

中西医结合临床医学丛书

总主编 陈利国 孙宝林 赵奎祥

呼吸系疾病

王迎军
王炳祥
陈利国

编著

1.5

山西科学技术出版社

97
R560.5
4
2

X4935/12

中西医结合临床医学丛书

呼吸系疾病

陈利国 王炳祥 王迎军 编著



3 0109 3824 3

山西科学技术出版社



C 543535

中西医结合临床医学丛书

呼 吸 系 疾 病

陈利国 王炳祥 王迎军 编 著

*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路69号)

山西省新华书店发行 万荣县国营印刷厂印刷

*

开本:850×1168 1/32 印张:6 字数:154.7千字

1996年7月第1版 1996年7月山西第1次印刷

印数: 1—1500册

*

ISBN 7-5377-1314-6
R·525 定价:10.00元

中西医结合临床医学丛书

主 编	陈利国	孙宝林	赵奎祥	
副主编	郭伟星	刘承琴	李秀莲	尹 晶
编写人员(以姓氏笔画为序)				
马生明	王凤英	王炳祥	王迎军	王宝萍
王基平	王 媛	尹 强	尹 晶	叶 芳
刘亚民	刘伟明	刘承琴	刘惠萍	关世玲
曲金平	孙兰玉	孙宝林	孙淑英	邱丽华
汪 萌	汪育锟	应受铭	杨传华	杨 栋
杨学然	李卫莉	李 刚	李守垣	李秀莲
吴念云	陈利国	陈丽霞	陈 燕	邵 敏
张以林	张 青	张 娟	张恒龙	张效霞
张爱华	张 峰	张雅萍	金 艳	周永红
宫昭艳	赵奎祥	赵世珂	郭立华	郭卫星
贺 倩	高兴云	高建华	贾崇岭	黄建新
崔 岩	隋善臣	隋道敬	韩福梅	葛洪芳
秦秀丽	薛景岐	潘红梅	柳劲松	

前 言

呼吸系疾病是危害人民身体健康的常见病,多发病。根据卫生部的统计,在我国 1992 年人群死亡率的前 10 位病种中,因呼吸系疾病(不包括肺癌)而死亡者在城市总死亡率中占第 3 位,在农村中占第 1 位。加强呼吸系疾病的防治研究是我们医务工作者的迫切任务。

就我国情况而言,在 50 年代以前,呼吸系疾病的病种较为单纯,肺感染性疾病以肺结核和细菌性肺炎为主。随着抗生素的出现,肺部感染性疾病已得到较有效的控制。但由于大气污染、吸烟及其他因素,阻塞性肺疾病、肺癌、职业性疾病、弥漫性间质肺纤维化等疾病的发病率明显增高。而且,在各种感染性肺脏疾病尤其是病毒感染者,对抗生素多不敏感,中医中药治疗却具有显著效果。因此,中西医结合防治呼吸系各种疾病具有广阔的前景。

在本书的编写过程中,参阅了大量文献资料,吸收了许多国内外最新研究成果,既突出其学术性,又强调其实用性。本书以临床常见疾病为主,同时结合现代临床的特点,对肺结核的中西医结合治疗作了较为详细的论述。

本书有不全面以及错误之处,希望广大读者批评指正。

编 者

1996 年 7 月

目 录

第一章 概论	(1)
第二章 急性上呼吸道感染	(18)
第三章 感冒	(21)
第一节 流行性感冒	(21)
第二节 普通感冒	(26)
第四章 急性气管—支气管炎	(28)
第五章 慢性支气管炎	(31)
第六章 支气管哮喘	(37)
第七章 支气管扩张症	(47)
第八章 肺气肿	(51)
第九章 细菌性肺炎	(58)
第一节 肺炎链球菌肺炎	(58)
第二节 链球菌肺炎	(60)
第三节 葡萄球菌肺炎	(60)
第四节 嗜血流感杆菌肺炎	(62)
第五节 克雷白杆菌肺炎	(63)
第六节 大肠杆菌肺炎	(64)
第七节 绿脓杆菌肺炎	(65)
第八节 肺脓肿	(66)
第九节 支气管—肺念珠菌病	(68)
第十节 治疗	(69)
第十章 胸膜炎	(76)
第十一章 呼吸衰竭	(86)
第十二章 成人呼吸窘迫综合征	(110)
第十三章 肺水肿	(121)

第十四章	肺结核·····	(130)
第十五章	呼吸困难·····	(147)
第十六章	胸痛·····	(151)
第十七章	咯血·····	(154)
第十八章	心肺功能复苏·····	(162)
第十九章	矽肺·····	(166)

第一章 概 论

一、呼吸系统的解剖学

(一)上呼吸道

呼吸系统一般以喉环状软骨划分成为上下两部分。上呼吸道包括鼻、咽和喉等。

1. 鼻 鼻腔位于硬腭上,由鼻中隔分为左右两部。鼻腔从后鼻孔通向鼻咽。鼻腔的侧壁有3个弯曲伸入腔内的骨性突起,称为鼻甲。在各个鼻甲的下方,分别形成上、中、下3个鼻道。鼻粘膜有丰富的血液供应,使粘膜充血膨胀时,接触面积增加。

2. 咽 咽分为3部分:鼻咽位于鼻腔的后方,上界是蝶骨及枕骨的基底部,下后界为软腭及悬雍垂,与鼻腔的鼻后孔相连,成为正常呼吸的要道。口咽位于口腔的后方,往上与鼻咽部相连,往下与喉咽相通。口咽的外壁分布着成群的淋巴组织和扁桃体因表面衬有复层鳞状上皮细胞,故属于消化道的一部分。喉咽处于喉的后部,上皮组织从喉咽部位伸到环状软骨之后,即化为食管。

3. 喉 喉上与喉咽、下与气管等相连,是呼吸通道和发音的器官。喉腔由单个的甲状软骨、环状软骨、会厌软骨以及成对的杓状软骨、小角软骨、楔状软骨、软骨间的关节和喉肌及韧带构成。喉腔内部有两对皱襞,上面的一对是室襞(亦称假声带);下面的一对为声襞(声带)。两侧声带之间的裂隙为声门,是喉腔最狭窄的部分。

(二)下呼吸道

下呼吸道从气管起,分支为总支气管,叶、段支气管后,越分越细,待到肺泡共24级。从气管到终末支气管是气体的传导部分,从呼

吸性细支气管到肺泡为气体的交换部分。

1. 气管 起于环状软骨下与纵隔内的分叉之间,全长 11cm,颈部与胸内各占一半,直径 1.8cm,横径比矢径大 25%。由 16~20 个“∩”形环状软骨,以及平滑肌和结缔组织等构成。气管的上段通连到喉部,其下段则由两根总支气管与心包膜背面的结缔组织纤维固定在纵隔内。

2. 左右总支气管 右总支气管较粗壮,与气管中线构成 25~30 度角,较平直,异物易入其中;左总支气管较细长,与气管中线构成 50 度角,略成水平趋向。两根总支气管的结构与气管相类似,由“∩”形软骨环、平滑肌及结缔组织构成,但软骨环较小。左总支气管一般有 7~8 个软骨环,右总支气管一般只有 3~4 个。

3. 支气管在肺内的分支 从右总支气管的 1~2.5cm 处分出右上叶支气管后,向下成为中间支气管,并由此再分出中叶支气管。总支气管的主干伸延下去,即为下叶支气管。右上叶分出尖支(1)、后支(2)和前支(3);右中叶分出外侧支(4)和内侧支(5);右下叶分出背支(6)、内基底支(7)、前基底支(8)、侧基底支(9)和后基底支(10)等肺段支气管。

左总支气管长约 5cm,在距离气管分支 3cm 处进入肺脏。左上叶支气管分出上、下两支支气管;上支支气管分出尖后支(1+2)和前支(3),下支为舌支支气管(相当于右肺中叶),分为上舌支(4)和下舌支(5)。左下叶为左总支气管下延的气道,分出背支(6)后,又分出内基底支,由内基底支和前基底支合并而成(7+8)、侧基底支(9)和后基底支(10)支气管。由于左上叶的尖支与后支支气管,以及左下叶的内基底支与前基底支等支气管均是合并着的,故左侧的两叶肺内实际上只有 8 个段性支气管。

(三)肺脏

肺脏位于胸膜腔中,右肺较左肺略大些。脏层胸膜的斜裂深入组织将肺分为上、下两叶,右肺另有水平裂使之分为上、中、下三叶。肺底与膈肌上部的膈胸膜相接。肺内侧的肺门与纵隔相依附。肺门是

支气管,肺动、静脉,神经和淋巴管进出的通道。

1. 肺叶和肺段 肺叶支气管分布到相应的肺叶,肺段支气管亦然。故右肺共有 3 叶和 10 个肺段;而左肺共有 2 叶和 8 个肺段。

2. 肺小叶 肺小叶是由细支气管以下分支与相应的肺组织形成。按所包括肺组织的多少顺序为次级肺小叶、腺泡及初级肺小叶。

(1)次级肺小叶:是由结缔组织包裹着的最小型肺组织。次级肺小叶呈不规则的多面体,其中有 30~50 个初级小叶,直径 1~2.5cm。

(2)腺泡:腺泡是气体传导气道的一根终末细支气管所分布到的肺组织,其外围的包膜不完整,粘膜下层组织渐趋退化,腺泡内有呼吸性细支气管、肺泡管和肺泡等,是气体交换的场所。

(3)呼吸性细支气管:呼吸性细支气管平均有 3 级连续性的分支,表面由纤毛立方细胞,渐变成纤毛稀少到消失的扁平鳞状细胞。从气管分支到呼吸性细支气管末级分支气道的总数,估计共约 233914 根。

(4)肺泡管:从每根呼吸性细支气管尾端,平均有 3 级系列性短肺泡管分支。此时管壁的平滑肌层消失,并已全部肺泡化。

(5)肺泡囊:是肺泡管分支尾端形成的约 10 个肺泡附着的囊状盲端,有着与肺泡管相同的结构和功能。全肺估计有肺泡囊共 23×10^6 个。

(6)肺泡:成年人肺泡总数约 3 亿个,但按身长却有 2~6 亿间的差别。肺泡直径约 $250\mu\text{m}$,总面积为 $40\sim 80\text{m}^2$ 。

(四)肺脏的循环系统

1. 肺动脉 起于右心室动脉圆锥并分为左、右两支后,在同侧肺门受到纤维鞘的包裹,再与支气管平行分支。凡管径超过 $3000\mu\text{m}$ 的肺动脉,平滑肌极少,而有较厚的由粘多糖构成的基膜,其中层有 5 层以上的弹性纤维,称为弹性肺动脉。到达终末支气管水平,肺动脉呈直角穿透纤维鞘,进入肺小叶即成肺小动脉,其管径约 $150\mu\text{m}$,中层有环状平滑肌纤维,包裹在两层弹性板之间,称为肌性动脉。越过

终末细支气管,弹性板和肌纤维相继消失,成为肺小动脉。在呼吸性细支气管、肺泡管和肺泡囊壁层发出极多分支,构成毛细血管网。

2. 毛细血管网 毛细血管内皮组织厚 $0.3\mu\text{m}$, 其外径与内径分别为 8.6 与 $8.0\mu\text{m}$ 。除开口处外,每个肺泡包绕着长度为 $9\sim 13\mu\text{m}$ 的毛细血管段共 $1800\sim 2000$ 根,故整个肺共有 2800 亿根毛细血管段。

3. 肺静脉 起自肺泡毛细血管网和胸膜毛细血管网等的远端。其小静脉在肺小叶间隔中引流,有随伴肺动脉,最后汇集于肺门左右两侧的肺静脉,并分别组成上、下静脉干,注入左心房。

4. 支气管动脉 成年人的一根右支气管动脉始于右第3肋间动脉,右锁骨下或乳内动脉,而两根左支气管动脉常直接从胸主动脉上部分出。支气管动脉的管径较肺动脉为细,但肌层较厚。正常人支气管动脉内含心输出总氧合血量的 $1\%\sim 2\%$ 弱。

5. 支气管静脉丛 主要分3组。第1组在呼吸性细支气管水平静脉丛的较大部分与肺小动脉的网丛相联结,进入肺静脉。第2组为一些从支气管壁和邻近一些组织形成的静脉丛,联合成为支气管肺静脉。第3组静脉丛自气管隆突、叶段等支气管壁成为真正的支气管静脉,经奇静脉、半奇静脉或肋间静脉到达右心房。

(五)肺脏的神经系统

肺脏接受内脏运动和感觉两类神经的支配。交感和副交感属于内脏运动神经,主要调节气管、支气管与血管等平滑肌的舒缩以及腺体分泌。肺的内脏感觉神经末梢分布于气管及支气管粘膜上皮、血管外膜和脏层胸膜,能接受及传入感觉性冲动。肺交感神经来自胸交感神经链第2~4个神经节,其中枢位于胸上部的脊髓段。副交感神经则来自迷走神经,中枢在延髓的迷走背核。肺的内脏感觉神经纤维行于迷走神经干内,上行支终止于延髓的孤束核,部分纤维经交感干到颈及胸上部的脊神经节。内脏的运动和感觉神经共同维持肺脏的正常呼吸。

(六)胸膜

胸膜分为壁层和脏层,两层在相应的组织结构上反折而会合成封闭式胸腔。正常的腔内略有负压,表面微湿润。两层胸膜在肺根部融合成为一片向下的肺韧带,固定着肺脏。人的纵隔胸膜结构完整无缺损。

(七)纵隔

纵隔位于胸腔中部、两肺之间的间隙位置中,它前有胸骨,后有胸椎,上方为胸廓上口,底缘为膈肌和两旁的左、右侧纵隔胸膜包围而成。纵隔中除有心脏、大血管、气管和食管外,还有丰富的神经、淋巴组织、脂肪和结缔组织等。纵隔在婴幼儿时期活动性相当大。成年后虽相对固定,但气胸时两侧胸腔内压力不同,可出现纵隔胸膜连同肺组织向对侧偏移,形成纵隔疝。纵隔位置狭小,但内在重要脏器较多,故纵隔疾病时常伴有显著的压迫性症状。

(八)胸廓

胸廓呈无尖顶的锥形体,主要由胸骨、肋骨和胸椎等构成。胸廓上部有肾形开口,肺尖在开口前方超出 2cm 达到颈部,而其下部则常在第 1 肋颈的水平。青年人胸廓呈扁平形,体力劳动者胸廓宽阔,患严重肺气肿者肺过度膨胀,形成桶状胸。

二、呼吸系统疾病的症状和体征

(一)呼吸系统疾病的症状

1. 咳嗽 咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状之一,是清除自外界侵入呼吸道的异物与呼吸道内分泌物,消除呼吸道刺激因子,抵御感染的一种保护性功能。

(1)咳嗽的性质:干咳或刺激性咳嗽见于慢性喉炎、喉癌、气管炎、气管受压、支气管异物、支气管肿瘤及外耳道刺激;湿性或多痰咳嗽则见于支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、肺寄生虫病或肺结核有空洞者。

(2)咳嗽的节律:单声微咳多见于喉炎、气管炎、吸烟者及早期肺

结核病人。习惯性咳嗽也属于此型。阵发性或痉挛性咳嗽多见于异物吸入、百日咳、支气管哮喘、支气管内膜结核及支气管肿瘤。支气管肺脏炎症则表现为连续性咳嗽。

(3)咳嗽的时间:晨间咳嗽多见于上呼吸道慢性炎症、慢性支气管炎及支气管扩张病人,夜间咳嗽则多见于肺结核及心力衰竭病人。

(4)咳嗽的音色:短促轻咳、咳而不爽者多见于干性胸膜炎、肺炎、胸腹创伤或手术后,病人在咳嗽时常用手按住患处以减轻疼痛。犬吠样咳嗽多见于喉头疾患、声带肿胀、气管异物或气管受压。嘶哑性咳嗽见于声带炎症如喉炎、喉结核、声带肿瘤、喉癌或由于喉返神经受压所致的声带麻痹。金属音调的咳嗽可由于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌等直接压迫气管所致。

(5)体姿的改变:严重支气管扩张病人因支气管内壁破坏、咳嗽反射减弱、大量痰液潴留,当体位改变时,由于分泌物流动刺激正常支气管粘膜而咳嗽,咳出大量积痰。脓胸伴支气管胸膜瘘病人在一定体位时脓液进入瘘管而引起剧咳。纵隔肿瘤、大量胸腔积液患者改变体位时也可引起咳嗽。

(6)伴发症状:咳嗽伴高热者多是肺炎、肺脓肿、急性渗出性胸膜炎;咳嗽伴明显胸痛者多为胸膜疾病或肺部病变波及胸膜如肺炎、肺癌等;咳嗽伴大量咯血者多为支气管扩张及空洞性肺结核;咳嗽伴大量粉红色泡沫样痰时应立即想到肺水肿。

2. 咳痰

(1)痰的性状:浆液性痰或泡沫样痰是肺淤血或肺毛细血管通透性增高,毛细血管内液体渗入肺泡所致,如肺水肿。粘液性痰无色透明而粘稠,多见于急性炎症如支气管炎、支气管哮喘或大叶性肺炎的早期。粘液脓性痰是由于肺组织受化脓性细菌的感染,在炎症过程中形成脓液,同时有大量粘液分泌物相混而成,见于支气管炎、肺结核等。脓性痰呈黄色或绿色,见于各种化脓性细菌所致的支气管肺泡炎症。血性痰是由于呼吸道粘膜受侵蚀,毛细血管受损害,血液渗入肺泡而产生,可以由于异物损伤、毒化剂侵蚀或炎症波及所致,在 40 岁

以上男性吸烟者要警惕支气管肺癌。

(2) 痰量: 痰量多的疾病有肺水肿、支气管扩张、肺脓肿、肺泡细胞癌、脓胸或肝脓肿穿破膈肌并发支气管瘘者。典型的支气管扩张及慢性肺脓肿病人常有大量脓痰, 多达每日数百毫升。检查痰量一般以 24 小时为准, 痰量增多反映支气管和肺化脓性炎症进展; 痰量减少提示病情好转, 中毒症状减轻。

(3) 气味: 一般的痰无臭味, 厌氧菌感染时痰有恶臭, 见于肺脓肿、肺坏疽、支气管扩张及支气管肺癌的晚期。

(4) 颜色: 无色透明或灰白色粘液痰见于正常人或支气管粘膜轻度炎症时。化脓性炎症时痰带黄色。空洞性肺结核或慢性支气管炎时, 脓性痰在肺内潴留过久也可带黄绿色。肺癌、肺结核、肺梗塞等痰内含有血液或血红蛋白时痰呈红色或红棕色。急性肺水肿则咳粉红色或血色泡沫样痰。肺阿米巴病的痰是阿米巴肝脓肿溃破穿入肺内所致, 痰内血和脓均匀混合呈红褐色或巧克力色。烂桃样或果酱样痰是由肺组织坏死分解而成, 见于肺吸虫病。

3. 咯血 咯血是一种常见的症状, 常由呼吸道疾病所致, 也可由于循环系统或全身其他疾病引起。咯血可由于各种有害因子对肺毛细管的直接损伤或通过血管活性物质的作用使毛细血管壁的通透性增高所致; 也可由于炎症、肿瘤或结核等病变侵蚀肺小血管而引起。对于青壮年咯血伴有低热等症状者应考虑肺结核。40 岁以上男性吸烟者咯血应考虑肺癌。年轻女性反复咯血则要想到支气管内膜结核、支气管腺瘤。有生食螃蟹史者应考虑肺吸虫病。有流行季节到过疫区者应考虑流行性出血热或钩端螺旋体病。若咳血与月经期有一定关系者应考虑替代性月经。对来自西北或内蒙牧区居民应考虑肺包虫。有长期从事有害粉尘作业史者应考虑相应的尘肺。

4. 胸痛 外伤、炎症、肿瘤及某些理化因素所致组织损伤刺激肋间神经、膈神经、脊神经后根和迷走神经分布在支气管、心脏及主动脉的神经末梢, 均可引起胸痛。肺和脏层胸膜对痛觉不敏感, 肺炎、肺结核、肺脓肿、肺梗塞等由于病变累及壁层胸膜而发生胸痛。肺癌侵

及支气管壁或壁层胸膜都可产生胸痛。干性胸膜炎由于炎症波及脏层与壁层胸膜,胸膜发生摩擦而发生胸痛。另外,非呼吸系统疾病引起胸痛常见者如心绞痛与心肌梗塞;胆石症的疼痛可放射到右下胸;急性胰腺炎的疼痛可放射至左下胸。

(1)疼痛的部位:胸壁疾患的疼痛常固定于局部且有明显的压痛;胸膜炎所致胸痛常在胸廓运动度较大的侧下部;心绞痛常位于胸骨后或心前区且放射至左肩;膈下疾患的疼痛部位常在肋缘且放射到斜方肌。

(2)疼痛的性质:肋间神经痛呈触电样灼痛;肌源性疼痛呈酸胀痛;骨源性疼痛呈锥刺痛;心绞痛呈窒息样压迫感;肺癌则可有隐闷痛。

(3)疼痛的时间:肌源性疼痛常在肌肉收缩时加剧;食管疾患的疼痛常在吞咽动作发生时;胸膜炎的疼痛常在深吸气或咳嗽时加剧,控制呼吸运动可减轻;骨源性疼痛或肿瘤所致疼痛则为持续性。

(4)伴随症状:胸痛而同时有高热者多为肺炎;伴咳嗽脓痰者为肺脓肿;胸痛突然发生伴呼吸困难者为自发性气胸;有心脏病或近期手术史者应想到肺栓塞;肺癌病人出现明显胸痛者应警惕胸壁转移。

5. 呼吸困难 呼吸困难是症状也是体征。当病人感到空气不足、呼吸急促需要用力呼吸,并使呼吸肌及辅助肌均参与呼吸运动,出现呼吸频率、深度与节律的改变时,称为呼吸困难。

(1)呼吸频率:每分钟呼吸超过 24 次称为呼吸频率加快,见于呼吸系统疾病、心血管疾病、贫血、发热等。每分钟呼吸少于 10 次称为呼吸频率减慢,是呼吸中枢受抑制的表现,见于麻醉、安眠药物中毒、颅内压增高、尿毒症、肝昏迷等。

(2)呼吸深度:呼吸加深见于糖尿病及尿毒症酸中毒;呼吸深而慢称为库斯毛(Kussmaul)呼吸;呼吸变浅见于肺气肿、呼吸肌麻痹及镇静剂过量等。

(3)呼吸节律:陈—施(Cheyne—Stokes)呼吸表现为一段呼吸暂停之后,随之以一连串潮气量逐次增大的通气,同时速率加快,出现

气促,随后呼吸的深度与速率迅速降低,又进入一段呼吸暂停,如此有规律地反复循环。这是呼吸中枢兴奋性降低的表现,表示病情严重,见于中枢神经系统疾病和脑部血液循环障碍,如脑动脉硬化、心力衰竭、颅内压增高、尿毒症、糖尿病昏迷和高山病等。比奥呼吸(Biot)表现为呼吸快速,常由通气不足突然变为呼吸暂停,间期多变,是一种节律不规则的呼吸困难,见于脑炎、脑膜炎、中暑、颅脑损伤等。

(4)呼吸时限:吸气性呼吸困难多见于上呼吸道不完全阻塞如异物、白喉、喉水肿、喉癌等,也见于肺顺应性降低的疾病如肺间质纤维化、广泛性炎症、肺水肿等。呼气性呼吸困难多见于下呼吸道不完全阻塞如慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等。大量胸腔积液、大量气胸、呼吸肌麻痹、胸廓限制性疾病等则呼气、吸气均困难。

(5)病人姿态:充血性心力衰竭病人呈端坐呼吸。一侧大量胸腔积液病人常喜卧向患侧,而一侧大量气胸病人则往往采取患侧向上的卧位。重度肺气肿病人常静卧而缓缓吹气。肺水肿病人常惊恐、躁动不安。大块肺梗塞病人常突然惊呼。广泛心肌梗塞病人常扪胸作痛苦貌。

(6)基础疾病:心脏病病人出现呼吸困难见于心力衰竭、肺水肿;肺癌病人放射治疗后发生呼吸困难时应考虑放射性肺炎;有近期手术史者见于肺不张;长期卧床的老年人发生呼吸困难多为肺炎;广泛腹部或盆腔手术后突然发生呼吸困难者见于肺梗塞;原有糖尿病者出现库斯毛呼吸则为酸中毒。

(二)呼吸系统的体征

1. 颈部 肺不张、慢性纤维空洞型肺结核、肺纤维化、胸膜增厚等可将气管拉向患侧;气胸、大量胸腔积液、纵隔肿瘤以及单侧甲状腺肿大可将气管推向健侧。颈部静脉扩张见于慢性支气管炎、肺气肿、右心功能不全。上腔静脉综合征则提示纵隔肿块。锁骨上窝扪及淋巴结时,须做活检,常见病变为淋巴结结核和新生物转移,尤其要考虑支气管肺癌的转移。

2. 胸廓

(1)桶状胸:常由肺气肿引起,矮胖型健康人也可略呈桶状胸。

(2)扁平胸:慢性消耗性疾病病人如肺结核可表现为扁平胸,但大部分扁平胸见于瘦高型健康人。

(3)胸廓不对称:单侧胸廓饱满可由于一侧大量气胸、大量胸腔积液或巨大肿瘤所致;单侧胸廓塌陷可由于一侧广泛胸膜增厚、粘连收缩、肺不张、肺纤维化、慢性纤维空洞型肺结核、慢性肺脓肿等所致。胸廓的局部隆起见于胸壁病变如胸壁结核、胸骨结核、肋软骨瘤、肋软骨炎,偶见于主动脉瘤、肺或胸膜的巨大肿瘤。

3. 杵状指 杵状指(趾)可发生在身体各系统的疾病中,其中75%~80%见于肺部疾患,10%~15%见于心血管疾病,5%~10%见于消化道或其他疾病。

4. 紫绀 中枢性紫绀是指动脉血液中有足量还原血红蛋白,常由于呼吸功能不全引起,见于重度支气管哮喘、大叶性肺炎、急性肺动脉栓塞、大块肺梗塞、急性肺水肿、毒气中毒、喉或气管急性阻塞、重度肺水肿、慢性纤维空洞型肺结核、二期矽肺、广泛性结节病、硬皮病、弥漫性肺间质纤维化,以及大量胸腔积液、高压性气胸等;也见于各类紫绀性先天性心脏病。周围性紫绀是指血液经过体循环毛细血管时过量的血红蛋白被还原所致,见于慢性充血性心力衰竭、休克、各种原因的红细胞增多症及各种局部慢性动脉阻塞性疾病。

三、呼吸系统疾病的治疗

(一)抗菌药物

1. 大环内酯类 自1952年首先发现红霉素后,陆续出现的有碳霉素、三乙酰竹桃霉素、乙酰螺旋霉素、柱晶白霉素、麦迪霉素等。

红霉素的抗菌谱与青霉素G相似而略广,属窄谱抗生素之列。其主要拮抗对象为革兰阳性菌,以及军团菌、空肠弯曲菌、支原体、衣原体、厌氧菌等。主要适应症为:①革兰阳性球菌如金葡菌、肺炎球菌、肠球菌、溶血性链球菌等所致的各种感染,特别是肺部和皮肤软