

临床并发症丛书

Linchuang Bingfazheng Congshu

呼吸系统疾病并发症 鉴别诊断与治疗

主编 吴小军 聂汉祥

 科学技术文献出版社

Huxi Jitong Jibing Bingfazheng

临床手册系列

Learning Objectives Series

呼吸系统常见病并发症

鉴别诊断与治疗

主编 王学军 副主编



中国医药出版社

临床并发症丛书 

呼吸系统疾病并发症 鉴别诊断与治疗

主 编 吴小军 聂汉祥
副 主 编 丁续红 陈延伟 吴瑞霞

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

呼吸系统疾病并发症鉴别诊断与治疗/吴小军, 聂汉祥主编. -北京: 科学技术文献出版社, 2011. 3

(临床并发症丛书)

ISBN 978-7-5023-6860-9

I. ①呼… II. ①吴… ②聂… III. ①呼吸系统疾病-并发症-诊疗 IV. ①R560.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 013127 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)58882938, 58882087(传真)

图书发行部电话 (010)58882866(传真)

邮 购 部 电 话 (010)58882873

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 李 洁

责 任 编 辑 李 洁

责 任 校 对 唐 炜

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京雁林吉兆印刷有限公司

版 (印) 次 2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×1092 16 开

字 数 420 千

印 张 19.25

印 数 1~3000 册

定 价 42.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换。

丛 书 编委会

总 主 编:黄从新

副 总 主 编:唐其柱 王高华 陶泽璋 王卫星

编 委:	黄书岚	董卫国	郝亚荣	江应安
	龚 超	万 军	王燕霞	舒胜强
	罗和生	江 洪	陈国忠	文重远
	丁国华	高清平	陈谦学	黄 杰
	王志维	彭 昊	陈家禄	丁佑铭
	孙圣荣	童世伦	刘修恒	余墨生
	邢怡桥	洛若愚	黄星原	宋启斌
	戈 伟	张兆辉	卢祖能	王晓萍
	龚作炯	朱刚艳	朱珊珊	华清泉
	杨德才	肖万泽	皮先明	吴 斌
	徐阳平	石君华	尹 红	万 胜

学术秘书:舒胜强 刘聘郁

目 录

第一章 呼吸系统疾病常见症状并发症	(1)
第一节 发热及其并发症	(1)
第二节 咳嗽及其并发症	(4)
第三节 咯血及其并发症	(8)
第二章 气管、支气管疾病并发症	(14)
第一节 急性气管-支气管炎并发症	(14)
第二节 慢性阻塞性肺疾病并发症	(17)
第三节 支气管哮喘并发症	(28)
第四节 支气管扩张并发症	(34)
第五节 支气管内膜结核并发症	(39)
第三章 肺部感染性疾病并发症	(42)
第一节 细菌性肺炎并发症	(42)
第二节 病毒性肺炎并发症	(51)
第三节 真菌性肺炎并发症	(53)
第四章 放射性肺炎并发症	(57)
第五章 肺结核并发症	(64)
第六章 气管、支气管结核并发症	(75)
第七章 肺间质性疾病并发症	(85)
第八章 肺部肿瘤并发症	(95)
第一节 原发性气管肿瘤并发症	(95)
第二节 原发性支气管肺癌并发症	(102)

第三节 肺错构瘤并发症	(129)
第九章 肺循环疾病并发症	(131)
第一节 肺血管炎并发症	(131)
第二节 肺栓塞并发症	(145)
第三节 肺水肿并发症	(157)
第四节 急性肺心病并发症	(169)
第五节 慢性肺心病并发症	(174)
第十章 呼吸功能异常疾病并发症	(180)
第一节 急性呼吸衰竭并发症	(180)
第二节 慢性呼吸衰竭并发症	(182)
第三节 急性呼吸窘迫综合征并发症	(189)
第四节 呼吸肌疲劳并发症	(203)
第十一章 肺肉芽肿性疾病并发症	(209)
第一节 结节病并发症	(209)
第二节 韦氏肉芽肿并发症	(215)
第十二章 通气调节功能障碍性疾病并发症	(220)
第十三章 胸膜疾病并发症	(228)
第一节 气胸并发症	(228)
第二节 胸腔积液并发症	(233)
第十四章 肺脏综合征并发症	(252)
第一节 感冒综合征并发症	(252)
第二节 鼻窦炎支气管炎综合征并发症	(255)
第三节 不动纤毛综合征并发症	(257)
第四节 副鼻窦炎-支气管扩张-内脏转位综合征并发症	(258)
第五节 闭锁肺综合征并发症	(260)
第六节 右肺中叶综合征并发症	(262)
第七节 创伤性窒息综合征并发症	(263)
第八节 肺出血肾炎综合征并发症	(265)
第九节 高通气综合征并发症	(266)
第十节 肺上沟瘤综合征并发症	(268)
第十一节 蜂窝状肺综合征并发症	(270)

第十二节	肥胖呼吸困难嗜睡综合征并发症	(271)
第十三节	上腔静脉阻塞综合征并发症	(273)
第十四节	咳嗽-晕厥综合征并发症	(274)
第十五节	特发性肺含铁血黄素沉着综合征并发症	(275)
第十六节	类癌综合征并发症	(277)
第十五章	呼吸系统疾病治疗和操作并发症	(279)
第一节	纤维支气管镜检查并发症	(279)
第二节	支气管动脉造影、灌注及栓塞术并发症	(282)
第三节	内科胸腔镜并发症	(286)
第四节	纵隔镜并发症	(289)
第五节	胸膜腔穿刺术并发症	(291)
第六节	经皮肺活检并发症	(292)
第七节	氧疗并发症	(294)
第八节	湿化和雾化并发症	(297)
参考文献		(299)

呼吸系统疾病常见症状并发症

第一节 发热及其并发症

一、发 热

【概述】

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热源(pyrogen)作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热(fever)。

【病因】

发热的病因根据其时间分为急性发热和长期发热。

1. 急性发热

主要见于感染性疾病、非感染性疾病、变态反应。

2. 长期发热

(1)常见病包括败血症、沙门菌属感染、结核、风湿热、幼年类风湿症等。

(2)少见病包括恶性肿瘤(白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞增生症)、结缔组织病。

【诊断与鉴别诊断】

1. 临床表现

(1)新生儿可有脱水热。婴幼儿于南方,夏季酷热时可发生暑热证。冬春季以呼吸道感染、流行性脑脊髓膜炎、麻疹等多见;夏秋季以急性肠炎、菌痢、乙型脑炎、伤寒等较常见。传染病常有流行病学史,应仔细询问接触史等。

(2)呼吸道感染、急性传染病等常起病较急,病程较短。结核病、伤寒、血液病、风湿热、暑热证、细菌性心内膜炎等起病稍缓,病程较长,常超过两周。败血症、急性粟粒性肺

结核、深部脓肿等呈弛张热；伤寒、副伤寒、斑疹伤寒为稽留热；疟疾多为间歇热；白血病、结缔组织病、恶性肿瘤等，热型不一，无一定规律。

(3)在尚未应用抗生素、皮质激素等特殊药物治疗时，对发热的诊断非常重要，但对小婴儿、新生儿诊断价值较小。询问发热的同时要注意询问各系统的特异性临床表现，如呼吸道感染常有咳嗽、气急；消化道感染常有恶心、呕吐、腹痛、腹泻；泌尿系感染有尿频、尿急、尿痛等；中枢神经疾患，多有呕吐、惊厥、昏迷等；发热伴黄疸常见肝脏的细菌或病毒性炎症、肿瘤；伴多汗者常见于结缔组织病、败血症等；伴寒战者多为细菌感染如败血症、深部脓肿等。早期无特殊性明显临床表现和体征者，结合病史特点考虑伤寒、败血症、结核病等。

(4)在不少发热患儿中，常见有病理改变。如扁桃体炎可见扁桃体红肿或有脓性分泌性；疱疹性咽炎在咽部等处可见疱疹及溃疡；麻疹早期颊黏膜有科氏斑；白喉可见咽及扁桃体有白色假膜等。

(5)注意皮疹的分布与形态。全葡萄败血症、链球菌感染常见有猩红热样的皮疹；血液病、流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热等皮肤可有出血点；风湿热可见环形红斑；病毒感染、结缔组织病、败血症、细菌性心内膜炎、组织细胞增生症 X、皮肤黏膜淋巴结综合征及许多药物都可出现皮疹，但其形态和出现规律各异。

(6)高热时精神状态良好者，常轻度感染。如嗜睡、精神萎靡、神志不清、有脑膜刺激征者，提示颅内感染。婴儿颅内感染早期，脑膜刺激征常不明显，但表现神志淡漠、嗜睡、烦躁不安、囟门紧张或饱满等，须警惕颅内感染。肝脾肿大常见于白血病、结缔组织病、肝胆系统的炎症、伤寒、败血症、疟疾、肿

瘤等。周身淋巴结肿大可见于血液病、传染性单核细胞增多症、支原体感染、皮肤黏膜淋巴结综合征等。局部淋巴结肿大、压痛，应注意查找邻近部位有无炎性病灶。

2. 诊断要点

发热是许多疾病的常见症状，故对发热病人须多方面调查分析，才能查明病因。一般须从以下几方面进行。

(1)详细准确采集病史：注意年龄、发病季节、流行病史，传染病接触史，预防接种史，起病缓急，病种长短，热型和伴随的主要症状。

(2)全面仔细体格检查：检查要详细全面，结合病史及症状，再作深入检查。

3. 实验室检查

(1)先作一般检查，根据一般性筛选结果，再决定进一步检查项目，尽量避免无目的“撒网”式检查。血、尿、粪常见检查为筛选的首选项目。白细胞总数和中性粒细胞分类增高者，多考虑为细菌性感染；减低者则偏重于病毒或杆菌感染。若怀疑败血症、肠道及泌尿道感染，需分别送血、粪、尿培养。

(2)各种穿刺液除常规检查外，有时需送培养或涂片检查。如流行性脑脊髓膜炎患者皮肤淤点及脑脊液涂片检查可找到脑膜炎双球菌，疟疾患儿血涂片可查找疟原虫，白喉伪膜涂片检查白喉杆菌。必要时检查肥达反应、外斐反应、嗜异性凝集试验、冷凝集试验等，有助于鉴别诊断。风湿热或类风湿病分别进行抗链球菌溶血素 O 或类风湿因子检查。疑病毒感染有条件者，可进行免疫学方面的早期快速诊断检查。免疫缺陷病致反复感染者可作血清免疫球蛋白及细胞免疫与补体测定。血液病宜做骨髓像检查。怀疑结核病需进行结核菌素试验。怀疑胆道感染者作十二指肠引流液检查与培养，经常可获得有意义的结果。

总之,可按病情需要进行有关检查,但分析检查结果时,需要注意排除由于取样或操作过程等误差与污染而致的假阳性或假阴性。

4. X线及其他检查

胸部X线检查有助于肺与胸部疾病的诊断。其他如恶性肿瘤,可根据部位选作CT、核磁共振、血管造影、放射性同位素、B型超声波、活体组织等检查,也属必要。

二、常见并发症

(一)高热惊厥

【概述】

高热惊厥的发作主要是因为小儿神经系统发育不成熟,脑内脂类少,脑耗氧大,耗糖多,加之感染发热而造成。高热惊厥有遗传倾向,且易复发,1岁以内复发率为50%,反复高热惊厥发作可致脑损伤,进而导致智力低下、行为障碍、瘫痪,或发展为癫痫。

小儿在非中枢神经系统感染时,出现38.5℃以上,特别是39℃以上的高热时发生惊厥,惊厥为全身性。

【诊断与鉴别诊断】

(1)小儿在非中枢神经系统感染时,出现38.5℃以上,特别是39℃以上的高热时,多为突然发作,出现意识丧失,双眼球固定、上翻或斜视,头后仰,四肢抽动或呈强直状,口角或(和)面肌也可抽动。可伴有呼吸暂停,面色青紫或苍白。持续时间短,一般少于10分钟。

(2)惊厥均发生在高热开始24小时,特

别是在12小时内,体温骤升时。

(3)惊厥后意识恢复快,无神经系统异常体征。

(4)既往有高热惊厥史或家族中有高热惊厥史,惊厥多仅发生1次,热退后不再发作。

(5)年龄在6个月至5岁之间。

(6)发作间歇期脑电图正常。

【治疗和预防】

1. 物理降温

物理降温方法作用迅速,安全,尤适用于高热。

在做物理降温时应注意每隔20~30分钟应量1次体温,同时注意呼吸、脉搏及皮肤颜色的变化。

(1)冷湿敷法:用温水浸湿毛巾或纱布敷于患者前额、后颈部、双侧腹股沟、双侧腋下及膝关节后面,每3~5分钟换1次。注意对39℃以上高热的患者来说,水温不宜过凉,明显低于体温即可。

(2)酒精擦浴:用30%~50%酒精重点擦抹上述冷湿敷部位及四肢皮肤,但不擦胸腹部。

(3)冷盐水灌肠:婴幼儿用冷盐水150~300ml,儿童用300~500ml,冷盐水温度为20℃左右。

(4)温水浴:适用于四肢循环不好(面苍白、四肢凉)的病人。水温37~38℃,用大毛巾浸湿后,包裹或让病人置于温水中15~20分钟,或根据体温情况延长时间,做完后擦干全身。

2. 药物退热

宜选用退热缓和的对乙酰氨基酚、布洛芬、复方阿司匹林等。剂量宜小,以免出汗过多,体温突然下降从而引起病人虚脱。尤其是年老体弱、幼儿及体温在40℃以上的发热

病人,更应使用小剂量。婴儿高热易惊厥,可用15%~30%安乃近溶液1~3滴滴鼻。同时应注意,退热药的退热作用是通过扩张血管和排汗增多而实现的,因此在服药的同时要多喝水,以利排汗和退热。给药后患者若出现大汗淋漓,极度虚弱或血压下降等虚脱现象,应按具体情况,采用补液、保温和升压措施。应用退热药的同时需要积极进行病因治疗,不可用以代替抗感染、抗休克等治疗措施。另外还要注意,中暑高热不宜用解热药,可采用冰袋外敷、酒精擦浴、头部冷敷、输液降温,这样比较安全。遇高热病人时,除使用退热药外,应配合物理降温。

(二) 药物治疗并发症

【概述】

退热药的退热作用是通过扩张血管和排汗增多而实现的,因此给药后若不注意及时补液,患者可出现大汗淋漓,极度虚弱或血压下降等虚脱现象,尤其是年老体弱、幼儿及体温在40℃以上的发热病人更易发生。

【治疗和预防】

(1)在服药的同时要多喝水,以利排汗和退热。

(2)给药后患者若出现虚脱现象,应按具体情况,采用补液、保温和升压措施。

第二节 咳嗽及其并发症

一、咳 嗽

【概述】

咳嗽是深吸气后关闭声门用力呼气,使胸腔内压增高,而后声门突然开放,高压气流喷射而出,冲击声门裂隙发出特殊声响,同时将呼吸道内分泌物和异物排出的过程。

【病因】

1. 呼吸道疾病

(1)呼吸道感染性疾病:各种细菌、真菌、病毒、立克次体、衣原体、支原体及寄生虫等所致的炎性刺激可引起咳嗽。

(2)呼吸道异物:食物渣屑,空气中的灰尘,浓烟或鼻腔分泌物(如后鼻道滴下综合征)等突然吸入的支气管与纵隔淋巴结肿大

以及支气管淋巴结结核,纤维性肺结核或胸腔积液等均可使呼吸道受牵拉挤压而引起咳嗽。

(3)刺激性气体:吸入冷热空气、氯化物、溴化物等化学气体后可引起阵发性或较持久性的咳嗽。

2. 限制性胸肺疾病

胸膜、胸壁、膈肌、神经肌肉装置的疾病可致肺容积缩小,使肺牵张感受器在呼吸运动中易受到刺激,从而诱发干性咳嗽。

3. 心血管疾病

当二尖瓣狭窄或其他原因引起肺淤血、肺水肿或因右心及体循环静脉栓子脱落引起肺栓塞时,肺泡及支气管内漏出物或渗出物刺激肺泡壁及支气管黏膜引起咳嗽。

4. 胸外原因

(1)中枢神经因素:从大脑皮质发出冲动传至延髓咳嗽中枢,人可随意引致咳嗽或抑

制咳嗽,在有些患者咳嗽为精神性因素引起,其已成为患者的一种强迫性习惯。脑炎、脑膜炎时也可招致咳嗽。

(2)胃食管反流:食管远端黏膜有咳嗽反射器,当受到胃反流物刺激时即可引起咳嗽。

(3)血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)诱发的咳嗽:ACEI 广泛用于治疗高血压和充血性心力衰竭,自从 1997 年应用于临床以来,有关其诱发慢性咳嗽的报道日渐增多。主要表现为慢性咳嗽,机制尚不明确,可能与肺血管床内的激肽及前列腺素等物质聚积有关。

(4)Arnold's 神经受压:正常人外耳道存在有咳嗽反射感受器,盯聍、毛发等机械刺激可引起咳嗽,其信号沿着 Arnold's 神经传入中枢。外耳或中耳疾病有时可压迫 Arnold's 神经引起难治性咳嗽。

【发病机制】

咳嗽是一种神经反射过程,其中枢位于延髓呼吸中枢近旁。大部分咳嗽刺激来自呼吸道黏膜,有的刺激来自呼吸系统以外的器官,经迷走神经、舌咽神经和三叉神经的感觉纤维传入。迷走神经分支广泛分布于耳、鼻、喉、支气管、肺、胸膜和内脏,这些部位的刺激作用于迷走神经感觉支而传递到咳嗽中枢,然后由传出纤维通过喉下神经、膈神经及脊神经分别将反应传到声门、膈肌及其他呼吸肌而引起咳嗽。呼吸道内分泌物或异物刺激、呼吸道黏膜炎症、胸膜,其他内脏如心、食管、胃受刺激都可反射性引起咳嗽。此外,来自咳嗽反射的刺激,即咳嗽反射的敏感性升高,如病毒感染后气道高反应性,也可引起咳嗽。

每次咳嗽在脑干中枢的协调下可分为四步:①短暂吸气;②关闭声门,呼气肌和膈肌快速收缩,使肺内压增高;③声门突然张开,

肺内高压的气体喷射而出;④恢复性吸气。

第 6~7 胸椎以上的脊髓受损可导致胸壁、肋间及腹壁肌收缩丧失从而使咳嗽能力下降。

【诊断与鉴别诊断】

1. 咳嗽的性质

咳嗽无痰或痰量很少称为干性咳嗽,常见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、轻症肺结核、肺部肿瘤、精神性咳嗽、外耳道受刺激、ACEI 诱发的咳嗽。咳嗽伴有痰液称为湿性咳嗽,常见于慢性支气管炎、肺炎、支气管扩张、肺脓肿和空洞型肺结核等。

2. 咳嗽的时间和节律

突然出现的发作性咳嗽,常见于吸入刺激性气体所致的急性咽喉炎、气管与支气管异物、百日咳、气管或支气管分叉都受压迫(淋巴结结核或肿瘤)等。慢性支气管炎、支气管扩张和肺脓肿等病咳嗽常于清晨或夜间变动体位时加剧,并伴有咳痰。左心衰竭、肺结核夜间咳嗽明显,可能与夜间肺淤血加重及迷走神经兴奋性增高有关。

3. 咳嗽的音色

短促轻咳,咳而不爽者多见于干性胸膜炎、肺炎、胸腹部创伤或手术后;金属管咳嗽见于气管受压时;犬吠样咳嗽多见于声带肿胀、气管受压迫、喉部疾患;嘶哑性咳嗽多见于声带炎、喉炎、喉结核、喉癌或喉返神经麻痹等。

4. 诊断要点

根据咳嗽的表现,比较容易诊断。

二、常见并发症

咳嗽的作用一是预防异物进入下呼吸道,二是清除下呼吸道的异物和过多的分泌物。剧烈咳嗽时,胸腔内压可升达 300mmHg,

呼气流速高达 0.5km/h,如此高压和高流速可有效地清除呼吸道内的分泌物和异物,但同时也会引起诸多并发症。

(一)心血管系统并发症

【概述】

需要时,咳嗽对人体是有利的,然而当呼吸道并无异物时,病理性咳嗽对人体是不利的。此外,慢性咳嗽导致的一些并发症也反映了咳嗽的病理生理。Valsalva 动作使胸内压升高,引起静脉回流下降,使心脏输出量减少,进而引起血压降低及心动过速。剧烈咳嗽还可使迷走神经反射性紧张度增加引起心动过缓和心脏传导阻滞。咳嗽时引起压力的骤然变化还可能造成小血管的破裂,从而引起结膜下、鼻、肛门等出血。

【诊断与鉴别诊断】

(1)患者既往无心脏病史,或即使有心脏病史,本次发病非心脏原因引起。

(2)患者出现剧烈咳嗽而出现血压降低及心动过速、心动过缓和心脏传导阻滞,急需考虑到心血管并发症。

(3)止咳治疗后上述表现消失可确诊。

【治疗】

(1)基础疾病的治疗。

(2)对症治疗。

(二)泌尿系统并发症

【概述】

剧烈咳嗽时膈肌及腹壁肌的强烈收缩可产生较高的腹内压及迷走神经反射性紧张度增加,使患者失去对排尿的意识控制,可出现尿失禁。

【诊断与鉴别诊断】

剧烈咳嗽时可出现尿失禁。

【治疗】

(1)基础疾病的治疗。

(2)对症治疗。

(三)胃肠道系统并发症

【概述】

咳嗽剧烈时,膈肌及腹壁肌猛烈收缩,从而挤压胃内容物逆流至食管,造成胃食管反流的发生,严重者还可发生呕吐。剧烈咳嗽时膈肌及腹壁肌的强烈收缩可产生较高的腹内压,可造成腹股沟疝的脱出。对于胃肠道手术后的患者,剧烈的咳嗽还有引起手术伤口裂开的风险。咳嗽剧烈产生的腹内压甚至可以造成脾破裂。

【诊断与鉴别诊断】

有剧烈咳嗽表现,临床出现腹股沟疝。对于胃肠道手术后的患者,剧烈的咳嗽可表现为手术伤口裂开。

无外伤史或者其他原因,由于咳嗽剧烈出现脾破裂可考虑诊断。

【治疗】

(1)基础疾病的治疗。

(2)对症治疗。

(四)肌肉骨骼系统并发症

【概述】

咳嗽可以造成肌肉的过度收缩,引起肌肉疲劳,严重者还可以损伤肌细胞,释放肌酸激酶,甚至肌纤维的断裂。咳嗽产生的张力

还可引起肋骨断裂。

【诊断与鉴别诊断】

既往无肋骨骨折,多为老年患者,常伴有骨质疏松,剧烈咳嗽后突然胸痛,胸部CT等确证肋骨骨折。

【治疗】

(1)基础疾病的治疗。

(2)对症治疗。

(五)神经系统并发症

【概述】

剧烈的连续咳嗽而引起的一过性意识丧失,称之为咳嗽晕厥综合征。其发生机制考虑为Valsalva动作使胸内压升高,引起静脉回流下降,使心脏输出量减少,导致脑缺血而发生晕厥。这种晕厥也可能是咳嗽时脑脊液压力迅速升高,对大脑产生一种震荡样作用所致。对于有癫痫发作史的患者,剧烈而连续咳嗽有可能诱发癫痫发作。脑血管静脉压升高使颅内压增高,可引起咳嗽性头痛及视网膜破裂。还有一些少见的并发症如脑栓塞、脑脊液鼻漏等。

【诊断与鉴别诊断】

咳嗽晕厥综合征,具体诊断见“肺脏综合征”。

【治疗】

(1)基础疾病的治疗。

(2)对症治疗。

(六)呼吸系统并发症

【概述】

持续的咳嗽会造成喉部黏膜充血、水肿

及声带疲劳以至声嘶。剧烈的咳嗽可诱发哮喘发作,其机制可能是咳嗽时快速吸入空气刺激气道高反应性,从而诱发哮喘。对于有肺大泡的患者,剧烈咳嗽使胸内压升高有造成气胸的危险,更严重者甚至纵隔气肿。咳嗽时产生的瞬间巨大压力变化可能造成肺血管的破裂导致咯血。慢性咳嗽可能会造成气管、支气管结构发生改变,最终形成支气管扩张。

【诊断与鉴别诊断】

(1)排除无声嘶的其他原因,如肿瘤等,仅表现患者长期剧烈持续咳嗽,休息后可缓解,可考虑为咳嗽的并发症。

(2)对于有肺大泡的患者,突然出现胸痛等气胸的表现,可诊断。更严重者甚至有纵隔气肿。

(3)排除常见的咯血原因,如支气管扩张、肺癌、肺结核等后,不明原因的咯血,如止咳治疗后咯血消失,胸部高分辨CT无法找到咯血的原因,多考虑为咳嗽引起的支源性咯血。

【治疗】

(1)基础疾病的治疗。

(2)对症治疗。

(七)药物治疗并发症

【概述】

镇咳药是通过阻断咳嗽反射而达到镇咳目的的一类药物。

对于由于呼吸道局部的炎症刺激或气道反应性高而引起的干咳或少痰的咳嗽,用镇咳药可以减轻症状。而对于慢性支气管炎的患者来讲,咳嗽、咯痰常相伴随,且痰多呈泡沫状或黏液状,容易阻塞气管。

痰中常有大量细菌,可造成呼吸道反复感染。尤其要引起注意的是,痰液潴留于气道内,可使呼吸阻力增加,患者呼吸更加费力,有的重症患者可由于痰液堵塞大气道窒息而导致死亡。

【诊断与鉴别诊断】

剧烈咳嗽患者,有痰液潴留于气道内,使用镇咳药物后患者突然表现为呼吸困难加重,甚至发绀,需要考虑患者可能系使用镇咳药的并发症。

有的表现为因窒息而死亡。

【治疗】

- (1)基础疾病的治疗。
- (2)对症治疗。

(八)其他并发症

【概述】

咳嗽会使患者生活质量下降。例如许多疾病如肺结核引起的咳嗽好发于夜间,因此患者往往无法入睡,严重影响其睡眠质量,甚至波及其家人。慢性咳嗽反复发作对患者的学习、工作也可造成极大影响,使其精神无法集中,容易疲劳。许多患者因为咳嗽反复发作而害怕自己病情严重,由此产生新的心理问题。

【治疗】

- (1)基础疾病的治疗。
- (2)对症治疗。

第三节 咯血及其并发症

一、咯 血

【概述】

咯血是指喉及喉以下部位的呼吸道出血,经口腔排出者。咯血病因复杂,可以涉及心、肺等多个器官,从炎症、寄生虫到肿瘤,涉及面广。咯血量差异大,从痰中带血到威胁生命的大咯血,持续时间从偶尔一次到常年间断咯血,咯血的颜色和形状因病因不同而有差异。参考病史、体征及其他检查方法,对咯血的病因做出判断并给予相应的治疗是内科医生应当熟知的。

【病因】

1. 病因及发病机制

咯血的原因有很多,从病理生理角度出发,其病因及发病机制可归纳为以下方面:

- (1)气道及肺泡毛细血管炎症。
- (2)支气管动脉或肺动脉系统血管破裂出血。
- (3)肺血管本身病变或先天性病变
 - ①支气管动脉-肺动脉分流。
 - ②原因不明的血管增生扩张。
 - ③先天性肺动、静脉瘘,先天性管壁变薄而出血,毛细血管扩张。
 - ④肺血栓-栓塞病。
- (4)肺外器官病变所致咯血
 - ①心源性咯血瓣膜病尤其是二尖瓣狭窄。

②子宫内膜异位症属先天性胚胎组织的异位分布,病变可在肺。

(5)出凝血机制障碍包括血液系统疾患及 DIC 等。

2. 引起咯血的常见疾病分类

(1)按解剖部位划分

①支气管疾患:常见的有支气管扩张、支气管肺癌、支气管内膜结核和慢性支气管炎等,较少见的有支气管腺癌、支气管结石、支气管黏膜非特异性溃疡等。

②肺部疾患:常见的有肺结核、肺炎、肺脓肿等,较少见的有肺吸虫病、肺阿米巴、肺血吸虫病、肺原发性及转移恶性肿瘤、各种良性肿瘤、先天及后天肺囊肿、肺淤血、肺梗塞、肺真菌病、肺动静脉瘘等。

③循环系统疾病:较常见的是二尖瓣狭窄、某些先天性心脏病如房间隔缺损、动脉导管未闭等引起肺动脉高压时,可发生咯血。

④全身性疾病:血液病;自身免疫性疾病并肺损伤,如白塞病,结节性多动脉炎,肺出血-肾炎综合征以及肉芽肿疾患等;传染病如出血热、钩端螺旋体病;遗传性毛细血管扩张症;各种原因所致的 DIC。

(2)按病原上分类

- ①感染性疾患;
- ②肿瘤;
- ③肺血管病及支气管、肺结构异常;
- ④血液病;
- ⑤自身免疫性疾病、肺损伤;
- ⑥物理因素。

【临床特点】

1. 咯血量

一天咯血量在 100ml 以下者为小量咯血,有时仅为痰中带血;血量在 100~500ml 者为中量咯血;500ml 以上者为大量咯血。咯血量的多少常由血管及局部组织损伤情况

而定,往往无规律性。按照咯血量的多少来推测引起咯血的病因是不可靠的,但是,常见大量咯血则发生于肺结核空洞,支气管扩张和慢性肺脓肿等疾病;而痰中带血持续数周或数月应警惕肺癌,需做进一步检查;慢性支气管炎咳嗽剧烈时可偶见血性痰。

2. 咯血的颜色和形状

肺结核、支气管扩张、肺脓肿、支气管内膜结核、出血性疾病咯血颜色鲜红;大叶性肺炎和肺吸虫病可见铁锈色血痰;烂桃样血痰为卫氏并殖虫病最典型特征;肺阿米巴病可见脓血性痰呈棕褐色,带腥臭味;砖红色胶冻样血痰主要见于克雷白杆菌肺炎;二尖瓣狭窄肺淤血咯血一般为暗红色;左心衰肺水肿咯浆液性粉红色泡沫样血痰;并发肺梗塞时常咯黏稠暗红色血痰。

3. 其他伴随症状

咯血伴有急性发热、胸痛常为肺部炎症或急性传染病,如肺出血性钩端螺旋体病、流行性出血热。咯血、发热同时伴咳嗽、吐大量脓痰多见于肺脓肿。长期低热、盗汗、消瘦的咯血病人应考虑肺结核;反复咳嗽、咯脓痰不伴有发热,多见于支气管扩张。

【诊断与鉴别诊断】

1. 检查

(1)体格检查:有黏膜及皮下出血者要考虑血液病,如血小板减少性紫癜、白血病、血友病等;或肺出血性钩端螺旋体病。锁骨上淋巴结肿大在老年病人要注意肺内肿瘤的转移。肺部听到局限性哮鸣音提示支气管有狭窄、阻塞现象,常有肿瘤引起。肺部湿性啰音可能是肺部炎性病变的体征,也应考虑是否为血液存积在呼吸道所致。此外,慢性肺脓肿、支气管扩张常伴有杵状指(趾)。

(2)实验室检查:痰检查有助于发现结核杆菌、真菌、癌细胞、肺吸虫卵等。出血时间、