



住院医师丛书

总主编 李春德 王国晨

呼吸科疾病 诊疗手册

□ 主编 额尔敦高娃 赵 敏 杨艳红

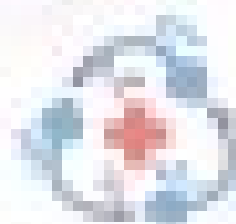
HUXIKE JIBING

ZHENGLIAO SHOUCHE



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press



住院医师丛书

总主编 李卫建 王树刚

呼吸科疾病 诊疗手册

□ 主编 程中良 副主编 李 强 程晓红



中国医药出版社

CHINA MEDICINE & PHARMACEUTICAL PUBLISHING HOUSE

住院医师丛书//总主编：李春德 王国晨

呼吸科疾病诊疗手册

第二军医大学出版社

内 容 简 介

本书共 19 章,介绍呼吸科常见病、多发病近 50 多种。本书从基本概念入手,对每种疾病的发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗原则及方案等进行详细阐述,并从住院医师角度,阐述了病情观察、病历记录,以及医患沟通、经验指导等,旨在使儿科住院医师能在最短时间内掌握诊断、治疗、处理医患关系、避免医疗纠纷的能力。本书条理清晰、简明扼要、实用性强,适合住院医师、实习医师、基层医务工作者、高等医学院校学生阅读。

图书在版编目(CIP)数据

呼吸科疾病诊疗手册 / 额尔敦高娃, 赵敏, 杨艳红 主编. —上海: 第二军医大学出版社, 2009. 7

(住院医师丛书)

ISBN 978-7-81060-945-6

I. 呼… II. ①额…②赵…③杨… III. 呼吸系统疾病—诊疗—手册 IV. R56-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 102443 号

出 版 人 石进英

责任编辑 丁汝龄

住院医师丛书

呼吸科疾病诊疗手册

主编 额尔敦高娃 赵 敏 杨艳红

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

发行科电话/传真: 021-65493093

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: 11.375 字数: 282 千字

2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-945-6/R·755

定价: 27.50 元

《呼吸科疾病诊疗手册》编委会

主 编：额尔敦高娃 赵 敏 杨艳红

副主编：董 旭 李幸彬 梁 健

张红斌 王增爱 孙 辉

编 委：（按姓氏笔画排序）

马 磊 刘新发 李 华

何 广 张晓慧 周忠民

相聪坤 柴启勇

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科。作为一名住院医师,如何快速地适应临床工作,如何将从书本中汲取来的知识与临床实践相结合,及时、准确地对每一例患者进行诊断与治疗,在日常的诊疗工作中如何恰当地处理医患关系等,这是每一名刚从医学院校毕业走上工作岗位的住院医师面临的实际问题。为了快速提高住院医师的临床实践能力,使其掌握相关疾病的诊断与治疗方法,具备良好的职业规范,成为一名优秀的医务工作者,我们组织有丰富临床经验的一线专家编写了这套《住院医师丛书》。

本套丛书共 11 册:《妇产科疾病诊疗手册》、《儿科疾病诊疗手册》、《呼吸科疾病诊疗手册》、《心血管科疾病诊疗手册》、《神经内科疾病诊疗手册》、《消化科疾病诊疗手册》、《外科疾病诊疗手册》、《风湿免疫科疾病诊疗手册》、《五官科疾病诊疗手册》、《急诊科疾病诊疗手册》、《急诊科急救与监护手册》。

本套丛书突出了以下特点:①强调实用性,内容多为临床常见、多发病,贴近临床实践。更便于医师学习、掌握与操作。②简明扼要,凡教科书上已阐明的内容,如病因、发病机制、病理生理等基础性内容,作为已掌握内容不再赘述,只就临床特征、检查结果等与临床工作直接

相关的内容进行归纳、分析与阐述。③突出临床指导性。本书由一线医务人员编写,他们结合自己的临床经验,特别强调了临床实践中保护性内容的论述,即对医师与医疗行为的保护,尤其对于规避医疗纠纷的发生有很好的参考价值。

本套丛书不仅可以作为住院医师的案头参考书,还可成为实习医师、基层医务工作者、高等医学院校学生常备的参考书。

主 编

2009年4月

目 录

第一章	急性上呼吸道感染	(1)
第二章	急性气管-支气管炎	(5)
第三章	慢性支气管炎	(11)
第四章	慢性阻塞性肺病	(17)
第五章	肺不张	(27)
第六章	支气管扩张症	(35)
第七章	支气管哮喘	(46)
第八章	肺 炎	(60)
第一节	肺炎链球菌肺炎	(60)
第二节	葡萄球菌肺炎	(66)
第三节	克雷伯杆菌肺炎	(73)
第四节	绿脓杆菌肺炎	(78)
第五节	大肠杆菌肺炎	(81)
第六节	军团菌肺炎	(84)
第七节	支原体肺炎	(91)
第八节	衣原体肺炎	(98)
第九节	病毒性肺炎	(103)
第十节	传染性非典型肺炎	(109)
第九章	肺脓肿	(118)
第十章	肺部真菌病	(127)
第一节	肺念珠菌病	(127)
第二节	肺曲菌病	(138)
第三节	肺隐球菌病	(146)

第十一章	肺栓塞	(153)
第十二章	肺结核	(170)
第十三章	间质性肺病	(178)
第一节	特发性肺纤维化	(178)
第二节	外源性过敏性肺泡炎	(188)
第三节	肺泡蛋白沉积症	(193)
第四节	特发性肺含铁血黄素沉积症	(199)
第五节	结节病	(207)
第六节	放射性肺炎	(215)
第七节	韦格纳肉芽肿病	(219)
第八节	肺组织细胞增生症	(226)
第十四章	胸膜疾病	(233)
第一节	胸腔积液	(233)
第二节	结核性胸膜炎	(252)
第三节	胸膜间皮瘤	(264)
第四节	自发性气胸	(274)
第十五章	肺部肿瘤	(284)
第一节	肺 癌	(284)
第二节	肺转移性肿瘤	(300)
第三节	肺原发性恶性淋巴瘤	(307)
第十六章	急性呼吸窘迫综合征	(312)
第十七章	呼吸衰竭	(330)
第十八章	慢性肺源性心脏病	(340)
第十九章	睡眠呼吸暂停综合征	(350)

第一章 急性上呼吸道感染

【概述】

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory infection)是指鼻腔、咽或喉部的急性炎症。也常用“急性鼻炎、急性咽炎、急性扁桃体炎”等名词,统称“上呼吸道感染”,常见病因为病毒,少数由细菌引起。本病全年皆可发病,冬春季节多发,主要通过飞沫传播,一般为散发,但常在气候突变时流行。其发病无年龄、性别、职业和地区等差异。一般病情较轻,病程较短,如无并发症,一般经 5~7 日痊愈,预后良好。

病毒感染引起的上呼吸道感染,通常所谓“感冒”,亦称“伤风、急性鼻炎”。常见病毒:鼻病毒、柯萨奇病毒、埃可病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒等。因病毒种类多,感染后产生免疫力弱,且无交叉免疫,故在 1 年中多次发病。

细菌感染可直接或继病毒感染之后发生,以溶血性链球菌最常见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌和葡萄球菌等。少见革兰阴性杆菌。其感染的主要表现为鼻炎、咽喉炎或扁桃体炎。

【诊断】

(一) 症状与体征

病情轻重程度相差较大,一般成人较轻,儿童症状较重。

轻症:初期有鼻部症状,如喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕等,也可有轻咳或咽部不适,可在 3~4 日痊愈。如感染累及鼻咽部,常伴有发热、咽痛、声嘶、少量咳嗽等,可引起淋巴结肿大,检查可见鼻腔黏膜充血、水肿,咽部充血、扁桃体红肿等。发热持续 2~3 日至 1 周左右,儿童也可引起呕吐和腹泻。

重症：发热可达 39~40℃ 或更高，伴有寒颤、头痛、腹痛、四肢乏力等全身症状，可由于鼻咽部分泌物引起频繁咳嗽。较重者高热可达 1~2 周，婴幼儿可引起高热惊厥，多在起病后 1~2 日内发生，很少反复发生。

（二）检查

血常规：病毒感染一般白细胞偏低或正常，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多升高，严重感染也可引起白细胞减低，但中性粒细胞百分数仍增高。

【治疗】

1. 一般治疗 应充分休息，多饮水，室温恒定，保持一定湿度，预防并发症为主。

2. 药物治疗 因大多数急性上呼吸道感染为病毒感染，尚缺乏特效治疗药物，可口服一些清热解毒中药制剂，如感冒冲剂、板蓝根冲剂、抗病毒口服液、清热解毒口服液、银翘解毒丸（片）等。6 岁以下慎用感冒药。此外还需采用一些对症处理措施，如有发热、头痛、全身疼痛时可用解热止痛药等；如继发细菌感染时可选用敏感抗生素，常用青霉素和第一代头孢类抗生素。

【病情观察】

根据病史、症状、体征，本病诊断应该不难。予以相应治疗后，主要观察患者症状是否缓解，体温是否正常；如治疗效果不佳，则应进一步做检查，观察血常规中白细胞计数是否升高，X 线胸片有无出现新的病灶，调整抗生素治疗方案的，同样需密切观察病情变化。

【病历记录】

1. 门急诊病历 记录患者症状的发病时间和流行情况，有无集体发病，有无鼻咽部症状，是否伴有全身症状。体检记录有无咽部和肺部的体征，记录血常规、X 线胸透等辅助检查的结果。

2. 住院病历 一般无需住院治疗,若需住院治疗,则须重点记录入院前的诊疗经过。

【注意事项】

1. 医患沟通 应如实告诉患者及其家属有关本病的特点、诊断办法、治疗原则等,以便患者及家属能配合、理解,使患者一方面要重视症状的变化,另一方面也不必过于紧张。劝患者注意休息及多饮水。一般单纯病毒感染时无需用药,切记不要依赖抗生素。治疗过程中注意随访是十分需要的,如并发细菌感染,则需要应用抗生素;如有头痛、听力下降、游走性关节疼痛、血尿、胸闷和气急等症状出现,应警惕出现并发症的可能,应给予相应的检查和治疗。

2. 经验指导

(1) 临床实践中,由于病原学诊断受到标本是否合格、实验室条件以及操作者水平等多种因素的制约,很难在患者就诊时做出明确的病因诊断,因此临床上一概不做。

(2) 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,一般无需用药或仅需对症处理,尤其不要滥用抗生素,患者多饮水、注意休息也是治疗中的一个重要方面。

(3) 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(妊娠头3个月)、苯海拉明等,哺乳期妇女禁用苯海拉明、氯苯那敏(扑尔敏)等。

(4) 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日可以痊愈。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时,常成为慢性呼吸道炎症的病

灶;并发气管炎或支气管炎,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,须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。

(额尔敦高娃 刘新发 张晓慧)

第二章 急性气管-支气管炎

【概述】

急性气管-支气管炎(acute tracheo - bronchitis)是气管、支气管黏膜及其周围组织的急性非特异性炎症。临床主要症状有咳嗽和咳痰。常见于冬天寒冷季节,尤其是在气候突然变化时。凡能引起上呼吸道感染的病原体皆可引起支气管炎。病原为各种病毒或细菌,或混合感染。环境污染、空气污浊或有毒气体亦可引起支气管黏膜炎症。特异性素质(atopy)、免疫功能失调、营养不良、佝偻病、副鼻窦炎等患儿常易反复发生支气管炎。

【诊断】

(一) 症状

起病一般先有急性上呼吸道感染的症状,如鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、声嘶等。咳嗽多呈刺激性,有少量黏液痰,伴有胸骨后不适或钝痛。感染蔓延至支气管时,咳嗽加重,2~3日后痰量增多呈黏液性或黏液脓性,明显的脓痰提示多重细菌感染。婴幼儿全身症状较明显,常有发热,重者发热 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$,偶尔达 40°C ,多在2~3日退热,可有呕吐、腹泻等消化道症状。该病一般呈自限性,可在3~5日内消失,但咳嗽、咳痰可延续2~3周才消失,或反复发作。迁延不愈者演变为慢性支气管炎。

(二) 体征

无并发症的急性支气管炎几乎无肺部体征,可闻及散在的高音调或低音调干啰音,偶然在肺底部闻及捻发音或湿啰音,咳嗽后可减少或消失。婴幼儿期患急性支气管炎并伴有喘息,双肺可以听到较多的哮鸣音,并且有反复发作的倾向,临床上常诊断为

喘息性支气管炎。

(三) 检查

1. 实验室检查

(1) 血常规：病毒感染时外周血白细胞计数并不增加，仅淋巴细胞相对轻度增加，细菌感染时白细胞计数 $>10 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞计数也升高。

(2) 痰培养：可发现致病菌，如流感嗜血杆菌、肺炎球菌、金黄色葡萄球菌等。

2. 特殊检查 X线胸片检查，大多数表现正常或仅有肺纹理增粗。

(四) 鉴别诊断

1. 流行性感冒 起病急骤，发热较高，有全身酸痛、头痛、乏力的全身中毒症状，有流行病史。

2. 急性上呼吸道感染 一般鼻部症状明显，无咳嗽、咳痰，肺部无异常体征，胸部无异常体征。

3. 其他 如支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种肺部疾病可伴有急性气管的症状，通过详细询问病史、体格检查，多能作出诊断。

【治疗】

以休息及对症治疗为主，不宜常规使用抗菌药物。如出现发热、黄脓痰、重症咳嗽，可应用抗菌药物治疗。

(一) 一般治疗

适当休息，注意保暖，多饮水，摄入足够的热量，防止冷空气、粉尘或刺激性气体的吸入等。

(二) 用药常规

(1) 发热时可服用阿司匹林 $0.3 \sim 0.6 \text{ g}$ ，婴幼儿每次 $5 \sim 10 \text{ mg/kg}$ ，或吲哚美辛(消炎痛) 25 mg ，每日3次。

(2) 咳嗽频繁且无痰时，可服咳必清 25 mg ，每日3次。

(3) 痰黏稠不易咳出时,盐酸氨溴索 30 mg,每日 3 次,婴幼儿 1.2~1.6 mg/(kg·d),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) 伴哮喘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、婴幼儿 4~6 mg/(kg·d),每日 2~3 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 或舒喘灵 2.4 mg,每日 3 次,沙丁胺醇气雾剂(万托林、喘乐宁)每 4 小时 2 喷。

(5) 如出现发热、黄脓痰和重症咳嗽,为应用抗生素的指征。多数患者口服抗菌药物即可,症状较重者可用肌肉注射或静脉滴注。可应用针对肺炎衣原体和肺炎支原体的抗生素,如阿奇霉素,每日 1 g,分 4 次口服,婴幼儿 10 mg/(kg·d),7~10 日为 1 个疗程。转为口服治疗时间应由医师根据临床治疗反应确定。多数患者口服抗菌药物即可,症状较重者可用肌肉注射或静脉滴注。

【病情观察】

应注意观察治疗后患者病情的演变情况,发热者体温是否恢复正常,咳嗽者是否好转,咳痰者痰量是否减少,肺部体征是否好转等;并可根据患者的具体情况,相应治疗的疗效评估,调整治疗用药。

【病历记录】

1. 门急诊病历 记录患者就诊的主要症状特点,咳嗽、咳痰的时间,咳嗽、咳痰前是否有鼻塞、流涕、咽痛等前驱症状,咳嗽的时间和性质,咳嗽的音色,痰液的性状和量,是否伴痰血;记录有无发热、全身酸痛、胸闷等全身症状;体检记录肺部是否闻及干、湿性啰音。辅助检查记录 X 线胸片、外周血白细胞计数和痰培养等检查结果。

2. 住院病历 应如实记录患者入院治疗后的病情变化、存

在的问题、应注意的事项、出院医嘱、门诊随访时间等。

【注意事项】

1. 医患沟通 主治医师应主动告诉患者本病的特点,以便患者及家属能理解、配合。门诊治疗的患者应尽量保证充分的休息,并接受相应的对症治疗,但须注意门诊随访,老年患者、体弱者或有基础疾病者可考虑住院治疗。对住院治疗的患者,要密切观察病情变化,尤其是生命体征的观察,一旦有变化,及时给予相应的处理。

2. 经验指导

(1) 一般可根据患者发病前有受凉、劳累、刺激气体过敏等诱因,咳嗽、咳痰等急性呼吸道症状,体检两肺呼吸音正常,或闻及散在的干、湿性啰音,X线胸片大多正常,血白细胞计数和分类正常或升高,多能做出及时、正确的诊断。

(2) 临床上一般不做有关病因学的诊断,临床医师可根据患者的症状、对症治疗的效果、临床征象的变化,判断有无细菌感染;但治疗效果不佳,应考虑行病因学检查,以指导临床用药。

(3) 对本病而言,对症治疗是主要的治疗。一般可根据患者的症状予相应的治疗。从实践效果看,保证足够的水分和维生素摄入,及时休息以及对症处理,可使多数患者症状得以缓解。

(4) 临床征象、血常规、X线胸片等检查高度提示有细菌感染的,应根据主治医师的临床经验选用抗生素治疗,如能做痰、血培养,则可根据培养及药敏结果选择抗生素,治疗一般3~5日为宜。

(5) 急性支气管炎的细菌感染多数是流感杆菌、肺炎链球菌等,抗生素一般可选用青霉素类、大环内酯类、喹诺酮类、头孢类抗生素。抗生素一般口服就可,但如患者的症状较重,如咳嗽、咳痰明显,体温超过38.5℃,抗生素可予肌内注射或加入0.9%氯化钠注射液静脉滴注。

(6) 本病一般经门诊治疗即可获得痊愈,但门诊治疗5~7日