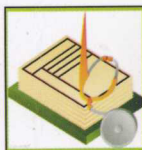


▶ 常见病诊疗思维丛书



呼吸科疾病 病例解析

主编 刘新发 王 刚 王俊玲



► 国家临床重点专科系列



呼吸科疾病

病例解析

主编 钟南山 王 辰 王贵彬

●
●
●

上

呼吸科疾病病例解析

主编 刘新发 王 刚 王俊玲

第二军医大学出版社

内 容 简 介

以呼吸科常见的病例为引子,选用医生自己经治的典型病例,在“真实性、实用性、科学性”的基础上,从病例介绍、检查、诊断思维、治疗、讨论、临床讨论与分析等几个方面分别详细阐述每一病例的诊治过程。通过层层分析典型病例的方法进行广泛、深入的讨论,并将与之相关的临床和基础问题进行横向联系,理论与实际相结合,使年轻医生和医学生能从中学习到临床逻辑思维方法,提高分析判断的能力。

图书在版编目(CIP)数据

呼吸科疾病病例解析/刘新发,王刚,王俊玲主编.
—上海:第二军医大学出版社,2010.12

(常见病诊疗思维丛书)

ISBN 978-7-5481-0151-2

I. ①呼… II. ①刘… ②王… ③王… III. ①呼吸
系统疾病—病案—分析 IV. ①R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 242458 号

责任编辑 沈彬源

呼吸科疾病病例解析

主编 刘新发 王 刚 王俊玲

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

电话/传真: 021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

江苏句容排印厂印刷

开本: 850×1168 1/32 印张: 10 字数: 337 千字

2010 年 12 月第 1 版 2010 年 12 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5481-0151-2/R·956

定价: 26.00 元

编委会名单

主 编	刘新发	王 刚	王俊玲
副主编	郝成栋	郭春阳	崔彦芝
	郑文立	刘 英	宿英豪
编 委	耿立梅	武 蕾	苏奎国
	于向艳	马蕴蕾	郭 洁
	贾 琳	卢军仪	李文雪
	董 旭	张铁军	

前 言

对于刚刚步入临床工作的医生,如何才能有效地将在学校所学的医学基础理论与临床实践相结合,尽快地提高临床思维能力,提高分析问题与解决问题的能力,是成为一名好医生的关键。临床思维能力即形象思维与逻辑思维能力,是指运用理论课所学的基础知识融会贯通于临床实践中,对具体临床现象进行思路清晰、逻辑性强的分析和思考,最后作出符合实际的判断的能力。这种能力是临床医生独立解决临床问题的基本保障。为了便于临床医生在临床工作中更好地加强理论与实践的联系,启发临床思维能力,为了达到培养初级临床医生临床思维能力,分析与解决问题的能力之目的,使读者能开卷受益,本书以呼吸科常见的病例为引子,选用笔者经手医治的典型病例,在遵循“真实性、实用性、科学性”的基础上,从病例介绍、诊断思维、治疗、临床讨论与分析等几个方面分别详细阐述。

本书的编写特色:

1. 以真实病例为基础,展现该疾病的发展过程,联系该疾病的基础知识,指出临床诊断思路,阐述治疗过程。
2. 所选择病例均为多发病、常见病,虽不能包罗万象,但均具有代表性。

本书旨在通过典型的病例,用层层分析的方法进行广泛、深入的讨论,并将与之相关的临床和基础问题进行横向联系,理论与实际相结合,使年轻医生和医学生能从中

学习到临床逻辑思维方法,使读者领悟准确诊断及治疗结果的由来,提高分析判断的能力。为了避免医生单纯依靠先进的医疗设备取得的检查结果而轻易地作出诊断,笔者特别强调,所有医生都应认真采集病史,重视全面、系统的常规检查和综合分析,从而减少或防止诊疗工作的片面性。本书是年轻的临床医生、医学生提高临床诊疗技术的良师益友,对成功培养理论联系实践、临床思维能力强的优秀临床医生将大有裨益。

作者们均为呼吸系统领域从事呼吸科临床工作多年、经验丰富的专家、教授,有长期临床实践与现代理论相结合的优势,使全书内容生动、鲜活,重点突出,实用性强。适合于广大内科、呼吸科医生和医学院校学生参阅。

由于时间仓促,不足之处在所难免,请广大读者批评指正。

编 者

2010年7月

目 录

第一章	气管-支气管感染性疾病	1
病例 1	急性上呼吸道感染	1
病例 2	急性气管-支气管炎	6
第二章	肺部感染性疾病	10
病例 1	肺炎球菌肺炎	10
病例 2	金黄色葡萄球菌肺炎	18
病例 3	肺炎支原体肺炎	23
病例 4	病毒性肺炎	30
病例 5	白念珠菌肺炎	35
病例 6	肺毛霉菌病	45
病例 7	肺放线菌病	49
病例 8	侵袭性肺曲霉病	53
病例 9	新型隐球菌肺炎	59
病例 10	放射性肺炎	63
病例 11	肺脓肿	67
第三章	支气管扩张症	76
第四章	结核病	88
病例 1	继发性肺结核	88
病例 2	血行播散型肺结核	98
病例 3	结核性胸膜炎	103
病例 4	胸内淋巴结结核	125
第五章	慢性支气管炎	130
第六章	慢性阻塞性肺疾病	138
第七章	支气管哮喘	163
第八章	肺栓塞	176
第九章	肺源性心脏病	190
病例 1	原发性肺动脉高压	190
病例 2	慢性肺源性心脏病	204

第十章 间质性肺疾病	214
病例 1 特发性肺纤维化	214
病例 2 肺泡蛋白质沉积症	223
病例 3 特发性肺含铁血黄素沉着症	227
病例 4 外源性过敏性肺泡炎	237
第十一章 胸膜疾病	243
病例 1 类肺炎性胸腔积液和脓胸	243
病例 2 右侧恶性胸膜间皮瘤	249
病例 3 左侧气胸	256
第十二章 原发性支气管癌	265
第十三章 睡眠呼吸暂停低通气综合征	272
第十四章 呼吸衰竭	277
病例 1 急性呼吸衰竭	277
病例 2 慢性呼吸衰竭	283
病例 3 急性呼吸窘迫综合征	297

第一章 气管-支气管感染性疾病

病例 1 急性上呼吸道感染

【病例介绍】

患者,女性,17岁。因发热、头痛、咽喉干痛4天入院。

1. 现病史 患者缘于4天前受凉后出现发热(体温 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$)、头痛、咽喉干痛,在当地卫生所以“上呼吸道感染”输液治疗3天(用药不详)未见好转。为求进一步诊治而来院。

2. 既往史 既往体健。

3. 入院查体 $T 38.9^{\circ}\text{C}$, $P 100$ 次/分, $R 26$ 次/分, $BP 105/60$ mm Hg ($14/8$ kPa),急性发热病容,皮肤黏膜无黄染、无皮疹,浅表淋巴结未触及肿大,咽部充血,扁桃体不大,双肺呼吸音清楚,未闻及干、湿性啰音;心前区无隆起,心尖搏动不明显,未及震颤,心界不大,心音无低钝及遥远,心率100次/分,节律规整,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹平坦,未见胃肠型及蠕动波,腹软,肝脾未触及,无明显压痛,叩诊鼓音,移动性浊音阴性。

4. 辅助检查 血常规: $WBC 16\times 10^9/L$, $GRA 80\%$, $LYM 19\%$, $MON 1\%$, $Hb 120$ g/L,入院查血肝功能正常,胸片示双肺清晰,心胸比例在正常范围,无膈下游离气体,腹部平片未见液平。

【诊断治疗过程】

一、病例特点

1. 病史特点 有受凉史。
2. 症状特点 以中等度发热、头痛、咽喉干痛为主要症状。
3. 体征特点 咽部充血,扁桃体不大,双肺呼吸音清,未闻干、湿性啰音。

4. 辅助检查特点 ①血常规白细胞增高,以中性粒细胞为主;②X线胸片正常。

二、诊断思维

急性上呼吸道感染多有受凉、淋雨、过度疲劳等诱发因素,表现为发热、头痛、咽痛及鼻塞、流涕等呼吸道卡他症状,此例患者受凉后发热、咽痛、头痛,胸片未见异常,故考虑“急性上呼吸道感染”。

鉴别诊断:要与过敏性鼻炎、流行性感、麻疹等急性传染病的前驱症状鉴别。

三、治疗经过

嘱患者注意多休息,多饮水,避免劳累。给对症退热处理:柴胡 4 ml 注射;抗感染治疗给阿莫西林口服,2 天后体温降至 37.0°C 以下,头疼消失。治疗 3 天后,咽痛消失。复查血常规示:白细胞 $7.3 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 0.63 (63%),淋巴细胞 0.37 (37%),血红蛋白 138 g/L,血小板 $180 \times 10^9/\text{L}$ 。

【临床讨论与分析】

急性上呼吸道感染(acute upper respir tract infection)是指鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称,是呼吸道最常见的一种传染病。常见病因为病毒,少数由细菌引起。患者不分年龄、性别、职业和地区。不仅具有较强的传染性,而且可引起严重并发症,应积极防治。

急性上呼吸道感染有 70%~80% 由病毒引起。主要有流感病毒(甲、乙、丙)、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒、风疹病毒。细菌感染可直接或继病毒感染之后发生,以溶血性链球菌为多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌和葡萄球菌等。偶见革兰阴性杆菌。其感染的主要表现为鼻炎、咽喉炎或扁桃体炎。

当有受凉、淋雨或过度疲劳等诱发因素,导致全身或呼吸道局部防御功能降低时,原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖,引起发病,尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病如鼻旁窦炎、扁桃体炎者,更易罹病。

一、临床表现

1. 普通感冒 俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他,以鼻咽部卡他症状为主要表现。成人多数为鼻病毒引起,其次为副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等。起病较急,初期有咽干、咽痒或烧灼感,发病同时或数小时后,可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,2~3 天后变稠。可伴咽痛,有时由于耳咽管炎使听力减退,也可出现流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、声嘶、少量咳嗽等。一般无发热及全身症状,或仅有低热、乏力、轻度畏寒和头

痛。检查可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物，咽部轻度充血。如无并发症，一般经 5~7 天痊愈。

2. 病毒性咽炎、喉炎和支气管炎 根据病毒对上、下呼吸道感染的解剖部位不同引起的炎症反应，临床可表现为咽炎、喉炎和支气管炎。

急性病毒性咽炎多由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床特征为咽部发痒和灼热感，疼痛不持久，也不突出。当有咽下疼痛时，常提示有链球菌感染。咳嗽少见。流感病毒和腺病毒感染时可有发热和乏力。体格检查可见咽部明显充血和水肿。可触及颌下淋巴结肿大且有触痛。腺病毒咽炎可伴有眼结合膜炎。

急性病毒性喉炎多由鼻病毒、流感病毒甲型、副流感病毒及腺病毒等引起。临床特征为声嘶、讲话困难、咳嗽时疼痛，常有发热、咽炎或咳嗽，体格检查可见喉部水肿、充血，局部淋巴结轻度肿大和触痛，可闻及喘息声。

急性病毒性支气管炎多由呼吸道合胞病毒、流感病毒、冠状病毒、副流感病毒、鼻病毒、腺病毒等引起。临床表现为咳嗽、无痰或痰呈黏液性，伴有发热和乏力。其他症状常有声嘶、非胸膜性胸骨下疼痛。体格检查肺部可闻及干性或湿性啰音。X 线胸片显示血管阴影增多、增强，但无肺浸润阴影。

3. 疱疹性咽峡炎 常由柯萨奇病毒 A 引起，表现为明显咽痛、发热，病程约 1 周。体格检查可见咽部充血，软腭、腭垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹有浅表溃疡，周围有红晕。多于夏季发作，多见儿童，偶见于成人。

4. 咽结膜热 主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。临床表现有发热，咽痛、畏光、流泪，咽及结膜明显充血。病程 4~6 天，常发生于夏季，游泳中传播。儿童多见。

5. 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。

二、辅助检查

1. 血常规 白细胞计数多正常或稍低，分类计数淋巴细胞相对增高。细菌感染者白细胞总数与中性粒细胞可升高，并有核左移。

2. 血清学检查 取急性期与恢复期血清做补体结合试验、中和试验和血凝抑制试验，如双份血清抗体效价升高 4 倍或以上者有助于诊断。

3. 病原学检查 以咽漱液、鼻洗液等标本接种于鸡胚羊膜腔，分离病毒，可获阳性。细菌感染者应做咽拭子细菌培养和药物敏感试验。

4. X线胸部透视或胸片 常无异常发现。

三、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

根据病史、流行情况、鼻咽部症状和体征,结合血常规和胸部X线检查可作出临床诊断。进行细菌培养和病毒分离,或病毒血清学检查、免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血凝抑制试验等,可确定病因诊断。

急性上呼吸道感染(上感)是人类最常见的疾病,可由多种致病原引起,其中绝大部分是病毒。在临床上对急性上呼吸道感染的诊断,往往是根据其临床表现,而不是鉴定病原菌,急性上呼吸道感染是自限性疾病,时间短暂,等待病原的鉴定结果再作诊断是不现实的,况且有些病毒并不容易鉴定,上呼吸道感染的症状往往差别很大,从轻症的普通感冒到重症流感,而根据其临床表现,又往往能作出准确的诊断,下列各点可作为诊断的参考。

(1) 普通感冒是以急性鼻炎、咽炎为主的上呼吸道感染,打喷嚏,咽痛,咳嗽,症状轻微是其主要特点,有时患者自己都能作出准确的诊断。

(2) 在秋、冬、春季,有些患者以高热、头痛、全身酸痛、流涕、咽痛、咳嗽为主要症状,如果是在流感流行时期,在注意排除其他发热性疾病以后,诊断为流感也是合理的,但如果不是流感流行时期,这些患者表现为流感样的症状,可能是散发的流感病例,如果要确定诊断,就要进行病原学的检查,另一个可能是某些病毒感染,例如副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒等也可引起流感样的症状。对这些患者,如果归入普通感冒,症状似乎又太重,诊断为上感就比较恰当,因为上感也是一个综合征,既包括了轻症、重症,又包括了流感。

(3) 发热、咽炎、眼结膜炎,并有颈淋巴结肿大,往往提示腺病毒感染。

(4) 口腔牙龈,舌面,颊黏膜,唇黏膜出现疱疹、溃疡,并伴有咽炎,颈淋巴结肿大,可提示单纯疱疹病毒感染。

(5) 发热、头痛、咽痛、双侧扁桃体红肿,并有脓性分泌物,提示溶血性链球菌感染,必要时可作咽拭子培养。

(二) 鉴别诊断

1. 过敏性鼻炎 临床上与“伤风”相似,所不同者为起病急骤、鼻腔发痒、频繁喷嚏、流清水样鼻涕,发作与环境或气温突变有关,有时对异常气味亦可发作,经过数分钟至1~2小时可痊愈。体格检查可见鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸性粒细胞增多。

2. 流行性感冒 常有明显的流行趋势。起病急,全身症状较重,高热、

全身酸痛、眼结膜炎症状明显,但鼻咽部症状较轻。取患者鼻洗液中黏膜上皮细胞的涂片标本,用荧光标记的流感病毒免疫血清染色,置于荧光显微镜下检查,有助于早期诊断,或病毒分离或血清学诊断可供鉴别。

3. 急性传染病前驱症状 如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎等在患病初常有上呼吸道症状,在这些病的流行季节或流行区应密切观察,并进行必要的实验室检查,以资区别。

四、治疗

1. 一般治疗 应卧床休息,多饮水,室内保持适当的温度和湿度。注意增强体质,劳逸结合,生活有规律,是预防上呼吸道感染的理想方法。

2. 对症治疗 可选用含有解热镇痛及减少鼻咽部充血和分泌物的抗感冒复合剂或中成药,如对乙酰氨基酚(扑热息痛)、双酚伪麻片、银翘解毒片等。

3. 病因治疗

(1) 抗菌药物治疗:如有细菌感染,可根据病原菌选用敏感的抗菌药物。经验用药,常选青霉素、第一代头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类药物。

(2) 抗病毒药物治疗:早期应用抗病毒药有一定效果。利巴韦林有较广的抗病毒谱,对流感病毒、副流感病毒和呼吸道合胞病毒等均具有较强的抑制作用。奥司他韦对甲、乙型流感病毒神经氨酸酶有较强的抑制作用,可缩短病程。金剛烷胺、吗啉胍和抗病毒中成药也可选用。

五、讨论

(1) 本病的治疗主要是对症处理,抗病毒药物虽然有很多,但实际效果不是很理想。单纯病毒感染时,一般无须用药或仅需对症处理,尤其不要滥用抗生素,嘱患者多饮水、注意休息也是治疗中的一个重要方面。

(2) 在治疗的药物选择上,宜简单、实用。值得提出的是,用药时应注意合理,老年人应慎用含伪麻黄碱的药物,婴幼儿不要使用含咖啡因和含伪麻黄碱药物,孕产妇禁用阿司匹林、双氯芬酸、布洛芬、可待因、右美沙芬(妊娠前3个月禁用)、苯海拉明等,哺乳期妇女禁用苯海拉明、氯苯那敏(扑尔敏)等,机动车驾驶员、高空作业者亦应避免使用含苯海拉明和氯苯那敏的抗感冒药,严重高血压和冠心病患者应禁用含伪麻黄碱的药物,支气管哮喘、凝血障碍者应禁用阿司匹林等。

(3) 本病预后良好,一般不留后遗症。病毒感染的病程具有自限性,一般经5~7天可以痊愈。但病原体为溶血性链球菌时,如治疗不当可并发心内膜炎、心肌炎或肾小球肾炎等,应予重视。若并发鼻窦炎特别是慢性鼻窦

炎,鼻窦常成为慢性呼吸道炎症的病灶;并发气管炎或支气管炎时,如治疗不及时,也可能发展为慢性。在治疗过程中,一定要注意与相关疾病的鉴别,尤其是发热超过1周或伴有头痛的患者,需考虑有脑部疾病的可能,出现此类症状时,应在加强治疗的同时,密切观察病情变化,予以相应的处理。

病例2 急性气管-支气管炎

【病例介绍】

患者,男性,45岁。因发热,咳嗽、咳痰1周入院。

1. 现病史 患者1周前受凉后出现发热,体温 38°C 左右,伴轻度畏寒、头痛、咽干不适、全身酸痛等。自服“速效伤风胶囊”等治疗,体温降至 37.5°C 左右,但出现咳嗽,最初为干咳,后咳少量黏液痰,3天前咳嗽加剧,痰量增多,偶有少许血痰,咳嗽剧烈时感胸痛,无明显气急。自发病以来,食欲一般,大小便正常。

2. 既往史 既往体健。

3. 入院查体 $T 37.6^{\circ}\text{C}$, $P 90$ 次/分, $R 20$ 次/分, $BP 125/80$ mm Hg。精神欠佳,查体合作,全身皮肤、黏膜无黄染、皮疹、出血点;浅表淋巴结不大;咽部充血,扁桃体无肿大;双肺呼吸音粗,可闻及散在少许湿啰音;心率90次/分,律齐,心音有力,未闻及杂音;腹平软,无压痛,肝脾肋下未及,双下肢无水肿。

4. 辅助检查 血常规:白细胞 $12.1 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞0.79(79%),淋巴细胞0.21(21%),血红蛋白134 g/L,血小板 $154 \times 10^9/\text{L}$ 。尿常规:正常。血生化:肝功能、肾功能、血糖、电解质正常。呼吸道病毒系列示:腺病毒抗体阳性,支原体抗体阳性。痰培养:未发现致病菌。X线胸片:双肺纹理增粗。

【诊断治疗过程】

一、病例特点

1. 病史特点 有受凉史。
2. 症状特点 以中等度发热、咳嗽、咳痰为主要症状,早期为干咳,随病程进展痰量增多并伴有血痰。
3. 体征特点 咽部充血,扁桃体不大,双肺呼吸音粗,可闻及散在少许湿啰音。
4. 辅助检查特点 ①血常规白细胞增高,以中性粒细胞为主;②X线胸

片双肺纹理增粗、紊乱；③呼吸道病毒系列示：腺病毒抗体阳性，支原体抗体阳性；④痰培养：未发现致病菌。

二、诊断思维

急性气管-支气管炎往往起病较急，常先有上呼吸道感染症状，全身症状一般较轻，咳嗽、咳少量黏液性痰，肺部听诊可无异常或可闻及散在干、湿啰音，X线胸片示正常或双肺纹理增粗，血常规白细胞正常或增高。痰培养有的可发现致病菌，根据以上可作出明确诊断。本例患者以发热、咳嗽、咳痰为主要症状，曾有受凉上呼吸道感染的病史，肺部听诊双肺呼吸音粗，可闻及少许散在湿啰音，化验血象增高，X线胸片示双肺纹理增粗、紊乱；呼吸道病毒系列示：腺病毒抗体阳性，支原体抗体阳性。这些特点均与“急性气管-支气管炎”的特点相符，所以初步诊断为“急性气管-支气管炎”。

鉴别诊断：

1. 流行性感 起病急骤，发热较高，全身中毒症状（如全身酸痛、头痛、乏力等）明显，呼吸道局部症状较轻。流行病史、分泌物病毒学分离和血清学检查有助于鉴别。

2. 急性上呼吸道感染 鼻咽部症状明显，咳嗽轻微，一般无痰，肺部无异常体征。胸部X线正常。

3. 其他 其他肺部疾病如支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹和百日咳等多种疾病，可表现为类似的咳嗽、咳痰表现，须详细检查，以资鉴别。

三、治疗

嘱患者注意多休息，多喝水，避免劳累。抗感染治疗给予阿奇霉素500 mg，静脉滴注1次/日，止咳化痰给予盐酸氨溴索片30 mg，口服3次/日，3天后体温降至37.0℃以下，且血痰消失。治疗1周后，咳嗽减轻，咳痰量明显减少；复查血常规示：白细胞 $7.3 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.63(63%)，淋巴细胞0.37(37%)，血红蛋白138 g/L，血小板 $180 \times 10^9/L$ 。X线胸片：心肺未见异常。

【临床讨论与分析】

急性气管-支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状有咳嗽和咳痰。常见于寒冷季节或气候突变时，也可有急性上呼吸道感染迁延而来。

一、病因和机制

1. 微生物 可以由病毒、细菌直接感染，也可因急性上呼吸道感染的病

毒或细菌蔓延引起本病。常见病毒为腺病毒、流感病毒(甲、乙)、冠状病毒、鼻病毒、单纯疱疹病毒、呼吸道合胞病毒和副流感病毒。常见细菌为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌等,衣原体和支原体感染有所增加。也可在病毒感染的基础上继发细菌感染。

2. 物理、化学因素 过冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾(如二氧化硫、二氧化氮、氨气、氯气等)的吸入,对气管-支气管黏膜急性刺激和损伤引起。

3. 过敏反应 常见的吸入致敏原包括花粉、有机粉尘、真菌孢子等;或对细菌蛋白质的过敏,引起气管-支气管炎反应。

二、病理

气管支气管黏膜充血水肿,淋巴细胞和中性粒细胞浸润;同时伴有纤毛上皮细胞损伤、脱落;黏液腺体肥大增生。合并感染时分泌物呈脓性。

三、临床表现

1. 症状 起病较急,常先有急性上呼吸道感染症状。全身症状轻微,有轻度畏寒、发热、头痛及全身酸痛。开始咳嗽不重,呈刺激性,痰少。1~2天后咳嗽加剧,痰由黏液转为黏液脓性,偶伴血痰。支气管痉挛时可有气急。咳嗽咳痰可延续2~3周,如迁延不愈,可演变成慢性支气管炎。

2. 体征 查体可无明显阳性体征。也可在两肺听到散在干、湿啰音,部位不固定。用力咳嗽或咳痰后,啰音的性质与部位可改变或消失。

四、治疗

(一) 治疗原则

(1) 以休息及对症治疗为主,不宜常规使用抗菌药物。

(2) 如出现发热、脓性痰、重症咳嗽,可应用抗菌药物治疗。

(二) 具体用药治疗

(1) 可补充适量维生素C 0.2 g,每日3次。

(2) 干咳者可用喷托维林(咳必清) 25 mg、右美沙芬 10 mg 或可待因 15~30 mg,每日3次。

(3) 咳嗽有痰而不易咳出者,可选用祛痰剂溴己新(必嗽平) 8~16 mg 或盐酸氨溴索 30 mg,每日3次。也可选用中成药止咳祛痰药如复方甘草合剂、鲜竹沥口服液等 10 ml,每日3次。

(4) 发生支气管痉挛时,可用平喘药茶碱类及 β_2 受体激动剂等药物,如氨茶碱 0.1 g,每日3次,茶碱缓释片(舒弗美) 0.2 g、多索茶碱(安塞玛) 0.2 g,每日2次,博利康尼 2.5 mg 或沙丁胺醇(舒喘灵) 2.4 mg,每日3次,沙