

呼吸系统疾病 诊断思维及临床治疗

李瑞书 著

 吉林科学技术出版社

呼吸系统疾病 诊断思维及临床治疗

李瑞书 著

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

呼吸系统疾病诊断思维及临床治疗 / 李瑞书著. --
长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.4
ISBN 978-7-5578-3848-5

I. ①呼… II. ①李… III. ①呼吸系统疾病—诊疗
IV. ①R56

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第075532号

呼吸系统疾病诊断思维及临床治疗

出版人 李 梁
责任编辑 孟 波 孙 默
装帧设计 韩玉生
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 317千字
印 张 16.5
印 数 1-3000册
版 次 2019年5月第1版
印 次 2019年5月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85677817 85600611 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85635186
网 址 www.jlstp.net
印 刷 三河市天润建兴印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3848-5
定 价 88.00元
如有印装质量问题 可寄出版社调换
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85659498

前 言

呼吸系统疾病是严重危害人民身体健康的常见病、多发病。临床医学科技工作者对呼吸系统疾病的诊断技术进一步精确和简化,治疗方法更加多样化。也就是说呼吸系统疾病的防治研究进一步纳入了现代医学的4P模式(预测性、预防性、个体化和参与性),为了及时反映当前我国呼吸系统疾病的现代诊疗水平及学术动态并适应临床医疗工作的需求,作者撰写了这本《呼吸系统疾病诊断思维及临床治疗》。

在编写过程中,作者注重参阅多个相关专业文献,同时结合自己的临床实践经验,简明扼要地阐述了常见呼吸系统常见病和多发病的诊疗方法。本书主要对呼吸系统的病史采集、呼吸系统免疫学、呼吸系统感染性疾病、气管支气管疾病、肺疾病以及支气管镜检查 and 支气管肺泡灌洗做了详细的论述。

本书编写过程中,作者付出了巨大努力。但由于编写时间仓促,疏漏之处恐在所难免,恳请广大读者和同行批评指正,以期再版时予以改进、提高,使之逐步完善。

目 录

第一章 呼吸系统疾病病史的采集	(1)
第二章 呼吸系统免疫学	(11)
第一节 呼吸道黏膜免疫系统	(11)
第二节 参与呼吸系统疾病的免疫细胞及分子	(13)
第三节 免疫应答与呼吸系统疾病	(19)
第四节 变态反应(过敏反应)与肺部疾病	(26)
第三章 急性上呼吸道感染	(33)
第四章 急性气管-支气管炎	(37)
第五章 慢性支气管炎	(40)
第六章 弥漫性泛细支气管炎	(44)
第七章 慢性阻塞性肺疾病	(48)
第八章 支气管扩张症	(52)
第九章 支气管哮喘	(62)
第十章 肺炎	(68)
第一节 社区获得性肺炎	(68)
第二节 医院获得性肺炎	(75)
第三节 肺炎链球菌肺炎	(84)
第四节 葡萄球菌肺炎	(85)
第五节 肺结核与非结合分枝杆菌性肺炎	(88)
第六节 铜绿假单胞菌肺炎	(125)
第七节 支原体肺炎	(127)
第八节 衣原体肺炎	(133)
第九节 病毒性肺炎	(134)
第十一章 肺部真菌感染	(141)
第十二章 肺脓肿	(152)
第十三章 肺结核	(157)

第十四章	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	(164)
第十五章	呼吸系统危重症疾病的诊疗方法	(169)
第一节	呼吸衰竭	(169)
第二节	重症肺炎	(174)
第三节	急性肺栓塞	(188)
第四节	气胸与血胸	(199)
第五节	肺性脑病	(203)
第六节	慢性阻塞性肺疾病急性加重	(221)
第十六章	支气管镜检查 and 支气管肺泡灌洗	(233)
第一节	纤维支气管镜检查	(233)
第二节	支气管肺泡灌洗	(245)
参考文献	(257)

第一章 呼吸系统疾病病史的采集

一、呼吸系统疾病症状

呼吸系统疾病的症状可分为两大类,即呼吸系统本身的症状和全身性症状。全身性症状有发热、盗汗、乏力和食欲下降等,呼吸系统症状有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛和呼吸困难等。下面就询问呼吸系统疾病常见症状时应注意的问题做一阐述。

(一)咳嗽

咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状之一,是呼吸道黏膜受刺激引起的一种防御动作,具有防御异物吸入及清除呼吸道分泌物的作用。呼吸道分泌物或异物刺激、呼吸道受压或牵拉、呼吸道黏膜充血水肿或损伤、胸膜及其他内脏如心脏、食管、胃等刺激均可引起咳嗽。此外,大脑皮质也会影响咳嗽的发生,还可自主产生咳嗽动作。仔细询问有关病史和观察咳嗽的具体表现,有时可发现一定规律,对诊断有提示作用,下列各点可供参考。

1.咳嗽的病程及起病情况

急性咳嗽病程短的只有几小时或几天,长则几周,多见于急性呼吸系统感染性疾病,如急性支气管炎、肺炎等;还可见于胸膜疾病,如急性胸膜炎和肺淤血、肺水肿等。慢性咳嗽的病程多长达数月、数年或几十年,多见于一些慢性病,如慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核等。

2.咳嗽的性质

干咳或刺激性咳嗽多见于呼吸道黏膜充血水肿、气道异物或气管受压、支气管内肿瘤等,还见于胸膜受刺激时。部分支气管哮喘患者也可表现为以夜间为主的干咳或刺激性咳嗽。此外,上呼吸道炎症也可引起干咳。湿性咳嗽则多见于感染性疾病,如慢性支气管炎、支气管扩张、肺炎、空洞型肺结核等。

3.咳嗽的节律

单声微咳多见于吸烟者及肺结核初期患者。阵发性咳嗽或痉挛性咳嗽多见于异物吸入、支气管肿瘤或气道炎性损伤等。连续性咳嗽则多见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿及空洞型肺结核等。

4.咳嗽发生的时间

晨起咳嗽多见于上呼吸道慢性炎症、慢性支气管炎、支气管扩张等,且多伴有咳痰。夜间咳嗽多见于肺结核、咳嗽变异型哮喘或左心功能衰竭患者。

5.咳嗽的声音性质

短促轻咳、咳而不爽者多见于胸腹部活动受限或有胸痛者,如干性胸膜炎、气胸、肺炎、胸腹部创伤或手术后。犬吠样咳嗽多见于喉头、声带疾患,还见于气管异物或受压。嘶哑性咳嗽则见于声带炎症,如喉炎、喉癌或声带肿瘤等,以及由于喉返神经受压致声带麻痹。金属音调的咳嗽多由于气管受压所致,如纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管肺癌。

6.咳嗽与体位的关系

当体位变动时出现有痰的咳嗽多见于支气管扩张或脓胸伴支气管胸膜瘘时。体位变动时出现干咳则多见于纵隔肿瘤或大量胸腔积液。左心功能不全引起的咳嗽多在平卧位时加重,在坐位时减轻。

7.与咳嗽有关的职业与环境

长期接触有害粉尘而久咳不愈者,应考虑相应的尘肺。教师、大声说话较多的工作者、大量吸烟者的咳嗽多由慢性咽喉炎引起,也可能属习惯性清咽动作。初次去高原者发生难止的剧咳要警惕高原性肺水肿。吸入花粉、屋尘等引起的咳嗽应注意过敏性哮喘。

8.咳嗽患者的年龄与性别

小儿不明原因的呛咳要注意异物吸入。无吸烟史的青壮年长期咳嗽要考虑肺结核和支气管扩张。40岁以上的男性吸烟者应注意慢性支气管炎和肺癌。青年女性长期难以控制的咳嗽应注意支气管内膜结核、支气管腺瘤等。

9.咳嗽的伴随症状

咳嗽伴有发热者多见于呼吸道感染性疾病如肺炎、肺结核等;伴气急者多见于喘息性支气管炎、支气管哮喘、左心功能不全等;伴声嘶者多见于声带炎症或纵隔肿瘤;伴大咯血者应考虑支气管扩张、空洞型肺结核;痰中带血者注意肺癌;伴有胸痛者应注意胸膜疾病或肺部病变,如肺炎、肺癌侵及胸膜;伴大量粉红色泡沫样痰者,要立即想到急性肺水肿。

(二)咳痰

凭借支气管黏膜上皮细胞的纤毛摆动、支气管平滑肌的收缩及咳嗽时的气流冲动,将呼吸道内的分泌物从口腔排出的动作称为咳痰。正常人呼吸道一天可分泌黏液约100ml,用以润泽整个呼吸道黏膜并能黏着吸气时进入呼吸道的尘埃和

微生物,这些分泌物一般由纤毛摆动送至喉部被咽下。在病理情况下,当咽、喉、气管、支气管或肺部发生炎症时,黏膜充血水肿,分泌物增多,毛细血管壁通透性增加,浆液渗出,渗出物与黏液、吸入的尘埃等混合而成痰液,借助于咳嗽动作经口腔排出体外。但有人习惯吐唾液,应加以区别。咳痰是机体的一种保护性生理功能。但有的人有咽痰的习惯,尤其是儿童及妇女,在询问时应注意。仔细观察痰的颜色、量、气味、性状等常可提示诊断线索,具体可参考下列各点:

1. 痰液的颜色

无色透明或白色黏痰见于正常人或支气管黏膜轻度炎症。黄色痰提示呼吸道化脓性感染。绿色痰可因含胆汁、变性血红蛋白或绿脓素所致,见于重度黄疸、吸收缓慢的大叶性肺炎和肺部铜绿假单胞菌感染。红色或红棕色痰表示痰内含有血液或血红蛋白,如肺梗死、肺癌、肺结核出血时。粉红色泡沫样痰应想到急性左心功能衰竭。铁锈色痰见于肺炎球菌性肺炎。巧克力色或红褐色痰见于阿米巴肝脓肿溃入肺内致肺阿米巴的患者。果酱样痰见于肺吸虫病。胶冻样痰或带有血液者多见于克雷伯杆菌肺炎。暗灰色或灰黑色痰则见于各种尘肺或慢性支气管炎。

2. 痰液的性状

浆液性痰或泡沫样痰常见于肺水肿时。黏液性痰见于支气管哮喘、慢性支气管炎时。黏液脓性痰是由于肺组织化脓性感染形成脓液,同时有大量黏性分泌物相混而成,见于慢性支气管炎急性发作期或肺结核伴感染时等。脓性痰常见于化脓性细菌引起的支气管肺泡炎症。此外,脓胸,肝脏、脊椎或纵隔脓肿溃穿入肺部造成支气管痿时也可咳出大量脓液和痰液的混合物,类似脓性痰。血性痰则由于呼吸道黏膜受损、毛细血管破坏、血液渗入肺泡等而产生,见于结核、支气管扩张、肺脓肿、肺水肿、肺泡癌、脓胸或肝脓肿溃入肺部并发支气管痿者。一般来说,痰量增多反映支气管或肺的化脓性炎症进展,痰量减少表示病情减轻,但也要注意有无支气管阻塞使痰液不能顺利排出,尤其在全身症状反而加重时。

3. 痰液的气味

一般的痰无臭味,如痰有恶臭味,多提示厌氧菌感染或变形杆菌感染。

4. 有无肉眼可见的异常物质

如肺石和硫黄颗粒。肺石是指表面不规则丘状突起的淡黄色或白色坚硬物质,多由肺结核干酪样物质失水后钙化而成,也可因异物侵入肺组织日久钙化所致。硫黄颗粒是指直径大小1~2mm的黄色颗粒,为放线菌菌丝聚集而成,见于肺放线菌病。

(三)咯血

咯血是指喉以下呼吸道及器官病变出血经口咳出。根据咯血量可分为痰中带血、少量咯血($<100\text{ml/d}$)、中量咯血($100\sim 500\text{ml/d}$)和大量咯血($>500\text{ml/d}$)。咯血常由于呼吸系统疾病所致,也见于循环系统或全身其他系统疾病,因此,在询问病史时不仅要考虑呼吸系统疾病,也要考虑其他系统疾病,以免漏诊。

1. 首先要确定是否咯血

临床上患者自述咯血时首先要除外口腔、鼻腔或咽喉部出血,必要时做局部检查以明确诊断。其次,要鉴别是咯血还是呕血。还要排除出血性血液病等。

2. 患者的年龄与性别

青壮年咯血要考虑支气管扩张、肺结核。40岁以上男性吸烟者则需要警惕支气管肺癌。年轻女性反复咯血要考虑支气管内膜结核和支气管腺瘤。发生于幼年则可见于先天性心脏病。

3. 既往史

幼年曾患麻疹、百日咳而后有反复咳嗽咳痰史者首先要考虑支气管扩张。有风湿性心脏病史者要注意二尖瓣狭窄和左心功能衰竭。

4. 咯血量

一般来说,不能以咯血量多少来判断咯血的病因和病情轻重。痰中带血多由于毛细血管通透性增加所致,持续数周,经抗感染治疗无效者应警惕支气管肺癌,只有在排除其他原因后才可考虑慢性支气管炎是小量咯血的原因。反复大量咯血要考虑空洞型肺结核、支气管扩张、肺脓肿和风湿性心脏病二尖瓣狭窄。突发急性大咯血应注意肺梗死。估计咯血量时应注意盛器内唾液、痰及水的含量,以及患者吞咽和呼吸道内存留的血量。

5. 咯血的诱因

有生食溪蟹或蝾蛄史者要考虑肺吸虫病。在流行季节到过疫区者要考虑钩端螺旋体病或流行性出血热。与月经期有一定关系的周期性咯血要考虑替代性月经。

6. 咯血的伴随症状

咯血伴刺激性干咳,老年人多见于支气管肺癌,青少年多见于支气管内膜结核;伴乏力、盗汗、纳差等全身性中毒症状者则肺结核病可能性大;伴杵状指(趾)者多见于支气管扩张、支气管肺癌、慢性肺脓肿等;伴全身其他部位皮肤、黏膜出血者多见于血液系统疾病和传染性疾病;伴局限性喘鸣音者应考虑气道不完全性阻塞,见于支气管肺癌或异物;伴水肿、蛋白尿或血尿者应注意肺出血-肾炎综合征。

(四) 呼吸困难

呼吸困难是一种感到气短、呼吸气不够用须加强呼吸的主观症状,客观上表现为呼吸频率、深度和(或)节律的异常。临床上呼吸困难既是症状又是体征,有时诊断容易,有时非常困难,在询问有关病史时应注意以下几点:

1. 呼吸频率

正常人呼吸频率为每分钟 16~20 次,与心搏次数之比约为 1:4。呼吸每分钟超过 24 次称呼吸频率增快,多由于氧气供需矛盾所致,见于呼吸系统疾病、心血管系统疾病、贫血和发热等,呼吸每分钟少于 12 次称呼吸频率减慢,是呼吸中枢受抑制的表现,见于麻醉安眠药物中毒、颅内压升高(脑出血、脑水肿等)、尿毒症和肝昏迷等。

2. 呼吸深度

呼吸加深(Kussmaul 呼吸)常见于糖尿病酮症酸中毒及尿毒症酸中毒患者。呼吸变浅见于肺水肿、呼吸肌麻痹和镇静剂过量等。

3. 呼吸节律

呼吸节律的改变多为中枢病变或其他部位病变引起呼吸中枢兴奋性降低所致,具体可表现为潮式呼吸(又称 Cheyne-Stokes 呼吸)或间停呼吸(又称 Biot 呼吸),多发生于中枢神经系统疾病及某些中毒如巴比妥中毒。此外,还见于脑部血液循环障碍性疾病,如脑动脉硬化、心力衰竭等。

4. 呼吸困难的时限

吸气性呼吸困难多为近端气道异物或肿瘤阻塞狭窄所致,也见于肺顺应性降低的疾病,如肺间质纤维化、肺水肿等。呼气性呼吸困难多为远端气道阻塞所致,如支气管哮喘和慢性阻塞性肺疾病等。

5. 胸腹式呼吸情况

正常男性和儿童以腹式呼吸为主,女性以胸式呼吸为主。在病理情况下,胸式呼吸减弱、腹式呼吸增强多见于肺、胸膜或胸壁疾病,如肺炎、胸膜炎和肋骨骨折等。反之,腹膜炎、大量腹水、妊娠晚期时,膈向下运动受限,则出现腹式呼吸减弱,胸式呼吸增强。如胸腹部呼吸不同步(矛盾)运动,多见于呼吸肌疲劳。

6. 起病情况

呼吸困难起病较缓者多见于慢性心肺疾病,如慢性阻塞性肺疾病、肺源性心脏病、肺结核、心肌病、先天性心脏病等。起病较急者有肺水肿、肺不张、气胸、重症肺炎、迅速增长的大量胸腔积液等。突然发生的呼吸困难应考虑呼吸道异物、张力性气胸、大面积肺栓塞或急性呼吸窘迫综合征(ARDS)等。

7. 患者体位

端坐呼吸多见于左心功能衰竭患者。患侧卧位多见于胸腔积液,健侧卧位多见于气胸。慢性阻塞性肺疾病患者常缩唇呼气。

8. 年龄与性别

儿童期呼吸困难应注意呼吸道异物、先天性心肺疾病和急性呼吸系统感染。青年则应多想到结核病、胸膜疾病和风湿性心脏病等。老年人应考虑慢性阻塞性肺疾病、肺癌、心力衰竭等。女性突发性呼吸困难还应想到瘰疬等。

9. 基础疾病

心脏病患者出现呼吸困难应考虑心力衰竭。慢性阻塞性肺疾病患者突发呼吸困难应注意合并气胸。近期有胸腹手术史者要想到肺不张。长期卧床或广泛腹部盆腔手术后突发呼吸困难者考虑肺栓塞等。

10. 诱发因素

与活动有关的呼吸困难多见于心脏疾病,但也见于慢性阻塞性肺疾病、尘肺、肺纤维化等。有过敏物质接触史者应考虑过敏性哮喘。初次去高原者应想到高原性肺水肿。饲鸽者、种蘑菇者应考虑外源性过敏性肺泡炎。

11. 伴随症状

伴突发胸痛者应考虑气胸;伴哮鸣者应考虑支气管哮喘或慢性阻塞性肺疾病;伴咳粉红色泡沫样痰者多由心功能不全引起;伴有神志改变或偏瘫者要考虑神经系统病变或药物中毒等。

(五) 胸痛

胸痛是临床上常见症状,一般由胸部(包括胸壁)疾病所引起,疼痛的程度不一定与病情轻重相一致。在询问病史时应注意下列几点。

1. 疼痛的部位

带状疱疹的疼痛沿神经分布,不越过中线,多数有小水疱群。胸壁肌肉疼痛要考虑流行性肌痛。第2~3肋软骨疼痛伴局部隆起有压痛应考虑肋软骨炎。胸骨后疼痛要考虑食管疾病、膈疝、纵隔肿瘤、心绞痛和心肌梗死等。一侧胸部剧烈疼痛要考虑自发性气胸、急性胸膜炎、肺栓塞等。

2. 疼痛的起病情况

逐渐加重的疼痛要注意肿瘤;反复发作应考虑心绞痛;突发剧烈的胸痛应考虑自发性气胸、肺栓塞、心肌梗死、主动脉夹层。

3. 疼痛的性质

阵发性灼痛或刺痛注意肋间神经痛;酸胀痛常见于肌源性疼痛;锥刺痛多为骨

痛;尖锐刺痛要考虑急性胸膜炎;绞窄性疼痛伴窒息感注意心绞痛;隐痛则要考虑支气管肺癌或纵隔肿瘤;撕裂样剧痛应注意主动脉夹层。

4.疼痛的影响因素

劳累或精神紧张时出现胸痛,而休息时缓解者应考虑心绞痛。胸痛于呼吸或咳嗽时加重而屏气时减轻者要考虑急性胸膜炎、自发性气胸、心包炎和肺炎球菌性肺炎。食管疾患的疼痛常在吞咽时加重。而心脏神经官能症的胸痛在活动时好转。

5.疼痛的持续时间

休息或含服硝酸甘油 3~5 分钟内即可缓解者要考虑心绞痛,无效者注意心肌梗死。持续性隐痛多考虑骨源性或肿瘤所致。

6.年龄与性别

青壮年多考虑胸膜炎、气胸、肋软骨炎和流行性肌痛;青年女性要注意心脏神经官能症;中老年则应注意心血管疾病和支气管肺癌等。

7.疼痛的伴随症状

伴咳嗽者多为支气管、肺、胸膜疾患;伴咯血者应考虑肺结核、支气管肺癌和肺栓塞等;伴吞咽困难者多为食管疾病;伴呼吸困难者要考虑自发性气胸、急性胸膜炎、肺炎球菌性肺炎等。

二、既往史的特点

在询问既往史时要注意以下各点:

1.职业史

特殊职业如接触石棉、矽尘、煤尘、铍以及有机粉尘等可诱发有关疾病。

2.个人史

有时一些人的特殊习惯、嗜好对疾病的诊断有提示作用,如饲养鹦鹉、鸽、猫、犬可能成为支气管哮喘或过敏性肺炎的致病因素。吸烟与慢性阻塞性肺疾病和支气管肺癌密切相关,应详细询问,包括吸烟的时间、量和种类(如香烟或雪茄)。是否有到地方病或寄生虫病流行区旅行的经历,如到肺吸虫病流行区旅行并有生食或醉食石蟹史,有助于肺吸虫病的诊断。长期吸毒、同性恋的患者要考虑获得性免疫缺陷综合征(AIDS)的可能,同时也是诊断卡氏肺囊虫病的线索。此外,许多药物可诱发肺部疾病,因此,对于发病前服用的药物应详细询问,如使用血管紧张素转化酶抑制剂类药物可诱发干咳。

3. 家族史

如 α_1 抗胰蛋白酶缺乏和肺泡微石症有家族聚集现象。

4. 过去疾病史

如过去有结缔组织病病史可出现肺部表现,在陈旧性结核病灶基础上可发生瘢痕癌。

三、呼吸系统体征

呼吸系统疾病的体检不应只局限在胸部,范围要扩大至全身。虽然随着科学技术发展检查措施越来越多,但详尽、准确的体格检查仍有其不可替代的作用。如持续的局限性哮鸣音提示局部气道阻塞,有时是诊断肺癌的唯一线索,但一些特殊检查可无异常发现。同样,局限性湿性啰音也可在 X 线片上无异常发现,却可成为诊断支气管扩张的重要依据。下面就有关方面作一阐述。

(一) 一般状态

要重点注意体型、语调、面容、体位和皮肤等。

1. 体型

临床上成年人体型可分为正力型、无力型和超力型。自发性气胸、肺结核患者多为无力型。

2. 语调

如声音嘶哑则提示咽喉、声带水肿或喉返神经麻痹等。

3. 面容

肺炎球菌性肺炎多表现为急性面容,结核病多为慢性病容。

4. 体位

强迫侧卧位应考虑到一侧急性胸膜炎或大量胸腔积液。重度支气管哮喘发作时为便于胸廓辅助呼吸肌易于运动,患者可能会采取强迫坐位。

5. 皮肤

尤其注意发绀情况,要仔细观察舌、唇、耳郭、面颊和肢端等皮肤,见于缺氧时。此外,要注意皮肤有无特殊病损或皮疹,有时对诊断有提示作用。

(二) 头部

注意有无球结膜水肿、眼球下陷、上睑下垂、瞳孔缩小、鼻翼扇动、口唇发绀、口唇疱疹,注意观察口腔、牙齿、咽后壁及扁桃体等,如龋齿、齿槽溢脓可以是吸入性肺炎的诱因。

(三) 颈部

重点应注意颈部血管、气管、淋巴结及皮下气肿等情况。

1. 颈静脉怒张

多提示有上腔静脉压升高,可见于右心衰竭、心包积液、缩窄性心包炎和上腔静脉阻塞综合征。如同时看到颈静脉搏动,则提示有三尖瓣关闭不全。

2. 气管移位

根据气管偏移的方向可以判断病变的位置,如大量胸腔积液、气胸气管移向健侧,而肺不张、肺纤维化和胸膜粘连可将气管拉向患侧。

3. 淋巴结

颈部淋巴结肿大,除非特异性淋巴结炎外,要注意淋巴结结核、淋巴瘤和恶性肿瘤的淋巴结转移。尤其锁骨上淋巴结肿大且坚硬者,要特别注意支气管肺癌的可能。

4. 皮下气肿

常由于张力性气胸伴纵隔气肿所致。

(四) 胸部

1. 胸壁及胸廓

重点注意有无皮下气肿、胸壁及胸骨压痛,注意观察胸壁静脉血流方向。

2. 肺部

呼吸系统疾病应重点检查。

3. 心脏

注意心尖搏动位置、剑突下搏动、震颤、心界大小、肺动脉瓣第二心音强度及三尖瓣听诊区情况。

(1)心尖搏动位置:心尖搏动向左上移位提示右室肥大。心尖搏动向健侧移位见于一侧胸腔积液或积气;向患侧移位提示一侧肺不张或胸膜粘连。心尖搏动减弱除见于心肌或心包病变外,要注意肺气肿或左侧胸腔大量积液或积气。

(2)剑突下搏动:见于肺气肿、慢性肺源性心脏病时,但要与腹主动脉瘤的搏动相鉴别。

(3)肺动脉区第二心音:增强常提示肺动脉压力增高。

(4)三尖瓣区收缩期杂音:为右室扩大引起三尖瓣相对性关闭不全所致。

(五) 腹部

应注意腹式呼吸情况、肝脏和脾脏大小、肝颈静脉回流征等。

1. 腹式呼吸

正常男性与儿童的呼吸运动以腹式呼吸为主,而成年女性以胸式呼吸为主。腹式呼吸减弱提示腹膜炎症、大量腹水、腹腔内巨大肿瘤或妊娠等;腹式呼吸消失则提示胃肠穿孔所致急性腹膜炎或膈麻痹的可能。

2. 肝脏触诊

首先要注意有无肝脏下移,肝下移除见于内脏下垂外,要考虑肺气肿或右侧胸腔大量积液导致膈下降。当肝大同时伴颈静脉回流征阳性时,可提示右心衰竭,如慢性肺源性心脏病失代偿期。

(六) 其他

重点注意有无杵状指和骨关节肥大。杵状指提示肺脓肿、支气管肺癌、肺内动静脉瘘等。另外,还应注意腹部有无压痛、反跳痛以排除外科情况。不要忘记会阴部、四肢、神经反射等全身性检查。

第二章 呼吸系统免疫学

第一节 呼吸道黏膜免疫系统

一、概述

人体黏膜表面积约 400m^2 , 是病原微生物等抗原性异物入侵机体的主要门户。黏膜免疫系统(MIS)也被称为黏膜相关淋巴组织(MALT), 主要是指呼吸道、肠道及泌尿生殖道黏膜固有层和上皮细胞下散在的无被膜淋巴组织, 以及带有生发中心的器官化的淋巴组织, 如扁桃体、小肠的派氏集合淋巴结(PP)及阑尾等。其细胞组分包括: 黏膜上皮细胞、上皮内 T 淋巴细胞以及固有层淋巴细胞。MALT 主要包括肠相关淋巴组织、鼻相关淋巴组织(NALT)和支气管相关淋巴组织(BALT)等。鉴于本书读者对象, 主要介绍 NALT 和 BALT。

二、NALT 的结构、组成及免疫应答特点

NALT 由鼻腔至咽道黏膜的淋巴样组织构成, 包括咽扁桃体、腭扁桃体、舌扁桃体及鼻后部其他淋巴组织。由 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞、树突细胞、巨噬细胞、高血管内皮静脉(HEV)以及包括 M 细胞的隐窝上皮细胞组成。许多研究者认为 NALT 是上呼吸道中唯一结构完善的 MALT, 在上呼吸道的局部免疫反应中具有重要意义, 是鼻腔免疫后诱导产生抗原特异性免疫应答的部位。

传统的免疫接种依靠有效诱导体液免疫和细胞免疫反应来抵御病原体侵袭, 但清除黏膜表面附着的病原体效果并不理想。实验表明, 小鼠鼻腔免疫后, 除可在血清中检测到明显的抗体水平和 T、B 细胞增殖反应外, 还能在鼻黏膜和其他黏膜部位(如生殖道、胃肠道)诱导分泌型抗体(SIgA)产生, 从而提供了对黏膜附着病毒的第一道防御, 而上述反应主要是由 NALT 诱导产生的。

NALT 除具有诱导部位特点外, 还具有效应部位的特征。其主要是通过 MALT 和远端黏膜表面之间细胞转运来构建共同 MIS, 并以此来诱导远端黏膜部