{T}_{\text{III}}$ 型。但典型改变的阳性率低, 仅见于大块或广泛的栓塞。多于发病后 5~24h 内出现, 数天至 3 周后恢复。动态观察有助于对本病的诊断。

5. 放射性核素肺通气/灌注(V/Q)扫描: 目前为常用的无创性诊断 PE 的首选方法。典型的改变是肺通气扫描正常, 而灌注呈典型缺损(按叶段分布的 V/Q 不匹配)。对亚段以下病变的阳性率 $>95\%$ 。V/Q 显像的表现可分为以下 3 种。

(1) 高度可疑肺栓塞: 肺通气扫描正常, 而灌注呈典型缺损(V/Q 不匹配)。

(2) 可疑肺栓塞: 通气和灌注均缺损, 可能是肺实质性疾病或是肺栓塞, 诊断意义不大。

(3) 基本排除肺栓塞: 灌注显像正常。

6. 快速螺旋 CT 或超高速 CT 增强扫描: 可显示段以上的大血管栓塞的情况。

7. 磁共振(MRI): 可显示肺动脉或左右分支的血管栓塞。

8. 下肢深静脉检查: 血管超声多普勒检查; 放射性核素静脉造影可发现下肢血栓形成。

9. 超声心动图: 可见右室增大, 了解肺动脉主干及其左右分支有无阻塞。

【诊断与鉴别诊断】

1. 存在肺栓塞易发因素的患者, 尤其是有下肢静脉栓塞表现者, 有以下

临床表现应疑为 PE。

(1) 突发原因不明的气促、劳力性呼吸困难和紫绀，又不能用原有的心肺疾病解释。

(2) 突发性呼吸困难、胸痛、咯血等肺梗塞三联征。

(3) 不明原因的急性或进行性充血性心力衰竭，可伴有休克、晕厥或心律失常。

(4) 基础疾病急剧变化或肺炎样表现，但经过抗感染治疗无效，或者不明原因的急性胸膜炎等，亦要注意 PE 的可能性。

2. 对可疑的病人作进一步检查(如上述)。如经薄层螺旋 CT 或超高速薄层 CT 增强扫描，或 ECT(肺通气/灌注扫描)不能确诊排除 PE 者，应争取进一步做肺动脉造影。

3. 需要与急性心肌梗死、急性左心衰竭、支气管哮喘、气胸、主动脉瘤破裂等疾病鉴别。

【治疗】

1. 急救措施

(1) 一般处理：宜进行重症监护，卧床 1~2 周，剧烈胸痛者给予止痛剂如吗啡 5~10mg 皮下注射或度冷丁 50~100mg 肌注，但休克者慎用。

(2) 纠正急性右心衰竭：可用利尿剂和血管扩张剂(如硝酸酯类、血管紧张素转换酶抑制剂、钙通道阻滞剂等)，慎用洋地黄类药。

(3) 防治休克。

(4) 改善氧合和通气功能：吸氧或无创面罩通气，必要时气管插管人工通气。

2. 溶栓治疗

(1) 溶栓指征：急性肺栓塞在 2 周内，伴有下列情况者：

1) 大块肺栓塞(>2 个肺叶血管)。

2) 肺栓塞伴休克。

3) 原有心肺疾病史，<2 个肺叶血管的栓塞，但引起循环障碍者。

(2) 溶栓禁忌证

1) 绝对禁忌证：胃肠道活动性出血，近 2 个月内有过头内出血或颅脑脊柱手术史。

2) 相对禁忌证：10d 内做过大手术；分娩或创伤做过腰穿；妊娠；心房纤颤；糖尿病出血性视网膜炎；严重高血压未经治疗；肝肾功能衰竭；左房血栓；感染性心内膜炎未经抗炎治疗等。

(3) 常用溶栓药物及抗凝药物：尿激酶及 rt-PA。抗凝治疗：溶栓结束后，4h 测 APTT。当其恢复至正常对照值的 1.5~2.5 倍时，给予抗凝治疗。常用抗凝药有肝素或低分子肝素钠，根据 APTT 调整剂量，连用 7~10d。使用肝素

或低分子肝素钠 48h 后加服华法林, 按照 A 肿的测定结果调整华法林用量, 使 A 肿较正常对照延长 1.5~2.5 倍, 凝血酶原活度 (Act) 降到 20%~40% 之间。口服华法林抗凝治疗 3~6 个月。并发肺动脉高压和肺心病者, 疗程应延长。

3. 外科手术治疗: 有肺动脉血栓摘除术、导管肺动脉血栓摘除术和通过心导管植入下腔静脉滤器等。

第三节 肺炎

肺炎 (pneumonia) 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。其中细菌性肺炎是最常见的肺炎, 也是最常见的感染性病症之一。

【临床表现】

1. 症状: 起病多急骤, 常有受寒、淋雨史, 可有先驱的上呼吸道感染史。

典型症状为: 突然寒战、高热、胸痛、咳嗽、咳铁锈色痰。

特殊表现: 部分病人可伴有明显消化道症状, 如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。少数患者可表现为剧烈上腹痛, 须与急腹症相鉴别。

严重病人可发生神经精神症状, 如神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、昏迷等。

中毒性肺炎者, 毒血症症状明显, 主要包括中毒性休克和中毒性脑病, 亦可有中毒性肝炎、心肌炎等表现, 而肺部体征不多, 应引起重视。

2. 体征: 胸部体检的典型体征为: 肺实变的表现, 患侧呼吸运动减弱, 触觉语颤增强, 叩诊呈浊音, 听诊可闻及支气管呼吸音和湿啰音。病变延及胸膜者, 可有胸膜摩擦音及胸腔积液体征。

可有高热、口唇疱疹, 严重者可有紫绀、鼻翼扇动、血压降低至休克。并发菌血症者可出现皮下出血点, 偶可出现轻度黄疸; 并发心衰、脑膜炎者, 则有相应的体征。

【辅助检查】

1. 确立诊断胸部 X 片。

2. 确定病因

(1) 血培养。

(2) 痰革兰染色和培养。

(3) 胸水革兰染色和培养。

(4) 血清学: 急性期和恢复期血清, 测定抗病毒、衣原体、支原体、军团菌等抗体。

(5) 支气管镜和经皮肺穿：对于疗效不佳、病原菌不明，而又需与其他疾病鉴别者，可酌情检查，获取下呼吸道分泌物或抽吸物作病原学检查、细胞学及病理学检查，免疫功能缺陷的病人常需作此项检查。

3. 确定严重程度下列情况提示危险性升高：

(1) 动脉血气分析：氧分压降低，二氧化碳分压升高，pH 降低。

(2) 血常规：白细胞计数 $< 4 \times 10^9/L$ 或 $> 20 \times 10^9/L$ 。

(3) 血液生化：血尿素氮升高，血钠降低，血白蛋白降低。

【诊断与鉴别诊断】

1. 诊断：根据典型的症状、体征和 X 线检查，可建立肺炎的临床诊断。

肺炎的病因诊断主要靠病原学检查，下列资料可提供有关病因的线索：

(1) 社区获得性肺炎的病原大多为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎支原体及衣原体。

(2) 50% 以上的院内获得性肺炎由革兰阴性杆菌所致。

(3) 吸人性肺炎要注意厌氧菌的混合感染。

(4) 免疫功能缺陷病人可有多种机会感染。

(5) 支原体肺炎多见 15~30 岁的青少年。

(6) 军团菌肺炎多见于中老年人，病人常有高热、意识改变、肌肉疼痛、腹痛、呕吐和腹泻、低钠、低蛋白和血尿 (50% 病例)。

2. 鉴别诊断：常须与肺结核、肺癌、慢性支气管炎急性发作、肺栓塞及肺水肿等疾病相鉴别。

【治疗与预防】

1. 一般治疗

(1) 口腔或静脉补液，以纠正脱水。

(2) 有低氧血症者应予吸氧。

(3) 密切观察呼吸、循环状况，严重患者收进 ICU。有呼衰经治疗无改善者应行机械通气。

(4) 对症治疗物理降温、吸氧、镇咳、祛痰及镇静等。

2. 抗生素使用：开始时抗生素的选用为经验性，以后根据临床表现及病原学检查调整。

轻症者可口服抗生素，严重或有呕吐者须静脉给药。

疗程一般为 14d，或热退后 3d，由静脉给药改为口服用药。老年人肺炎用药时间稍长。严重病例须长达 3 周。

抗生素根据经验选用：

(1) 院外获得性肺炎：首选青霉素、头孢菌素类和 / 或新大环内酯类抗菌药，重症者可选用碳青霉烯类；对于疑为耐药菌株者，可选喹诺酮类。必要时，可选用万古霉素或去甲万古霉素等。