

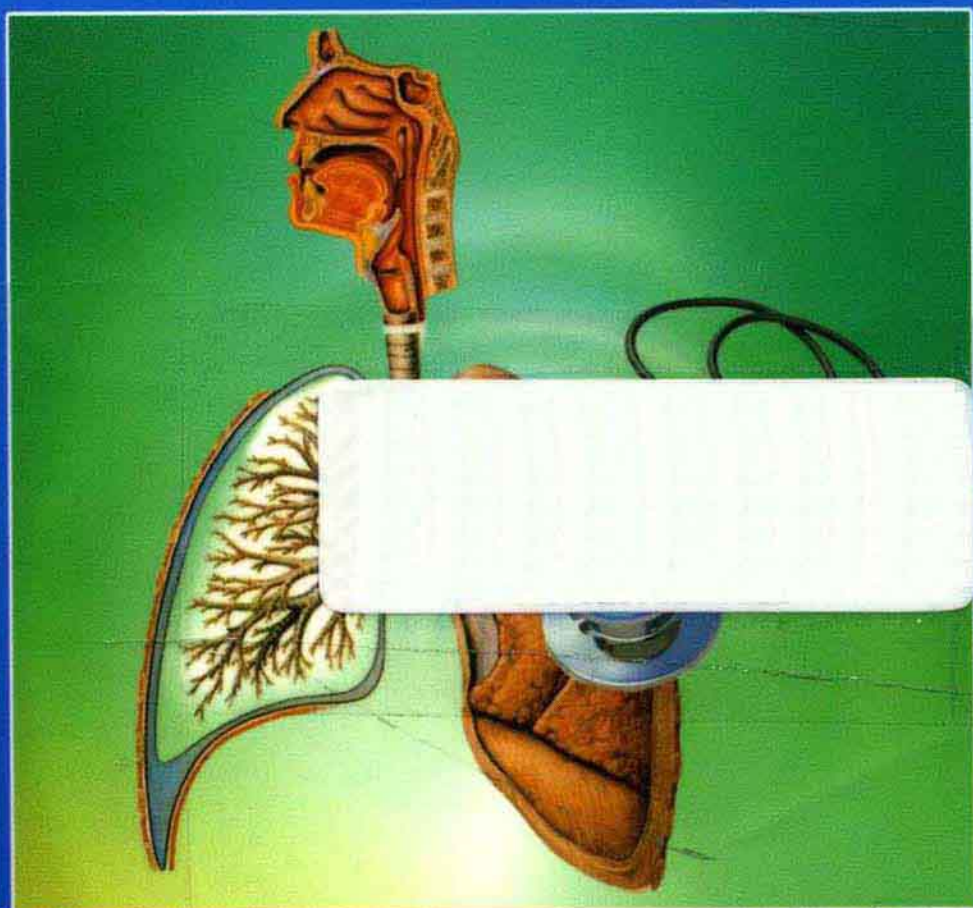
LinChuang HuXi NeiKe YiShi

SuCha ShouCe

临床呼吸内科医师

速查手册

胡 红 主编



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

临床呼吸内科医师 速查手册

主 编 胡 红

副主编 张伟华 迟春花

编 者 (按姓氏笔画为序):

于晓玲	王炜芳	朱 红	许文兵
牟向东	李玉柱	迟春花	余秉翔
余丹阳	肖越勇	余春晓	陈杭薇
张伟华	林明贵	胡 红	高占成
徐凯峰	徐白莹	聂永康	崔俊昌
章 巍	解立新		



科学技术文献出版社

SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

临床呼吸内科医师速查手册/胡红主编. —北京:科学技术文献出版社, 2013. 8

ISBN 978-7-5023-7770-0

I. ①临… II. ①胡… III. ①呼吸系统疾病-诊疗-手册
IV. ①R56-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 046081 号

临床呼吸内科医师速查手册

策划编辑:付秋玲 责任编辑:付秋玲 责任校对:唐 炜 责任出版:张志平

出 版 者	科学技术文献出版社
地 址	北京市复兴路 15 号 邮编 100038
编 务 部	(010)58882938, 58882087(传真)
发 行 部	(010)58882868, 58882874(传真)
邮 购 部	(010)58882873
官方网址	http://www.stdp.com.cn
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	北京金其乐彩色印刷有限公司
版 次	2013 年 8 月第 1 版 2013 年 8 月第 1 次印刷
开 本	787×960 1/32
字 数	504 千
印 张	18.5
书 号	ISBN 978-7-5023-7770-0
定 价	59.00 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

序 言

近年随着医学科学的快速发展,符合循证医学的医学研究证据不断更新,必然要求临床医生的知识不断地“更新换代”。由解放军总医院呼吸科胡红教授主编以及北京协和医院、北京大学附属各医院等长期从事临床一线工作的呼吸科专家编写的《临床呼吸内科医师速查手册》,结合编者多年丰富的临床经验并参照最新国内外相关指南,突出了本书的新颖性、科学性、实用性和便捷性,及时地反映了现代呼吸病学的新理论和新治疗,展示了呼吸科领域著名医院精英专家们的临床宝贵经验。每个疾病的主要内容涵盖了概述、病因、诊断表现、诊断及治疗方法五个部分,力求内容新颖、速查方便、简明实用、突出重点。本书主要读者对象为我国呼吸科医师,内科医师、社区全科医师、急诊科医师及医学院校师生,不仅适用于住院医师和实习医师,培养其临床逻辑思维能力和系统的临床诊治方法,而且对主治医师以上的高年资医师也具有重要的临床应用参考价值。笔者确信读者会从该书受益匪浅,在祝贺该书出版的同时也衷心感谢所有编者的辛勤劳动。

中华医学会内科学分会主任委员

解放军总医院

刘又宁

前 言

十多年前在日本留学期间,看到很多日本临床医生都有一本口袋手册书,能非常便捷地查找到想要解决的临床实际问题,给我留下了深刻的印象。回国后一直想编辑一本实用的临床呼吸内科速查手册。在解放军总医院、北京协和医院、北京大学附属各医院等长期从事临床一线工作的二十二位呼吸科专家,放射科、超声科及核医学科专家的辛勤努力下,《临床呼吸内科医师速查手册》即将面世。本书从实际临床工作出发,力求以较短篇幅、方便速查、随身携带为特点,反映呼吸科疾病诊治最新进展,其中包括近年国内外诊断和治疗最新指南,目的是使临床医师在紧张繁忙的工作中快速查阅疾病的诊断要点和具体可行的治疗方案。本速查手册共三篇,包括呼吸系统疾病症状及诊疗操作技术、呼吸系统疾病各论以及呼吸治疗,以呼吸科疾病的诊断要点、鉴别诊断及治疗为主线,集权威性、可靠性、便捷性和实用性于一体,既适用于住院医师、实习医师,也适用于主治医师以上的高年资医师。可供我国呼吸科医师,内科医师、全科医师、急诊科医师及医学院校师生在临床实践查阅参考,具有很强的临床实用性和指导意义。

解放军总医院

胡 红

目 录

第一篇 呼吸系统疾病症状及诊断技术

第一章	呼吸科常见症状的诊断和处理	(3)
第二章	胸部影像检查	(31)
第三章	肺功能检查	(53)
第四章	支气管舒张试验	(61)
第五章	支气管激发试验	(63)
第六章	血气分析	(66)
第七章	实验室检查	(73)
第八章	皮肤过敏原试验	(83)
第九章	结核菌素试验	(85)
第十章	胸腔穿刺术及胸腔抽气术	(90)
第十一章	支气管镜检查	(100)
第十二章	支气管肺泡灌洗技术	(106)
第十三章	呼吸系统的超声检查	(108)
第十四章	呼吸疾病活检技术	(114)
第十五章	睡眠呼吸障碍的诊断技术	(129)
第十六章	内科胸腔镜技术	(135)
第十七章	呼吸系统疾病的肺核素医学检查	(138)
第十八章	右心导管和肺动脉压力测定	(144)

第二篇 呼吸科疾病各论

第十九章	急性上呼吸道感染	(153)
第二十章	流行性感冒	(157)
第二十一章	急性气管-支气管炎	(163)
第二十二章	慢性支气管炎	(167)
第二十三章	阻塞性肺气肿	(169)
第二十四章	慢性阻塞性肺病	(171)
第二十五章	支气管哮喘	(181)
第二十六章	支气管扩张	(200)
第二十七章	社区获得性肺炎	(207)
第二十八章	医院获得性肺炎	(222)
第二十九章	细菌性肺炎	(228)
第三十章	肺炎支原体肺炎	(231)
第三十一章	巨细胞病毒性肺炎	(234)
第三十二章	吸入性肺炎	(237)
第三十三章	肺脓肿	(240)
第三十四章	肺结核及非结核分枝杆菌肺病	(245)
第三十五章	肺念珠菌病	(255)
第三十六章	肺曲霉菌病	(259)
第三十七章	肺隐球菌病	(262)
第三十八章	肺孢子菌肺炎	(265)
第三十九章	人感染高致病性禽流感	(270)
第四十章	弥漫性肺实质疾病	(274)
第四十一章	肺动脉高压	(285)
第四十二章	肺血栓栓塞症	(298)
第四十三章	慢性肺源性心脏病	(308)
第四十四章	嗜酸性粒细胞性肺疾病	(311)
第四十五章	变应性支气管肺曲菌病	(314)
第四十六章	胸腔积液	(317)
第四十七章	气胸	(324)

第四十八章	胸膜间皮瘤	(329)
第四十九章	肺癌	(335)
第五十章	结节病	(343)
第五十一章	韦格纳肉芽肿病	(349)
第五十二章	肺泡蛋白沉积症	(356)
第五十三章	肺泡出血综合征	(360)
第五十四章	过敏性肺炎	(366)
第五十五章	放射性肺炎	(373)
第五十六章	弥漫性泛细支气管炎	(376)
第五十七章	肺淋巴管肌瘤病	(385)
第五十八章	肺出血-肾炎综合征	(390)
第五十九章	支气管肺淀粉样变	(395)
第六十章	先天性支气管肺囊肿	(398)
第六十一章	肺隔离症	(401)
第六十二章	睡眠呼吸暂停低通气综合征	(405)
第六十三章	呼吸衰竭	(414)
第六十四章	高通气综合征	(445)
第六十五章	尘肺	(447)

第三篇 呼吸治疗

第六十六章	抗菌药物	(453)
第六十七章	哮喘治疗药物	(469)
第六十八章	镇咳药和祛痰药	(472)
第六十九章	特异性免疫治疗	(480)
第七十章	雾化吸入治疗	(483)
第七十一章	呼吸系统疾病的营养治疗	(487)
第七十二章	糖皮质激素在呼吸科疾病中的应用	(497)
第七十三章	肺癌化疗	(509)
第七十四章	氧气疗法	(517)
第七十五章	肺康复治疗	(521)
第七十六章	戒烟方法	(525)

第七十七章	人工气道的建立	(530)
第七十八章	常规机械通气	(534)
第七十九章	无创机械通气	(545)
第八十章	经支气管镜介导治疗技术	(549)
第八十一章	经 CT 介导下治疗技术	(573)
第八十二章	肺移植	(578)

第一篇 呼吸系统疾病的 诊断和治疗

第一篇 呼吸系统疾病 症状及诊断技术

第一章 呼吸科常见症状的 诊断和处理

咳 嗽

一、定义

咳嗽是为清除气道内物质(如痰液异物)的一种突然爆发性呼气动作。呼吸道黏膜上分布着机械感受器、化学感受器和肺牵张感受器,因而黏液、灰尘或异物的机械刺激,烟熏、毒气等的化学刺激,以及支气管痉挛引起肌张力增加,都可引起咳嗽。咳嗽的动作是短促深吸气,声门紧闭,呼吸肌、肋间肌和膈肌快速猛烈收缩,使肺内高压的气体喷射而出,将呼吸道黏膜上黏附的物质喷出,形成咳嗽。

二、分类和病因

1. 急性咳嗽 咳嗽时间 <3 周。普通感冒是急性咳嗽最常见的病因,其他病因包括流行性感冒、急性支气管炎、急性鼻窦炎等。

2. 亚急性咳嗽 咳嗽时间 $3\sim 8$ 周。最常见原因是感染后咳嗽、上气道咳嗽综合征(UACS,又称鼻后滴流综合征)及咳嗽变异性哮喘(CVA)等。

3. 慢性咳嗽 咳嗽时间 ≥ 8 周。慢性咳嗽常见病因包括:CVA、UACS、嗜酸粒细胞性支气管炎(EB)和胃食管反流性咳嗽(GERC),这些原因占了呼吸内科门诊慢性咳嗽的 $70\%\sim 95\%$ 。其他病因,包括慢性支气管炎、支气管扩张、变应性咳嗽(AC)、支气管内膜结核、支气管肺癌、心理性咳嗽等。

三、诊断

(一) 病史

注意咳嗽性质、音色、节律和时间、诱发或加重因素、体位影响,伴随症状等。

1. 性质

(1) 干咳或刺激性咳嗽多见于急性支气管炎、支气管哮喘、气道高反应、气管或支气管异物、支气管肿瘤、慢性喉炎、喉癌等。

(2) 湿性多痰的咳嗽多见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、空洞性肺结核等。

(3) 单声微咳者多见于喉炎、咽炎、气管炎及吸烟者等。

(4) 阵发性痉挛性咳嗽多见于气道异物、支气管哮喘、百日咳、支气管内膜结核及支气管肿瘤等。

(5) 短促的轻咳或咳而不爽者多见于干性胸膜炎、肺炎、胸腹部创伤或术后患者。

(6) 犬吠样咳嗽多见于喉头疾患、声带肿胀、气管肿瘤或气管受压等。

(7) 嘶哑性咳嗽多见于声带炎症或纵隔肿瘤压迫喉返神经所致声带麻痹。

(8) 晨间咳嗽咯痰多见于慢性支气管炎、上呼吸道感染及支气管扩张。

(9) 夜间咳嗽多见于CVA、GERC、肺结核。

(10) 春秋或夏季咳嗽常见于咳嗽变异性哮喘,而冬季咳嗽多见于慢性支气管炎。

2. 伴随症状

(1) 咳嗽伴发高热的患者多考虑急性感染性疾病、肺炎、肺脓肿、脓胸等。

(2) 伴明显胸痛者应考虑胸膜疾患,或者肺部和其他脏器疾患侵及胸膜者如肺癌、肺炎及肺梗死等。

(3) 伴发咯黄痰者多考虑支气管炎、肺炎等。

(4) 咯大量脓痰者多考虑肺脓肿、支气管扩张、肺囊肿继发

感染等。

(5) 伴发大量咯血者应考虑支气管扩张或空洞性肺结核, 少量咯血或痰中带血考虑肺癌、肺结核等。

(6) 胸闷气短应考虑支气管哮喘, 伴活动后气短或呼吸困难者应考虑肺间质纤维化。

(7) 伴咽痒、流涕鼻痒者应考虑咽炎、变应性鼻炎。

(8) 伴反酸、嗝气及腹胀者多为胃食道反流综合征。

(9) 伴低热、盗汗、乏力及消瘦者多为肺结核。

(二) 体格检查

根据原发病不同, 体征各有不同, 查体应详尽, 着重心、肺检查, 同时要注意胸部以外的疾病同样可以引起咳嗽。肺部叩诊呈局限性浊音提示肺实变。听诊双肺弥漫性中、小水泡音常见于急性或慢性支气管炎; 双肺满布大、中、小水泡音可见于肺水肿; 肺尖部局限性有响性水泡音常提示为肺结核; 局限性肺下部湿啰音见于支气管扩张症。闻及呼气期哮鸣音时提示哮喘的诊断, 如闻及吸气性哮鸣音, 要警惕中心性肺癌、支气管内膜结核或气道异物。

(三) 辅助检查

1. 痰检查 痰细胞学检查可使癌细胞检查阳性率显著增高, 痰中嗜酸粒细胞增高是诊断 EB 的主要指标。

2. 影像学检查 X 线胸片是慢性咳嗽的常规检查, 胸部 CT 检查有助于发现纵隔前、后肺部病变, 肺内小结节、纵隔肿大淋巴结及边缘肺野内较小的肿物。高分辨率 CT 有助于诊断早期间质性肺疾病和非典型支气管扩张。

3. 肺功能检查 通气功能和支气管舒张试验可帮助诊断和鉴别气道阻塞性疾病, 如哮喘、慢性支气管炎和大气道肿瘤等。常规肺功能正常, 可通过激发试验诊断 CVA。

4. 纤维支气管镜检查 可有效诊断气管腔内的病变, 如支气管肺癌、异物、内膜结核等。

5. 食管 24h pH 值监测 能确定有无胃-食管反流(GER), 是目前诊断 GERD 最为有效的方法。

6. 咳嗽敏感性检查 通过雾化方式使受试者吸入一定量的

刺激物气雾溶胶颗粒,刺激相应的咳嗽感受器而诱发咳嗽,并以咳嗽次数作为咳嗽敏感性的指标。常用辣椒素吸入进行咳嗽激发试验。咳嗽敏感性增高常见于AC、EB、GERC。

7. 其他检查 外周血检查嗜酸粒细胞增高提示寄生虫感染、变应性疾病。变应原皮试(SPT)和血清特异性IgE测定有助于诊断变应性疾病和确定变应原类型。

四、处理

咳嗽由多种原因所致,治疗的关键在于病因治疗,镇咳药只能起到短暂缓解症状的作用。

治疗原则:①一般轻度咳嗽不需进行镇咳治疗。当单纯咳嗽是主要问题时,最好使用一个足量的作用于咳嗽反射某一特定环节的单一药物。单纯抑制无痰咳嗽,可选用美沙芬、可待因等。更有效的麻醉性镇咳药应留待于需要止痛和镇静作用时应用。②为了增加支气管分泌物和液化黏稠的支气管液体,充分水化(饮水和蒸气吸入)有效,如单纯水化无效,可试用口服复方甘草合剂等。③为了缓解源于喉部的咳嗽,可用润剂糖浆或含片,必要时联合美沙芬有效。④对于合并明显鼻部症状的咳嗽,并用扑尔敏类药物会更有效。⑤对支气管收缩合并咳嗽,推荐使用支气管扩张剂,可能还需联合应用祛痰药。对于CVA患者,吸入糖皮质激素更有效。

(一)中枢性镇咳药

该类药物对延脑咳嗽中枢具有抑制作用,根据其是否具有成瘾性和麻醉作用又可分为依赖性和非依赖性镇咳药。

1. 可待因(Codeine) 直接抑制延脑中枢,止咳作用强而迅速,具有成瘾性和抑制呼吸中枢作用,同时亦有镇痛和镇静作用。可用于各种原因所致的剧烈干咳和刺激性咳嗽,尤其是伴有胸痛的干咳。口服或皮下注射,每次15~30mg,每天量可为30~90mg。

2. 福尔可定(Pholcodine) 作用与可待因相似,但成瘾性较之为弱。口服每次5~10mg。

3. 福米诺苯(fominoben) 新型的中枢镇咳药,镇咳作用与

可待因相当,但可兴奋呼吸中枢,尚可降低痰液的黏滞性,利于咯痰。口服每次 80~160mg。每天 3~4 次。静注:40mg/次加入 25%葡萄糖注射液 40ml 中,每天 1 次。

4. 右美沙芬(Dextromethorphan) 目前临床上应用最广,作用与可待因相似,但无镇痛和催眠作用,治疗剂量对呼吸中枢无抑制作用,亦无成瘾性。多种非处方性复方镇咳药物均含有本品。口服每次 15~30mg,每天 3~4 次。

5. 喷托维林(Pentoxyverine) 国内使用较久的镇咳药,作用强度为可待因的 1/3,同时具有抗惊厥和解痉作用。青光眼及心功能不全者应慎用。口服每次 25mg,每天 3 次。

6. 氯哌斯汀(chloperastine) 为苯海拉明衍生物,除具有中枢镇咳作用外,亦可抑制 H_1 受体,能轻度缓解支气管平滑肌痉挛及支气管黏膜充血、水肿,间接缓解咳嗽。成人每次 10mg(儿童每次每千克体重 0.5~1mg),每天 3 次。服药后 20~30min 生效,作用可维持 3~4h。

(二)外周性镇咳药

抑制咳嗽反射的感受器、传入神经、传出神经甚至效应器而发挥作用。这类药物包括局部麻醉药和黏膜防护剂。对于小儿、孕妇、老年人等不适用于中枢性止咳药物的人群,外周性止咳药物可选择性应用。

1. 苯丙哌林(Benproperine) 非麻醉性镇咳药,亦可抑制咳嗽中枢,作用为可待因的 2~4 倍。口服每次 20~40mg,每天 3 次。

2. 莫吉司坦(Moguisteine) 非麻醉性镇咳药,作用较强。口服每次 100mg,每天 3 次。

3. 那可丁(Narcodine) 为阿片所含的异哇啉类生物碱,作用与可待因相当,有一定呼吸兴奋作用。口服每次 15~30mg,每天 3~4 次。

4. 利多卡因 为局麻药,可麻醉呼吸道黏膜上的牵张感受器而发挥镇咳作用,尚有解除支气管痉挛作用。对顽固性咳嗽有良好的止咳效果。常用浓度 1%~2%,雾化吸入或气道分次滴入。

(三)其他镇咳药物

1. 复方镇咳药 如复方甲氧那明(每粒胶囊含甲氧那明12.5mg、那可丁7mg、氨茶碱25mg、扑尔敏2mg),具有解除支气管痉挛、外周性止咳,改善支气管黏膜肿胀,有利于排痰等作用,每次1~2粒,每天3次。美敏伪麻溶液(每10mL含右美沙芬20mg,扑尔敏4毫克,伪麻黄碱60毫克),用于缓解感冒及过敏引起的咳嗽、鼻塞、流鼻涕及打喷嚏等症状,成人每次10毫升,每天3次。

2. 含中药的咳嗽药 许多咳嗽药物都含有中药成分,如川贝、桔梗、甘草、鲜竹沥等。这类咳嗽药对慢性、轻微的咳嗽有一定效果,对急性和严重的咳嗽效果不明显。代表药有蜜炼川贝枇杷膏、复方鲜竹沥液、复方甘草合剂等。

(李玉柱)

咯 痰

一、定义

痰是气管、支气管的分泌物或肺泡内的渗出液。在呼吸道的反复感染、异物、过热过冷的空气、刺激性气体、过敏因素等的刺激下,气管、支气管或肺泡分泌大量痰液,通过咳嗽的动作排出即为咯痰。

二、机理

正常呼吸道黏膜的腺体和杯状细胞经常分泌少量黏液,形成一层薄的黏液层,保持呼吸道的湿润,并能吸附吸入的尘埃、细菌等微生物,借助于柱状上皮纤毛的摆动,将其排向喉头,随咳嗽咳出,或被咽下,所以一般不感觉有痰。黏液腺的分泌受迷走神经支配,在物理的或化学的局部刺激下,杯状细胞和黏液腺细胞增生,同时黏液分泌量增多;当气管、支气管或肺泡发生炎症时,黏膜充血水肿,黏液分泌增多,毛细血管通透性增高,浆液