

最新

《医疗事故处理条例》

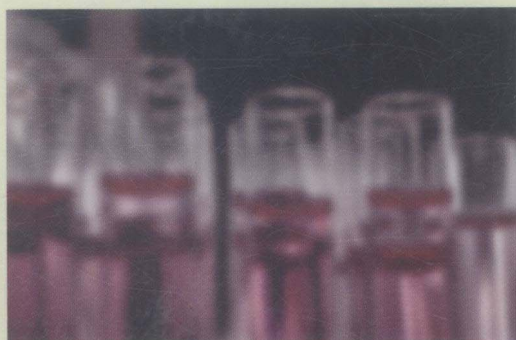
操作实务全书

ZUIXIN

YILIAOSHIGU

CHULITIAOLICAOZUOSHIWUQUANSHU

医疗事故技术法规研究中心 编



中华医学电子音像出版社

最新《医疗事故处理条例》 操作实务全书

医疗事故技术法规研究中心 编写

下 卷

中华医学音像出版社

第三章 内科疾病

第一节 呼吸系统疾病

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染大多数由病毒引起，少数为细菌引起，或先由病毒引起后细菌继发感染。常在机体抵抗力降低时，如受寒、淋雨、或局部循环障碍下致病。很多传染病初期临床表现与本病相似，应注意鉴别。

【诊断要点】

冬春季发病较多。儿童多见。由病毒引起者传染性强，在气候突变时更易流行。主要诱因是受凉、疲劳、慢性病。在上述诱因使机体抵抗力下降情况下，局部滋生的病毒或细菌易生长繁殖，感染致病。

(一) 普通感冒，多由鼻病毒、副流感病毒、腺病毒引起鼻咽部的炎症。表现为鼻塞、喷嚏、流涕和咽部灼热、痒疼痛等症。检查可见鼻咽部充血水肿，有分泌物。

(二) 急性咽喉、气管炎，常由腺病毒、副流感和呼吸道合胞病毒引起。多发生在成人。在夏季，儿童由柯萨奇病毒引起，称为夏季流感。主要表现为咽痛、声嘶、干咳、发热、全身酸痛不适。检查可见咽充血，咽后壁淋巴滤泡增生，可见灰白色点状渗出物。

(三) 疱疹性咽峡炎，由柯萨 A 组病毒引起。夏季多见。表现为发热。咽痛、病程约一周。检查可见咽部周围和扁桃体充血，有灰白色疱疹和溃疡，丘疹周围粘膜红晕。

(四) 咽、结膜炎，夏季较易流行。多见于儿童。由腺病毒、柯萨奇病毒引起。临床表现为结膜炎、角膜炎和咽炎症状。全身症状有发热、颈淋巴结肿大。消化道症状有恶心、呕吐、腹痛、腹泻。

(五) 细菌性咽扁桃体炎，多由溶血性链球菌、肺炎链球菌引起。发病急，发冷、发热、头痛全身不适、腹痛、呕吐和咽痛。咽部检查可见扁桃体肿大，周围充血，有黄白色渗出。

急性传染病如麻疹、脊髓灰质炎、脑膜炎、脑炎、流行性出血热、猩红热、肺炎、钩端螺旋体病的初期，可有上呼吸道感染的临床表现，应注意鉴别。

为了在治疗时选择用药，应注意病毒感染和细菌感染的临床鉴别。病毒感染部位多在鼻咽结膜，全身症状轻，白细胞总数正常或偏低。而细菌感染多在扁桃体和鼻咽，全身症状重，小儿精神萎靡，白细胞增高。

【治疗】

(一) 发热，全身症状明显者，应休息，多饮水，必要时补液。退热可选用复方柴胡注射液、复方乙酰水杨酸片等。

(二) 病毒性感染可用复方吗啉胍、金刚胺、板蓝根、银翘散等。细菌性感染可用青霉素、庆大霉素和磺胺类药。速效感冒片、感冒冲剂均可应用。

(三) 对症治疗 鼻塞可用1%呋喃西林麻黄素或鼻眼净滴鼻。声音嘶哑者可用雾化气熏。干咳可用棕色合剂，影响休息可用可待因、咳必清。痰稠者可用必嗽平及氯化铵等。一般不必用抗生素，但如有继发细菌感染时，应根据临床情况，予以抗生素治疗。

二、急性气管炎和支气管炎

急性气管炎和支气管炎多由上呼吸道感染向下蔓延所致。物理、化学刺激和过敏原也可引起。也可能是某些传染病的早期症状，如麻疹、百日咳等。

【诊断要点】

(一) 起病较急，发热，细菌感染时，白细胞数增高，当炎症累及气管，表现为胸骨不适或疼痛，刺激性干咳或咳嗽，咳少量粘痰。两肺可闻散在的低或中调的干罗音。胸部X线检查无异常或肺纹理变粗或增多。

(二) 当炎症累及支气管时，病人咳嗽加剧，咳痰加多，呈粘液或粘液脓性，甚或痰中带血。如伴支气管痉挛，则有胸骨后发紧、气促，甚或有缺氧表现。胸部检查可发现两肺呼吸音粗糙，散在的干湿性罗音。X线检查有散在性小点状阴影。病程经过可长达2~3周。

【治疗】

(一) 发热，全身酸痛可用乙酰水杨酸或克感敏。

(二) 刺激性干咳可用生理盐水雾化吸入。干咳可用咳必清25mg，1日3次，痰不易咳出，可用必嗽平8~16mg，1日3次，或鲜竹沥30ml，1~2次/日。有支气管痉挛，气促者，可用舒喘灵，氨茶碱或复方氯喘。

(三) 抗菌治疗, 可适当选用青霉素、庆大霉素等。

三、肺炎

肺炎过去按病变、解剖部位分为大叶性、小叶性和间质性肺炎。为了便于治疗, 目前主张按病因分类。各种病原微生物, 物理、化学因素和过敏原均可引起肺炎。

肺炎链球菌肺炎

【诊断要点】

(一) 发病前常有受凉、淋雨或上呼吸道感染史。突然发病, 寒战、高热、咳嗽、胸痛、咯铁锈色痰。

(二) 检查可见口唇疱疹、气急、鼻翼扇动、紫绀。肺部病变部位有实变体征, 病侧呼吸运动减弱, 叩诊变浊, 语颤增强, 可闻管性呼吸音和湿罗音, 有时可听到捻发音和胸膜摩擦音。

(三) 白细胞总数及中性粒细胞显著增高。X线检查大块肺炎阴影常限于一肺一叶或一侧肺叶(过去命名为大叶性肺炎)。痰直接涂片, 可见革兰氏染色阳性成对或短肺炎链球菌。

【治疗】

(一) 卧床休息、补液、对症治疗、吸氧。

(二) 抗生素治疗可选用青霉素, 病重者, 要适当加大剂量。对青霉素过敏或用3天病性无好转者, 可改用红霉素(1.6g/日), 林可霉素(1.2g/日), 亦可用头孢霉素、磺胺类药, 使用磺胺时应同时使用碳酸氢钠使尿呈碱性, 以防形成磺胺结晶, 引起血尿。病程7~10天, 退热后3天停药。

葡萄球菌肺炎

吸入性葡萄球菌肺炎(原发性)多见于婴幼儿。在流感麻疹感染后并发。成人可在慢性疾病, 如糖尿病、肝病、流感病人长期应用抗生素及术后发病。血源性葡萄球菌肺炎(继发性)可因化脓性皮肤、骨髓感染、败血症、细菌性栓子播散引起。

【诊断要点】

(一) 原发性肺炎先有上呼吸道感染症状, 有胃寒、高热、咳嗽、胸痛、气急、紫绀等肺炎症状。继发性肺炎, 常以寒战、高热、脓毒血症起病, 常伴有早期的末梢循环衰竭、休克、数日后才出现呼吸道症状, 痰很快成脓性, 可伴咯血, 常伴气胸、脓胸、出血性皮疹。

(二) 肺部可无明显的大片实变体征, 物理检查阳性体征不多, 可听到散在的干湿罗音。X线检查早期呈大片絮状, 浓淡不等, 分布于两侧多叶或

一叶，易形成脓肿，有液平面。血源性感染可见两侧散在的小片状炎症灶，小脓肿，伴液平及气囊为本病特征。血白细胞增高明显，有中毒颗粒，涂片及培养可找到金黄色葡萄球菌，凝固酶试验阳性。

【治疗】

(一) 尽可能根据药敏试验用药，如有困难，首选半合成青霉素，如苯唑青霉素或邻氯青霉素 4~6 克/日静滴，并用庆大霉素。亦可用头孢霉素、红霉素、氯霉素。如用青霉素剂量应加大，疗程 4~6 周。

(二) 一般对症治疗和支持疗法同肺炎球菌性肺炎。

肺炎杆菌性肺炎

又称克雷白杆菌肺炎、弗利兰德 (Friedlander) 杆菌肺炎。是由革兰氏染色阴性的肺炎杆菌引起。本菌为肠道和口腔的常居菌，只在全身情况差，老年病人免疫功能低下时引起感染。

【诊断要点】

(一) 急性发病，有寒战、高热、咳嗽、胸痛气急等肺炎症状，咯痰，呈黄绿色脓性，或带血，有时呈红棕色粘稠胶冻状。临床症状重，常伴消化和神经系统症状。休克型肺炎多见，也可呈潜行性，表现为衰弱、贫血、咳嗽咳痰、以后形成坏死性肺炎，伴肺脓肿，肺纤维化，病程可达数月或数年，好转与恶化交替出现。

(二) 检查可有典型的肺实变体征，有时仅闻少量干湿罗音。X 线检查多呈大叶性实变，多发性脓肿，叶间隙下坠。易形成多发性蜂窝状空洞，也可为大的空腔，应避免误诊为干酪性肺炎或肺结核。血白细胞总数可高于 20000，也可低于 6000/mm³，痰涂片及培养可找到肺炎杆菌。

【治疗】

肺炎杆菌对氨基糖甙类抗生素敏感，一般可用链霉素或庆大霉素，卡那霉素加用头孢霉素、氯霉素或四环素（头孢霉素 V 号 (Cefazlin) 的抗菌力最强）。疗程应较长，至少 2 周，其他治疗同肺炎菌肺炎。

肺炎支原体肺炎

肺炎支原体引起的肺炎，绝大部分就是过去的“原发性非典型肺炎”。它由口、鼻分泌物经由空气传播，多系散发，有时也有流行发生。潜伏期 1~3 周。学龄儿童、青壮年多见。占非细菌肺炎的 1/3，占所有肺炎的 5%~10%。主要为支气管和细支气管的化脓性炎症。

【诊断要点】

(一) 起病缓慢，一般症状较轻，约 1/3 病例无症状，可有发冷、发热、

咽痛、头痛、肌肉酸痛、食欲减退、恶心呕吐、腹泻，最突出的症状是阵发性咳嗽，初发干咳，后有少量粘液或粘液脓性痰，少数病人痰中带血，热退后咳嗽可持续一段时间。

(二) 检查很少能发现阳性体征，可有呼吸音减低和细湿罗音。X线检查可见肺纹理增多，炎症阴影由肺门向外扩散，呈扇状或羽毛状，中下叶多见，为斑片状或模糊阴影。一般1~2周即消散，但可此起彼伏，持续2~3周。血白细胞数可正常，一般不超过12000，少数病例可达20000，单核细胞占绝大多数。血清冷凝集试验效价第一周末开始上升，第四周达高峰，可持续数月，滴度大于1:32即有意义。

【治疗】

集体单位发生本病，应注意隔离，历支原体无胞壁，青霉素族抗生素治疗无效。应选用红霉素1.0~1.5g/日或四环素1.0~2.0g/日，分次口服，疗程7~10天。强力霉素、麦迪霉素亦可用。

流行性爆发性肺炎(军团病、军团病肺炎)为局部流行或散发的、以肺炎为主的传染病。1976年于美国首次发现，嗜肺性军团病杆菌为革兰氏阴性杆菌。本菌生长于土壤、挖掘物。随带菌尘土污染空气而传播。吸烟，有慢性呼吸系统疾病及全身免疫功能低下者易患此病。人与人之间的传染未见报道。潜伏期2~10天。

【诊断要点】

(一) 寒战、发热、咳嗽、胸痛、咳血、头痛、肌痛、全身不适，早期出现胃肠道症状，如恶心、呕吐、腹痛、腹泻(很突出，约占50%，多为水泻)。3~4天后出现气急、紫绀，甚至呼吸衰竭、精神错乱、定向力障碍。病程长，数日才能恢复。

(二) X线检查90%呈肺炎样改变，从斑点状阴影向大叶性发展，65%为多叶性，常伴胸水。血沉快，有低血钠、低碳酸血症，有蛋白尿及肝功障碍；痰和血中可培养到嗜肺军团病杆菌。用酶吸附试验检测抗原或血清免疫荧光抗原检测抗体，有助诊断。

【治疗】

首选红霉素0.5~1.0，6小时1次，共3周。利福平、四环素亦可应用(四环素疗效较差)。治疗须在发病的24~48小时开始。延迟治疗则常有复发。对症处理包括补液。氧疗和必要的抗休克治疗及相应处理。

厌氧菌肺炎

重危病人及长期应用抗菌药物、肾上腺皮质激素的病人容易发生。主要

病原菌有厌氧杆菌、梭形杆菌、厌氧链球菌和螺旋体等。这些菌可在昏迷、麻醉时吸入或由扁桃体及其他病灶（如盆腔、腹腔）经血行播散而达肺内。

【诊断要点】

（一）高热、咯恶臭脓性痰为其特征，咯痰带血、消瘦、贫血、乏力等消耗症状。肺部有实变体征。病程长者，可有杵状指（趾）。如血行感染可有败血症表现。

（二）白细胞总数增加，中性粒细胞增高，X线检查有肺纹理增多、增粗、紊乱，并有片状阴影、结节状阴影、血行感染两肺有散发小脓肿。

【治疗】

（一）抗菌治疗可选用以下抗生素：（1）青霉素 G 160~240 万/日，必要时可加大剂量；（2）林可霉素对多数厌氧菌有效，900~1200mg/日；（3）灭滴灵 1200mg/日；（4）氯霉素 1.5~2.0g/日。

（二）对症与支持疗法同其他肺炎治疗。

厌氧菌肺炎是严重的坏死性肺炎，有时伴有休克，除使用有效的抗生素外，必须注意支持疗法和引流。

四、肺脓肿

肺脓肿的病原可由多种细菌引起，包括需氧和厌氧的革兰氏染色阳性和阴性的球菌和杆菌。原发性肺脓肿可分为二种：（1）吸入性肺脓肿。由鼻咽和口腔的脓性分泌物吸入所致。（2）血源性肺脓肿。全身各处的化脓病灶，当病原菌侵入血流发生脓毒血症。脓毒栓子在肺部小血管栓塞、发炎和坏死形成脓肿。继发性脓肿多继发于支气管扩张、结核性空洞、支气管囊肿等。

【诊断要点】

（一）开始表现为化脓性肺炎症状，起病急剧、畏寒、高热、食欲不振、乏力、胸痛、气急、咳嗽，开始咳少量粘痰，1~2 周后脓肿破溃，咳出大量脓痰，恶臭，此后体温和全身感染中毒状减轻。每当支气管阻塞，痰液咳不出，上述症状可反复发生。病程超过 3 个月叫慢性肺脓肿。

（二）检查可发现口腔感染病灶，如龋齿、齿槽脓肿、外伤、皮肤感染、骨髓炎等。病变范围小者和血源性肺脓肿，肺部体征不明显，范围较大或接近胸壁的病灶，可发现肺部实变体征。X线检查早期大片浓密阴影，脓肿形成破溃后，有液平，脓腔周围有较厚的条索状阴影。化验白细胞数和中性细胞增高，痰或血培养可找到致病菌。

【治疗】

（一）急性期应卧床休息，给予支持疗法。卧位排痰，一日二次，每次

20 分钟。气急者吸氧治疗。

(二) 抗菌疗法：肺脓肿感染细菌，包括厌氧菌，多数对青霉素敏感，但应用较大剂量 240 万～600 万单位/日，加入液体内静滴或分次肌注。并加用氨基糖甙类抗生素，出现疗效后可适当减量，根据药敏结果，选择用药更好。厌氧菌感染除用大剂量青霉素 G，还可用甲硝唑（灭滴灵）0.4 克，3 次/日，林可霉素等。

(三) 局部给药：可用环甲膜穿刺滴药，抗生素选用青霉素和氨基糖甙类，每日 1 次，滴药前应先作顺位排痰，滴药后静卧 20 分钟。

(四) 外科治疗：经内科常规治疗 3 个月以上仍继续咯脓痰、脓腔不闭合者，应考虑手术治疗。

五、支气管哮喘

支气管哮喘是一种变态反应性疾病。主要的诱发因素：与接触过敏原，如花粉、尘螨等。也和呼吸道病毒及支原体感染有关。其他如气候、精神、理化因素与哮喘的发病也有一定的关系。

【诊断要点】

根据病因和临床表现可分三型。

(一) 过敏性支气管哮喘：主要为接触外源性过敏原引起，病史询问可发现家庭和个人常有过敏史。青少年多见。春秋季节多发。衰病前多有眼、鼻咽发痒、喷嚏、流涕和咳嗽等上呼吸道粘膜过敏症状。典型的哮喘发作为：起病快，先觉胸闷，显著的呼气性呼吸困难，患者常被迫采取前倾坐位，两手前撑，两肩耸起，额部冒汗、紫绀，哮喘发作停止前，常咳出较多稀薄粘痰。检查一般情况较好，鼻咽粘膜苍白，发作时胸廓胀满，全部呼吸肌均参加呼吸。胸部叩诊反响增强，肺下界下降。心浊音界缩小，听诊可闻及满肺哮鸣音合并感染时可闻及湿罗音，在发作缓解期，上述体征可消失。血象常有嗜酸性粒细胞增多。

(二) 感染型支气管哮喘：好发于中青年。在冬春气候变化时，先有上呼吸道感染，咳嗽咳痰，因病程迁延逐渐出现哮喘，起病较缓，持续时间亦长。因反复感染发作，病人一般状况较差，因感染不易完全控制，肺部哮鸣音和湿罗音亦可长期存在。

(三) 混合型支气管哮喘：过敏性哮喘在长期反复发作过程中，因呼吸道粘膜损伤，合并感染，症状较重，持续存在，一年四季经常发作，病史较长，易发生阻塞性肺气肿，呈慢性哮喘状态。

哮喘发作严重，持续 24 小时以上者，称为哮喘持续状态。主要原因是

过敏原未除去，感染未及时控制，长期发作体液耗损，痰稠不易咳出，精神紧张等。持续哮喘可引起末梢循环衰竭，病人大汗淋漓、面色苍白、四肢冷、脉搏快等。因支气管痉挛，肺泡通气不足，通气/血流比例失调，病人有明显缺氧、紫绀、后期呼吸无力，在缺氧的基础上引起二氧化碳潴留，出现意识障碍，呼吸衰竭。

【治疗】

(一) 控制发作：急性发作，吸氧、针刺或拇食指紧压两侧大椎、合谷穴、针刺宫喘穴。

药物治疗：异丙肾上腺素或 0.1% 肾上腺素 1 毫升喷入喉头（老年和高血压者禁用）。异丙肾上腺素 5~100mg 舌下含服，舒喘灵、间羟叔丁肾上腺素、邻氯异丙肾上腺素（氯喘）氨哮素（氨双氯喘通）、通丙喘宁等 β_2 受体兴奋剂均可应用。氨茶碱 0.25 克（4~6mg/kg）加葡萄糖液 20ml 内静脉缓注或静滴，24 小时量不应超过 1.5 克，速度也不应太快在应用过程中如发生胸闷、苍白、恶心、呕吐、血压下降、应立即停用。常用于口服的有氨茶碱 0.1，3/日，舒喘灵 2~4mg，3/日，复方氯喘 1 片，3/日等。哮喘顽固发作，上述药物疗效不显著时，可用泼尼松（强的松）10~20mg 或地塞米松 1.5mg，3/日，口服。药量可按病情增减。

有继发感染时，根据感染情况选用抗生素。

(二) 哮喘持续状态的治疗

1. 吸氧。

2. 氨茶碱 0.25 克加葡萄糖液静注或静滴（24 小时不超过 1.5 克）。

3. 适当补液，有酸中毒症可用 5% 碳酸氢钠 100~200ml。

4. 氢化可的松 100~400mg，或琥珀酸氢化可的松 100~200mg，或地塞米松 10~20mg 加入葡萄糖液内静滴。待病情初步缓解后可改用强的松口服。

5. 改善通气，抢救呼吸衰竭，吸氧，气管内滴入生理盐水后抽痰，必要时作气管切开。

6. 抗感染。

(三) 缓解期及小发作的治疗

1. 除去诱因，戒烟，避免受凉，过劳和情绪激动，除去体内感染病灶。

2. 抗原脱敏，找出过敏原，用尘螨、花粉等进行脱敏治疗。

3. 色甘酸二钠粉剂或水剂吸入 20mg，3/日，噻哌酮（酮替酚）1mg，2/日口服，6 周为一疗程。

4. 小剂量皮质激素, 二丙酸氢地米松全雾吸入, 可加用氨茶碱和 β_2 受体兴奋剂。

5. 免疫增强剂, 气管炎疫苗, 胎盘脂多糖、核酪、黄芪注射液等。

六、胸膜炎

胞膜炎的病因有各种病原微生物引起的感染, 肿瘤(胸膜本身或转移而来), 变态反应(如风湿热, 系统性红斑狼疮)等。在感染病因中以结核为最常见, 化脓菌引起者, 称化脓性胞膜炎。

【诊断要点】

(一) 干性胸膜炎: 是胞膜炎的早期, 主要症状是发热、胸痛和呼吸短促, 胸痛随咳嗽、呼吸加剧, 炎症累及横膈胸膜中部时, 可引起颈、肩疼痛; 炎症累及横膈周边部时, 可引起下胸部及上腹部疼痛。主要体征是患侧呼吸运动受限, 呼吸音减弱, 可闻局部的胸膜摩擦音, 如病情轻, 可终止于干性胸膜炎, 如继续发展, 并有大量液体渗出, 即为渗出性胸膜炎。

(二) 渗出性胸膜炎: 由于渗液将脏层胸膜与壁层胸膜隔开, 从而胸痛减轻或消失。但气促加重, 病人喜卧患侧, 主要体征是患侧胸廓饱满, 呼吸运动明显减弱, 心尖搏动向健侧移位, 患部叩诊实音, 积液上方, 因肺受压, 叩诊浊音, 可闻管性呼吸音。

(三) X线检查: 干性胸膜炎 X线检查可无异常, 少量积液, 可见肋膈角变钝, 中等量积液可见中下肺野呈均匀一致阴影, 上缘弧形向上大量各积液患侧均为致密阴影。

(四) 胸腔穿刺抽液检查: 心、肾、肝等疾病引起漏出性胸腔积液是漏出液, 多为双侧性蛋白质含量绝大多数 $< 3\%$, 比重 < 1.016 , 胸水蛋白/血清蛋白比值 < 0.5 , 胸水乳酸脱氢酶 < 200 单位, 胸水乳酸脱氢酶/血清乳酸脱氢酶 < 0.6 , 白细胞 < 1.000 , 而结核等引起的渗出液多为一侧性, 胸水蛋白质 $> 3\%$, 比重 > 1.016 , 胸水蛋白/血清蛋白比值 > 0.5 , 乳酸脱氢酶 > 200 单位, 胸水乳酸脱氢酶/血清乳酸脱氢酶比值 > 0.6 , 胸水白细胞 > 1.000 。

(五) 化脓性胸膜炎: 急性炎症和呼吸困难为急性脓胸的主要症状。临床上有高热、脉快、胸痛及不同程度的呼吸困难, 亦可有咳嗽、咯痰和紫绀。白细胞数增高。胸水中有大量脓细胞, 胸水粘稠, 混浊呈脓性, 比重高, 细胞数特别多, 胸水培养可确定病原菌。

癌性胸水有肺部、胸膜或其他原发肿瘤的证据, 胸水中可找到肿瘤细

胞，胸水中乳酸脱氢酶/血乳酸脱氢酶比值 >1 。

【治疗】

1. 结核性：异烟肼 300mg/日，口服，急性期加用链霉素肌注，1/日，连用一个月后，改用间歇疗法 3 个月，以后异烟肼加用利福平或 PAS，总疗程一年半。急性期中毒症状严重。胸水量较多，可加用泼尼松 20~30mg/日，退热后逐渐减量，共 4~8 周。

2. 化脓性：根据病原菌选用抗生素，必要时胸腔内注入抗生素，并用闭式引流。

3. 癌性：全身及胸腔内抗癌药治疗。

胸水一般可让其自行吸收，如渗出量多有明显的压迫症状，或积液虽不多但吸收缓慢者，应多次抽液，每次抽液不宜超过 600ml，如无抽液反应可酌情增加抽液量。令患者向健侧卧，并进行呼吸锻炼，可减轻胸膜增厚和粘连。结核性胸水宜每 3~5 天抽液一次，化脓性者应尽早抽尽渗液，并注入抗菌药物。

七、慢性支气管炎及慢性阻塞性肺气肿

慢性支气管炎是气管、支气管粘膜和周围组织的慢性非特异性炎症，由于阻塞性通气功能障碍，终末细支气管远端气腔异常扩大与气腔壁的破坏，称为慢性阻塞性肺气肿。

本病我国的患病率约 9.8%，50 岁以上高达 12.9%。病因主要是感染、吸烟、烟雾、粉尘、有害气体、过敏原和机体抵抗力降低等。

【诊断要点】

（一）本病的诊断标准

1. 临床上以咳嗽、咯痰为主要症状，每年发病持续 3 个月，并连续两年以上。

2. 排除具有咳嗽、咯痰、喘息症状的其它疾病（如肺结核、尘肺、肺脓肿、心功能不全、支气管扩张、支气管哮喘、慢性鼻咽疾患等）。

（二）本病分型

1. 单纯性慢性支气管炎：反复咳嗽、咯痰，而无哮喘症状。

2. 喘息型慢性气管炎，除反复咳嗽、咯痰外，尚伴有明显哮喘者。

3. 慢性阻塞型支气管炎：有咳嗽、咯粘液脓性痰和呼吸困难，肺功能测定有气道阻力增加及动态肺顺应性减低。易导致阻塞性肺气肿。

（三）本病分期

1. 急性发作期：指一周内出现脓性或粘液性脓痰，痰量增加，伴有发

热等表现，或一周内“咳”、“痰”、“喘”症状任何一项明显加剧，或重症病人的症状明显加重者。

2. 慢性迁延期：病人有不同程度的“咳”、“痰”、“喘”症状，迁延达一月以上者。

3. 临床缓解期：病人经治疗或自然缓解，症状基本消失，或偶有轻微咳嗽和少量咯痰，保持一个月以上者。

（四）慢性阻塞性肺气肿的诊断标准

1. 病史：（1）有慢性支气管炎、支气管哮喘等病史多年；（2）近几年有急及/或活动后发绀。

2. 体征：气急、发绀、桶状胸、叩诊肺反响增强，肝浊音界下降，心浊音界缩小，呼吸音减弱及散在干、湿罗音。

3. X线：（1）肺透亮度增加；（2）肺周围血管减少、变细；（3）膈肌下降、变平和透视活动度减弱；（4）心脏阴影垂直、变小；（5）肺大疱。

4. 肺功能改变：早期仅表现为小气道功能损害，以后可呈现通气功能持续减退，晚期换气功能减低，甚至发生呼吸功能衰竭。

（五）慢性阻塞性肺气肿的临床分型

1. 肺气肿型（A型、红喘型）：病人消瘦、气急、无紫绀，痰不多，不常有肺心病和心力衰竭，动脉氧分压 $>70\text{mmHg}$ （ 9.3kPa ），动脉 CO_2 分压 $<45\text{mmHg}$ （ $<6\text{kPa}$ ）。

2. 支气管炎型（B型、蓝肿型）：病人肥胖、臃肿、紫绀，气急不重，痰多，常有呼吸道感染和肺心病，动脉氧分压 $<70\text{mmHg}$ ， CO_2 分压 $<45\text{mmHg}$ 。

呼吸衰竭：临床表现严重呼吸困难，发绀脉速、或意识障碍，血气分析休息状态吸空气时，动脉血氧分压（ PaO_2 ） $<8.0\text{kPa}$ （ 60mmHg ）及/或动脉血二氧化碳分压（ PaCO_2 ） $>6.6\text{kPa}$ （ 50mmHg ）。

【治疗】

（一）除去病因：戒烟、改善生活环境、根除感染病灶如治疗鼻窦炎、扁桃体炎等。

（二）对症治疗：祛痰、止咳、平喘、抗过敏药物联合应用。

（三）抗感染：抗生素和磺胺类药物合用，可提高疗效，最好根据多次痰培养选择用药。

（四）提高肌体免疫力：适当体力锻炼，并应用左旋咪唑、转移因子、气管炎疫苗、减活麻疹疫苗等。中药辨证论治及中草药治疗。

(五) 慢性阻塞性肺气肿可进行氧疗, 正压呼吸治疗, 控制感染、平喘、呼吸体操等。

八、慢性肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病的病因有: 慢性支气管炎、肺气肿引起的慢性阻塞性肺病, 矽肺、结核胸廓畸形引起的广泛肺纤维性病变等。由于上述疾病引起肺循环阻力增加, 肺动脉高压右心室肥厚, 最后发展为右心衰竭, 故凡因肺的结构或功能受损害而导致右心室肥大的疾病称为慢性肺源性心脏病。

【诊断要点】

(一) 病史: 慢性阻塞性肺病占本病病因的 90% 以上, 病人多有慢性咳嗽、咳痰、气急史, 从慢性肺胸疾病至肺心病, 一般要 6~10 年。急性呼吸道感染是主要的诱发因素。

有肺动脉高压和右心室肥大名右心衰的体征、心电图和超声的证据, 胸部 X 线检查有右肺下动脉干扩张, 横径 $\geq 1.5\text{cm}$ 肺动脉段凸出, 高度 $\geq 3\text{mm}$, 中心肺动脉张与外周分支纤维两者形成鲜明对比, 呈线根状, 右前斜位圆锥部凸出高度 7mm, 右心室增大。心电图检查有额面平均电轴 $\geq +90^\circ$, 重度顺钟向转位, $V_1 R/S \geq 1$; $aVR R/S$ 或 $R, Q \geq 1$, $V_1 \sim V_3$ 呈 Q_s , Q_r , q_r , $RV_1 + SV_5 \geq 1.05\text{mV}$, 肺型 P 波, P 波电压 $\geq 0.22\text{mmv}$, P 波电轴 $\geq +80^\circ$ 。

(二) 根据疾病进展情况分二期

1. 肺、心功能代偿期 (缓解期): 有心悸、呼吸困难、易疲劳、检查有肺气肿体征, 可闻及干罗音, 肺动脉高压。体征: 肺动脉瓣第二心音亢进; 右心室肥厚体征有剑突下收缩期搏动, 因右心室肥大引起的相对性三尖瓣闭锁不全的收缩期杂音。右心室衰竭体征有颈静脉怒张、肝颈反流征阳性, 肝大, 无肝域压痛和静脉压增高。

2. 肺、心功能失代偿期 (发作期): 因肺泡通气换气功能障碍, 有明显的缺氧表现, 如呼吸困难、疲倦、失眠、紫绀。二氧化碳潴留的表现有头痛、结膜水肿、皮肤潮红、烦躁、恶心、呕吐、记忆力和判断力减退, 白天嗜睡, 夜间不眠。后期可见神志恍惚, 扑翼样震颤, 意识障碍, 昏迷, 称为肺性脑病。

消化道出血、脑疝、弥漫性血管内凝血常是致死的原因。

【治疗】

(一) 代偿期治疗

包括治疗原发病、戒期、增强机体抵抗力、改善通气功能、平喘（氨茶碱 β_2 受体兴奋剂）、祛痰（鲜竹沥、必嗽平）和控制感染（强力霉素、复方新诺明）、中医中药治疗等。

（二）发作期治疗

1. 有效地控制感染是治疗发作期的关键，应选用针对病原菌敏感的药物，一般用青霉素类与氨基甙类抗生素合用。流感杆菌可有氨苄青霉素，金黄色葡萄球菌用可球菌新青Ⅱ，绿脓杆菌可用羟苄青霉素或庆大霉素，必要时用妥布霉素，丁胺卡那霉素，第三代头孢霉素。

2. 保持呼吸道通畅，纠正脱水，祛痰（蒸汽吸入复方安息香酸酊、糜蛋白酶、胰DNA酶）体位引流、翻身、拍背、平喘（除氨茶碱和 β_2 受体兴奋剂外可加用氢化可的松 100~200mg 静滴）若呼吸道分泌物粘稠，无法以药物排除，患者情况差又无力咳嗽排痰时，可作气管切开。

3. 呼吸兴奋剂：如病人呼吸浅表，咳嗽反射迟钝，有呼吸衰竭和肺心病表现，而呼吸道通畅者，可用尼可刹米 0.375~0.75 克静注，2~4 小时一次；或尼可刹米 5~10 支加入 5%~10% 葡萄糖液内，10~15mg/分的速度静滴。也可用回苏灵和利他林，如出现过度呼吸肌肉震颤揭示过量。

4. 氧疗：呼吸困难而有发绀的患者，应给氧，伴有二氧化碳潴留，用低流量持续给氧，鼻导管或鼻塞法流量为 0.5~2 升/分，有效的吸氧是降肺动脉压的主要措施，酚妥拉明或硝苯吡啶有一定效果。

5. 心力衰竭的处理：Y 要是纠正呼吸衰竭和缓慢利尿，利尿可用小量顿服法，氢氯噻嗪应与氨苯蝶啶或安体舒通联合应用，必要时可用速尿和利尿酸钠。但要注意电解质紊乱，强心剂用量应小，并密切观察，可合用血管扩张剂消心痛。

6. 纠正酸碱和电解质紊乱：呼吸性酸中毒重点在改善肺通气功能，合并代谢性碱中毒危险性大，可用氯化钾和氯化铵纠正。有低氯、低钠、低钙者，应补充。

7. 慎用镇静剂，因能抑制呼吸。若患者烦躁不安，影响休息与治疗，可给小剂量安定和水合氯醛。

九、支气管肺癌

肺癌多发生于支气管粘膜，又名支气管肺癌，是呼吸道最常见的恶性肿瘤。40 岁以上男性多见。病因主要是环境的致癌物、吸烟、肺内感染和遗传、免疫因素等。

肺癌的病理分型

1. 鳞状上皮细胞癌，最多见，与吸烟关系密切，多属中央型，易坏死形成空洞或癌性脓肿，生长较慢，转移亦较晚。

2. 未分化癌，亦多见，仅次于鳞癌，多属中央型，恶性程度高，特别是小细胞型（雀麦细胞型）生长较快，血行、淋巴转移亦早，发病年龄较轻。

3. 腺癌，女性较多，生在较小支气管的粘液腺，多为周围型肺癌（肿瘤发生在四级以下支气管）常向管外生长。

4. 肺泡细胞癌（细支气管癌），少见，可分为结节型，表现为孤立球形病灶，弥漫型为弥漫扩散，亦可引起局部淋巴结和血行转移。

【诊断要点】

（一）主要症状

1. 咳嗽：是肺癌常见的首发症状，典型的表现为阵发性刺激性呛咳，无痰或少许白色泡沫样粘痰，咳嗽以中央型肺癌是突出，周围型肺癌以咳嗽起病者少。

2. 血痰：是肺癌重要的首发症状，间断性反复少量出痰，血多于痰，偶有大咯血，中央型肺癌血多为早期出现，周围型肺癌较少，如咳血持续，意义更大。

3. 胸痛：多为不规则钝痛，有胸膜转移时胸痛剧烈，呼吸、咳嗽时加剧。

4. 胸闷气急：因肿瘤阻塞较大支气管，气急较重，可引起紫绀。

（二）主要体征：消瘦、晚期呈恶病质，肺部一般无体征，因肿瘤使局部支气管狭窄，可闻及局部的喘鸣，咳嗽后不消失，是肺癌的早期体征，如支气管阻塞引起肺不张，则呼吸音和语颤减低。

（三）肺外表现

1. 骨骼：杵状指趾，肺性肥大性骨关节病，因骨膜增生，新骨形成，有局部剧痛，关节肿胀疼痛，甲床周围红晕。

2. 皮肤：皮肤瘙痒，湿疹样皮疹，红斑，多毛症等。

3. 内分泌：多见于燕麦细胞癌，因肿瘤细胞分泌 ACTH 样物质，可引起柯兴氏综合征。分泌甲状腺素样物质，可引起甲旁亢的症状，如高血钙、低血磷、多尿、烦渴、便秘、心律失常等。

4. 压迫症状：因肿瘤本身或瘤转移肿大的淋巴结压迫引起，常见的有肺尖肺癌（肺上沟癌），压迫颈交感神经引起霍纳氏综合征，表现为同侧瞳

孔缩小，上眼睑下垂，眼球内陷，额部少汗。压迫喉返神经引起声音嘶哑，压迫膈神经引起膈肌麻痹，X线透视可横膈矛盾运动，压迫上腔静脉引起上腔静脉综合征（头、面、颈、前胸部静脉怒张、水肿）。

（四）X线检查中央型肺癌的直接征象：早期表现为肺门阴影密度增高，发展为块状影，间接征象是阻塞性肺气肿、肺不张与阻塞性肺炎，周围型肺癌较小时为片状浸润，周围有毛刺，有小分叶，易误诊为结核，进一步形成球形病灶。

（五）痰细胞学检查：是简单而极重要的早期诊断方法，需留新鲜痰，多次进行检查。

（六）其他：如纤维支气管镜检查、肺活检、CT检查、同位素扫描、CEA测定等，有条件者可进行。

【治疗】

（一）手术治疗：是首选的治疗方法。

（二）放射治疗：确诊后如不适手术，全身情况良好者晚期肿瘤为延长生命，作姑息治疗。

（三）药物治疗：手术前化疗使瘤体缩小，便于手术切除，手术后化疗以巩固治疗，不能手术者，进行化疗以延长生命。

几种化疗方案。

附：医疗纠纷案例

1. 延误诊断和治疗引起患者纵隔气肿致呼吸衰竭死亡赔偿案例

一、诉讼双方

原告刘×，女，1960年9月出生，阳江市人。

原告莫×宇，女，1985年4月出生，阳江市人，与刘×是母女关系。

原告莫×良，男，1930年9月出生，阳江市人。

原告林××，女，1934年2月出生，阳江市人。

被告广东省阳江市人民法院

二、一审情况

1. 一审诉辩主张

原告诉称：1997年12月15日晚8时45分，患者莫××在家看电视，9时左右，突觉上腹、胸部剧痛，伴呕吐一次。家人送他到阳江市人民医院急诊科急诊。患者非常痛苦，家人挂了号到急诊科请医生时，两位值班医生