

生并呈鹅卵石样散布。

2 CVA

5% ~ 6% 的支气管哮喘患者缺乏典型的哮喘症状, 仅表现为顽固性的咳嗽, 以剧烈的夜间刺激性干咳为其重要特征。感冒、冷空气、灰尘、油烟等容易诱发或加重。其临床特点为 ①顽固性咳嗽(时间 > 2 周), 常由呼吸性刺激物(烟雾、冷空气及大笑等)诱发。以干咳为主, 无哮鸣音, 上呼吸道感染、季节性过敏、运动等可使咳嗽加重; ②有家族或本人过敏史; ③有季节性, 以春夏季为多; ④一般的止咳化痰药和抗生素治疗无效; ⑤有关哮喘的特异检查阳性, 气道反应性测定激发试验阳性, 24 h 流速峰值变异率 > 20%, PEF 和 FEV₁ 可正常。

3 GER

胃内容物可逆向运动进入食管下段, 这种一过性改变, 健康人每日可出现数次, 通常发生在餐后, 无症状, 不易觉察, 为生理性反流。当出现膈疝、胃酸过多、食管下括约肌功能不全等病症时, 胃内容物反流严重, 因胃酸和其他胃内容物反流入食管, 导致咳嗽。典型反流表现为胸骨后烧灼感、反酸、嗝气、胸闷等, 有微量误吸的 GER 患者早期更易出现咳嗽及咽喉部症状。大部分患者无反流症状, 仅表现为咳嗽, 多发生于日间和直立位。

4 EB

EB 是一种以气道嗜酸粒细胞浸润为特征的非哮喘性支气管炎, 慢性刺激性咳嗽常是惟一临床症状, 一般为干咳, 偶尔咳少许黏痰, 白天或夜间均可发生。油烟、灰尘、异味或冷空气常为诱发因素。无气喘、呼吸困难等症状, 肺通气功能及呼气峰流速变异率(PEFR)正常, 无气道高反应性的证据。

5 慢性支气管炎

该症隐匿起病, 多发于寒冷季节, 以咳嗽、咳痰或伴喘息为特征, 咳嗽晨起为著, 且长期、反复并逐渐加重。早期多为单声咳嗽或间歇性咳嗽, 白天多于夜间, 随病情进展, 夜间咳嗽增加。常并发肺部感染, 尤其老年体弱患者排痰功能差, 易并发支气管肺炎。每年咳嗽、咳痰 3 个月以上并连续 2 a, 气流受限不完全可逆、呈进行性发展, 与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。肺功能检查对确定气流受限有重要意义, 在吸入支气管扩张剂后, 第一秒用力呼气量(FEV₁) < 80% 预计值, 且 FEV₁ 占用力肺活量(FVC)比值(FEV₁/FVC) < 70% 表明存在气流受限, 且不能完全逆转。

6 病毒感染

气道高反应性患者多先有急性上呼吸道感染症状, 症状缓解后以慢性咳嗽为惟一表现并持续 6 ~ 8 周, 呼吸道反应性增高, 同时支气管内膜慢性炎症导致咳嗽反射器的阈值降低, 环境因素(如冷空气、烟雾、灰尘、刺激性气味等)均导致持续性咳嗽发生。咳嗽以夜间或晨起时、运动后较重, 初始为干咳, 随后逐渐有少许白痰, 临床无感染征象, 抗生素治疗无效。吸入激素治疗可缓解咳嗽发作, 但机体免疫力低者冬春季节常反复发生呼吸道感染, 从而使气道高反应持续存在, 病情迁延不愈。

7 支气管扩张

指慢性炎症引起的气道壁破坏, 导致非可逆性支气管扩张和管腔变形, 主要病变部位为亚段支气管。临床表现为慢性咳嗽、咳大量脓痰、周期性咯血、反复肺部感染, 痰量较多(每日可达 100 ~ 400 ml), 静置后可分为 4 层: 上层为泡沫, 下悬脓性成分, 中层为混浊黏液, 下层为坏死组织沉淀物。X 线胸片示卷发样改变。

8 肿瘤瘤体侵蚀并刺激气道引发慢性咳嗽

有肿瘤的临床表现, 胸片及 CT 检查可发现占位性病变。如果瘤体溃破则可能有咯血。大气道肿瘤阻塞咳嗽可呈金属音。瘤体压迫喉返神经可引起持续的咳嗽和声音嘶哑。抗肿瘤治疗有效。

9 气管支气管内膜结核

多数合并肺内结核, 亦有部分患者仅表现为单纯性支气管内膜结核, 主要表现为慢性咳嗽, 可伴有低热、盗汗、消瘦等结核中毒症状, 查体可闻及吸气性干罗音。X 线胸片无明显异常改变, 临床误诊及漏诊率高。

10 药物诱发咳嗽

常见的药物有血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、胺碘酮、抗凝药、β₂ 受体阻断剂、金制剂等, 患者有服用上述药物史, 且咳嗽的发生与药物有明显相关性。药物停用后咳嗽消失或明显减轻。

11 心理性咳嗽

患者因严重心理问题或有意清喉引起的咳嗽又称为习惯性咳嗽、心因性咳嗽。小儿相对常见, 在儿童 1 个月以上咳嗽病因中占 3% ~ 10%。典型表现为日间咳嗽, 专注于某一事物及夜间休息时咳嗽消失, 常伴有焦虑症状。另外, 心功能不全伴发肺淤血或肺水肿时, 肺泡或支气管内含有的渗出物会刺激支气管黏膜而引起咳嗽, 患者有相应的心衰临床表现, 纠正心衰后相关症状可以缓解。支气管肺癌、肺间质纤维化、支气管微结石症、肺不张等亦可引起咳嗽, 此时患者有原发病的症状体征。

慢性咳嗽的诊断程序

姜淑娟, 王西艳

(山东省立医院, 山东济南 250021)

咳嗽感受器不仅存在于咽喉、气管、支气管等呼吸系统部位, 食管、副鼻窦、外耳道、胸膜、心包等部位亦有分布, 上述系统或部位病变均可引起咳嗽症状。慢性咳嗽多无明显诱因, 伴随症状不明确, 体检无特殊发现, 胸部平片亦无明显异常, 临床诊断时若不认真遵循严格的诊断思路和合理的诊断流程, 则可能造成延误或错误诊断。

基于不同位置的咳嗽感受器和传入神经受到刺激后均可引起咳嗽, 1980 年 Irwin 等人首次提出了不明原因慢性咳嗽的解剖学诊断程序, 参考 Irwin 的解剖学诊断程序结合国内临床应用实践我们制定了慢性咳嗽的诊断程序(见图 1)。

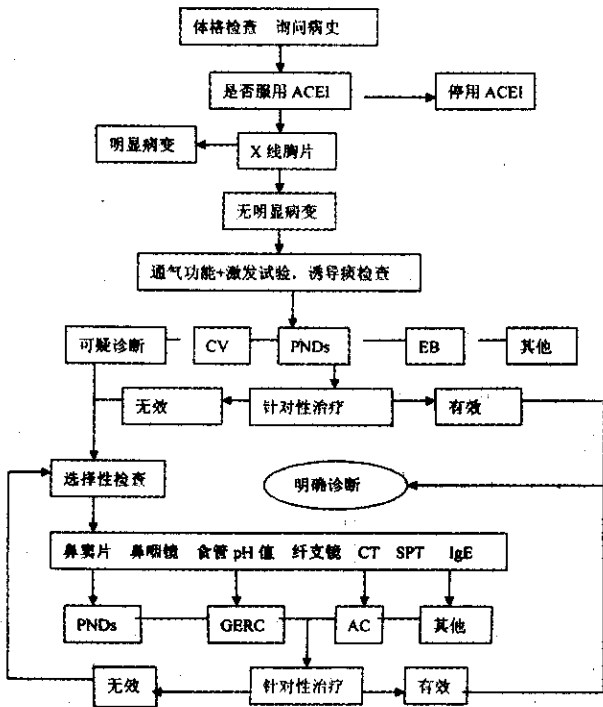


图 1 慢性咳嗽的诊断流程

我们体会,在诊断过程中应重视咳嗽病史,根据病史选择有关检查,遵循由简单到复杂、先常见病后少见病的原则;条件不具备时,可根据临床特征进行诊断性治疗,治疗无效时应及时进一步检查。诊断和治疗应同时进行,根据治疗反应确定咳嗽病因,治疗无效时再行相关检查。具体步骤:①询问病史:对初诊的慢性咳嗽患者详细询问是否吸烟、吸烟指数、有无咯血、痰量、声音嘶哑和呼吸困难、用药史等情况,寻找可能提示 PNDs、支气管哮喘、GERC、慢性支气管炎、左心功能不全等情况的线索。如有吸烟史或应用 ACEI 类药物,应戒烟或停用药物 4 周,观察病情变化。咳嗽的特点如咳嗽性质、音色、节律和咳嗽时间、诱发或加重因素对诊断有一定帮助。多数慢性咳嗽患者表现为干咳,如有较多痰液应注意有无支气管扩张或慢性支气管炎。如咳嗽以夜间为主,则要高度怀疑 CVA。②体检:咳嗽持续 8 周以上的患者行胸部正侧位片检查,约 90% 的患者表现为正常或无关的陈旧性改变(如胸膜肥厚),有助于排除肺癌、肺结核、支气管扩张等病变。③肺通气功能+支气管激发试验:目的是与哮喘鉴别。若通气功能正常、激发试验阴性,则需行诱导痰检查,以诊断 EB。④存在鼻后滴流或频繁清喉时,可先按 PNDs 治疗,联合应用第一代 H₁ 受体阻断剂和鼻减充血剂。对变应性鼻炎患者可加用鼻腔吸入糖皮质激素。治疗 1~2 周症状无改善者,可摄鼻窦 CT 片或行鼻咽镜检查。⑤如上述检查无异常,或伴有反流相关症状,可考虑行 24 h 食管 pH 值监测。对无条件行 pH 值监测而高度怀疑者可行经验性治疗。24 h 食管 pH 值检测的特异性及敏感性高,但对胆汁等非酸性反流的检测阳性率较低,可行钡餐检查确诊。⑥怀疑变应性咳嗽者可行变应原皮试(SPT)、血清 IgE 和咳嗽敏感性检测。⑦如上述检查仍不能确诊或试验治疗后仍继续咳嗽,应考虑行高分辨率 CT、纤支镜和心脏检查,以排除支气管扩张症、支气管内膜结核及左心功能不全等疾病。⑧经相

万方数据

应治疗后咳嗽缓解,病因诊断方能确立。如治疗后咳嗽症状部分缓解,应考虑合并其他病因可能。

慢性咳嗽的治疗

张敏 陈亚飞

(山东省立医院,山东济南 250021)

慢性咳嗽病因复杂,明确病因是治疗成功的关键。多数慢性咳嗽与感染无关,无需使用抗菌药物。咳嗽原因不明或不能除外感染时,慎用糖皮质激素。

1 病因治疗

CVA 治疗原则与支气管哮喘相同。多数患者吸入小剂量糖皮质激素加 β₂ 受体激动剂即可,很少需要口服糖皮质激素。治疗时间不少于 6 周。长效 β₂ 受体激动剂(LABA)的作用能维持 12 h,可用于治疗夜间发作性哮喘和咳嗽,但患者死亡风险可能增加,应慎用。上述治疗无效者,可加用氨茶碱与短效氢化可的松。一般不用祛痰剂、中枢性止咳药和抗生素。

PNDs 对非变应性鼻炎、血管舒缩性鼻炎、全年性鼻炎、普通感冒引起的 PNDs 首选第一代抗组胺剂或减充血剂。前者代表药物为马来酸氯苯那敏,后者为盐酸伪麻黄碱。多数患者在初始治疗后数天至 2 周内产生疗效。必要时可应用中枢性镇咳药、异丙托溴胺,鼻腔吸入适合非变应性鼻炎。

对变应性鼻炎各种抗组胺药均有效果,但首选无镇静作用的第二代抗组胺剂,可以口服或吸入,常用药物为氯雷他定和阿斯米唑等。效果不佳时可联用第一代抗组胺剂加减充血剂。亦可糖皮质激素鼻内给药,通常为丙酸倍氯米松(每鼻孔 50 μg/次)或等效剂量的其他糖皮质激素吸入,1~2 次/d。色甘酸钠吸入有良好的预防作用,20 mg/次,3~4 次/d。改善环境、避免变应原刺激是控制变应性鼻炎的有效措施。变应原免疫治疗可能有效,但起效时间较长。急性细菌性鼻窦炎主要采用抗菌药物治疗,效果欠佳或分泌物较多时可予糖皮质激素鼻腔吸入及减充血剂以减轻症状,并联合鼻冲洗引流。副鼻窦炎则采用抗生素加血管收缩剂(如麻黄素滴鼻液)治疗。对慢性鼻窦炎建议采用以下初治方案:应用对革兰阳性菌、革兰阴性菌和厌氧菌有效的抗菌药物 3 周;口服第一代抗组胺剂和减充血剂 3 周;鼻用减充血剂 1 周;鼻吸入糖皮质激素 3 个月。内科治疗效果不佳时可行负压引流、穿刺引流或外科手术。

EB 糖皮质激素治疗效果较好。通常采用二丙酸倍氯米松(250~500 μg/次)或等效剂量的其他糖皮质激素吸入,2 次/d,持续应用 4 周以上。推荐使用干粉吸入剂。初始治疗可联合应用强的松口服,10~20 mg/d,持续 3~7 d。

GER 性咳嗽:①调整生活方式:抬高床头,高枕卧位,减肥,控制饮食(高蛋白低脂饮食);平卧前 2~3 h 不进食;一日三餐(不加餐);避免进食酸辣油腻食物及饮料;避免饮用咖啡及吸烟。②药物:常选用 H₂ 拮抗剂或质子泵抑制剂