

- 美国中华医学基金会CMB 06-844 项目“住院医师培训改革”
China Medical Board # 06-844 “Reform of residency training program”

住院医师规范化培训教材

内科学

主 审 马晓伟

主 编 康 健

副主编 于晓松 张 锦 黎毅敏

美国中华医学基金会 CMB 06-844 项目“住院医师培训改革”
China Medical Board # 06-844 “Reform of residency training program”

· 住院医师规范化培训教材 ·

内 科 学

主 审 马晓伟

主 编 康 健

副主编 于晓松 张 锦 黎毅敏

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内科学/康健主编. —北京: 人民卫生出版社,
2012. 1

ISBN 978-7-117-14754-5

I. ①内… II. ①康… III. ①内科学 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 176031 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店

卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

内 科 学

主 编: 康 健

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 29 插页: 2

字 数: 729 千字

版 次: 2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14754-5/R · 14755

定 价: 56.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

编 委(按姓氏笔画排序)

于 婧	河北医科大学第二医院	罗 群	广州医学院第一附属医院
王 焱	海南医学院附属医院	罗佐杰	广西医科大学第一附属医院
王 颖	南京医科大学附属医院	赵树梅	首都医科大学附属北京友谊医院
邓存良	泸州医学院附属医院	施瑞华	南京医科大学附属医院
朱 宏	南京医科大学附属医院	姚红梅	广州医学院第一附属医院
刘晓民	哈尔滨医科大学附属第一医院	袁雅冬	河北医科大学第二医院
李荣山	山西医科大学第二医院	郭春艳	首都医科大学附属北京友谊医院
李显文	贵阳医学院附属医院	黄东健	广州医学院第三附属医院
李虹伟	首都医科大学附属北京友谊医院	蒋玉凤	泸州医学院附属医院
李鸿斌	内蒙古医学院第四附属医院	赖克方	广州医学院第一附属医院
张红杰	南京医科大学附属医院	廖 洋	重庆医科大学附属第一医院
陈志斌	海南医学院附属医院	黎毅敏	广州医学院第一附属医院
陈建斌	重庆医科大学附属第一医院		

编 者(按姓氏笔画排序)

马晓春	王 军	王 亮	王 琦	王国锋	王晓宏	方 芳	尹 燕	邓宝成
任 艳	刘 沛	刘 楠	刘志永	孙英贤	孙明军	李 冬	李 艳	李 静
李 鑫	李玉姝	李异玲	李建微	李桂晨	杨 波	杨 威	杨 爽	肖卫国
吴 哲	吴春玲	何志义	汪立杰	沈雪莉	张 宁	张 锦	张学颖	陈 松
陈佰义	苗 驰	林 红	罗晓光	金元哲	周 霞	周东辉	郑 振	郑长青
单忠艳	赵传胜	赵宗珉	赵晓娟	闻 颖	姚 丽	姚凤臣	聂莹雪	徐 峰
徐 仲	徐万鹏	高燕军	黄玉红	曹云鹏	康 健	滕伟禹		

单位 中国医科大学

秘书 欧凤荣 赵 霞 尹 燕

序 言

由中国医科大学组织编写的住院医师规范化培训教材即将与读者见面了。这是他们开展美国中华医学基金会 06-844 项目“住院医师培训改革”的又一重要成果,将为我国的住院医师规范化培训的进一步完善提供有益的指导和参考。

国际上公认,高等医学教育连续统一体包括三个阶段,即医学院校本科教育、毕业后医学教育和继续医学教育阶段。住院医师规范化培训制度是毕业后医学教育的重要组成部分,是一项有关卫生事业发展与队伍建设的重要工作,是培养“厚基础、宽知识、强能力、高素质”医学人才,提高我国医疗水平的重要环节和措施。住院医师培训是指住院医师在上级医师的指导下进行临床实践,通过规范的要求和严格的考核,从而学习到在某一认可的医学专科中的合格医师所需的知识、技能和态度。

我国住院医师培训制度可以追溯到 1921 年,由北京协和医学院首次实行,并提出了严格的“24 小时住院医师负责制和总住院医师负责制度”。此后,我国的住院医师培训经历了几十年的发展后,随着 1993 年颁布了《临床住院医师规范化培训试行办法》,1995 年颁布了《临床住院医师规范化培训大纲》,1998 年颁布了《临床住院医师规范化培训合格证书颁发管理办法(试行)》,1999 年颁布了《临床药师规范化培训大纲》和《全科医师规范化培训试行办法》,我国的住院医师培训工作开始走上了系统化、规范化的道路。越来越多的单位和医院将住院医师培训作为医师队伍建设和提高医疗质量的重要任务,为保证培训质量,国家不断加大投入,加强培训基地建设,采取了一系列的改革措施,新医改也已经确定了进一步加强住院医师的培训制度建设,住院医师人才培养将向 3+X 方向走,主要的思路是“国家立项,财政投入,医院培训,全口径社会分配”,解决社会人进医院培训的补贴和待遇问题。

然而,由于多种因素的影响,住院医师培训工作还存在发展不平衡;培训标准、大纲与教材需进一步完善;缺乏相关的人事配套政策和激励机制;缺乏有效的评价体系和标准等问题。借鉴发达国家住院医师培训的先进经验以及国际公认的医学教育标准,结合我国国情,进一步改革我国住院医师规范化培训是至关重要的。

这本内科教材没有沿用一般教材按照内科疾病——纵向叙述的模式,而是选取有代表性疾病,模拟接诊患者,重点介绍对主要临床表现进行鉴别诊断的横向思维过程和诊治路径的纵向思考要点等临床实际问题,既区别于本科生教材,又区别于亚专科培训教材,具有很强的实用性,将有助于提高培训质量,是既符合中国国情又与国际接轨的一次重要探索。

中华人民共和国卫生部副部长 **马晓伟**
2011 年 10 月

前 言

全球医学教育标准包括学校本科教育、毕业后医学教育和继续医学教育三个性质不同而又相互连接的教育阶段,住院医师培训属其中的毕业后医学教育,即毕业后进入医疗机构接受医学专门学科规范化的职业培养,本阶段的教育对于培养高水平临床医学人才起着承上启下的作用。长期以来,由于我国国情所限,多数临床医学专业学生毕业后直接进入医疗机构工作,其业务能力在很大程度上决定于医院的条件,这种模式影响了我国医师队伍的整体专业水平。为改善这一状况,卫生部于1993年颁布了《临床住院医师规范化培训试行办法》,明确指出:“实施临床住院医师规范化培训,是培养临床医学人才、提高我国临床医疗工作水平的重要措施之一,同时,也是完善我国毕业后医学教育制度的组成部分”。从此,我国住院医师培训和考核工作逐渐走向系统化、规范化的轨道。

中国医科大学孙宝志教授主持的“CMB住院医师培训改革”项目,力求在卫生部颁布的各种相关文件框架内,探索符合我国国情的住院医师规范化培训的新思路、新方法。编写本参考书是该课题内容之一。应该说,国内目前并不缺乏住院医师规范化培训的配套教材或手册。那么,编写本书的目的是什么?对于进入毕业后医学教育即住院医师培训的医学院校临床医学专业毕业生而言,如何将前期学校本科教育,即课堂教学阶段学习的基本知识和基本技能运用于患者的诊治,即培养自身临床诊疗主动思维能力和创造能力十分重要。临床实践中,面对无论是复杂还是简单的疾病,医生对其的诊治大多经历从感性认识到理性认识、从理论知识到实践认识的过程。该过程包括询问病史和临床资料的收集、分析资料作出初步的诊断和治疗、对病情发展和变化的观察并以此验证诊治正确与否或修正等阶段。临床思维贯穿于这一过程的各个阶段,内科疾病诊治中的临床思维尤其如此。基于上述认识,本书没有采用本科学习阶段教材的模式,将诸多内科疾病——纵向叙述;而是选取一些代表性疾病,模拟接诊患者,重点介绍对主要临床表现进行鉴别诊断的横向思维过程和诊治路径的纵向思考要点等临床实际问题。从本书可以看到,虽然内科各系统疾病的主要症状并非很多,典型体征的辨认也不十分复杂,但如同基本音符虽仅有7个却可谱出无数乐章一样,这些临床表现的不同组合或不同方式组合常常提示不同的疾病、不同疾病的合并或疾病不同的严重程度。对此能够作出正确的判断则需要科学、有序的临床思维;对此能够采取最佳的治疗方案同样需要严谨、缜密的临床思维。本参考书希望对培养住院医师良好的临床诊疗主动思维能力有所帮助。

本书编者是来自中国医科大学附属第一医院、盛京医院和第四医院、首都医科大学友谊医院、哈尔滨医科大学附属第一医院、南京医科大学附属第一医院、重庆医科大学附属第一医院、山西医科大学附属第二医院、河北医科大学附属第二医院、广西医科大学附属第一医院、广

州医学院附属第一医院和第三医院、内蒙古医学院附属医院、承德医学院附属医院、泸州医学院附属医院、滨州医学院附属医院、海南医学院附属医院、遵义医学院附属医院等从事内科临床工作多年的资深专家；本书所选病例均为真实病例，诊治过程也忠实原态。中国医科大学附属第一医院的张锦教授在该书策划和审阅中做了大量工作，欧凤荣、赵霞、尹燕等同志也在文稿收集和整理、专家联系等方面付出辛勤劳动，在此一并致谢。

由于编写时间和经验有限，难免有不足之处，敬请读者批评指正。

康 健

2011 年 11 月

目 录

第一篇 呼吸系统疾病	1
病例 1 支气管扩张症	1
病例 2 慢性阻塞性肺疾病	5
病例 3 支气管哮喘	11
病例 4 肺结核	18
病例 5 过敏性支气管肺曲霉病	22
病例 6 肺血栓栓塞	26
病例 7 特发性肺纤维化	33
病例 8 肺泡细胞癌	39
病例 9 结节病	45
病例 10 睡眠呼吸暂停低通气综合征	50
第二篇 循环系统疾病	55
病例 11 高血压	55
病例 12 肺血管病(肺动脉栓塞)	59
病例 13 急性心肌梗死	64
病例 14 晕厥	73
病例 15 心肌病	80
病例 16 围生期心肌病	85
病例 17 成人先天性心脏病——室间隔缺损	89
病例 18 缓慢性心律失常	97
病例 19 深静脉血栓	103
病例 20 先天性心脏病——法洛三联症	109
病例 21 药物性 QT 间期延长	114
病例 22 心律失常——心房颤动	119
病例 23 宽 QRS 心动过速	125
病例 24 窄 QRS 心动过速	132
病例 25 主动脉夹层	137

病例 26 肾动脉狭窄	149
第三篇 消化系统疾病	154
病例 27 上消化道出血	154
病例 28 肠结核	163
病例 29 胃食管反流病	168
病例 30 消化性溃疡	173
病例 31 克罗恩病	177
病例 32 溃疡性结肠炎	182
病例 33 急性胰腺炎	187
病例 34 肝硬化	191
病例 35 肠易激综合征	197
第四篇 内分泌系统疾病	202
病例 36 甲状腺功能亢进症	202
病例 37 甲状腺功能减退症	207
病例 38 亚急性甲状腺炎	212
病例 39 糖尿病	216
病例 40 低血糖症	222
病例 41 血脂异常症	225
第五篇 泌尿系统疾病	232
病例 42 尿路感染	232
病例 43 肾病综合征	236
病例 44 IgA 肾病	240
病例 45 急性肾衰竭	245
病例 46 慢性肾衰竭	249
第六篇 风湿性疾病	254
病例 47 类风湿关节炎	254
病例 48 系统性红斑狼疮	259
病例 49 干燥综合征	268
病例 50 强直性脊柱炎	273
第七篇 血液系统疾病	279
病例 51 缺铁性贫血	279
病例 52 再生障碍性贫血	283
病例 53 自身免疫性溶血性贫血	286
病例 54 特发性血小板减少性紫癜	289

病例 55	白细胞减少和粒细胞缺乏症	292
病例 56	急性白血病	296
病例 57	慢性粒细胞白血病	299
病例 58	淋巴瘤	303
病例 59	多发性骨髓瘤	306
第八篇	感染性疾病	311
病例 60	不明原因发热	311
病例 61	脓毒症与感染性休克	315
病例 62	病毒性肝炎	319
病例 63	获得性免疫缺陷综合征	325
病例 64	肾综合征出血热	331
病例 65	麻疹	336
病例 66	疟疾	339
病例 67	血吸虫病	344
第九篇	神经系统疾病	350
病例 68	短暂性脑缺血发作	350
病例 69	脑出血	354
病例 70	蛛网膜下腔出血	359
病例 71	脑梗死	364
病例 72	偏头痛	367
病例 73	痴呆	372
病例 74	帕金森病	378
病例 75	单纯疱疹病毒性脑炎	380
病例 76	症状性癫痫	383
病例 77	多发性硬化	386
病例 78	多系统萎缩	389
病例 79	吉兰 - 巴雷综合征	393
病例 80	脊髓亚急性联合变性	398
病例 81	重症肌无力	401
病例 82	意识障碍	405
第十篇	重症监护	417
病例 83	骨折并发急性肺栓塞	417
病例 84	感染性休克	422
病例 85	呼吸机相关肺炎	427
病例 86	急性加重期慢性阻塞性肺疾病	431
病例 87	失血性休克	436

病例 88 重症社区获得性肺炎	440
病例 89 重症哮喘	445
病例 90 急性呼吸窘迫综合征	449

病例 1

支气管扩张症

支气管扩张症(bronchiectasis)是由于支气管及其周围肺组织的慢性炎症损坏管壁,导致支气管腔扩张和变形的慢性化脓性疾病。与多种因素有关,某些为先天性或遗传性。支气管扩张症可局限于一个肺段或肺叶,也可弥漫性分布累及一侧肺或双侧肺的多个肺叶。

患者女性,69岁,于2010年4月18日入院。

一、主诉

反复咳嗽60年、咯血30年,加重1周。

二、病史询问

(一) 初步诊断思路及问诊目的

老年女性患者,既往反复咳嗽及咯血,首先考虑为支气管扩张症或结核病。问诊目的主要围绕既往咳嗽的原因、特点,咯血的性状与量,有无发热等。注意常见的慢性咳嗽及咯血疾病的鉴别诊断。

(二) 问诊主要内容及目的

1. 幼年是否曾患麻疹、麻疹性肺炎、百日咳等疾病 自幼在患肺炎后尤其是麻疹后、百日咳后出现的反复咳嗽、咳痰是支气管扩张症最主要的诱因。

2. 咯血的次数与咯血的性状,是否伴有咳痰及发热 明确的反复咯血尤其是在咳嗽、咳痰、发热的基础上出现的咯血,是支气管扩张症继发感染的主要证据之一。咯血伴反复的低热、盗汗、消瘦、乏力,则提示结核病。

3. 既往发生咳嗽、咯血时是否进行过相应的检查 20年前,由于影像技术相对落后,往往难以对咯血的患者进行诊断,但是也有部分患者曾经进行过支气管碘油造影等检查,这对诊断比较有意义。但是,当年能够接受支气管碘油造影的患者较少,如果能够询问清楚,则可以确诊。既往的影像学检查要注意有无肺部的空洞及肿瘤征象。

4. 入院前的治疗经过 慢性咳嗽的患者既往的治疗经过对于判断可能的病原体具有重要意义。部分患者可能在无明确证据的情况下服用过抗结核药物,应用后的效果对疾病的诊断也有重要意义。如抗结核有效,则倾向于肺结核的诊断。如无效,则应考虑为耐药结核病或非结核病。

5. 既往的其他呼吸系统疾病病史 慢性阻塞性肺疾病的病史具有一定的特征性,一般

很少伴有咯血,但是部分患者可有明显的喘息,这时应注意与支气管哮喘相鉴别。同时也要注意与心肌病、高血压心脏病、冠心病导致的心功能不全相鉴别。该患者的长期咳嗽、咯血的病程,尤其注意与肺结核及肺癌这两种最常见的导致咯血的肺部疾病鉴别。

6. 职业史、接触史的询问 应询问患者是否有粉尘、毒物及特殊变应原的接触史,许多慢性咳嗽患者与接触相关的物质导致的疾病有关,如硅沉着病等。同时要注意患者有无肺结核接触史,对于判断是否存在肺结核具有重要意义。

(三) 问诊结果及思维提示

1. 问诊结果 患者老年女性,主要从事家务劳动,无粉尘、烟雾的长期接触史,无吸烟史。自述幼年时曾患麻疹及肺炎,曾经进行过抢救。无高血压、冠心病等心血管疾病的病史。自从患肺炎后,每年多次因“感冒、咳嗽、咳痰、发热”等症状入院治疗,此过程长达60余年,近30年来反复出现咯血,每次咯血的量在50ml以内,均为新鲜血液,咯血前多有着凉、咳嗽及发热的过程。该患者1周前再次因“感冒”后咳嗽,咯血,鲜血量约200ml。在家中服用“云南白药”、“头孢菌素”后,咯血量略减少,每天约2~3次,每次量约50ml,鲜血。今日由门诊收入病房。

2. 思维提示 通过详细的问诊可以初步考虑患者存在支气管扩张症。患者自幼患麻疹及肺炎后反复出现咳嗽、咯血,本次考虑感染后再度导致咯血加重,符合支气管扩张症的症状学特点。患者无长期发热的过程及消瘦、乏力的表现,肺结核的可能性不大。体格检查时尤其注意有无固定性湿啰音及啰音的部位。可通过影像学检查进一步明确诊断。

三、体格检查

(一) 重点检查内容及目的

一般来说,双肺下野或单侧肺下野的湿啰音,支气管扩张症的可能性大,上野的湿性啰音则不除外肺结核。同时,为除外其他疾病,也应注意心血管系统的体格检查。

(二) 体格检查结果及思维提示

1. 检查结果 T 36.2℃, R 20次/分, P 90次/分, BP 120/78mmHg。神志清楚,呼吸平稳,自动体位。口唇无发绀,气管居中。胸廓对称,双侧呼吸运动一致,双肺叩诊呈清音。听诊于双肺下野闻及固定性湿性啰音,心界正常,心音钝,节律整,未闻及奔马律和各瓣膜区杂音。腹部检查未见异常,可见明显的杵状指(趾)。神经等系统检查未见异常。

2. 思维提示 体格检查结果提示患者为慢性肺部感染性疾病。患者体温正常,肺部啰音提示支气管扩张症。进一步实验室和影像学检查的主要目的是明确病变部位,尤其是病原学检查,为进一步的治疗提供合理依据。

四、实验室和影像学检查

(一) 初步检查内容及目的

1. 血常规、血沉 判断是否合并感染。
2. 连续痰抗酸杆菌涂片、痰菌培养 明确病原体,尤其注意有无耐药的铜绿假单胞菌的感染及活动性结核的可能。
3. 胸部CT 明确诊断,同时了解疾病的程度,尤其为手术提供依据。

(二) 检查结果及思维提示

1. 检查结果

(1) 血常规:WBC $11.2 \times 10^9/L$, S 85%, L 12%, M 3%, RBC $3.5 \times 10^{12}/L$, Hb 101g/L, PLT $122 \times 10^9/L$ 。

(2) 血沉:正常。

(3) 痰菌培养:待3天后出结果。

(4) 胸部CT:见图1-1。

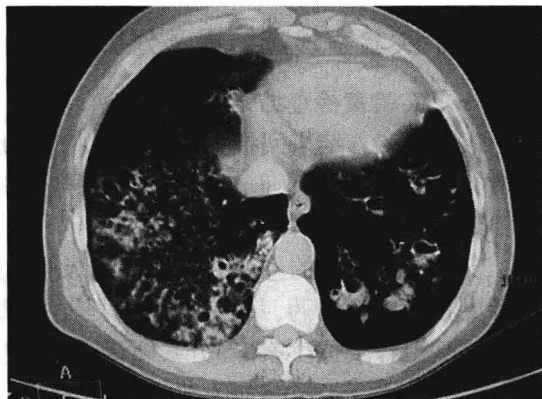


图1-1 胸部CT检查示支气管扩张

2. 思维提示 血常规检查显示患者白细胞总数及中性粒细胞比例均增高,胸部CT影像学显示为双肺下野明确的支气管扩张伴有渗出性病变。患者本次发病后虽然应用一定的止血药物及抗生素,但是仍然咯血,考虑其主要的原因是止血力度不够,抗感染治疗不充分,因此疗效不佳。结合支气管扩张症感染时常见的致病细菌,选用抗感染药物及止血药物进行治疗。

五、目前诊断

支气管扩张症

六、治疗方案及理由

(一) 方案

头孢他啶,2.0g,每日3次,静脉滴注。氨甲苯酸,0.2g,每日2次,静脉滴注。

(二) 理由

感染是支气管扩张症的最主要诱因,感染的常见病原体为细菌,细菌中又以铜绿假单胞菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌及肺炎克雷伯杆菌较为多见。对于尚未获得微生物学证据的支气管扩张症患者,在应用抗感染药物时,首先应该经验性选择对上述病原体有效的药物,如头孢他啶。当然,应用青霉素类药物或第二代头孢菌素也是正确的选择。下一步应在取得微生物学证据之后根据治疗效果进行下一步调整。该患者年龄偏大,反复发作多年,不排除耐药细菌存在的可能,因此应用第三代头孢菌素头孢他啶。该药既可有效覆盖上述病原体,又对铜绿假单胞菌有较好的疗效。患者选用氨甲苯酸止血主要考虑其咯血的量不是很大,未出现危及生命的大咯血,因此选择了作用比较温和的止血药物。

七、治疗效果及思维提示

(一) 治疗效果

患者经过上述治疗第3天,突然出现大量咯血,单次的出血量为600ml。同时患者仍有较剧烈的咳嗽,并出现黄痰。

(二) 思维提示

患者的诊断比较明确,但是经过治疗后,临床症状不但没有改善,反而加重。考虑其最主要的原因是患者本次感染的病原体为耐药菌,甚至对第三代头孢菌素耐药。在感染未被控制的情况下,小的支气管动脉损伤进一步加重,因此咯血量增加。患者在抗生素治疗中出现黄痰,也提示感染加重和所选择的抗生素无效。

八、实验室检查结果及分析

(一) 实验室检查结果

痰细菌培养结果回报为铜绿假单胞菌,敏感的抗生素为阿米卡星、环丙沙星及所有碳青霉烯类抗生素,包括头孢他啶在内的头孢菌素均表现为耐药。

(二) 分析

支气管扩张症的患者大多存在铜绿假单胞菌感染,尤其是长期感染,反复应用抗生素的患者更容易出现耐药,甚至存在泛耐药的铜绿假单胞菌。这类细菌通常只对临床上应用较少的氨基糖苷类抗生素、部分氟喹诺酮类抗生素(如环丙沙星)及部分碳青霉烯类抗生素保持一定的敏感性。痰的细菌学培养虽然只是参考,但是对支气管扩张症的患者,尤其是培养出铜绿假单胞菌的患者,临床意义比较重大。对于本患者,应及时调整治疗方案,包括抗生素调整及止血药物的调整。

九、调整治疗方案及疗效

(一) 方案调整

停用头孢他啶;改用美罗培南 0.5g,每 6 小时 1 次,静脉滴注,联合阿米卡星 0.6g,每日 1 次,静脉滴注。同时给予神经垂体素持续静脉滴注。继续应用氨甲苯酸静脉滴注。

(二) 疗效

患者应用神经垂体素后未再出现新的咯血,5 天后停药。在改用美罗培南及阿米卡星后第 2 天,患者咳嗽、咳痰明显减轻,1 周后痰细菌培养为正常菌群。

十、对本病例的思考

本患者从病史上可以比较直接地判断为支气管扩张症,大多由于呼吸道各种慢性感染后支气管管壁破坏,反复的感染,导致支气管管腔扭曲、变形,血管增生、扩张,临床上表现为反复的咳嗽、咳脓性痰和咯血。部分患者只表现为反复咯血,称为“干性支气管扩张”。感染是支气管扩张症的主要病因,同时也是支气管扩张症反复发作的诱因。近年来,由于抗生素的广泛应用,导致耐药细菌的比例明显增加。

对于支气管扩张症的患者,感染症状明显者可以选择第二代头孢菌素、青霉素类,也可以直接应用第三代头孢菌素。考虑该患者年龄大、病程比较长,因此选用了头孢他啶作为经验性用药,可以覆盖大部分致病菌。但是,该患者应用头孢他啶并未取得理想的疗效,分析其原因主要是由于病程过长,既往应用的抗生素较多,细菌产生了比较顽固的耐药,根据药敏试验的结果重新选择了抗生素,并取得了较好的治疗效果。

咯血是支气管扩张症患者的另一组较常见的临床症状,少量咯血通常在充分控制感染和适当的止血药物治疗的情况下可以好转。但是,由于感染控制不佳,导致血管破坏加重,最终咯血加重,此时最佳的治疗药物为神经垂体素。应用神经垂体素时,应保证患者无高血压、冠心病、心功能不全,并除外妊娠。如果存在上述禁忌证,咯血又难以控制时,则应考虑支气管动脉栓塞术或硬质支气管镜下止血治疗。

该患者经过抗生素、止血药物的积极治疗,病情稳定,细菌清除后出院。但是要告知这类患者的预后不佳,随时存在咯血窒息死亡的风险,要尽量避免感染因素,减少肺功能的损害。

(哈尔滨医科大学附属第一医院 刘晓民)

病例 2

慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary diseases, COPD)是呼吸系统临床常见病,是一种可以预防 and 治疗的疾病。它的肺部特点表现为不完全可逆气流受限,这种气流受限通常呈进行性发展,与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。绝大多数患者(70%以上)有慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难/气短等呼吸道症状。对于症状典型者诊断并不困难,但对于症状不典型(如没有明显咳嗽、咳痰、气短症状)或无症状者,详细的病史询问,尤其是详细询问有无危险因素暴露史非常重要。

患者,男性,65岁,退休工人。

一、主诉

反复咳嗽、咳痰、喘息 25 年,活动后气促、心悸 10 年,加重伴下肢水肿 10 天。

二、病史询问

(一) 初步诊断思路及问诊目的

咳嗽、咳痰为呼吸系统常见症状,患者呈慢性发病过程,问诊时应注意数十年病程中主要症状及伴随症状的特点、疾病演变过程、诊治经过、治疗效果等。

(二) 问诊主要内容及目的

1. 诱发因素 有无着凉、感冒、劳累等诱发因素。

2. 主要症状的特点 慢性咳嗽常见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、肺结核,同时应询问咳痰的性质有何特点,是黄痰还是白痰,有无季节性。慢性支气管炎和 COPD 患者的咳嗽通常是晨起时明显,多为白色黏痰或浆液性泡沫样痰,感染时可以咳黄色或脓性痰。支气管扩张和肺脓肿患者常咳黄色或脓性痰,痰量较多。有时咳脓臭痰常提示有厌氧菌感染。肺结核患者多干咳或咳少量黏液性痰,但有空洞形成或合并其他细菌感染时痰量可增多或咳黄痰。间质性肺疾病和哮喘多为干咳或咳少量白痰,感染时痰色可变黄或呈脓性。

慢性支气管炎和 COPD 患者的咳嗽和咳痰多在秋冬季节明显或加重,天气转暖时减轻。咳嗽变异型哮喘多在季节变化时出现,以干咳为主,夜间咳嗽重,嗅到异味、烟或刺激性气体可诱发咳嗽。

3. 是否伴咯血 慢性支气管炎和 COPD 患者很少有咯血,偶尔可痰中带血。支气管扩张和肺结核患者常有咯血,有时咯血量较多。

4. 是否伴喘息 慢性支气管炎和 COPD 患者以咳嗽、咳痰为主,可伴有喘息,多为重症患者、合并哮喘或急性加重时出现,患者自己可以听到喘鸣声。支气管扩张和肺结核患者很少出现喘息。支气管哮喘以反复发作性喘息为主。

5. 病程中有无发热、热型及持续时间 肺结核患者常有发热,多为午后低热,同时可伴乏力、盗汗。慢性支气管炎、COPD、支气管哮喘、支气管扩张等平时无发热,只有在合并感染

的情况下才发热。

6. 气短出现的时间 慢性支气管炎、COPD、支气管扩张、肺结核等通常先有咳嗽、咳痰,随病情进展逐渐出现气短。间质性肺疾病,咳嗽、气短常同时出现。哮喘患者常先有气短或同时伴咳嗽,咳嗽变异型哮喘常无气短。

7. 病程中有无下肢水肿、少尿,有无不能平卧、夜间憋醒现象,以此可帮助判断有无心脏受累、心功能不全。

8. 此次气短加重有无诱因,是否伴痰量增多及黄痰,每年症状加重的频率。气短加重通常是 COPD 急性加重的主要症状,常由呼吸道感染诱发,咳痰量增多,尤其是咳黄痰或脓性痰常提示有细菌感染。

9. 既往有何疾病 老年人大多有多种基础病,当出现一个症状或体征时,不能认为是某一种疾病所致,有可能是多种疾病逐步进展、恶化的结果。如患者既往有高血压、冠心病、心功能不全,可出现水肿、气短;如有慢性肾脏功能不全,可出现水肿、气短;如幼时患麻疹、百日咳等,易患支气管扩张,可引起咳、痰、喘等症状。

10. 是否吸烟及吸烟量,从事何种职业 吸烟是慢性支气管炎、COPD 和肺癌的主要危险因素,职业性粉尘接触既是慢性支气管炎、COPD,也是尘肺和某些间质性肺疾病发生的危险因素,而这些疾病都可能表现有慢性咳嗽、咳痰。因此,只有通过详细的询问才能帮助寻找可能的病因。

11. 家族史 如支气管哮喘、肺间质纤维化等有家族遗传倾向。

(三) 问诊结果及思维提示

1. 问诊结果 患者老年男性,退休前是钳工,无肝病、慢性肾脏疾病、高血压、冠心病等,无麻疹、百日咳、鼻窦炎、鼻窦炎病史,吸烟 40 余年,每天 20 支,未戒烟,无嗜酒,患者于 25 年前每于冬春季反复咳嗽、咳痰,咳白色泡沫样痰,晨起重,白天轻,伴喘息,每年持续大于 3 个月,曾诊断为慢性支气管炎,10 年前出现活动后心悸、气促,曾多次住院予抗炎解痉平喘等治疗,好转后出院,平素服用氨茶碱等平喘药物,10 天前劳累后发热,体温 38.5℃,咳黄痰,每天 50ml 左右,无咯血,气喘不能平卧,下肢水肿,腹胀,尿少,400ml/d,嗜睡,曾用青霉素 3 天,头孢菌素 7 天,每日 2 次静滴,利尿剂 5 天,未见好转来诊。

2. 思维提示 患者有反复咳嗽、咳痰、喘息病史,冬季重 25 年,活动后气促、心悸 10 年,加重伴水肿 10 天。支气管哮喘春夏季多发,青少年发病,与上述症状不符,待肺功能结果回报后明确是否合并支气管哮喘;该患者幼时无麻疹、肺炎、百日咳史,无大量脓臭痰史,放射线或 CT 可证实是否有支气管扩张;该患者咳、喘,冬季重,但非常年发作,无鼻窦炎、鼻窦炎病史,注意肺 HRCT 有无弥漫的小结节,如无多发弥漫小结节则可排除泛发性细支气管炎;患者无经常低热、盗汗、乏力、食欲减退等结核中毒症状,注意放射线检查,如为结核,其病变多在肺尖后段、下叶背段,痰查结核分枝杆菌可证实;该患者咳嗽、气促,注意除外间质性肺疾病,应注意有无 Velcro 啰音及杵状指;腹胀、下肢水肿,注意心功能不全,注意是否有肝大及移动性浊音。该患者吸烟 40 年,本次因劳累后发热,咳黄痰多,喘重,伴下肢水肿,COPD 合并感染的可能性大,应重点行胸部查体,胸廓是否正常、呼吸音强弱,是否闻及湿啰音、干鸣音、支气管呼吸音,心脏大小、心脏杂音等。

三、体格检查

(一) 重点检查内容及目的

患者呼吸系统感染的可能性大,应注意有无肺气肿体征,如桶状胸、肋间隙增宽、呼吸音