

全国高等学校配套教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

内科学 学习指导与习题集

第2版

主 编 刘文励 徐永健
汪道文 赵建平



人民卫生出版社

全国高等学校配套教材
供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

内科学

学习指导与习题集

第2版

主 编 刘文励 徐永健 汪道文 赵建平

编 者 (以姓氏笔画为序)

宁 勇	田德安	吕永曼	吕家高	刘正湘	刘晓成
刘喆隆	刘辉国	孙汉英	李树生	李德民	但自力
汪 涛	汪培华	张木勋	张存泰	林 立	欧阳金芝
周 强	周剑锋	周新荣	郑 邈	赵春霞	胡绍先
钟 强	姚 颖	袁 刚	徐 钢	唐家荣	涂 巍
黄 宏	黄 梅	黄 毅	覃 华	程 斌	曾红兵
雷小妹	熊胜道	黎培元			

学术秘书 唐家荣

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内科学学习指导与习题集/刘文励等主编. —2版. —北京:
人民卫生出版社, 2008.6

ISBN 978-7-117-10046-5

I. 内… II. 刘… III. 内科学—医学院校—教学参考资料
料 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 039518 号

主编 刘文励 徐永健 汪道文 赵建平

(内科学学习指导与习题集) 参 编

刘文励 隋玉欣 高宗吕 姜木吕 安鹏田 袁 宁
 代自岳 另福李 王树平 姜乃林 国新欣 魏磊欣
 王金国 立 林 秦春燕 顾木燕 李淑玉 魏 强
 沈晓阳 魏春洪 魏 联 宋海阔 鞠晓霞 魏 圆
 魏 嵩 荣家真 隋 念 田 袁 魏 斌 魏 博
 尹立曾 魏 强 李 翠 魏 清 魏 斌 魏 斌

内科学学习指导与习题集

第 2 版

主 编: 刘文励 徐永健 汪道文 赵建平
 出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)
 地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
 邮 编: 100078
 网 址: <http://www.pmph.com>
 E - mail: pmph@pmph.com
 购书热线: 010-67605754 010-65264830
 印 刷: 北京市顺义兴华印刷厂
 经 销: 新华书店
 开 本: 787×1092 1/16 印张: 44.25
 字 数: 1018 千字
 版 次: 2005 年 7 月第 1 版 2008 年 6 月第 2 版第 3 次印刷
 标准书号: ISBN 978-7-117-10046-5/R·10047
 定 价: 58.00 元
 版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394
 (凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

“内科学”是临床医学的重要基础学科，重点论述人体各个系统常见内科疾病的病因、发病机制、临床表现、诊断方法、治疗与预防的基本知识、基本理论和基本技能。所阐述的内容在临床医学的理论和实践中有普遍意义，是学好和掌握其他临床学科的重要基础，有志成为一名好临床医师的医学生必须学好《内科学》。

《内科学》第7版由陆再英教授、钟南山院士主编，全国多所大学医学院的41位著名专家精心编撰，教材坚持“三基”原则，内容生动，又结合了国际、国内最新循证医学资料、常见疾病的诊疗指南，科学性强、定义准确、概念清楚、临床实用、易读易懂。为了帮助医学生学好第7版《内科学》，人民卫生出版社特同步出版了与书面教材配套的学生用书《内科学学习指导与习题集》（第2版）。

本书由学习指导、习题集和习题集答案组成。学习指导分4项内容：教学目的和要求、重点和难点、讲授内容和要点、复习思考题。学习指导主要根据卫生部制定的医学本科生教学目标和要求以及教学辅导和考试工作中的经验和体会编写，指出了学生“掌握”、“熟悉”、“了解”等不同要求。习题集有临床测试常用的8种题型： A_1 型选择题、 A_2 型选择题、 A_3/A_4 型选择题、 B_1 型选择题、X型选择题、名词解释、思考题、病例分析。练习题及病例分析均附有参考答案。我们希望学生不要陷入“题海”中，而是利用做习题，帮助理解和学好《内科学》教材；另一方面，通过做同步练习题，测试自己掌握“三基”的能力，培养临床思维能力。

本书可供临床医学本科生、七年制学生、住院医师学习，对报考医学专业的研究生和参加卫生部执业医师资格考试也具有重要的参考价值，也可供临床医学硕士、博士研究生以及承担医学生临床教学任务的医师和教师参考，以促进提高临床教学质量。

这本学生用书的出版，要感谢全体编者的辛勤工作，感谢国家精品课程单位——华中科技大学同济医学院第二临床学院内科学系的全力支持。

由于水平和时间所限，本书可能会有不少错误，敬请读者批评指正，我们谨表真挚的谢意。

刘文励 徐永健 汪道文 赵建平

2008年1月

同步综合练习题题型说明

A₁ 型题（即单项选择题）：是单句最佳选择题。每道试题由 1 个题干和 5 个备选答案组成。只有 1 个正确答案。

A₂ 型题：病例摘要最佳选择题。题干是一个叙述性主体（如简要的病例），有 5 个备选答案。只有 1 个正确答案。

A₃ 型题：病例组最佳选择题。先描述一个病例，然后以病例为背景提出 2~3 个相关问题，每个问题均有 5 个备选答案，其中只有 1 个正确答案。

A₄ 型题：病例串型最佳选择题。先描述一个病例，然后以病例为背景提出 4~9 个相关问题，每个问题均有 5 个备选答案，其中只有 1 个正确答案。

B₁ 型题：标准配伍题。2 个问题共用 5 个备选答案，针对每个问题只有 1 个正确答案；每个备选答案可以选用数次，也可以一次也不选。

X 型题：又称多选题，每道试题由 1 个题干和 5 个备选答案组成。有 2 个以上的正确答案。

目 录

内科学学习指导

第一篇 呼吸系统疾病	1
第一章 总论	1
第二章 肺部感染性疾病	2
第三章 支气管扩张症	11
第四章 肺结核	12
第五章 慢性阻塞性肺疾病	17
第六章 支气管哮喘	19
第七章 肺血栓栓塞症	22
第八章 肺动脉高压与肺源性心脏病	23
第九章 间质性肺疾病与结节病	25
第十章 胸膜疾病	28
第十一章 原发性支气管肺癌	31
第十二章 睡眠呼吸暂停低通气综合征	34
第十三章 呼吸衰竭	36
第二篇 循环系统疾病	38
第一章 心力衰竭	38
第二章 心律失常	42
第三章 高血压	47
第四章 动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病	49
第五章 心脏瓣膜病	56
第六章 感染性心内膜炎	63
第七章 心肌疾病	65

第八章 心包疾病	69
第三篇 消化系统疾病	72
第一章 胃食管反流病	72
第二章 胃炎	74
第三章 消化性溃疡	76
第四章 胃癌	78
第五章 肠结核和结核性腹膜炎	80
第六章 炎症性肠病	82
第七章 功能性胃肠病	83
第八章 脂肪性肝病	87
第九章 自身免疫性肝病	89
第十章 肝硬化	91
第十一章 原发性肝癌	92
第十二章 肝性脑病	94
第十三章 急性胰腺炎	96
第十四章 上消化道出血	98
第四篇 泌尿系统疾病	101
第一章 总论	101
第二章 肾小球病概述	102
第三章 肾小球肾炎	103
第四章 肾病综合征	104
第五章 IgA 肾病	105
第六章 间质性肾炎	106
第七章 尿路感染	106
第八章 肾小管疾病	108
第九章 肾血管疾病	110
第十章 急性肾衰竭	112
第十一章 慢性肾衰竭	114
第五篇 血液系统疾病	118
第一章 贫血概述	118
第二章 缺铁性贫血	119
第三章 再生障碍性贫血	121
第四章 溶血性贫血	123

074	第五章	白细胞减少和粒细胞缺乏症	126
084	第六章	白血病	127
092	第七章	淋巴瘤	130
098	第八章	出血性疾病概述	132
	第九章	紫癜性疾病	134
	第十章	弥散性血管内凝血	136
152	第六篇 内分泌系统疾病		138
092	第一章	总论	138
010	第二章	垂体瘤	139
010	第三章	腺垂体功能减退症	140
070	第四章	尿崩症	141
030	第五章	甲状腺功能亢进症	143
003	第六章	库欣综合征	144
	第七章	原发性醛固酮增多症	146
	第八章	嗜铬细胞瘤	148
	第七篇 代谢疾病和营养疾病		150
	第一章	糖尿病	150
	第二章	肥胖症	152
	第三章	高尿酸血症与痛风	153
	第八篇 风湿性疾病		155
	第一章	总论	155
	第二章	类风湿关节炎	156
	第三章	系统性红斑狼疮	159
	第四章	血清阴性脊柱关节病	162
	第九篇 理化因素所致疾病		165
	第一章	中毒	165

内科学学习题集

第一篇	呼吸系统疾病	171
第二篇	循环系统疾病	262
第三篇	消化系统疾病	326
第四篇	泌尿系统疾病	393

第五篇	血液系统疾病	450
第六篇	内分泌系统及代谢疾病	487
第七篇	风湿性疾病	537
第八篇	理化因素所致疾病	559

内科学学习题集答案

第一篇	呼吸系统疾病	571
第二篇	循环系统疾病	592
第三篇	消化系统疾病	618
第四篇	泌尿系统疾病	642
第五篇	血液系统疾病	661
第六篇	内分泌系统及代谢疾病	670
第七篇	风湿性疾病	685
第八篇	理化因素所致疾病	694

内科学学习题集

第一篇	呼吸系统疾病	第一章
第二篇	循环系统疾病	第二章
第三篇	消化系统疾病	第三章
第四篇	泌尿系统疾病	第四章

第一篇

呼吸系统疾病

第一章 总论

I. 教学目的和要求

1. 了解呼吸系统疾病对我国人民健康危害仍是很大的，其防治任务艰巨。
2. 了解呼吸系统的结构功能与疾病的关系，呼吸系统疾病的诊断。
3. 了解呼吸系统疾病的防治展望。

II. 讲授内容和要点

1. 呼吸系统疾病是我国的常见病。
2. 呼吸系统的结构功能与疾病的关系。
3. 影响呼吸系统疾病的主要因素。
 - (1) 大气污染和吸烟。
 - (2) 吸入性变应原增加。
 - (3) 肺部感染病原学变异及耐药性的增加。
4. 呼吸系统疾病的诊断 病史、症状、体征、实验室和其他检查。
5. 呼吸系统疾病防治展望。
 - (1) 肺结核患病率仍很高，疫情下降不平衡。
 - (2) 肺部感染、慢性阻塞性肺病、肺癌等仍严重威胁人民健康。
 - (3) 提高对呼吸系统疾病的早期诊断率。
 - (4) 提高对呼吸危重病人的抢救能力。

III. 复习思考题

1. 如何理解呼吸系统结构功能与呼吸系疾病的关系。
2. 结合《诊断学》呼吸系统疾病的常见症状和体征。

第二章 肺部感染性疾病

I. 教学目的和要求

1. 掌握社区获得性肺炎和医院获得性肺炎的定义、诊断标准、常见病原体、抗生素治疗原则，掌握重症肺炎的诊断标准和治疗。
2. 熟悉肺炎的病因、发病机制和病理，熟悉肺炎的诊断方法，评估肺炎严重程度的危险因素。
3. 了解肺炎的分类，了解确定肺炎病原体的方法。

II. 重点和难点

1. 重点 社区获得性肺炎和医院获得性肺炎的定义、诊断标准、常见病原体、抗生素治疗原则，以及重症肺炎的诊断标准和治疗。
2. 难点 肺炎的诊断，评估肺炎严重程度的危险因素。

III. 讲授内容和要点

第一节 肺炎概述

一、定义

肺炎 (pneumonia) 是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症，可由病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。细菌性肺炎是最常见肺炎。

二、病因、发病机制和病理

病原体和宿主因素、肺炎感染途径。

三、分类

1. 解剖分类 大叶性；小叶性；间质性肺炎。
2. 病因分类 细菌性肺炎；非典型病原体肺炎；病毒性肺炎；肺真菌病等。
3. 患病环境分类 社区获得性肺炎 (community acquired pneumonia, CAP)、医院获得性肺炎 (hospital acquired pneumonia, HAP)。

社区获得性肺炎 是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症，包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。

医院获得性肺炎 是指患者入院时不存在、也不处于感染潜伏期，而于入院 48

小时后在医院（包括老年护理院、康复院）内发生的肺炎。

四、临床表现

咳嗽、咳痰、呼吸困难、呼吸窘迫，湿性啰音、语颤增强等，主要决定于病原体和宿主的状态。

五、肺炎的诊断

1. 确定诊断 鉴别诊断肺结核、肺癌、急性肺脓肿、肺栓塞、非感染性肺浸润。

2. 评估严重程度 三个主要因素：局部炎症程度、肺部炎症的播散、全身炎症反应程度。

重症肺炎标准如下：主要标准：①需要有创机械通气；②感染性休克需要血管收缩剂治疗。次要标准：①呼吸频率 ≥ 30 次/分；②氧合指数（ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ） ≤ 250 ；③多肺叶浸润；④意识障碍/定向障碍；⑤氮质血症（ $\text{BUN} \geq 20\text{mg/dl}$ ）；⑥白细胞减少（ $\text{WBC} < 4.0 \times 10^9/\text{L}$ ）；⑦血小板减少（血小板 $< 10.0 \times 10^9/\text{L}$ ）；⑧低体温（ $T < 36^\circ\text{C}$ ）；⑨低血压，需要强力的液体复苏。符合1项主要标准或3项次要标准以上者可诊断为重症肺炎，考虑收入ICU治疗。

3. 确定病原体 获取标本的方法：痰、经纤维支气管镜或人工气道吸引的标本、防污染毛刷样本、BAL、经皮细针抽吸、血和胸腔积液培养、尿抗原试验。

六、治疗

经验性抗菌治疗和针对病原体治疗。

（一）CAP

1. 青壮年、无基础疾病 青霉素类、第一代头孢菌素；
2. 耐药肺炎链球菌所致肺炎 对呼吸道感染有特效的氟喹诺酮类；
3. 老年人、有基础疾病或需要住院 氟喹诺酮类、第二、三代头孢菌素、 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂，或厄他培南，可联合大环内酯类。

（二）HAP

第二、三代头孢菌素、 β -内酰胺类/ β -内酰胺酶抑制剂，氟喹诺酮类或碳青霉烯类。

（三）重症肺炎

原则：广谱、足量、联合。

CAP： β -内酰胺类联合大环内酯类或氟喹诺酮类；

HAP：氟喹诺酮类或氨基糖苷类联合抗假单胞菌活性的 β -内酰胺类、广谱青霉素/ β -内酰胺酶抑制剂、碳青霉烯类的任何一种，必要时联用万古霉素、替考拉宁或利奈唑胺。

抗菌药物疗程至少5天，大多数需7~10天或更长疗程，如体温正常48~72小时，无肺炎任何一项临床不稳定征象可停用抗菌药物。肺炎临床稳定标准为：① $T \leq 37.8^\circ\text{C}$ ；②心率 ≤ 100 次/分；③呼吸频率 ≤ 24 次/分；④血压收缩压 $\geq 90\text{mmHg}$ ；⑤呼吸室内空气条件下动脉血氧饱和度 $\geq 90\%$ 或 $\text{PaO}_2 \geq 60\text{mmHg}$ ；⑥能够口服进食；

⑦精神状态正常。

第二节 细菌性肺炎

肺炎链球菌肺炎

由肺炎链球菌 (streptococcus pneumonia) 引起的肺炎, 占社区获得性肺炎的半数。肺炎链球菌为革兰染色阳性球菌, 致病力是由于多糖荚膜对组织的侵袭作用。

一、临床表现

1. 症状 有上感的前驱症状。起病多急骤, 高热、寒战, 体温通常在数小时内升至 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 。胸痛, 痰少, 呈铁锈色。

2. 体征 急性病容, 面颊绯红, 鼻翼扇动, 口角及鼻周单纯疱疹; 病变广泛时可出现发绀。早期肺部体征可无明显异常。肺实变时叩诊呈浊音、触觉语颤增强, 可闻及支气管呼吸音。消散期可闻及湿啰音。严重时伴发休克、ARDS 及神经精神症状。累及脑膜时有颈抵抗及病理性反射。自然病程 1~2 周。

二、实验室检查

血白细胞计数 $(10\sim 20) \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞在 80% 以上, 核左移。痰培养 24~48 小时可以确定病原体。重症者应做血培养。

三、X 线检查

大片炎症浸润阴影或实变影, 实变阴影中可见支气管充气征。多数病例 3~4 周后才完全消散。

四、诊断与鉴别诊断

根据典型症状与体征, 结合胸部 X 线检查, 易做出初步诊断。病原菌检测是确诊本病的主要依据。鉴别诊断参阅肺炎概述。

五、治疗

1. 抗菌药物治疗 一经诊断即应给予抗生素治疗, 不必等待细菌培养结果。首选青霉素 G: 成年轻症患者, 240 万 U/d, 分 3 次肌内注射, 或普鲁卡因青霉素每 12 小时肌内注射 60 万 U。病重者, 宜用青霉素 G 240 万~480 万 U/d, 分次静脉滴注, 每 6~8 小时 1 次; 重症及并发脑膜炎者, 可增至 1000 万~3000 万 U/d, 分 4 次静脉滴注。对青霉素过敏或耐药者, 可用氟喹诺酮类、头孢噻肟或头孢曲松等药物, 多重耐药者可用万古霉素、替考拉宁等。

2. 支持疗法。

3. 并发症的处理。

葡萄球菌肺炎

葡萄球菌肺炎 (staphyococcal pneumonia) 是由葡萄球菌所引起的急性肺部化

脓性感染。病情较重，常发生于免疫功能已经受损的病人，如糖尿病、血液病、肝病以及原已患有支气管-肺病者。

一、病因、发病机制和病理

葡萄球菌为革兰染色阳性球菌，致病因素为毒素和酶。呼吸道吸入肺炎呈大叶性分布或广泛融合支气管肺炎。皮肤感染灶中的葡萄球菌经血循环而产生肺部感染，引起单个或多发性肺脓肿。

二、临床表现

起病急骤，有高热、寒战、胸痛，痰为脓性，量多，带血丝或呈粉红色乳状。毒血症症状明显。病重者可早期出现周围循环衰竭。两肺散在湿啰音。气胸和脓气胸相应体征。

三、X线

显示肺段或肺叶实变，或呈小叶样浸润，有单个或多发的液气囊腔。X影的易变性是金葡菌肺炎的另一重要特征。

四、诊断及诊断依据

根据全身毒血症状、咳嗽、脓血痰、血白细胞计数增高，中性粒细胞比例增加，核左移并有毒性颗粒，X线表现，可作出初步诊断。细菌学检查是确诊的依据，可行痰、胸腔积液、血和肺穿刺物培养。

五、治疗

强调应早期清除引流原发病灶，选用敏感的抗菌药物。半合成青霉素或头孢菌素，联合氨基糖苷类。对 MRSA 可用万古霉素、替考拉宁等。

第三节 其他病原体所致肺部感染

肺炎支原体肺炎

肺炎支原体肺炎 (mycoplasmal pneumonia) 是由肺炎支原体 (mycoplasma pneumoniae) 引起的呼吸道和肺部的急性炎症改变。常同时有咽炎、支气管炎和肺炎。肺炎支原体是介于细菌和病毒之间，主要通过呼吸道传播。

一、临床表现

潜伏期 2~3 周，起病较慢。症状主要为乏力、咽痛、头痛、咳嗽、发热。发热持续 2~3 周，体温正常后可仍咳嗽。肺外表现更常见。胸部体检可无明显体征。

二、实验室检查和其他检查

血白细胞总数正常或略增高，以中性粒细胞为主。起病 2 周后，约 2/3 的患者冷

凝集试验阳性，滴度大于 1:32，如滴度逐步升高，更有诊断价值。血清支原体 IgM 抗体测定可确诊。X 线显示肺部多种形态的浸润影，呈节段性分布，以肺下野为多见。

三、诊断及鉴别诊断

需综合临床表现、X 线表现及血清学检查结果作出诊断。血清学试验有一定参考价值。本病应与病毒性肺炎、军团菌肺炎等鉴别。

四、治疗

早期使用适当抗生素可减轻症状，缩短病程。有自限性，多数病例不经治疗可自愈。大环内酯类抗生素是首选药物。氟喹诺酮类、四环素类也用于治疗。疗程一般 2~3 周。青霉素或头孢菌素类等抗生素无效。

病毒性肺炎

病毒性肺炎 (viral pneumonia) 是上呼吸道病毒感染、向下蔓延所致的肺部炎症，可发生在免疫功能正常或抑制的儿童和成人。常见病毒是甲、乙型流感病毒、腺病毒等。

一、临床表现

通常临床症状较轻，但起病较急，发热、头痛、全身酸痛、倦怠，小儿或老年人易发生重症病毒性肺炎，甚至休克、心衰、呼衰、急性呼吸窘迫综合征等。

二、实验室检查和其他检查

X 线检查可见肺纹理增多，小片或广泛浸润，严重者双肺弥漫性结节浸润。

三、诊断及诊断依据

依据为临床症状及 X 线改变，排除其他病原体肺炎。确诊有赖于病毒分离、血清学检查和病毒抗原的检测。

四、治疗

以对症治疗为主，原则上不宜用抗生素预防感染，一旦明确已合并细菌感染，应及时选用敏感抗生素。抗病毒药物：利巴韦林、阿昔洛韦、更昔洛韦等。

传染性非典型肺炎

传染性非典型肺炎是由 SARS 冠状病毒 (SARS-CoV) 引起的一种具有明显传染性、可累及多个器官系统的特殊肺炎，WHO 将其命名为严重急性呼吸综合征 (severe acute respiratory syndrome, SARS)。

一、发病机制和病理

通过短距离飞沫、气溶胶或接触污染的物品传播。发病机制未明。

二、临床表现

潜伏期 2~10 天。起病急骤，多以发热为首发症状，体温大于 38℃，可有寒战，咳嗽、少痰。多无上呼吸道卡他症状。肺部体征不明显，部分患者可闻及少许湿啰音，或有肺实变体征。

三、实验室和其他检查

外周血白细胞计数一般不升高，或降低，常有淋巴细胞减少，可有血小板降低。

胸部 X 线早期可无异常，1 周内逐渐出现肺纹理间质性改变，典型为磨玻璃影及肺实变影。2~3 天内波及一侧肺或两肺，约半数波及双肺。病灶多在中下叶并呈外周分布。CT 可见碎石路样改变、细支气管扩张和少量胸腔积液。后期部分患者肺部有纤维化改变。

病原诊断早期可用鼻咽部冲洗/吸引物、血、尿、便等标本行病毒分离和聚合酶链反应 (PCR)。

四、诊断及鉴别诊断

有与 SARS 患者接触或传染给他人的病史，起病急、高热、有呼吸道和全身症状，血白细胞计数正常或降低，有胸部影像学变化，配合 SARS 病原学检测阳性，排除其他表现类似的疾病，可以作出 SARS 的诊断。但需和其他感染性和非感染性肺部病变鉴别，尤其注意与流感鉴别。

五、治疗

一般性治疗和抗病毒治疗请参阅本节病毒性肺炎。重症酌情使用糖皮质激素，具体剂量及疗程应根据病情而定。低氧血症患者，持续使用无创机械通气至病情缓解，如效果不佳或出现 ARDS，应及时进行有创机械通气治疗。注意器官功能的支持治疗。

高致病性人禽流感病毒肺炎

人禽流感是由禽甲型流感病毒某些亚型中的一些毒株引起的急性呼吸道传染病，可引起肺炎和多器官功能障碍 (MODS)。

一、发病机制和病理

人感染 H5N1 迄今的证据符合禽-人传播，可能存在环境-人传播，还有少数未得到证据支持的人-人传播。尸检可见高致病性人禽流感病毒肺炎有严重肺损伤伴弥漫性肺泡损害。

二、临床表现

潜伏期 1~7 天，大多数在 2~4 天。主要症状为发热，体温大多持续在 39℃ 以上，可伴有流涕、鼻塞、咳嗽。重症者可出现高热不退，发展迅速，有临床表现明显

的肺炎，出现 ARDS、多脏器功能衰竭、休克等多种并发症。可继发细菌感染，发生败血症。

三、实验室和其他检查

外周血白细胞不高或减少，尤其是淋巴细胞减少；并有血小板减少。病毒抗原及基因检测可从呼吸道标本中分离出禽流感病毒。影像学检查表现为肺内片状影。重症者进展迅速，呈大片毛玻璃样影及肺实变影，后期为双肺弥漫性实变影，可合并胸腔积液。

四、治疗

凡疑诊或确诊 H5N1 感染的患者都要住院隔离，进行临床观察和抗病毒治疗。除了对症治疗以外，尽早口服奥司他韦。重症高致病性人禽流感病毒肺炎患者，需通气支持，并且加强监护，防治多脏器功能障碍。也可用糖皮质激素治疗，但效果尚未肯定。 α -干扰素同时具有抗病毒和免疫调节活性，也可试用。有条件者，可试用康复患者血清。

肺真菌病

肺部真菌病是最常见的深部真菌病，病理改变可有过敏、化脓性炎症反应或形成慢性肉芽肿。X 线表现可为支气管肺炎、大叶性肺炎，弥漫性小结节，乃至肿块状阴影和空洞。由于肺真菌病临床表现无特异性，诊断时必须综合考虑宿主因素、临床特征、微生物学检查和组织病理学资料，病理学诊断仍是肺真菌病的金标准。

肺念珠菌病

肺念珠菌病 (pulmonary candidiasis) 是由白色念珠菌或其他念珠菌所引起的急性、亚急性或慢性肺炎。近年非白念珠菌 (如热带念珠菌、光滑念珠菌、克柔念珠菌等) 感染有升高的趋势。

一、两种临床类型

也是病程发展中的两个阶段。

1. 念珠菌支气管炎 阵发性刺激性咳嗽，咳多量白泡沫黏性痰，X 线显示两肺中下野纹理增粗。

2. 念珠菌肺炎 发热、畏寒，咳白色泡沫黏痰，或呈胶冻状，有时咯血。X 线显示两下肺支气管纹理增多，纤维条索影伴散在大小形状不一的结节影；或融合成片，可形成空洞。

二、诊断

健康人痰中可查见念珠菌。诊断肺念珠菌病，要求连续 3 次以上痰培养有念珠菌生长，涂片可以查见菌丝，或经动物接种证明有致病力。