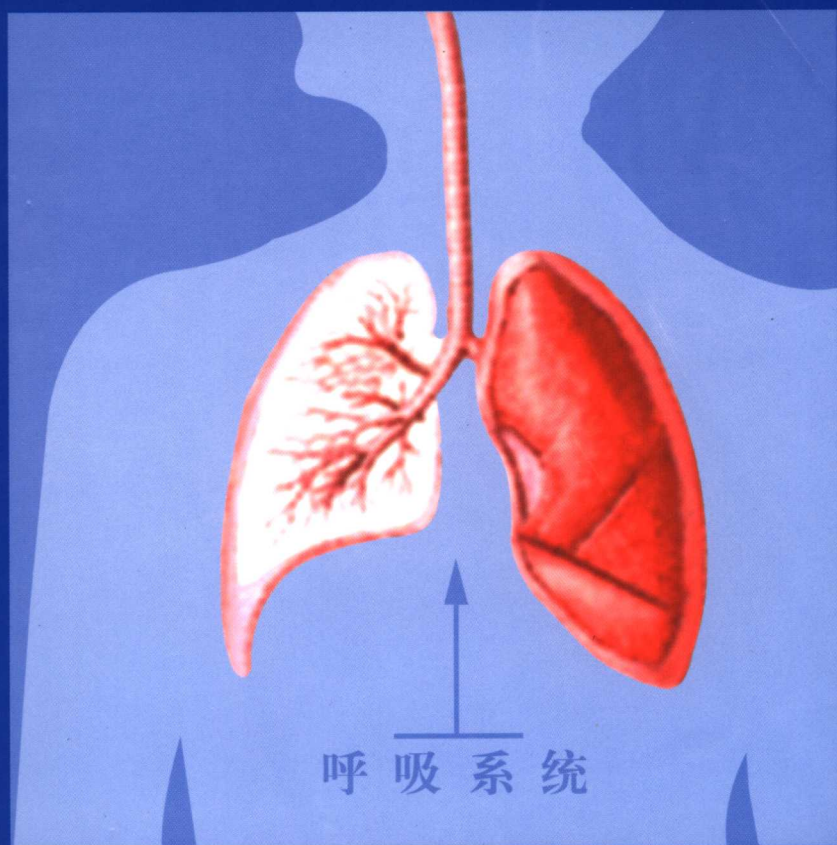


HUXIXITONGJIBING
ZHENLIAOYUHULI

呼吸系统疾病 诊疗与护理

主编 元庆胜等



济南出版社

呼吸系统疾病诊疗与护理

亓庆胜等 主编

济南出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

呼吸系统疾病诊疗与护理/亓庆胜等主编. —济南:
济南出版社, 2005. 8
ISBN 7—80710—120—2

I. 呼... II. 亓... III. ①呼吸系统疾病—诊疗
②呼吸系统疾病—护理 IV. ①R56②R473. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 096906 号

责任编辑 张所建
封面设计 李姝华

出版发行 济南出版社
地 址 济南市经七路 251 号 邮编: 250001
印 刷 莱芜市圣龙印务书刊有限责任公司
版 次 2005 年 8 月第 1 版
印 次 2005 年 8 月第 1 次印刷
开 本 787×1092 毫米 1/16
字 数 380 千字
印 张 20.75
印 数 1—1000 册
定 价 34.50 元

呼吸系统疾病诊疗与护理

主 编	亓庆胜	李庆国	吴玉成	董传海	时永红
副 主 编	刘高强	崔 梅	贾守强	马 民	张强泽
编 委	魏玉叶				
	马 民	王永秀	亓庆胜	刘高强	闫道春
	孙慧珍	时永红	苏风芹	吴玉成	吴 青
	李庆国	李 娜	张强泽	陈 颖	陈俊胜
	苗 芳	苗 鸿	赵兴敏	贾守强	崔 梅
	谢艾香	董传海	魏玉叶		

前 言

呼吸系统疾病既是古老的疾病，又有新的内涵，是危害广、病死率高的疾病。呼吸系统的研究近年来有很大进展，对疾病的认识也应有进一步的提高。因此，临床上需要有一本呼吸系统疾病诊疗与护理方面的专著。本书由十余位专家精心撰写，藉以明确诊治方法，以利于临床之需。

由于广谱抗生素、糖皮质激素及细胞毒药物、免疫抑制剂的应用，细菌谱有明显变化，合理应用抗生素，提高机体免疫力，注意防治医院内交叉感染，减少肺内感染的发生已是当务之急。随着人民生活水平的不断改善，慢阻肺的发病率应大为减少，但事实相反。据我国调查 15 岁以上人群中，慢阻肺发病率高达 1.88%，因此应规劝青少年戒烟，全民动员改善环境污染；对重点高危人群通过小气道功能检测，做出早期诊断，阻止病情恶化；对肺心病病人积极开展康复期治疗，改善通气功能，防止急性发作，提高生活质量，延长病人生命。肺癌的发病率不断增加，定期胸透早期发现、及时治疗，提高治愈率。间质性肺部疾病的防治提到议事日程。呼吸系统危重症抢救水平有待于进一步的提高。传染性非典型肺炎、人禽流感、睡眠性呼吸暂停综合征近年来也有许多研究成果。

本书明确诊治目标并介绍近年来的新疗法。对呼吸系统特殊检查、呼吸系统的药理学、呼吸系统疾病护理要点、呼吸系统选择题各单独成篇，以期引起重视。

本书参阅大量文献，在此向作者表示感谢。由于主编者水平所限，不当之处敬请同道们指正。

编者

2005 年 3 月

目 录

第一篇 呼吸系统疾病诊治标准与新疗法	(1)
第一章 急性上呼吸道感染.....	(1)
第二章 急性气管-支气管炎.....	(4)
第三章 肺炎.....	(6)
第四章 弥漫性泛细支气管炎	(19)
第五章 慢性支气管炎	(21)
第六章 阻塞性肺气肿	(23)
第七章 慢性肺源性心脏病	(29)
第八章 支气管哮喘	(32)
第九章 呼吸衰竭	(44)
第十章 肺脓肿	(50)
第十一章 支气管扩张	(51)
第十二章 气管-支气管巨大症	(52)
第十三章 肺结核病	(55)
第十四章 结节病	(62)
第十五章 支气管肺癌	(65)
第十六章 肺栓塞 (PE)	(75)
第十七章 咯血	(79)
第十八章 自发性气胸	(85)
第十九章 胸腔积液	(89)
第二十章 特发性肺间质纤维化	(93)
第二十一章 韦氏肉芽肿	(96)
第二十二章 肺泡蛋白质沉积症	(98)
第二十三章 睡眠呼吸暂停综合征	(99)
第二十四章 急性呼吸窘迫综合征.....	(101)
第二十五章 高通气综合征.....	(104)
第二十六章 人禽流感.....	(105)
第二十七章 传染性非典型肺炎.....	(109)
第二篇 呼吸系统疾病的特殊检查	(111)

第三篇 呼吸系统疾病药物学	(114)
第一章 抗生素的合理应用及序贯治疗.....	(114)
第二章 各类抗生素的作用特点.....	(117)
第三章 作用于呼吸系统药物.....	(233)
第四篇 呼吸系统疾病护理要点	(254)
第五篇 呼吸系统选择题及解答	(267)
第一章 呼吸系统选择题.....	(267)
第二章 呼吸系统选择题答案.....	(299)
第三章 呼吸系统选择题答案解析.....	(301)

第一篇 呼吸系统疾病诊治标准与新疗法

第一章 急性上呼吸道感染

成年人一般每年有 1~3 次，儿童每年有 2~7 次呼吸道感染，其中约半数是由病毒引起的。儿童上、下呼吸道感染的病原体以病毒为主，成人病毒性呼吸道感染则主要是上呼吸道疾病。上呼吸道感染可分为普通感冒和流行性感冒。

急性病毒性上呼吸道感染

可分为 4 种类型。

一、普通感冒（又称急性鼻炎或上呼吸道卡他）

1. 好发季节为冬春季。
2. 局部鼻咽部症状较重，如喷嚏、鼻塞、流鼻涕、咽痛等，全身症状轻或无。
3. 可见鼻黏膜充血、水肿、有分泌物，咽部轻度充血。
4. 临床分型
 - （1）顿挫型 有上呼吸道症状，在 24 h 小时内消失，但鼻分泌物并不增加。
 - （2）轻型 有明显的上呼吸道症状，鼻分泌物明显增加，全身症状轻或无，自然病程 2~4 d。
 - （3）中度型 局部症状较轻型更为严重，有一定的全身症状，自然病程 1 周左右。
 - （4）重型 有明显的上呼吸道及全身症状，常需休息。
5. 白细胞计数偏低或正常，淋巴细胞比例升高。符合病毒感染白细胞改变。
6. 病毒分离在成人多为鼻病毒，儿童多为呼吸道合胞病毒。

二、病毒性咽炎

1. 秋冬季好发。
2. 症状以咽部炎症为主，可有咽部不适、发痒、灼热感、咽痛等，可伴有眼结合膜炎、发热、乏力等。
3. 体征有咽部明显充血水肿，颌下淋巴结肿大且有触痛。
4. 白细胞计数正常或减少，淋巴细胞比例增高。
5. 病毒分离多为腺病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒等。

三、疱疹性咽峡炎

1. 多发于夏季，常见于儿童，偶见于成人。
2. 咽痛程度较重，多伴有发热、病程约 1 周。
3. 体征有咽部充血，软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色丘疹及浅表性溃疡，

周围有红晕,以后形成疱疹。

4. 白细胞计数正常或减少,淋巴细胞比例增高。

5. 病毒分离多为柯萨奇病毒 A。

四、咽结膜热型

1. 多发于夏季,多于游泳时传播,儿童多见。

2. 有咽痛、怕光、流泪、眼部发痒、发热等症状,病程 4~6 d。

3. 有咽腔及结合膜明显充血等体征。

4. 白细胞计数正常或减少,淋巴细胞比例增高。

5. 病毒分离多为腺病毒及柯萨奇病毒。

本病需与过敏性鼻炎、流行性感冒、急性传染病前驱症状等病相鉴别。

急性细菌性呼吸道感染

1. 诱因 受凉及劳累等。

2. 症状 起病较急,全身症状及局部症状均较重,有畏寒、寒战、发热、头痛、头晕、四肢腰背酸痛、乏力及咽痛等。

3. 体征 咽部明显充血,扁桃体肿大,常有颈部淋巴结肿大及压痛。

4. 辅助检查

(1) 血象 白细胞计数增多,中性粒细胞比例增高及轻度核左移。

(2) 若系链球菌感染,血中抗链球菌“O”滴度增高,常超过 500 u。

(3) 细菌培养 咽拭子培养有致病菌生长。

卡他布兰汉菌呼吸道感染

一、诊断标准

1. 病人咯脓性痰。

2. 脓痰涂片革兰染色,测到多量革兰阴性双球菌,尤其在嗜中性白细胞内。

3. 痰细菌定量培养,菌量 >10 CFU/ml。

4. 应用抗生素药物治疗后临床症状好转,痰量与性状有改善,实验室检查亦有改善。

5. 支气管局部采痰法的结果可助诊断。

二、上呼吸道感染的治疗与预防

1. 治疗 发热期应卧床休息,避免劳累,多饮水。发热较高伴头痛及全身疼痛者可用解热镇痛剂。如咽痛、咳嗽等上呼吸道症状明显可用甘草片、复方甘草合剂等药物治疗,亦可采用感冒冲剂、板蓝根冲剂、速效感冒胶囊等治疗,但这些中成药并无抗病毒作用。抗病毒治疗可采用金刚烷胺、干扰素等;合并细菌感染时,如支气管炎、肺炎等,应及时给予抗菌药物治疗。

2. 预防 在流行期间,应避免到公共场所,外出时最好戴好口罩,保证充足的水分和维生素 C 等摄入,室内保持良好通风,避免受寒等。

3. 接种流感灭活疫苗 世界卫生组织流感协作中心根据各地流感疫情及病毒变异,

每年2月公布下一年度流感疫苗抗原成分建议，接种人群可在当年秋季进行接种以预防流感。药物预防可选用金刚烷胺0.1 g，第日2次，连服7~14 d，对甲型流感有预防作用，对乙型流感无效，孕妇、哺乳期妇女及有癫痫病史者忌用，有中枢神经系统疾病和老年动脉硬化症者慎用。

第二章 急性气管—支气管炎

急性支气管炎为气管—支气管树急性炎症，往往在受凉或肌体免疫力低下时发病，其前驱症状往往为咽炎或咽喉炎。

一、临床表现

1. 当炎症累及气管，则出现咳嗽、咳痰，常为刺激性干咳，有少量黏液性痰伴胸骨后不适感或钝痛。当感染蔓延至支气管时，咳嗽加剧，咳痰增多，呈黏液性或黏液脓性痰，偶有痰中带血。

2. 体检：两肺呼吸音增粗，或伴散在的干湿性罗音。

3. 全身症状一般较轻，体温往往在 38℃ 左右，多于 3~5 d 降至正常，咳嗽咳痰有时可延续 2~3 周才消失。

4. X 线检查大多正常或肺纹理增加。

5. 应排除肺炎、支气管炎、肺结核、支气管癌、支气管内膜结核等。

二、治疗

（一）调节机体状况 休息，戒烟，保证充足的水分和维生素 C 等摄入，室内保持良好通风，避免受寒。

（二）对症治疗

1. 祛痰

（1）止咳祛痰剂 甘草片 2 片，每日 3 次。复方甘草合剂 10 ml，每日 3 次。黏痰黏稠不易咳出时可使用盐酸溴己新（必嗽平）16 mg，每日 3 次。氨溴索（沐舒坦）30 mg，每日 3 次，重度者可静脉点滴，每日 60~90 mg。刺激性干咳而无痰时可用强效镇咳剂，如咳必清，每次 25 mg，每日 3 次，如影响睡眠时可加用可待因 15~30 mg/次。

（2）雾化吸入 用生理盐水 10~15 ml 加沐舒坦 15 mg 吸入，每日 1~3 次，以湿润气道，稀释痰液。

2. 解痉 如有支气管痉挛，可口服茶碱类药物（氨茶碱或缓释、控释茶碱）或使用 β_2 受体激动剂治疗。

3. 退热 如发热到 38℃ 以上，可用解热降温药物如扑热息痛、复方阿司匹林等。

4. 抗感染 如有细菌性感染征象如白细胞升高、中性粒细胞比值升高，咳脓性痰

等，可选用口服抗菌药物，重症者可肌肉注射或静脉点滴抗菌药物。对于免疫功能低下者，可预防性应用抗菌药物。

5. 中草药 可使用多种中成药或汤剂。

第三章 肺 炎

细菌性肺炎

发病急剧，有寒战、高热、咳嗽、咳脓性或血性痰，严重者出现休克症状。肺部有实变体征和湿性罗音。血液白细胞计数及中性粒细胞均增高。X线表现可见分布于肺叶段的炎性阴影，也有呈大片絮状、浓淡不等的阴影，在一侧或两侧肺。痰直接涂片和培养可以确定病原体。

典型病例的诊断不难。但当疾病早期肺实变征尚未出现，或病变部位较深肺部体征不明显，或发生在老幼年患者，或表现为某些非特异性症状时，则诊断不易。临床上如遇到不明原因的休克，不明原因的突发寒战、高热伴有呼吸道症状者，均应考虑肺炎的可能。

一、革兰阳性球菌性肺炎

1. 临床上有呼吸道急性炎症症状或体征。
2. 肺部X线照片呈大叶或节段性炎症阴影。
3. 痰（血）培养无金黄色葡萄菌及革兰阴性杆菌生长。

二、革兰阴性球菌性肺炎

1. 病多发生在年老、久病体弱或有慢性呼吸道疾病，以及长期使用抗生素、肾上腺皮质激素及其他免疫抑制剂治疗者。
2. 临床上有呼吸道炎症的症状或体征。
3. 胸部X线照片呈大叶或节段性炎症阴影。
4. 两次或两次以上连续痰（血）培养革兰阴性杆菌阳性。

三、肺炎双球菌肺炎

1. 本病多见于冬春两季。
2. 症状为突然高热、寒战（或畏寒）、咳嗽、铁锈色痰、胸痛、呼吸急促。
3. 肺部体征中最初出现呼吸音改变，随后可有呼吸音降低、支气管肺泡呼吸音、管状呼吸音及湿性罗音，病变部位叩诊浊音。
4. 不少病人早期可无上述体征发现，甚至疾病全过程中均无阳性体征，故冬春季节发热及全身情况较差而疑为肺病时，应详细检查肺部体征（特别是右侧）。X线可帮助确诊。
5. 白细胞增多通常为 $(15 \sim 30) \times 10^9/L$

四、金黄色葡萄球菌性肺炎

1. 连续两次以上痰培养分离出同一细菌。
2. 痰和血培养生长同一细菌。
3. 从胸水中分离出同一细菌。
4. 病人的临床过程与肺实质疾病的诊断相符。

五、血源性金黄色葡萄球菌肺炎

1. 有皮肤疖、痈、骨髓炎或伤口感染病灶。
2. 起病一般较缓慢，呼吸道症状常不明显而全身中毒症状如高热、气急、心悸等明显，严重者可伴昏迷或谵妄。
3. 周围血象显示白细胞增多，中性粒细胞比例增高，常有中毒性颗粒。
4. X线显示两侧肺有多发性非肺段性炎性浸润影，气囊肿形成有助于本病诊断。
5. 从血液或骨髓培养分离出金黄色葡萄球菌。凝固酶试验阳性。

六、链球菌肺炎

1. 病史 常继发于麻疹、百日咳或流感之后。
2. 症状 起病急，寒战、高热，咳嗽，咯痰，痰呈稀薄粉色或为血痰、血脓性痰，易合并胸膜炎形成脓胸。
3. 体征 肺实变体征常不明显，可有双肺底呼吸音减弱及较广泛的湿罗音，常早期即出现胸膜腔积液征。

4. 辅助检查

- (1) 血象 白细胞总数及中性粒细胞百分比明显增高，可见核左移。
- (2) 痰涂片 有大量中性粒细胞及革兰染色阳性链球菌。
- (3) 痰培养 有乙型溶血性链球菌生长。
- (4) 胸液培养 因易合并脓胸，故胸水培养阳性率高。
- (5) 血培养 阳性率低。
- (6) 胸部X线检查 主要为支气管肺炎的X线表现，也可见小脓肿、肺气囊肿、胸膜腔积液及液气胸征。

七、绿脓杆菌肺炎

凡有下列临床情况者，结合有关X线表现，应考虑本病诊断：

1. 免疫障碍

- (1) 先天性IgG缺陷。
- (2) 进行免疫抑制治疗。

2. 机械性或细胞防御功能障碍

- (1) 酒精中毒、恶性病变、糖尿病、心肾功能障碍。
- (2) 手术或烧伤后。
- (3) 气管切开。
- (4) 慢性肺病（哮喘、肺气肿、慢支）。

3. 大量细菌感染

- (1) 雾化吸入治疗、复苏治疗等有器械污染可能者。

(2) 静脉输液污染者, 以及曾大量使用抗生素者。

4. X线基本表现 支气管肺炎型结节病灶, 两肺广泛分布, 可有空洞和胸腔积液, 偶呈间质型病变。X线表现与病程有关。

(1) 早期发热时肺部充血, X线表现为肺间质水肿。

(2) 发病 48~72 h 后, 由于凝固性病灶聚集于细支气管周围, X线表现为沿支气管分布的结节状病灶, 双侧分布, 主要影响两肺下部。如经抗生素治疗, 病变迅速发展, 亦应考虑肺部铜绿假单胞杆菌感染。

(3) 结节病灶扩展和融合, X线表现为大片密度均匀的融合性病灶, 呈亚段、段、叶分布, 最终形成大叶实变; 病变范围超过一肺叶以上者, 预后甚差。

(4) 在广泛结节病灶之间常可见许多小环状透亮区, 壁薄, 数目不等, 形成时间亦不一致。以往认为这是微小脓肿, 但未得病理证实, 亦可能代表各结节病灶之间的部分正常次级肺小叶, 或可能是由于细支气管炎形成活瓣作用引起小叶性肺气肿。

(5) 病程 48 h 以上者, 可因肺组织坏死而形成脓腔, 大小不一, 壁薄, 类似金葡菌肺炎的空洞。

(6) 败血症引起的肺炎表现为散在结节性病灶, 多分布在胸膜下。

(7) 常伴有少量胸腔积液, 罕见中等量以上积液。

(8) 偶见气胸和大气肿泡。

(9) 病愈后由于病理上相对缺少慢性炎症变化, 故胸片上较少残留明显破坏性病变, 但亦可残留薄壁囊性空腔和支气管扩张。胸液多未完全吸收, 未见残留肺不张。

八、肺炎杆菌肺炎

1. 起病急, 伴虚脱, 发绀, 呼吸困难, 畏寒, 发热, 胸痛, 咳嗽, 痰多, 痰液常呈脓性或棕红胶冻状, 亦可咯血。部分患者起病缓慢。

2. 体检有实变体征, 或叩诊浊音, 听诊呼吸音减低和有湿性罗音。

3. 白细胞数中度增高、正常或减低, 痰培养有肺炎杆菌生长。

4. X线表现为大叶性实变, 中间裂向外膨隆, 或小叶性实变, 可有空洞形成或伴胸腔积液。

九、大肠杆菌肺炎

1. 感染途径常是胃肠道或泌尿生殖系统经血行播散而来。

2. 临床特点 常有恶心、呕吐、腹痛症状。

3. 病变好发于肺下叶。

4. 大肠杆菌肺炎多对头孢呋肟(二代头孢菌素)、头孢氨噻肟(三代头孢菌素)、头孢哌酮(三代头孢菌素)及羧苄青霉素敏感。

十、变形杆菌肺炎

1. 病史 多有基础疾病, 如肺病、肾病、肝病、糖尿病等。

2. 临床表现 与一般急性肺炎类似。

3. X线胸片 表现为大叶性肺炎, 伴有多个脓肿。

4. 痰细菌培养 有变形杆菌生长。

5. 血培养 阳性率低。

十一、阴沟肠杆菌性肺炎

阴沟肠杆菌又称阴沟气杆菌,为有动力的革兰阴性杆菌,已知有 79 个血清型。本菌存在于人和动物的肠道中,可污染水源和土壤,偶尔在人和动物的尿液、脓液、血液和其他病理标本中发现。近年来发现本菌为医院内感染的最常见条件致病菌之一,常可引起危重病人如白血病、恶性肿瘤、恶液质等病人的败血症,可因治疗不当而造成死亡,应引起医务工作者的重视。该菌引起的肺炎在临床上并无特殊发现,确诊只靠痰培养。因此,凡老年、体弱出现呼吸道症状,伴发热、胸痛,胸部 X 线透视发现肺纹理增粗或出现絮状阴影,即应怀疑本病的可能,通过痰培养可证实诊断。本菌对氨基糖甙类抗生素较敏感。

十二、流感嗜血杆菌肺炎

1. 患慢性阻塞性肺病者易继发本病。
2. 症状有高热, 咳脓性痰, 常伴有气急。
3. 周围血象显示白细胞大多在正常范围或者轻度增高。
4. X 线表现为支气管炎, 也可是大片实变者。
5. 取病人的下呼吸道分泌物涂片和革兰染色, 在显微镜下可初步认出流感嗜血杆菌的存在。确定本菌须用含兔血的琼脂培养基分离。

十三、脑膜败血性黄杆菌肺炎

脑膜败血性黄杆菌 (FM) 肺炎具有下列临床共同点:

1. 都发生于体弱、免疫力低下、有严重基础疾病的住院者。
2. 咳嗽, 灰黄色黏稠痰不易咯出, 呼吸困难进行性加重, 常很快出现呼吸衰竭。
3. X 线胸片示肺炎炎症渗出性斑片影, 多同时累及双侧肺。
4. FM 对大多数抗生素耐药, FM 肺炎预后严重。
5. 诊断 FM 肺炎主要依据肺部感染表现及痰中多次培养出该菌。

十四、克雷白杆菌肺炎

1. 发病急骤, 有畏寒、发热、咳嗽、胸痛。痰量多, 为黏稠黄绿色脓痰, 特征性呈红棕色胶冻状黏痰。多见于老年、营养不良、全身衰竭以及原患慢性支气管肺病者。
2. 胸部可有实变体征。
3. X 线表现 肺叶实变, 其中有不规则透亮区, 叶间隙下坠。
4. 痰培养找到肺炎克雷白杆菌。
5. 用氨基糖甙类抗生素有效。

十五、厌氧菌肺炎

1. 常由黑色素类杆菌、脆弱类杆菌、核粒梭形杆菌及脓链球菌等厌氧菌引起。
2. 多见于住院病人、齿龈感染或酒精中毒者经吸入而感染。
3. 起病缓慢, 于 1~2 周内逐渐出现症状, 如消瘦、咳嗽, 半数病例咯大量恶臭脓痰, 约 20% 病人形成肺脓肿。
4. 实验室检查 常见贫血、血白细胞计数增多。痰培养条件高, 最好经气管环甲膜穿刺 (TTA) 采取标本, 于密闭情况下送检。
5. 对青霉素、氯林可霉素、四环素或氯霉素、甲硝唑治疗有效。

真菌性肺炎

一、曲菌性肺炎

1. 本病多继发于免疫功能低下和骨髓抑制病人。
2. 症状有恶寒、发热、咳嗽和呼吸困难等。
3. X线检查显示两肺有散在或密集的片状或结节状阴影。
4. 多次从痰培养中分离到曲菌。痰涂片检查发现菌丝和孢子同时存在。

二、白色念珠菌肺炎

如下条件可作为诊断白色念珠菌肺炎的诊断标准：

1. 痰中多次找到酵母样真菌而且有树枝样结构。
2. 用痰培养进一步鉴别菌种，必要时可作动物接种试验。
3. X线胸片表现为非特异性的，可看到肺纹理多紊乱，肺中下野有结节状、小片浸润或大片融合病灶，短期内复查（例如2~3 d内）即可出现此起彼伏的明显变化，可能伴胸膜变化，病程较长时可出现纤维化影。

立克次体肺炎

一、流行病学特点

各年龄组均可发病，以青壮年为多。一般卫生状况较差，常有虱、蚤、蜱、螨等叮咬史，流行季节与上述节肢动物孳生季节相同。战争、饥荒、人口大量流动、卫生条件差可诱发本病流行。

二、临床表现

多突然发病，体温于数日内上升至39~40℃，寒战、剧烈头痛、腰背及腓肠肌痛，除Q热外，余组尚可见皮疹；呼吸道症状常较轻微，多于病后5~7 d起干咳、胸痛，偶有黏液痰或血痰，查体常无阳性肺部体征，或局部叩诊浊音，闻及少许细小罗音。

三、实验室检查

血白细胞正常或稍增多，中性粒细胞稍增加；变形杆菌凝集试验、补体结合试验、立克次体凝集反应、免疫荧光检查除可协助立克次体肺炎诊断外，尚可鉴别各种立克次体病，必要时可动物接种分离立克次体。

四、X线检查

可见两下肺片状阴影，也可呈肺段性絮状浸润。

病毒性肺炎

本病的临床表现一般较轻，起病缓慢，有头痛、乏力、发热、咳嗽并咯少量黏液痰。体征往往缺如。白细胞计数正常或稍增。X线检查肺部炎症呈斑点状、片状或密度均匀的阴影。本病的诊断依靠临床表现和X线检查，排除细菌性和其他病原体引起的肺炎。确诊有赖于病原学检查——病毒培养。

一、流感病毒肺炎

1. 流行病学特点 常在流感流行期间发病，可有流感病人接触史，以城市、人口聚集区多发，患者多为老人、小儿、孕妇及有其他慢性心、肺、肾等疾病患者，或为免