

第一章 老年人的呼吸系统疾病

一、老年人肺炎 (发热、咳嗽、气促、淡漠)

病史摘要

患者陈 x 男,78岁。因发热、咳嗽、气促、精神淡漠 1 周入院。患者有慢性咳嗽、咳痰史 30 余年,近 2 年来因活动后气促,每天大部分时间卧床休息。1 周前患者受凉后出现咳嗽加重、呼吸急促、食欲不振、精神淡漠。自测体温有发热,体温波动于 37.8~38.6 之间。经口服头孢氨苄、喘定等药物后,症状未见好转,并有加重趋势,有时出现意识模糊。本次发病以来,无寒战、胸痛,痰量较前稍增加,痰呈黄绿色脓性,无咯血及咯铁锈色痰。大小便无明显异常。

体检: T 38℃, P 110 次/分, R 26 次/分, BP 17/12kPa。发育正常,营养中等,神志尚清,精神淡漠。皮肤黏膜无黄染,鼻翼有扇动。口唇及四肢末端轻度紫绀。浅表淋巴结不肿大,瞳孔两侧等大等圆,对光反应存在。颈软,气管居中,甲状腺不肿大,颈静脉显露,肝颈回流征阴性。胸廓呈桶状,肋间隙增宽,两肺叩诊呈过清音,右下肺叩诊相对偏浊,两肺均可闻及粗湿罗音,右下肺闻及细湿罗音。心界偏小,心率 110 次/分,律齐, $P_2 > A_2$, 各瓣膜区未闻及杂音。腹软,肝、脾均未满

意触及。下肢无水肿。神经系统检查，生理反射存在，未引出病理反射。

辅助检查 血象 白细胞 $5.2 \times 10^9/L$, $N 0.84$, $L 0.16$

第 1 次查房讨论

实习医师：汇报病史（同病史摘要）。

住院医师：患者的病史特点是 ①老年男性，有慢性咳嗽、咳痰史 30 余年；②近 1 周来受凉后出现发热、气促；③体检示肺气肿征及两肺湿罗音， $P_2 > A_2$ ；④辅助检查血常规白细胞总数正常，但中性偏高。根据患者的病史，入院初步诊断为：慢性支气管炎急性发作、阻塞性肺气肿，慢性肺源性心脏病。入院后即给予抗感染、平喘、祛痰、吸氧等处理，患者病情无明显变化，请上级医师对诊断和治疗作指导。

主治医师：我基本同意住院医师的意见，入院时所作的诊断均成立。但是患者出现紫绀、嗜睡、神志淡漠等严重的症状，我认为还要考虑患者合并呼吸衰竭、肺性脑病及其电解质紊乱的可能，为明确诊断，我建议进一步做血气分析、血电解质及肝肾功能等检查，以便早明确诊断，指导治疗。

主任医师：大家分析得很有道理，尤其是经主治医师补充后，诊断更趋完善。但是在临床思维过程中，应结合病史，尽量扩展推理空间，尽量弄清每个症状或体征出现的来龙去脉，找出其内在的根源。本例患者的诊断不能满足于慢性支气管炎急性加重后所引起或合并的一系列疾病，还应从引起急性加重的病因进行分析。引起慢性阻塞性肺疾病急性加重的原因首先为气管支气管病毒或细菌感染，其次为肺炎、肺梗塞、自发性气胸、不适当给氧、心力衰竭、不适当使用安眠药、利尿药，呼吸疲劳以及合并其他疾病如糖尿病、电解质紊乱、胃肠

道出血，营养不良等。不难看出，入院诊断只考虑了其中的某些因素，而忽略了其他原因。结合患者有关体征，我认为不能排除合并右下肺炎可能，建议摄胸片检查。

第 2 次查房讨论

住院医师：有关辅助检查报告已到，血气分析， $\text{pH}7.355$ ， PaCO_2 8.86kPa (66.5mmHg)， PaO_2 7.00kPa (52.5mmHg)， HCO_3^- 36.4mmol/L 提示 II 型呼衰、呼吸性酸中毒完全代偿。血电解质 血钾 4.2mmol/L 血钠 135.6mmol/L 血氯 94mmol/L 肝、肾功能基本正常。胸片示慢支、肺气肿、右中下肺炎。根据上述有关检查结果，对入院诊断应补充呼吸衰竭 (II 型) 和右中下肺炎的诊断。患者本次的急性加重主要是由于右侧肺炎而导致一系列症状和体征及其呼衰的出现。

进修医师：患者右下肺炎诊断明确，但为什么缺乏畏寒、高热、咯铁锈色痰、胸痛等典型的肺炎症状？

主任医师：本例系老年患者，其与一般肺炎的特征有所不同。首先在症状方面，老年人肺炎症状可表现为多种多样，甚至缺乏呼吸道症状，更缺乏典型肺炎的症状。可表现为疲倦、食欲不振、表情淡漠、意识障碍或精神异常等非特异症状，且肺部体征在早期常不明显，因此易误诊。发热者只占半数，体温大多在 $37\sim 38^\circ\text{C}$ 寒战较少见。有咳嗽，但咳痰较少，且大多为白色黏液痰，脓痰及铁锈色痰少见。老年人肺炎常易合并脱水、电解质紊乱、心力衰竭等而误诊为其他疾病。体征方面，老年人肺炎常表现为呼吸浅而快、呼吸困难如鼻翼扇动，辅助呼吸肌参与呼吸等非特异性体征。随肺炎加重，肺部大片或整叶肺炎变时，肺部叩诊浊音，触觉语颤增强，但由于往往合并肺气肿，体征不易发现。当伴有左心功能不全时，可引

起肺瘀血和肺底部水肿，肺炎体征更易被掩盖。辅助检查方面 X 线检查为诊断老年人肺炎最有效的手段，但由于病情重、站立不稳、屏气困难 往往不能获得满意的 X 线胸片。老年人常有高度肺气肿，X 线胸片往往不典型。由于老年人反应性差，血白细胞常正常或轻度增加，严重病人甚至白细胞减少，但中性粒细胞常增加，应引起注意。由此可见，老年人肺炎由于缺乏特异的临床表现而常误诊，这也是老年人肺炎死亡率高的原因之一，应加强观察，加强鉴别诊断。

住院医师：主任医师谈到老年人肺炎症状，体征往往不典型，症状轻或没有症状或与原先肺部基础疾病相混淆，肺炎常被忽视。那么，怎样能做到早期诊断呢？

主任医师：老年患者若有全身衰弱、病情突然加重或一贯表现好动的老年人突然不愿意活动，甚至出现意识障碍；或原因不明的呼吸、心跳加快，都应考虑到肺炎的可能。因此，对疑有肺炎可能的老年患者，应多次进行 X 线检查以早期确诊。

进修医师：老年人肺炎的治疗有何特点？采取的治疗措施与一般肺炎有何不同？

主任医师：老年人肺炎的治疗应遵循三大原则：一是早期发现，积极治疗；二是全身治疗和抗生素并用；三是密切观察，精心护理。在具体治疗措施中应注意下列几个方面：

(1) 精心护理及保暖对老年人肺炎颇为重要，老年人宜用祛痰剂，不用镇咳药物，应经常翻身拍背以助排痰。对缺氧病人应吸氧，吸氧浓度应根据 PaCO_2 进行调节，严防氧中毒及抑制呼吸；

(2) 肺炎一经确诊，应立即作血液及痰液细菌培养及药敏试验，以便指导抗生素的使用。在病原菌未明确前，应使用广

谱抗生素。应选择静脉给药，疗程要适当延长，至少较年轻人肺炎长 1 周左右；

(3) 防止电解质紊乱和酸碱失衡，纠正血容量，老年人体液总量和细胞内液较青年人为少，肾血流量和肾小球滤过率下降，肾小管排泄功能减退，因此老年患者易发生脱水和低钠综合征，呼吸道阻塞可导致呼吸性酸中毒，呼吸频速诱发呼吸碱 感染、缺氧可导致代酸 不适当使用碱性药物、激素、高渗葡萄糖、利尿剂可出现代碱，有时上述情况可重叠出现，应注意防治；

(4) 维持心脏功能 老年人易出现传导障碍、心肌缺氧 电解质紊乱等易发生心律失常，肺炎和补液过快时常诱发肺水肿，因此应酌情使用强心药物及心肌能量；

(5) 防治各种并发症，老年人肺炎病灶吸收迟缓，可引起肺纤维化。出现其他化脓细菌和厌氧菌的重复感染，可引起肺脓肿及肺坏疽。脓胸、心包炎、心力衰竭、呼吸衰竭等并发症常为老年人肺炎的死亡原因，应及时给予相应处理。

住院医师：刚才主任医师谈到老年人肺炎一经诊断应立即作痰菌培养和药敏试验。但据报道，老年人肺炎的痰菌培养结果阳性率约 50%，痰菌培养的可靠性约 50% ~ 60% 因此很大一部分的老年肺炎患者不能明确感染菌，对新入院的患者更是如此。那么怎样估计老年人肺炎的感染菌呢？

主任医师：这个问题提得好。正确估计老年人肺炎的感染原十分重要，也十分困难。老年人肺炎大多为细菌性肺炎，致病菌可为各种球菌、杆菌或霉菌以及细菌和霉菌混合感染。由于老年人免疫功能低下，部分体内寄生菌和非致病菌也成为条件致病菌。多数文献报道，老年人医院外（或称社区获得性）肺部感染的病原体多数为革兰氏阳性球菌，约占 50% ~

70% , 其中肺炎链球菌最多见, 金葡菌次之。医院内感染病原体则以革兰氏阴性杆菌为主, 占半数以上, 其中以流感杆菌、克雷伯杆菌、绿脓杆菌及肠道杆菌较多见。吸人性感染常为混合感染, 病原体主要是厌氧菌, 其次为肺炎球菌、金葡菌等。霉菌大多作为条件致病菌, 体弱、长期使用抗生素、激素患者, 易继发肺部感染, 其病原体主要是白色念珠菌与曲霉菌, 其他还有新型隐球菌及毛霉菌等。另外, 根据 X 线胸片病灶的性质及其痰的性状等也能初步估计感染菌的种类。

进修医师: 抗生素在老年人体内代谢有何特点? 老年人肺炎选用抗生素应遵循什么原则?

主任医师: 老年人由于胃肠道功能下降, 口服抗生素吸收少; 由于肌肉萎缩, 局部血供少, 因此肌注吸收也少。在分布方面, 由于老年人脂肪含量相对增加, 体液量相对减少, 因此脂溶性分布容积增大, 水溶性分布容积减少。在代谢方面, 由于肝脏代谢减慢, 药物的半衰期相对延长。在药物的排泄方面, 肾排泄抗生素减慢, 肝胆系统排泄药物减少, 使药物半衰期延长, 血浓度增高。

老年人肺炎患者在使用抗生素时应遵循下列原则:

- (1) 由于老年患者免疫力低下, 应首选杀菌剂;
- (2) 由于老年人肺部感染多属混合感染, 应联合应用两种以上有协同作用的抗菌药物;
- (3) 应根据不同的感染菌, 选择敏感抗生素, 尽量选择呼吸道分泌物中浓度较高的抗生素;
- (4) 尽可能通过静脉给药, 但要注意水、电解质平衡, 尤其是输液量的速度不能超过心脏负荷能力;
- (5) 抗菌药物对人体某些脏器的毒副作用随年龄增长而可能加大, 务必权衡利弊, 慎重选择品种及其用法和用量

(6) 老年人对抗菌药物过敏反应的发生率较高, 应加强观察。

(倪松石)

二、老年人慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿 (慢性咳嗽, 咳痰伴气促)

病史摘要

患者顾×男, 68岁。因咳嗽、咳痰30余年加重伴气促3天入院。患者30年前在清晨起床时或吸烟后有咳嗽, 咯少许黏痰, 以冬春季节较明显, 天暖后症状减轻或消失。因无特殊不适, 病初未予重视。近10年来, 发作时咳嗽咳痰较前加重, 并伴有气促, 一般均需使用抗炎、平喘药物后才能缓解。体力也逐渐不支, 登楼时即感气短。3天前患者因受凉后咳嗽加重, 咯痰增加, 并出现气促, 不能胜任轻微的活动。无发热、胸痛, 无痰中夹血等现象。

既往无结核病史。吸烟史40年, 每天20支左右。

体检: T 36.2℃, P 92次/分, R 20次/分, BP 15/10kPa。神清, 皮肤黏膜无黄染, 鼻翼无扇动, 口唇无紫绀。颈软, 气管居中, 颈静脉无怒张。胸廓呈桶状, 两肺呼吸运动对称, 两肺叩诊呈过清音, 两肺可闻及哮鸣音, 两下肺闻及中到粗湿罗音。心率92次/分, 律齐, 各瓣膜区未闻及杂音, $A_2 = P_2$ 。腹软, 无触痛。肝右季肋下2cm, 质1°, 无触痛, 肝颈回流征阴性。脾脏未触及, 腹部无移动性浊音。下肢无浮肿。

辅助检查: 胸片示两肺纹理增粗, 紊乱, 两下肺野见斑点状阴影。肺功能检查 FVC 占正常预计值90%, FEV_1 占预计

值 55% 最大通气量占预计值 70% 残气量增加,MMF 下降,占预计值 40%。

查房讨论

实习医师汇报病史(同病史摘要)

住院医师:患者的病史特点为:①老年男性,有 30 余年咳嗽咳痰病史;②咳嗽咳痰近 3 天来加重;③有吸烟史 40 余年;体检提示肺气肿征;④X 线胸片检查、肺功能测定符合慢性支气管炎、阻塞性肺气肿的特征。根据上述特点,我认为本例患者应诊断为慢性支气管炎急性发作期、阻塞性肺气肿。

实习医师:根据慢性支气管炎的诊断标准:咳嗽、咳痰或伴喘息 每年发病持续 3 个月 连续 2 年并除外其他原因所致的慢性咳嗽者。本例患者慢性咳嗽虽然有 30 多年 但每年发作为间断性 也不足 3 个月,能否诊断为慢性支气管炎?

主治医师:慢性支气管炎的诊断标准是人为制定的,对咳嗽、咳痰的主诉也因病人而异。有些患者慢性咳嗽、咳痰,在时间上虽然未达到上述标准,而肺功能检查已显示明显的阻塞性通气障碍而又能除外其他疾病所致者,仍应诊断为慢性支气管炎。

进修医师:慢性支气管炎常合并存在阻塞性肺气肿,在临床工作中,我们经常遇到病人问是否已存在肺气肿,临床上怎样区分单纯慢性支气管炎(以下简称慢支)或合并肺气肿存在?

主任医师:肺气肿与慢支的鉴别非常困难。二者均有慢性咳嗽史,肺功能检查均可有第一秒钟用力呼气容积(FEV_1)的降低与残气容积(RV)、功能残气量(FRC)、肺总量(TLC)的增加,但如有肺顺应性增加与肺弥散功能降低,则支持肺气肿

的诊断。肺气肿在 X 线上的表现为肺容量增加，横膈低平，透光度增加，肺纹理减少与肺大疱形成，但其诊断的敏感性不高。即使在中、重度肺气肿，普通 X 线诊断的阳性率也只有 40%。肺气肿的诊断是解剖学的诊断，早期诊断很困难。近年来应用薄层高分辨的 CT 诊断肺气肿的阳性率与病理诊断高度相关，敏感性较高，但费用高，不能作为常规检查手段。因此，用现有的临床检查方法很难准确地区分慢支或肺气肿是单独存在或合并存在，或者区分患者的症状是由慢支或肺气肿引起，因此将其统称为慢性阻塞性肺疾病（COPD），以减少上述诊断的困难。这一名称已被国内外广泛地运用，我国也在 1997 年制订了《慢性阻塞性肺疾病诊治规范》。

实习医师：是否所有慢支、肺气肿病人都可以诊断为 COPD？

主任医师：不可以。这里涉及到一个 COPD 的概念。COPD 是指具有气流阻塞的慢性支气管炎和（或）肺气肿。目前国内对慢支的诊断是以症状学为基础的，国外学者将慢支分为两种：一种是单纯性慢支，以大气道病变为主，黏液腺肥大增生，黏液分泌增多，对肺功能影响不大，预后良好；另一种是慢性阻塞性支气管炎，以内径 $< 2\text{mm}$ 的小气道病变为主，病理改变为黏膜炎症，杯状细胞化生，细支气管壁纤维化变形等，肺功能呈进行性降低。像前者没有气流阻塞的慢性支气管炎或肺气肿不属于 COPD；同样有气流阻塞的后者可诊断为 COPD。本例患者有明确的病史及其气流阻塞的实验室检查结果，应诊断为 COPD。在这里需要区分的是某些疾病虽有气流阻塞，但有已知病因或具有特异性病理表现如囊性纤维化、弥漫性细支气管炎或闭塞性支气管炎等不包括在 COPD 内。

进修医师：本例患者近几年来发作均有较明显的喘息发生，目前临床上诊断为慢支喘息型，本例患者能否考虑为慢支合并支气管哮喘？另外，支气管哮喘均存在气道阻塞，是否也能归纳到 COPD 中？

主任医师：这个问题提得好。1979 年全国呼吸专业会议修订的慢支诊断标准中将慢支分为单纯型和喘息型两种。前者仅有咳嗽、咳痰，后者则具有喘息症状并经常或多次出现哮鸣音。在实际工作中，慢支与支气管哮喘很难区别，至少在一部分患者中是如此，经常同一患者在一处诊断为慢支喘息型而在另一处又诊断为哮喘。典型的哮喘容易诊断，如以喘息为首发症状，有过敏史，发作间期症状消失，肺功能恢复正常。典型的 COPD 也容易诊断。如老年吸烟者，长年咳嗽，咳痰伴肺气肿，无过敏史，肺功能持续减退。但在这两个极端之间，常有一些患者出现重叠症状，即慢性喘息型支气管炎，这些患者常先有多年的吸烟、咳嗽、咳痰而后出现哮喘，于病情加重时肺部出现广泛的喘鸣音，经治疗后哮鸣音有不同程度的减少，甚至完全消失，许多患者也有过敏表现与血 IgE、嗜酸细胞增高。这类患者的诊断最为困难，我们认为这类患者实际上是慢支合并了支气管哮喘。但是某些 COPD 患者在用力呼气时亦可出现哮鸣音，但其分布范围不如支气管哮喘那样弥散，程度也较轻，且不具备过敏性诱因与突发突止、气道阻塞可逆性较大、嗜酸细胞可能增高、某些过敏原皮肤试验可能阳性这些特点，这类患者当然不应诊断为慢支合并哮喘而应诊断为慢支。本例患者就是如此，应诊断为慢支喘息型。

支气管哮喘的气流阻塞具有可逆性，现已认为它是一种具有复杂的细胞与化学介质参与的特殊炎症性疾病，不属于 COPD，但是某些支气管哮喘患者在病程中合并了慢性支

管炎和(或)肺气肿,其气道阻塞最终发展为不可逆,因此该类患者也可列入 COPD 的范围。

住院医师:刚才主任医师为我们谈了 COPD 的概念,临床上对 COPD 的诊断是否有统一的标准?

主任医师:COPD 诊断要根据病史、体征、实验室检查等多方面综合进行。病史包括咳嗽、咳痰、气短、喘息、吸烟史,长期与粉尘、烟雾或有害气体接触史。实验室检查包括胸部 X 线检查、肺部 CT 检查、肺功能检查及血气分析等化验检查。肺功能检查 (FEV_1/FVC 、 $FEV_1\%$ 、 RV/TLC 、 RV) 对确立气道阻塞及其严重程度,对肺气肿诊断有重要意义。如有 $FEV_1\%$ 或 FEV_1/FVC 下降即可诊断有气道阻塞。胸部 X 线检查对肺气肿诊断和鉴别其他原因所致肺部疾病有较大意义。由于 FEV_1 下降与 COPD 严重程度和预后有很好的相关关系,故根据 FEV_1 下降对 COPD 分级。COPD 共分为三级:Ⅰ级 $FEV_1\% \geq 70\%$,Ⅱ级为 $50\% \sim 69\%$,Ⅲ级 $\leq 50\%$ 。Ⅱ、Ⅲ级应作动脉血气检查,以了解动脉血氧分压 (PaO_2) 和动脉血二氧化碳分压 ($PaCO_2$) 改变。

在 COPD 发展过程中,根据病情可分为急性加重期和稳定期。急性加重期:患者在短期内咳嗽、喘息加重,痰呈脓性或黏液脓性,量明显增加或可伴发热等炎症表现。稳定期:患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状轻微。

主治医师:主任医师为我们分析了本例患者,介绍了 COPD 的定义及其诊断。因此本例患者诊断明确为 COPD Ⅱ级,急性加重期。最后请主任给我们讲一下引起 COPD 急性加重的原因及其 COPD 治疗原则,指导我们的工作。

主任医师:引起 COPD 急性加重的原因很多,有时几种原因同时存在,应注意识别及时处理。最常见的原因因为气管支

气管病毒或细菌感染 其次为肺炎、肺梗塞、自发性气胸、吸氧浓度过高、心力衰竭、使用镇静剂、不适当使用利尿剂和皮质激素、呼吸肌疲劳以及合并其他疾病 糖尿病、电解质紊乱、胃肠道出血、营养不良 等。

COPD 的治疗首先应认识肺气肿的病变虽不可逆，但慢支的气道阻塞是存在可逆成分的，例如支气管炎、分泌物阻塞与支气管痉挛等，COPD 急性加重的诱因也是可以去除的，经过积极治疗，肺功能可望达到或接近急性加重期前的水平。治疗应从预防着眼，早期治疗，以防止或延缓其向呼吸衰竭与肺心病的方向发展。其治疗目的包括：① 阻止症状发展和疾病反复加重；② 保持最适当的肺功能；③ 改善活动能力，提高生活质量。

主要治疗方法有：

(1) 戒烟和控制职业性或环境污染、避免或防止粉尘、烟雾及有害气体吸入；

(2) 合理使用抗菌药物，选用敏感抗生素是治疗 COPD 细菌感染急性加重的主要措施，在稳定期可肌注核酪、气管炎疫苗或死卡介苗皮肤划痕接种等提高机体非特异性免疫力，预防感冒诱发 COPD 急性加重；

(3) 选用支气管扩张剂，缓解气道阻塞症状，同时有助于排痰。包括抗胆碱能药物， β_2 受体激动剂，茶碱类药物等；

(4) 祛痰治疗 改善通气 减轻继发感染；

(5) 谨慎使用糖皮质激素；

(6) 氧疗 氧疗指征为 $PaO_2 < 8kPa(60mmHg)$ 给氧应从低剂量开始，对严重低氧血症， CO_2 潴留不很严重者，可逐渐增大吸氧浓度。对呼吸稳定 3~4 周， $PaO_2 \leq 7.3kPa(55mmHg)$ 患者应进行长期家庭氧疗 (LTOT)；

(7) 权衡利弊使用呼吸兴奋剂；

(8) 康复治疗 包括呼吸生理治疗、呼吸肌训练、营养支持和精神治疗与教育等。

(倪松石)

三、肺癌

(咳嗽、咳痰、右下肺不张)

病史摘要

患者许×,男,72岁,工人,已婚。因咳嗽、咯血半年,加重2天入院。患者于半年前在无明显诱因下出现咳嗽、咯鲜红色血约50mL。在当地医院就诊,摄胸片示右下肺纹理增多及增粗,拟诊为“右下支气管周围炎”、“支气管扩张可能”,予消炎,止血等治疗,咯血停止。此后又2次咯血,量约20~30mL,均经上述治疗后好转。咯血停止后,咳嗽持续存在,咯少量白色黏痰,偶带有少量血丝。2天前,患者突然又出现咯血量,量为60mL左右,经摄胸片发现右下肺不张,而收入病房。既往无慢性咳嗽、咳痰史,无“肺结核”病史,吸烟30余年,每天20支。

体检:T 37℃,P 90次/分,R 20次/分,BP 18/10kPa。发育正常,营养中等,神志清楚。皮肤黏膜无黄染,浅表淋巴结不肿大。口唇无紫绀,鼻腔、齿龈及咽部无活动性出血。颈部,气管无明显移位,甲状腺不肿大。胸廓无畸形,呼吸运动两侧基本对称。右下肺语颤较弱,叩诊稍浊,呼吸音偏低,两肺未闻及干湿罗音。心界左侧不大,右侧叩不清,心率90次/分,律齐,各瓣膜区无杂音。腹软,腹部无触痛,肝、脾均未触及,

肾区无叩痛。脊柱四肢无畸形，关节无红肿，无杵状指（趾），下肢无浮肿。神经系统检查未发现异常。

辅助检查 血常规 血红蛋白 108g/L 白细胞 $9.8 \times 10^9/\text{L}$ ，血小板 $235 \times 10^9/\text{L}$ 。胸片示右侧肺门影增浓，右下肺不张。

第 1 次查房讨论

实习医师 汇报病史（同病史摘要）

住院医师：患者的病史特点为：①老年，男性；②咳嗽，反复咯血半年；③体检示右下肺呼吸音低，叩诊偏浊，两肺无干湿罗音；④病初 x 线胸片示右下肺纹理增多，余肺未见实质性病灶，本次胸片示右下肺不张。根据患者的病史特点，支持右下支气管扩张的诊断。患者无慢性咳嗽、咯痰史，因此诊断为干性支气管扩张，本次咯血后胸片提示右下叶肺不张，考虑为咯血后血凝块阻塞右下支气管所致。建议加强抗感染和体位引流。由于患者系老年人，虽有反复的咯血，但每次咯血量不多，咯血后经保守治疗，疗效较好，因此适宜继续内科保守治疗。

主治医师：引起咯血的病因较多，包括 支气管疾病：支气管扩张、慢性支气管炎、支气管内膜结核、支气管肺癌等；②肺部疾病 肺结核、肺炎、肺脓肿等；③心血管疾病：较常见的是二尖瓣狭窄所致的咯血；某些先天性心脏病引起的肺动脉高压等；全身性疾病 如血液病、急性传染病、结缔组织病等。从本例患者的临床表现分析，基本上排除后 3 类疾病 考虑为支气管疾病。患者无慢性咳嗽、咳痰病史，既往无反复咯血病史，支气管扩张的诊断难以成立。临床上可以见到部分支气管扩张病员以咳嗽及咯血为主而并无脓痰，称为干性支气管扩张，但多数病灶位于肺上部，该部位继发感染少，主要

表现为咯血。而本病例无肺结核史，本次发病初 X 线胸片示右下肺纹理增多，因此也不支持干性支气管扩张的诊断。患者每次咯血量不多，由于血凝块阻塞支气管的可能性不大，因此，本次胸片所示的肺不张应继续追查其原因。本患者的病史特点有：①老年 男性；②有长期的吸烟史；③近半年来出现咯血和痰中夹血，咳嗽较明显，与咯血关系不密切，咯血止后仍有咳嗽；④X 线胸片示右侧肺门阴影增浓，右下肺不张。根据上述特点，应考虑为右下支气管肺癌的可能，建议反复痰脱落细胞学检查，选择时机作纤维支气管镜检查。

主任医师：我同意主治医师的意见，为明确诊断，尽早选择有关辅助检查。目前临床上有助于肺癌诊断的检查手段很多，应根据需要有目的的选择。常用的方法有：

(1)X 线检查 胸部 X 线检查是发现肺癌的重要方法之一。除我们已进行的 X 线胸片检查外，还可进行胸部透视、肺与支气管的断层摄片、支气管造影、支气管动脉和肺动脉造影、计算机体层摄影 (CT)、核磁共振 (MRI) 等检查。胸透能通过变换体位动态观察肺部病灶的形态、与周围组织的关系、有无血管搏动、病灶随呼吸的运动情况等。支气管或血管造影、断层摄影、CT、MRI 等检查可明确肺门、纵隔淋巴结肿大情况和支气管阻塞、变形程度以及肺部有无转移性病灶等。CT 对显示脊柱旁和后肋膈沟病变优于 X 线平片。MRI 对显示纵隔病变优于其他方法。但是 X 线和 MRI 检查均属影像学诊断方法，一般不能作为确诊依据，需与病史及其他检查结合，方能作出正确诊断。

(2)痰细胞学检查是最简便有效的早期诊断方法，可提供组织细胞类型。为提高正确率，最好能再次留取深部咳出的新鲜痰液标本进行检查。对可疑的患者，痰检应列为常规。

(3) 纤维支气管镜检查对肺癌诊断为目前主要方法之一。可直接窥视亚段以上各级支气管内的肿瘤，用刷检、钳取、灌注等方法采集标本。也可通过支气管镜肺活检，获取周边肿瘤的标本进行细胞学或组织学检查，明确诊断。

(4) 通过摘取颈部肿大淋巴结、锁骨上斜角肌脂肪垫、经皮肺穿刺活检和肺切除标本的病理检查，有助于肺癌的确诊和肺癌的组织学分型。

(5) 放射性核素扫描、肿瘤相关抗原测定、有关生化和酶学方面检查，可提供参考的依据。尽管如此，临床上尚有部分病例不能确诊，对高度怀疑肺癌，且经有关检查不能确诊者，若无手术禁忌证，应及时剖胸探查。

本例患者我认为首先应进行痰脱落细胞检查和支气管镜检查。

住院医师：本例患者目前尚有少量咯血，能否进行纤维支气管镜简称纤支镜检查？

主任医师：关于咯血患者纤支镜检查的时机，各家有不同看法。一般认为，咯血量 $< 100\text{mL/d}$ 的患者，可在咯血期间进行。咯血在 $> 100\text{mL/d}$ 的患者，在咯血减少或停止 1 周内进行较为理想。这样既有利于确定出血部位，也不致于造成窒息或出血使视野不清影响观察。但是在咯血期间或咯血停止后短期内作检查时，必须麻醉充分，技术熟练，防止检查过程中引起咳嗽导致再咯血或造成黏膜损伤出血，不利于寻找原发出血灶。本例患者适合立即做纤支镜检查，检查过程中可局部使用凝血、止血药物，达到止血和明确诊断的双重作用。若支气管内确系凝血块堵塞，可通过吸引，促使肺的复张。

第 2 次查房讨论

主治医师：本例患者纤支镜下见右肺下叶基底段开口处菜花样生长新生物，将右下叶基底段阻塞，新生物表面有血痂。经活检，病理示鳞状细胞癌。因此本例患者诊断明确。为了解肿瘤与纵隔、周围血管关系，有无纵隔、胸膜转移，准备行肺部 CT 检查。

进修医师：本例患者从出现症状到明确诊断已有 6 个月时间，而肺癌的预后在很大程度上取决于早期诊断，如何才能做到早期诊断？

主任医师：要做到早期诊断，首先医务人员和广大群众要懂得肺癌的防治知识，提高警惕性，在肺癌高发区或有高危因素的人群中宜定期进行有关检查，对下列情况更应做有关排癌检查：

(1) 40 岁以上有长期吸烟史者，咳嗽持续 2 周以上，治疗无效，或原有慢性呼吸道疾病，咳嗽性质改变者；

(2) 持续痰中带血而无其他原因可解释者；

(3) 反复发作的同一部位的肺炎，特别是节段性肺炎；

(4) 原因不明的肺脓肿，无毒性症状，无大量脓痰，无异物吸入史，抗炎治疗效果不显著者；

(5) X 线上的局限性肺气肿或段、叶性肺不张，孤立性圆形病灶和单侧肺门阴影增大者；

(6) 原有肺结核，病灶已稳定，而其他部位出现新病灶者；

(7) 无中毒症状的胸腔积液，特别是血性进行性增加者；

(8) 原因不明的四肢关节疼痛及杵状指（趾）及有其他非转移性肺外表现的症状和体征者。要认真询问病史，仔细体格检查，选择合适的辅助检查。