

现代内科疾病 诊疗新进展

(上) 许维涛等◎编著

现代内科疾病诊疗新进展

(上)

许维涛等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

现代内科疾病诊疗新进展/ 许维涛等编著. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2016. 6
ISBN 978-7-5578-0731-3

I. ①现… II. ①许… III. ①内科—疾病—诊疗
IV. ① R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第133464 号

现代内科疾病诊疗新进展

XIANDAI NEIKE JIBING ZHENLIAO XIN JINZHAN

编 著	许维涛等
出 版 人	李 梁
责任编辑	隋云平 端金香
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	930千字
印 张	309
版 次	2016年6月第1版
印 次	2017年6月第1版第2次印刷

出 版	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 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-0731-3
定 价 150.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

编 委 会

主 编

许维涛	枣庄矿业集团中心医院
庞彩苓	潍坊市中医院
韩 晶	潍坊哮喘病医院
李 静	枣庄市峰城区人民医院
王小静	德州联合医院
刘延臣	聊城市妇幼保健院

副主编

闫振华	汝州市中医院
熊丽桂	湖北省中医院
郭亚利	平顶山市第一人民医院
刘 楠	中国人民解放军第四零一医院
刘翠翠	中国人民解放军第八十九医院

编 委

(按姓氏拼音字母排序)

陈 鹤	郭亚利	韩 晶	胡江东
柯 堃	李 朵	李 静	李彦芳
刘翠翠	刘 楠	刘延臣	庞彩苓
王小静	熊丽桂	许维涛	闫振华

前言

内科学是现代医学的根基,熟练掌握内科学的知识,对于初入医学大门的临床医师来说是非常重要的。随着现代科技水平的日新月异,医学的发展也是日益专业化。随着医学的快速发展,每一学科都愈来愈细分,愈来愈专业化。现阶段的医学著作往往只限于一个专科或亚专科,缺乏大内科层面较为系统的论述,而临床一线的医师,尤其是在基层医院工作的医师,每天面对的各种内科疾病患者,迫切需要了解各种常见内科疾病的新理论、新指南及新的诊疗技术。

现为满足基层临床医师的工作需求,我们特组织一批有丰富临床经验的内科各专业的专家、学者,以内科各系统常见疾病为纲,全面且系统的介绍了内科相关基础概念以及新理论、新技术。以便于内科医师了解和掌握内科常见疾病的最新诊疗手段,使之在日常工作中能够遵循指南,合理诊疗,给患者提供最佳的诊疗方案。全书内容贴近临床,知识系统,兼容并用、语言简练、注重更新,适合基层临床内科医师及相关专业医师参考阅读。

本书的编者们长期工作在繁忙的医、教、研第一线,在编写过程中付出了艰辛的劳动,再次向各位编者致以诚挚的谢意。由于本书参与编写人员较多,文笔不尽一致,繁简程度也不尽相同,加之编者水平有限,书中不足之处在所难免,唯盼诸位同道及广大读者不吝斧正,以期再版时修订完善。

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 先天性肺疾病	(1)
第二节 急性上呼吸道感染	(6)
第三节 急性气管-支气管炎	(9)
第四节 慢性阻塞性肺疾病	(11)
第五节 肺源性心脏病	(23)
第六节 肺不张	(29)
第七节 支气管扩张症	(33)
第八节 支气管哮喘	(37)
第九节 肺炎	(42)
第十节 肺真菌病	(60)
第十一节 肺脓肿	(75)
第十二节 肺结核	(78)
第十三节 肺栓塞	(82)
第十四节 间质性肺病	(94)
第十五节 呼吸衰竭	(125)
第十六节 胸膜疾病	(130)
第十七节 肺部肿瘤	(159)
第十八节 肺动脉高压	(164)
第十九节 急性呼吸窘迫综合征	(167)
第二十节 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	(177)
第二十一节 部分与免疫或变态反应相关的肺部疾病	(180)
第二十二节 呼吸支持技术	(190)
第二十三节 感冒	(197)
第二十四节 咳嗽	(199)
第二十五节 喘证	(202)

第二章 循环系统疾病	(205)
第一节 心力衰竭	(205)
第二节 心律失常	(219)
第三节 冠心病	(249)
第四节 高血压	(272)
第五节 心脏瓣膜病	(279)
第六节 心肌病	(283)
第七节 心包疾病	(298)
第八节 周围血管病	(301)
第九节 心悸	(305)
第十节 胸痹心痛	(307)
第十一节 眩晕	(310)
第三章 消化系统疾病	(313)
第一节 反流性食管炎	(313)
第二节 慢性胃炎	(315)
第三节 胃下垂	(319)
第四节 胃癌	(321)
第五节 消化性溃疡	(329)
第六节 肝硬化	(331)
第七节 肝癌	(336)
第八节 淤胆型肝炎	(347)
第九节 脂肪肝	(350)
第十节 胆囊炎和胆石症	(353)
第十一节 急性胰腺炎	(357)
第十二节 慢性胰腺炎	(359)
第十三节 肠易激综合征	(361)
第十四节 溃疡性结肠炎	(363)
第十五节 胃痛	(366)
第十六节 呕吐	(369)
第十七节 泄泻	(372)
第十八节 呃逆	(375)
第十九节 痢疾	(378)
第二十节 胁痛	(380)
第二十一节 黄疸	(382)
第二十二节 便秘	(385)
第二十三节 噎膈	(387)

第二十四节 鼓胀	(390)
第二十五节 积聚	(392)
第四章 血液系统疾病	(395)
第一节 缺铁性贫血	(395)
第二节 再生障碍性贫血	(396)
第三节 白血病	(399)
第四节 淋巴瘤	(412)
第五节 多发性骨髓瘤	(417)
第六节 过敏性紫癜	(420)
第七节 特发性血小板减少性紫癜	(425)
第八节 虚劳	(427)
第五章 肾脏疾病	(433)
第一节 肾小球肾炎	(433)
第二节 肾病综合征	(440)
第三节 IgA 肾病	(448)
第四节 间质性肾炎	(452)
第五节 肾小管性酸中毒	(458)
第六节 狼疮性肾炎	(462)
第七节 糖尿病肾病	(468)
第八节 肾功能衰竭	(472)
第九节 尿路结石	(484)
第十节 血栓性微血管病	(486)
第十一节 血液净化治疗	(491)
第十二节 肾移植	(503)
第十三节 水肿	(514)
第十四节 淋证	(517)
第十五节 腰痛	(519)
第六章 内分泌系统疾病	(522)
第一节 神经性厌食症	(522)
第二节 腺垂体功能减退症	(524)
第三节 肾上腺危象	(527)
第四节 单纯性甲状腺肿	(529)
第五节 甲状腺功能亢进症	(532)
第六节 甲状腺肿瘤	(536)

第七节	原发性甲状旁腺功能亢进症·····	(540)
第八节	甲状旁腺功能减退症·····	(544)
第九节	库欣综合征·····	(549)
第十节	嗜铬细胞瘤·····	(558)
第十一节	原发性醛固酮增多症·····	(562)
第十二节	内伤发热·····	(566)
第七章	风湿免疫系统疾病·····	(569)
第一节	类风湿关节炎·····	(569)
第二节	系统性红斑狼疮·····	(575)
第三节	成年人斯蒂尔病·····	(579)
第四节	骨关节炎·····	(587)
第五节	白塞病·····	(590)
第六节	干燥综合征·····	(596)
第七节	痛风·····	(602)
第八章	传染性疾病·····	(608)
第一节	病毒性肝炎·····	(608)
第二节	麻疹·····	(615)
第三节	艾滋病·····	(620)
参 考 文 献	·····	(623)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 先天性肺疾病

一、肺发育不全

先天性肺未达到正常发育程度称肺发育不全,是先天性肺疾病中较多见的一种。

【病理】

胚胎后期发育发生障碍,此时已形成支气管、肺实质和血管系统,但支气管末端为结缔组织或囊肿样结构,无肺泡或虽有肺泡但存在不同程度的发育不全。肺发育不全可发生在一侧肺或一叶肺,多见于左上叶、右上叶合并中叶。常伴有先天性心脏病、膈疝、脊柱侧弯等先天性畸形。

【诊断】

- 1.临床表现 可无症状。多数患者易患呼吸道感染、咳嗽咳痰,重时伴呼吸困难。
- 2.X线 上叶发育不全,多呈现气囊肿样阴影,水平裂或斜裂上移。中下叶发育不全则表现为气性囊肿或心膈角处呈三角形密度增高影。必要时应行心导管检查或心血管造影。
- 3.鉴别诊断 此病需与中叶不张、肺囊肿、肺隔离症或支气管扩张相鉴别。

【治疗】

无症状者不需治疗,长期随访。有症状者行选择性肺叶或肺段切除。

二、肺未发生和肺未发育

胚胎肺发育障碍,导致肺、支气管、血管系统缺如,称肺未发生。肺胚芽已发生,但停滞在初级阶段,称肺未发育。两者仅在组织学上有所差异(后者可看到支气管残迹,亦无肺实质及

血管系统)。

【病因】

胚胎发育障碍所致。

【病理】

双侧肺未发生或未发育多伴无脑畸形或其他畸形,产下即死亡。单侧者左右患病率大致相等,仅有一侧肺,一个主支气管,无隆突,一侧有动脉,肺泡代偿性增生,肺体积增大,但无气管分支、肺动脉分支稀少。

【诊断】

1.临床表现 新生儿期即有缺氧表现,气促、呼吸困难、发绀,常夭折。也有患者无症状,可正常生活,体检时偶尔发现。多数患者有反复呼吸道感染病史。体检患者胸部不对称,患侧呼吸音低。但可由于健侧肺代偿肥大疝入患侧,致双侧肺呼吸音无明显差异。可能伴有其他先天性畸形。

2.X线检查 胸片显示患侧均匀一致不透光,肋间隙缩小,气管、心脏移位。断层及支气管造影均见单一主支气管与气管州连。纤维支气管镜能发现无隆突,而血管造影则仅见一侧肺动脉。

3.鉴别诊断 需与先天性心脏病、新生儿透明肺、单侧肺不张、严重纤维胸相鉴别。

【治疗】

无症状者无需治疗,有感染者抗生素治疗,伴有其他先天性畸形可进行手术治疗。

三、透明肺

肺组织对X线的透过率过高,肺血管影稀疏而少即称透明肺。它不是一个独立的病名,可见于多种疾病,如阻塞性肺气肿、代偿性肺气肿、肺大疱、单侧透明肺综合征等。

【病因】

先天性单侧或单叶透明肺为大气管发育异常或感染所致,特发性单侧或单叶透明肺病因不明。

【病理】

1.先天性单叶或单侧透明肺或新生儿性单叶透明肺,约一半合并先天性心脏病。如为一叶性则左上叶最多见,其次为右中叶。病理类型有三种:

- (1)肺泡数目多;
- (2)肺泡发育和数目正常,仅有局部肺气肿;
- (3)肺发育不全伴局部肺气肿。

2.特发性单叶或单侧透明肺,推测与婴儿期反复感染继发肺动脉发育不全有关。病理为慢性炎症。

【诊断】

(一)临床表现

1.先天性单侧透明肺 约 1/4 患者出生后即有症状,50% 的患者在产后 1 个月出现症

状,极少数在半岁以后发病。表现为呼吸困难进行性加重,伴咳嗽、发绀,严重时喂食困难。呼吸、心率增快。体征有胸廓不对称,病例叩诊呈过清音,呼吸音低,气管向健侧移位。

2.特发性单侧透明肺 可无症状,在体检时发现。也可有反复咳 X、发热、咯血、呼吸困难等,其进展较先天性透明肺慢。体征同先天性透明肺。

(二)特殊检查

1.X线平片 一侧或一叶肺过度透光。病变部位容积增大,血管纹理稀少。透视下病变部位不随呼吸运动舒缩。因呼气时病变部位不能很好排空,保持膨胀状态,以致可能出现纵隔摆动。

2.心导管和血管造影 对先天性透明肺可了解异常血管和有无心脏畸形。特发性透明肺血管稀少纤细。

3.核素肺扫描 肺实质灌注减少。

4.支气管造影 特发性单侧透明肺表现出特殊型支气管扩张,病变一般在4~6级支气管,远端突然截断或呈枪尖状,有囊状或柱状扩张,5~6级以下支气管及肺泡不充盈,呈干树枝样,借此可与先天性透明肺相鉴别。先天性透明肺支气管造影显示受累支气管远端不完全充盈。

5.纤维支气管镜 特发性单侧透明肺显示支气管黏膜充血、水肿、增厚。

(三)鉴别诊断

特发性单侧透明肺需与先天性单侧透明肺相鉴别。前者发病年龄多大于20岁,病情较轻,支气管造影表现出特殊型支气管扩张。后者发病年龄多小于半岁,病情较重。特发性单侧透明肺还需与肺动脉先天性不发育或发育不全相鉴别。后者肺动脉造影即可发现缺如的或发育不全的肺动脉。放射性核素扫描肺动脉未发育者,肺血流减少,支气管通畅,通气功能正常。而前者肺血流及通气功能均减低。

【治疗】

1.先天性单侧透明肺 若有严重呼吸困难及发绀,考虑为张力性肺气肿时,需紧急手术切除肺叶。术后效果良好。

2.特发性单侧透明肺 无症状者无需治疗,症状轻者给予对症治疗。症状重、反复咯血者手术切除病变部位。手术预后良好。

四、肺隔离症

肺隔离症是呼吸系统中较常见的先天性畸形,由于胚胎时期部分肺组织与正常肺分离造成。

【病因】

可能是胚胎时异常血管牵拉所致。

【病理】

肺隔离症依其所在部位分为叶内型和叶外型。叶内型存在于肺内,上叶少见,2/3位于左

下叶,1/3 位于右下叶,60%~70%与支气管树相通。血供来自降主动脉、腹主动脉、肋间动脉、主动脉弓。部分为多支动脉供血,异常动脉多在肺下韧带内。静脉回流多入肺静脉。叶外型有自身独立的脏层胸膜,其中90%与左膈肌有关,常封闭于左下叶与膈肌之间或膈下。血供多来自腹主动脉,静脉回流多入下腔静脉,产生左右分流,可与食管或胃相通。

【诊断】

(一)临床表现

无特异性。与正常支气管相通者反复发生同部位肺部感染为特点。可有发热、咳嗽、胸痛、乏力、咯血。叶外型常合并膈疝、先天性心脏病、先天性结肠重叠畸形等。

(二)X线表现

1.胸部平片 多表现为长椭圆形囊状或肿块状病变。囊状病变可为1个或多个囊腔,部分囊腔可有小液平,与支气管相通者常有感染,周围有炎性浸润。不通者囊腔边缘光滑。囊肿可随呼吸运动变形。肿块状病变可呈多种形态,边缘清楚,与良性肿瘤相似。

2.正常肺脏支气管受隔离肺压迫而移位,支气管部分充盈不全、粗细不等。造影剂很少进入囊腔。

3.异常动脉影 若异常动脉来自胸主动脉,胸片上表现为直径约10mm的指向后方的血管影。可借助透视观察其有无搏动而加以证实。

4.动脉造影 包括数字减影血管造影,这是确诊手段,可以直接显示异常动脉的来源、行程、数目等,对手术治疗参考意义很大。

(三)鉴别诊断

肺隔离症需与肺囊肿、支气管扩张、肺脓肿、肺肿瘤、肺包囊虫等相鉴别。与前三种疾病不易鉴别。肺肿瘤的患者一般年龄较大,而肺包囊虫患者有接触史。

【治疗】

根治方法为手术切除。病变切除后恢复良好,但手术应小心细致,异常动脉弹性差,可能引起致命性大出血。若无症状可暂不手术。急性感染时用抗生素治疗。

五、先天性支气管囊肿

先天性支气管囊肿是较为常见的一种呼吸系统先天性畸形。由于胚胎时期,支气管肺组织局限伴发育障碍所致。

【病因】

胚胎发育期间,在某种因素影响下,支气管的一段或多段与肺芽分离成为盲囊,其内含黏液或空气。有人认为发育异常早的位于纵隔和肺门,发育异常较晚的位于肺内。

【病理】

囊肿为单个或多个,肺内者多在上肺,与支气管相通者易合并感染。5%的患者伴有其他先天性畸形,如多囊肾、多囊肝。

【诊断】

1.临床表现 临床表现的有无及轻重,与囊肿的大小、位置和有并发症相关。小囊肿、不与支气管相通的囊肿可无任何症状,多是做X线检查或尸解时偶尔发现。而大囊肿,离支气管较近的可出现压迫症状,如咳嗽、喘鸣、呼吸困难。与支气管相通的囊肿易继发感染,发热、咳嗽、脓痰、咯血。若囊肿与支气管相通部位为活瓣形,则囊内压力升高,形成张力性囊肿,引起呼吸循环障碍,出现发绀、呼吸困难,甚至危及生命。囊肿破溃入胸腔,引起自发性气胸或脓气胸。

2.X线表现 X线是诊断的重要手段。单个黏液囊肿呈界限清晰的圆形或椭圆形致密影。气囊肿为薄壁透亮影。直径2~10cm,其形状及大小用X线动态观察,无明显变化。电视透视对单个囊肿诊断是一种有效的手段。与支气管相通的囊肿吸气时增大,呼气时缩小;不与支气管相通者则吸气时块影受压变形,呼气时复至原状;多囊性病变表现为蜂窝状阴影。囊内可有液平。

3.鉴别诊断 含液囊肿需与肺癌、结核球、错构瘤相鉴别。含气囊肿需与结核空洞和支气管扩张相鉴别。张力性囊肿需与张力性气胸相鉴别。合并感染的囊肿需与肺脓肿相鉴别。

【治疗】

明确诊断的,除无症状的单个小囊肿可由内科观察外均应手术。有症状的,与其他疾病难以鉴别的也应手术。多发性囊肿并感染的,在感染控制后,若肺功能允许,可做选择性切除。

六、肺动静脉瘘

肺动静脉瘘多为先天性血管畸形。末梢性肺微血管发育缺陷,肺动脉肺静脉之间无正常毛细血管网,两者直接吻合,形成异常沟通,造成右向左分流。亦称动静脉瘤、肺血管瘤、肺血管扩张、血管性错构瘤。偶见后天获得性动静脉瘘。

【病因】

先天性的如前述,获得性的可见于某些疾病(如甲状腺瘤、肺气肿等)引起的血管间异常交通。

【病理】

胚胎发育过程中,血管间隔形成障碍,肺动脉分支不经毛细血管网,直接与肺静脉分支相通。偶尔注入的血可来自支气管动脉和其他体循环动脉(胸主动脉、乳房内动脉、肋间动脉或冠状动脉)。此处血管壁较薄,逐渐扩张形成囊状。肺动静脉瘘多为单发(约2/3),亦有多发。10%位于两侧。半数病例伴遗传性出血性毛细血管扩张症。肺动静脉瘘多位于下叶。流经此处的血液未经肺泡气体交换即进入体循环。可使动脉血氧分压降低,但动脉血二氧化碳分压不高。

【诊断】

(一)临床表现

微小的肺动静脉瘘无症状,亦无明显体征。较大者可有缺氧症状,如易感疲劳、气短,少数患者可出现咯血,血胸。合并遗传性出血性毛细血管扩张症者可有鼻出血、血尿、消化道出血、

脑血管意外,体检时可见发绀、杵状指(趾),病变邻近的胸壁可闻及连续性血管杂音,以收缩期明显。

(二)X 线表现

1.病变呈圆形或卵圆形阴影,多位于中下肺野,其密度均匀、边界光滑。直径 1~10cm,以 3~6cm 多见。其内侧可能见到与肺门相连的血管阴影。透视下肿块大小随呼吸运动有所改变。

2.少数肺动静脉瘘呈弥漫状,多在一侧肺内出现广泛血管纹理增粗、扭曲,若加断层则能看到一支或多支血管影。

3.血管造影 常用选择性右心室及肺动脉造影,可确定肺动静脉瘘部位、数目、大小、形态。此为确诊手段。

(三)鉴别诊断

1.肺结核瘤 可能有阳性结核病史,病变多位于上叶,常有钙化,周围有卫星灶。

2.炎性假瘤 不易鉴别。部分炎性假瘤出现空洞,有的可显出支气管气相。

3.肺癌 年龄较大,病变周围有毛刺,可能引起阻塞性肺炎。

4.支气管腺瘤 多见于青年,易合并远端感染。纤维支气管镜有助于明确诊断。

5.其他 需排除先天性心脏病和肺动脉高压以及胸壁肿瘤等。

【治疗】

诊断明确的肺动静脉瘘,除两肺多发、广泛分布的病变无法手术外,一般应手术切除。手术切除预后良好。也可以选择经导管栓塞治疗。

(郭亚利)

第二节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是指鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。患者不分年龄、性别、职业和地区。全年皆可发病,冬春季节多发,可通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播,多数为散发性,但常在气候突变时流行。由于病毒的类型较多,人体对各种病毒感染后产生的免疫力较弱且短暂,并且无交叉免疫,同时在健康人群中有病毒携带者,故一个人一年内可有多次发病。

急性上呼吸道感染约 70%~80%由病毒引起。主要有流感病毒(甲、乙、丙型)、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒、风疹病毒等。细菌感染可直接或继病毒感染之后发生,以溶血性链球菌为多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等。偶见革兰阴性杆菌。其感染的主要表现为鼻炎、咽喉炎或扁桃腺炎。

当有受凉、淋雨、过度疲劳等诱发因素,使全身或呼吸道局部防御功能降低时,原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖,引起本病,尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病如鼻旁窦炎、扁桃腺炎、慢性阻塞性肺疾病者更易罹患。

本病不仅具有较强的传染性,而且可引起严重并发症,应积极防治。

【诊断标准】

根据病史、流行情况、鼻咽部发生的症状和体征,结合周围血象和胸部 X 线检查可作出临床诊断。进行细菌培养和病毒分离,或病毒血清学检查、免疫荧光法、酶联免疫吸附法、血凝抑制试验等,可能确定病因诊断。

1. 临床表现 根据病因不同,临床表现可有不同的类型。

(1) 普通感冒俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他,以鼻咽部卡他症状为主要表现。成人多为鼻病毒引起,其次为副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等。起病较急,初期有咽干、咽痒或烧灼感,发病同时或数小时后,可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,2~3 天后变稠。可伴咽痛,有时由于耳咽管炎使听力减退,也可出现流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、声嘶、轻微咳嗽等。一般无发热及全身症状,或仅有低热、不适、轻度畏寒和头痛。检查可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物,咽部轻度充血。如无并发症,一般 5~7 天后痊愈。

(2) 流行性感感冒简称“流感”,是由流行性感感冒病毒引起。潜伏期 1~2 日,最短数小时,最长 3 天。起病多急骤,症状变化很多,主要以全身中毒症状为主,呼吸道症状轻微或不明显。临床表现和轻重程度差异颇大。

① 单纯型最为常见,先有畏寒或寒战、发热,继之全身不适,腰背酸痛、四肢疼痛,头昏、头痛。部分患者可出现食欲不振、恶心、便秘等消化道症状。发热可高达 39~40℃,一般持续 2~3 天。大部分患者有轻重不同的喷嚏、鼻塞、流涕、咽痛、于咳或伴有少量黏液痰,有时有胸骨后烧灼感、紧压感或疼痛。年老体弱的患者,症状消失后体力恢复慢,常感软弱无力、多汗,咳嗽可持续 1~2 周或更长。体格检查:患者可呈重病容,衰弱无力,面部潮红,皮肤上偶有类似麻疹、猩红热、荨麻疹样皮疹,软腭上有时有点状红斑,鼻咽部充血水肿。本型中轻者,全身和呼吸道症状均不显著,病程仅 1~2 日,颇似一般感冒,单从临床表现颇难确诊。

② 肺炎型本型常发生在两岁以下的小儿,或原有慢性基础疾患,如二尖瓣狭窄、肺心病、免疫力低下以及孕妇、年老体弱者。其特点是在发病后 24 小时内可出现高热、烦躁、呼吸困难、咯血痰和明显发绀。全肺可有呼吸音减低、湿啰音或哮鸣音,但无肺实变体征。X 线胸片可见双肺广泛小结节性浸润,近肺门较多,肺周围较少。上述症状可进行性加重,抗菌药物无效。病程 1 周至 1 个月余,大部分患者可逐渐恢复,也可因呼吸循环衰竭在 5~10 日内死亡。

③ 中毒型较少见。肺部体征不明显,具有全身血管系统和神经系统损害,有时可有脑炎或脑膜炎表现。临床表现为高热不退、神志昏迷,成人常有谵妄,儿童可发生抽搐。少数患者由于血管神经系统紊乱或肾上腺出血,导致血压下降或休克。

④ 胃肠型主要表现为恶心、呕吐和严重腹泻,病程约 2~3 日,恢复迅速。

(3) 以咽炎为主要表现的感染:

① 病毒性咽炎和喉炎由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床特征为咽部发痒和灼热感,疼痛不持久,也不突出。当有吞咽疼痛时,常提示有链球菌感染,咳嗽少见。急性喉炎多为流感病毒、副流感病毒及腺病毒等引起,临床特征为声嘶、讲话困难、咳嗽时疼痛,常有发热、咽炎或咳嗽。体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大和触痛,可闻及喘鸣音。

② 疱疹性咽峡炎常由柯萨奇病毒 A 引起,表现为明显咽痛、发热,病程约为 1 周。检查可

见咽充血,软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围有红晕。多于夏季发病,多见于儿童,偶见于成人。

③咽结膜热主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。临床表现有发热、咽痛、畏光、流泪、咽及结膜明显充血。病程 4~6 天,常发生于夏季,游泳中传播。儿童多见。

④细菌性咽-扁桃体炎多由溶血性链球菌引起,次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、葡萄球菌等引起。起病急,明显咽痛、畏寒、发热、体温可达 39℃ 以上。检查可见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、压痛,肺部无异常体征。

2. 实验室检查

(1)血常规:病毒性感染,白细胞计数多为正常或偏低,淋巴细胞比例升高。细菌感染者白细胞计数和中性粒细胞增多以及核左移。

(2)病毒和病毒抗原的测定:视需要可用免疫荧光法、酶联免疫吸附法、血清学诊断和病毒分离鉴定,以判断病毒的类型,区别病毒和细菌感染。细菌培养可判断细菌类型和进行药物敏感试验。

(3)血清 PCT 测定:有条件的单位可检测血清 PCT,有助于鉴别病毒性和细菌性感染。

【治疗原则】

上呼吸道感染病毒感染目前尚无特殊抗病毒药物,通常以对症处理、休息、忌烟、多饮水、保持室内空气流通、防治继发细菌感染为主。

1. 对症治疗 可选用含有解热镇痛、减少鼻咽充血和分泌物、镇咳的抗感冒复合剂或中成药,如对乙酰氨基酚、双酚伪麻片、美扑伪麻片、银翘解毒片等。儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林药物以及其他水杨酸制剂,因为,此类药物与流感的肝脏和神经系统并发症(Réye 综合征)相关,偶可致死。

2. 支持治疗 休息、多饮水、注意营养,饮食要易于消化,特别在儿童和老年患者更应重视。密切观察和监测并发症,抗菌药物仅在明确或有充分证据提示继发细菌感染时有应用指征。

3. 抗流感病毒药物治疗 现有抗流感病毒药物有两类:即离子通道 M_2 阻滞剂和神经氨酸酶抑制剂。其中 M_2 阻滞剂只对甲型流感病毒有效,治疗患者中约有 30% 可分离到耐药毒株,而神经氨酸酶抑制剂对甲、乙型流感病毒均有很好作用,耐药发生率低。

(1)离子通道 M_2 阻滞剂金刚烷胺和金刚乙胺。

①用法和剂量:见表 1-1。

表 1-1 金刚烷胺和金刚乙胺用法和剂量

药名	1~9 岁	10~12 岁	13~16	≥65
金刚烷胺	5mg/(kg·d) 最高 150mg/d,分 2 次	100kg,每天 2 次	100kg,每天 2 次	≤100kg/d
金刚乙胺	不推荐使用	不推荐使用	100kg,每天 2 次	100mg 或 200kg/d

②不良反应:金刚烷胺和金刚乙胺可引起中枢神经系统和胃肠副反应。中枢神经系统副