

慢性支气管炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E6_94_AF_E6_c22_307622.htm 名称慢性支气管炎所属科室呼吸内科病因 慢性支气管炎的病因极为复杂，迄今尚有许多因素还不够明了。近年来认为，有关因素如下。（一）大气污染 化学气体如氯、氧化氮、二氧化硫等烟雾，对支气管粘膜有刺激和细胞毒性作用。轻易中的烟尘或二氧化硫超过1000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ，1-抗胰蛋白酶严重缺乏者能引起肺气肿，但无气道病变的症状，提示它与慢性支气管炎并无直接关系。病理 慢性支气管炎的主要病理变化如下。（一）腺体增生肥大，分泌功能亢进 慢性支气管炎粘液腺泡明显增多，腺管扩张，浆液腺和混合腺体相应减少，有的腺体几乎全为粘液腺体所占据。杯状细胞也明显增生，慢性支气管炎的Reid指数（腺体厚度与支气管壁厚度之比）增至0.55~0.79以上（正常为0.4以下），Reid指数越大，提示炎症越严重，腺体越肥大而支气管腔越狭小。增生肥大的腺体分泌机能亢进，粘液分泌量增多，因此患者每日痰量增多。（二）粘膜上皮细胞的变化 由于炎症反复发作，引起上皮局灶性坏死和鳞状上皮化生，纤毛上皮细胞有不等程度损坏，纤毛变短，参差不齐或稀疏脱落。（三）支气管壁的改变 支气管壁有各种炎性细胞浸润、充血、水肿和纤维增生。支气管粘膜发生溃疡，肉芽组织增生，严重者支气管平滑肌和弹性纤维也遭破坏以致机化，引起管腔狭窄。少数可见支气管的软骨萎缩变性，部分被结缔组织所取代。管腔内可发现粘液栓。因粘膜肿胀或粘液潴留而阻塞，局部管壁易塌陷、扭曲变形或扩张。（四）电镜检查 慢性支气管炎病例的肺泡壁可见如下变化： 型

肺泡上皮细胞肿胀变厚，其中线粒体肿胀，内质网扩张呈空泡状，Ⅱ型肺泡上皮细胞增生。毛细血管基底膜增厚，内皮细胞损伤，血栓形成和管腔纤维化、闭塞。肺泡壁纤维组织弥漫性增生。这些变化在并发肺气肿和肺源性心脏病者尤为显著。[呼吸功能变化]慢性支气管炎早期病变主要在内径 $<2\text{mm}$ 的小气道，临床症状不明显，常规肺功能测验大多正常，但闭合气量测验可见增大。当炎症蔓延至较大的支气管，在急性加重期，气道狭窄，阻力增加，常规通气功能测验如最大通气量、1秒钟呼气量、最大呼气中段流速均轻度减低。残气量轻度增加，但肺活量正常。在缓解期，肺功能变化均可恢复正常。并发阻塞性肺气肿后，呼吸功能的损害则大都不可逆转。临床表现部分患者在起病前有急性支气管炎、流感或肺炎等急性呼吸道感染史。患者常在严寒季节发病，出现咳嗽、咯痰，尤以晨起为著，痰呈白色粘液泡沫状，粘稠不易咳出。在急性呼吸道感染时，症状迅速加剧。痰量增多，粘稠度增加或为黄色脓性，偶有痰中带血。慢性支气管炎反复发作后，支气管粘膜的迷走神经感受器反应性增高，副交感神经功能亢进，可出现过敏现象而发生喘息。随着病情发展，终年咳嗽，咳痰不停，冬秋加剧。喘息型支气管炎患者在症状加剧或继发感染时，常有哮喘样发作，气急不能平卧。呼吸困难一般不明显，但并发肺气肿后，随着肺气肿程度增加，则呼吸困难逐渐增剧。体征本病早期多无体征。有时在肺底部可听到湿和干罗音。喘息型支气管炎在咳嗽或深吸气后可听到哮喘音，发作时，有广泛哮鸣音。长期发作的病例可有肺气肿的体征。X线征象单纯型慢性支气管炎，X线检查阳性，或仅见两肺下部纹理增粗，或呈索条状，

这是支气管壁纤维组织增生变厚的征象。若合并支气管四周炎，可有斑点阴影重叠其上。支气管碘油造影，常可见到支气管变形，有的狭窄，有的呈柱状扩张，有的由于痰液潴留，呈截断状。由于四周瘢痕组织收缩，支气管可并拢呈束状。有时可见支气管壁有小憩室，为粘液腺开口扩张的表现。临床上为明确诊断，透视或摄平片即可满足要求。支气管碘油造影只用于非凡研究，不作常规检查。诊断主要依靠病史和症状。在排除其他心、肺疾患（如肺结核、尘肺、支气管哮喘、支气管扩张、肺癌、心脏病、心功能不全等）后，临床上凡有慢性或反复的咳嗽，咯痰或伴喘息，每年发病至少持续3个月，并连续两年或以上者，诊断即可成立。如每年发病持续不足三个月，而有明确的客观检查依据（如X线、肺功能等）亦可诊断。根据临床表现，将慢性支气管炎分为单纯型与喘息型两型。前者主要表现为反复咳嗽、咯痰；后者除咳嗽、咯痰外尚有喘息症状，并伴有哮鸣音。根据病程经过可分为三期，以使治疗有所侧重。（一）急性发作期指在1周内出现脓性或粘液脓性痰，痰量明显增加，或伴有发热等炎症表现，或1周内任何一项症状显著加剧，或重症病人明显加重者。（二）慢性迁延期指有不同程度的症状，迁延到1个月以上者。（三）临床缓解期经治疗或自然缓解，症状基本消失或偶有稍微咳嗽和少量痰液，保持2个月以上者。鉴别诊断（一）肺结核活动性肺结核常伴有低热、乏力、盗汗、咯血等症状；咳嗽和咯痰的程度与肺结核的活动性有关。X线检查可发现肺部病灶，痰结核菌检查阳性，老年肺结核的毒性症状不明显，常因慢性支气管炎症状的掩盖，长期未被发现，应

非凡注重。（三）支气管哮喘起病年龄较轻，常有个人或家族过敏性病史；气管和支气管对各种刺激的反应性增高，表现为广泛的支气管痉挛和管腔狭窄，临床上有阵发性呼吸困难和咳嗽，发作短暂或持续。胸部叩诊有过清音，听诊有呼气延长伴高音调的哮鸣音。晚期常并发慢性支气管炎。嗜嗜酸粒细胞在支气管哮喘患者的痰中较多，而喘息型支气管炎患者的痰中较少。（三）支气管扩张多发生于儿童或青年期，常继发于麻疹、肺炎或百日咳后，有反复大量脓痰和咯血症状。两肺下部可听到湿罗音。胸部X线检查两肺下部支气管阴影增深，病变严重者可见卷发状阴影。支气管碘油造影示柱状或囊状支气管扩张。（四）心脏病由于肺郁血而引起的咳嗽，常为干咳，痰量不多。具体询问病史可发现有心悸、气急、下肢浮肿等心脏病征象。体征、X线和心电图检查均有助于鉴别。（五）肺癌多发生在40岁以上男性，长期吸烟者，常有痰中带血，刺激性咳嗽。胸部X线检查肺部有块影或阻塞性肺炎。痰脱落细胞或纤维支气管镜检查可明确诊断。治疗（一）预防为主吸烟是引起慢性支气管炎的重要原因，烟雾对四周人群也会带来危害，应大力宣传吸烟的危害性，要教育青少年杜绝吸烟。同时，针对慢性支气管炎的发病因素，加强个人卫生，包括体育、呼吸和耐寒锻炼，以增强体质，预防感冒。改善环境卫生，处理“消除大气污染，以降低发病率。（二）缓解期的治疗应以增强体质，提高抗病能力和预防复发为主。采用气管炎菌苗，一般在发作季节前开始应用，每周皮下注射一次，剂量自0.1ml开始，每次递增0.1~0.2ml，直至0.5~1.0ml为维持量。有效时应坚持使用1~2年。核酪注射液（麻疹病毒疫苗的培养液）每周

肌肉或皮下注射2次，每次2~4ml；或卡介苗素注射液每周肌肉注射3次，每次1ml（含卡介苗提取物于重0.5mg），在发病季节前用药，可连用3个月，以减少感冒及慢性支气管炎的发作。必思添（Biostim）（克雷白肺炎杆菌提取的糖蛋白）首次治疗8天，2mg/d，停药3周；第2次治疗8天，1mg/d，停药3周；第3次治疗8天，1mg/d，连续3个月为一疗程。可预防慢性反复呼吸道感染。（三）急性发作期及慢性迁延期的治疗应以控制感染和祛痰、镇咳为主；伴发喘息时，加用解痉平喘药物。

抗菌治疗：一般病例可按常见致病菌为用药依据。可选用复方磺胺甲唑（SMZ）每次2片，每日2次；阿莫西林2~4g/d，分3~4次口服；氨苄西林2~4g/d，分4次口服；头孢氨苄2~4g/d，或头孢拉定1~2g/d，分4次口服；头孢呋辛1g/d或头孢克洛500mg~1g/d分2~3次口服。亦可选择新一代大环内酯类抗生素如罗红霉素0.3g/d，分2次口服。抗菌治疗疗程一般7~10天，反复感染病例可适当延长。经治疗三天后，病情未见好转者，应根据痰细菌培养药物敏感试验的结果，选择抗生素。严重感染时，可选用氨苄西林、环丙沙星、氧氟沙星、阿米卡星（丁胺卡那霉素）、奈替米星（乙基西梭霉素）或头孢菌素类联合静脉滴注给药，具体用法可参阅rdquo。

祛痰镇咳药 可给沐舒痰（盐酸溴环己胺醇）30mg，或化痰片（羧甲基半胱氨酸）500mg，每日3次口服。溴己新（必嗽平）、氯化铵棕色合剂等均有一定祛痰作用。当痰粘稠不易咳出时，可用枇杷叶蒸气吸入，或用超声雾化吸入，以稀释气道内分泌物。慢性支气管炎除刺激性干咳外，不宜单纯采用镇咳药物，因痰液不能排出，反而使病情加重。

解痉平喘药 喘息型支气管炎常选择解痉平喘药物，

如氨茶碱0.1 ~ 0.2g，每日3次口服；美喘清50ldquo.阻塞性肺气肿&rdquo。 （二）支气管肺炎 慢性支气管炎蔓延至支气管四周肺组织中，患有寒战、发热，咳嗽增剧，痰量增加且呈脓性。白细胞总数及中性粒细胞增多。X线检查，两下肺野有小斑点状或小片阴影。 （三）支气管扩张 慢性支气管炎反复发作，支气管粘膜充血，水肿，形成溃疡，管壁纤维增生，管腔或多或少变形，扩张或狭窄。扩张部分多呈柱状变化。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com