

李 羲 张劭夫 主编

实用

SHIYONG
HUXIBING XUE

呼吸病学



化学工业出版社
生物·医药出版分社

第 1 版 2009 年 12 月

实用 呼吸病学

第 2 版

主编 王辰

人民卫生出版社

李 羲 张劭夫 主编

R56
I.293-2

实用 SHIYONG HUXIBING XUE 呼吸病学



化学工业出版社
生物·医药出版分社

· 北京 ·

本书共分十六篇八十余章,详细系统地讲述了感染性疾病、慢性支气管炎、气流阻塞性疾病、肺血管疾病、支气管和肺肿瘤、间质性肺疾病和其他弥漫性肺疾病、肉芽肿性肺疾病、职业性肺疾病、理化因素所致的肺部疾病、呼吸睡眠调节异常、胸膜疾病、纵隔疾病、膈肌疾病、先天性呼吸系统疾病、遗传性呼吸系统疾病、急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征、呼吸衰竭、嗜酸粒细胞性疾病、嗜酸粒细胞性肺疾病等内容。全书内容翔实、丰富,注重理论联系实际,图文并茂,并列举了非典型表现病例,具有较强的理论性、科学性、实践性。

本书可供临床呼吸科及相关科医生阅读、参考,也可供各高等院校相关专业研究生学习、阅读。

图书在版编目(CIP)数据

实用呼吸病学/李羲,张劭夫主编. —北京:化学工业出版社,2010.3
ISBN 978-7-122-07511-6

I. 实… II. ①李…②张… III. 呼吸系统疾病-诊疗
IV. R56

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第244404号

责任编辑:赵兰江 余晓捷 孙小芳
责任校对:战河红

文字编辑:李 瑾
装帧设计:刘丽华

出版发行:化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街13号 邮政编码100011)
印 刷:北京永鑫印刷有限责任公司
装 订:三河市万龙印装有限公司
787mm×1092mm 1/16 印张39¼ 字数982千字 2010年5月北京第1版第1次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686) 售后服务:010-64518899
网 址: <http://www.cip.com.cn>
凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价:99.00元

版权所有 违者必究

编者名单

主 编 李 羲 张劲夫

副主编 崔社怀 黄文杰 夏前明 孙耕耘 杨和平 潘海燕

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 健	教授	深圳市第二人民医院呼吸内科
王 谦	讲师	南京军区总医院呼吸内科
王 瑛	主治医师	济南军区总医院呼吸内科
方 怡	医学博士	广州军区总医院呼吸内科
叶小群	副教授	第三军医大学第二附属医院呼吸内科
邢国宏	医学博士	济南军区总医院呼吸内科
吕寒静	副教授	上海同济大学附属同济医院呼吸内科
向旭东	医学博士 教授	中南大学湘雅医学院第二附属医院呼吸内科
刘书盈	教授	济南军区总医院呼吸内科
刘振玉	副教授	南昌大学第一附属医院胸外科
齐协飞	教授	南昌大学第二附属医院呼吸内科
孙耕耘	医学博士 教授	安徽医科大学第一附属医院呼吸内科
孙继萍	主治医师	济南军区总医院呼吸内科
李 理	医学博士	广州军区总医院呼吸内科
李 羲	医学博士 教授	海南医学院附属医院呼吸内科
李伟峰	副教授	广州军区总医院呼吸内科
李志斌	教授	广州军区总医院呼吸内科
李利娟	副教授	海南医学院附属医院老年病科
李秀忠	教授	宁夏医学院附属医院呼吸科
李金秀	教授	中南大学湘雅医学院附属第二医院呼吸内科
李秋根	主治医师	江西省胸科医院
李鸿雁	副教授	成都军区总医院呼吸内科
李福祥	副教授	成都军区总医院呼吸内科
杨存珍	副教授	广州医学院呼吸疾病研究所
杨丽云	主任医师	中南大学医学院附属新华医院呼吸内科
杨和平	医学博士 教授	第三军医大学第一附属医院呼吸内科
吴尚洁	医学博士 副教授	中南大学湘雅医学院第二附属医院呼吸内科
邱忠民	医学博士 教授	上海同济大学附属同济医院呼吸内科
沈华浩	医学博士 教授	浙江大学医学院第二附属医院呼吸内科

宋 勇 医学博士 教授
张 锦 医学博士 教授
张劲夫 教授
陆俊羽 医学博士 副教授
陈小容 教授
林 勇 医学博士 教授
罗俊明 副教授
金发光 教授
赵平锋 副教授
贵素琴 医学博士
钟海波 主治医师

段凤英 教授
俞安乐 教授
饶纬华 教授
宫 亮 医学博士
胥 韦 医学博士
姚 伟 医学博士 副教授
夏前明 医学博士 教授
徐卫华 医学博士
徐德斌 医学博士 副教授
黄 漾 医学硕士 医师
黄文杰 医学博士 教授
黄华萍 讲师 (学术秘书)
黄华琼 医学博士
崔社怀 医学博士 教授
韩轶群 主治医师
韩淑华 副教授
曾 瑜 主治医师

曾林祥 医学博士 副教授
赖克方 医学博士 教授
颜春松 教授
潘海燕 副主任医师

南京军区总医院呼吸内科
宁夏医学院附属医院
济南军区总医院呼吸内科
第三军医大学第二附属医院呼吸内科
广州军区总医院呼吸内科
南京东南大学中大医院呼吸内科
南昌大学第二附属医院呼吸内科
第四军医大学唐都医院呼吸内科
海南医学院附属医院呼吸内科
南通大学附属医院呼吸内科
暨南大学第四附属医院 (广州市红十字医院) 呼吸内科

南昌大学第二附属医院呼吸内科
海南医学院附属医院影像医学系
南昌大学第二附属医院呼吸内科
第三军医大学第一附属医院呼吸内科
南昌大学第二附属医院呼吸内科
第三军医大学第二附属医院呼吸内科
成都军区总医院呼吸内科
浙江大学医学院第二附属医院呼吸内科
济南军区总医院呼吸内科
上海同济大学附属同济医院呼吸内科
广州军区总医院呼吸内科
海南医学院附属医院呼吸内科
浙江大学医学院第二附属医院呼吸内科
第三军医大学第三附属医院呼吸内科
济南军区总医院呼吸内科
南京东南大学中大医院呼吸内科
暨南大学第四附属医院 (广州市红十字医院) 呼吸内科

南昌大学第二附属医院呼吸内科
广州医学院呼吸疾病研究所
南昌大学第二附属医院呼吸内科
暨南大学第四附属医院 (广州市红十字医院) 呼吸内科

序

临床医师在疾病的诊断过程中，在掌握了临床表现比较典型的疾病诊断的基础上，如何掌握临床表现不典型的疾病的诊断方法。在疾病的治疗过程中，当遇到治疗矛盾时，如何掌握解决这些治疗矛盾的方法，即对策，这是呼吸内科医师高级研修中涉及的两个主要问题。两年前，李羲、张劲夫教授主编出版了《呼吸系统疾病非典型表现与诊治》一书，此书在解决呼吸内科医师对临床表现不典型的疾病的诊断问题起了积极的作用。今天，我又高兴地得知，以李羲、张劲夫等为主的中青年呼吸内科专家编写的、将指导非典型表现疾病诊断思维与治疗矛盾及对策融为一体的《实用呼吸病学》即将与广大读者见面。本书的主要内容突出了两个特点：一是提出了临床表现不典型的呼吸系统疾病诊断思路；二是认真探讨了呼吸系统疾病的主要治疗矛盾及其解决的办法。本书以呼吸系统疾病诊断与治疗中两个比较疑难的问题为切入点，这将对现有呼吸病学专著的拓展与补充。全书参考了大量临床医学文献，内容翔实、图文并茂，并列举了非典型表现病例。在本书出版之际，编委会请我作序，使我有机会先读此书，同时，我也将此书作为当今呼吸内科的临床重要参考书推荐给以呼吸内科高级医师、研究生为主体的广大读者。相信本书将会拓宽读者的视野，对解决不典型的呼吸系统疾病的诊断问题及治疗矛盾，起到积极有益的指导作用。

然而，值得指出的是，有些疾病临床少见，难以确定何为典型表现，何为非典型表现。此外，治疗矛盾临床多见，而部分对策可能只有相对性。读此书的另一体会是，本书在这两点上，都阐述得非常客观、实际。

参加本书编写的人员均为我国高等医学院校附属医院及综合性大医院长期从事呼吸内科临床、教学、科研工作的中青年呼吸病学者。在本书出版之际，我也真诚地期望他们在呼吸内科临床与研究领域不断耕耘、不懈努力，为我国呼吸疾病的防治做出新的贡献。

中国人民解放军呼吸内科研究所 所长
第三军医大学第二附属医院呼吸内科 教授、博士生导师

钱桂生
2009年10月18日

前言

临床医师在遇到咳嗽、咳粉红色泡沫样痰、体格检查发现心脏增大、闻及奔马律患者，很容易考虑到急性左心衰。殊不知，老年肺炎患者，也可以急性左心衰为首表现。在遇到年轻的患者主诉干咳、胸痛后气短，体检发现胸腔积液，很容易考虑到结核性渗出性胸膜炎。然而，有的结核性渗出性胸膜炎患者可以腰痛起病，社区获得性肺炎也可首先出现多浆膜腔积液。而发热、咳嗽不明显，急性心肌梗死患者可出现右侧胸痛或牙痛。诸如此类，均为疾病临床表现的不典型性。当然，我们并不是要将某一疾病进行“典型”与“非典型”分类，而至关重要的是，如何认识这些疾病，以达到正确诊断和最佳治疗的目的，是医师的主要宗旨。“能治好病的医生才是好医生”，而良好的治疗效果，离不开正确的诊断，没有正确的诊断，治疗无从谈起。

随着人们生活水平的提高，人口老龄化不可避免，老年人器官功能减退是一种自然规律，应用药物为老年人治疗疾病的同时，药物对某些器官功能的损害作用自然成为治疗矛盾。如在老年人发生的耐甲氧西林金黄色葡萄球菌所引起的肺炎，应用万古霉素治疗是重要的选择之一，但后者对肾功能有一定影响，若患者存在肾衰竭，也是治疗矛盾。

同一患者患有几种疾病，亦是临床常见的现象，如慢性阻塞性肺疾病并发的慢性肺源性心脏病（慢性肺心病）患者伴发冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病），在慢性阻塞性肺疾病急性发作时，应用支气管扩张药，其中， β_2 受体激动药是最常用的药物之一，后者可使心率增快，对冠心病患者存在不利影响，也是治疗矛盾。药物的副作用造成脏器功能损害，如抗结核药利福平等引起的肝功能损害，而患者病情又不允许停用抗结核治疗，也是治疗矛盾。药物与药物之间，也有一些治疗矛盾。如喹诺酮类药物可使血浆茶碱浓度升高，而茶碱的治疗浓度范围很窄，因此，两者合用容易导致茶碱中毒。自发性气胸患者合并呼吸衰竭应用机械通气，若不处理气胸，则机械通气时呼吸机输送的气体可通过胸膜破口进入胸膜腔，使病情加重。如上所述，若患者集几种临床疾病于一身，则彼此处理之间难免互相矛盾。这种情况在临床并不少见。遇复杂临床情况时判断孰轻孰重、孰急孰缓、孰主孰次便十分重要。在呼吸内科疾病的临床治疗中解决这些矛盾，使疾病得到最佳的治疗，是为对策。然而，临床治疗矛盾比较多，而对策只是相对的。

两年前，我们编写了《呼吸系统疾病非典型表现与诊治》一书，出版后，虽得到呼吸专家首肯、同行认可，但我们也深感此书之不足，因此，萌发了编写一本既能指导表现为不典型的呼吸系统疾病诊断思考，又能全面阐述呼吸系统疾病治疗矛盾与对策的临床参考书的想法，期望您手上的《实用呼吸病学》，能够初步达到上述两个目标。

临床上的许多事情必须经历才有体会！不经历你便不会知道呼吸机的持续报警是由于倾倒储水槽后未能重新装好而漏气所致；不经历你便不会有将表现为精神错乱的患者确诊为狼疮性精神病的感慨；不经历你便不会了解需要建立人工气道的重症患者先行气管插管再切开的安全系数有多高；不经历你便无法体会多器官功能障碍综合征（MODS）处理时什么可以等待，什么刻不容缓；不经历你便不会感受到一个经多种支气管扩张药治疗无法缓解的严重

气喘患者换用强心药后很快好转时才有的欣慰。临床表现总是千变万化，临床治疗总是错综复杂，临床工作总是充满挑战，临床医师总是面临抉择。真诚希望广大读者通过自己的临床经验，在工作中对本书提出宝贵意见，使其不断完善、不断提高！

编写这样的专业参考书，对编者来说是一个尝试。然而，值得高兴的是，在本书编写过程中，得到著名呼吸病专家、中国人民解放军呼吸内科研究所、第三军医大学第二附属医院钱桂生教授具体指导，并为本书作序，在此表示衷心的感谢！

由于编者水平有限，书中疏漏之处在所难免，敬请广大读者批评指正，以便再版时修改提高。

李 羲 张劭夫

2009年8月31日

目 录

第一篇 感染性疾病

第一章 急性上呼吸道感染	1
第一节 普通感冒	1
第二节 流行性感	6
第二章 急性气管-支气管炎	13
第三章 病毒性肺炎	15
第四章 支原体肺炎	20
第五章 衣原体肺炎	25
第一节 鹦鹉热衣原体肺炎	27
第二节 沙眼衣原体肺炎	29
第三节 肺炎衣原体肺炎	31
第六章 肺炎链球菌肺炎	33
第七章 葡萄球菌肺炎	40
第八章 军团菌肺炎	45
第九章 克雷白杆菌肺炎	49
第十章 大肠埃希菌肺炎	54
第十一章 绿脓杆菌肺炎	58
第十二章 流感嗜血杆菌肺炎	64
第十三章 类鼻疽肺炎	70
附：人类鼻疽的临床分型	79
第十四章 奴卡菌病	80
第十五章 肺脓肿	86
第十六章 肺结核	93
附：咯血治疗	117
第十七章 肺部真菌感染	120
第十八章 肺和胸膜阿米巴病	140
第十九章 疟疾肺	143
第二十章 肺弓形虫病	148
第二十一章 肺包虫病	153
第二十二章 肺吸虫病	156
第二十三章 肺血吸虫病	160
第二十四章 胸部丝虫病	165
第二十五章 肺螨病	170

第二篇 慢性支气管炎、气流阻塞性疾病

第一章 慢性支气管炎·····	177
第二章 慢性阻塞性肺疾病·····	182
第三章 支气管哮喘·····	199
第四章 支气管扩张·····	213

第三篇 肺血管疾病

第一章 慢性肺源性心脏病·····	221
第二章 肺血栓栓塞症·····	262
第三章 急性肺源性心脏病·····	282
第四章 亚急性肺源性心脏病·····	292
第五章 原发性肺动脉高压·····	295

第四篇 支气管和肺肿瘤

第一章 原发性支气管肺癌·····	303
第二章 气管、支气管低度恶性肿瘤·····	318
第一节 腺样囊性癌（圆柱瘤）·····	319
第二节 黏液表皮癌·····	321
第三节 支气管类癌·····	322
第三章 肺部良性肿瘤·····	325
第一节 肺错构瘤·····	327
第二节 肺炎性假瘤·····	329
第三节 肺硬化性血管瘤·····	330
第四节 其他良性肿瘤·····	331

第五篇 间质性肺疾病和其他弥漫性肺疾病

第一章 特发性间质性肺炎·····	334
第二章 弥漫性泛细支气管炎·····	346
第三章 特发性肺含铁血黄素沉着症·····	354
第四章 肺出血肾炎综合征·····	359
第五章 肺泡蛋白沉积症·····	365
第六章 支气管和肺淀粉样变·····	373
第七章 弥漫性肺骨化症·····	376

第六篇 肉芽肿性肺疾病

第一章 韦格纳肉芽肿病·····	380
------------------	-----

第二章	结节病	390
第三章	朗格汉斯细胞组织细胞增生症	402
第四章	淋巴瘤样肉芽肿	416

第七篇 职业性肺疾病

第一章	职业性哮喘	420
第二章	职业性肺病	429
第一节	矽肺	429
第二节	煤工尘肺	436
第三节	石棉肺	438

第八篇 理化因素所致肺部疾病

第一章	放射性肺炎	442
第二章	类脂性肺炎	448
第三章	吸入性肺炎	449

第九篇 呼吸睡眠调节异常

第一章	阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	455
-----	-----------------	-----

第十篇 胸膜疾病

第一章	结核性胸膜炎	465
第二章	肿瘤性胸腔积液	475
第三章	气胸	483
第四章	血胸	490
第五章	脓胸	493
第一节	急性脓胸	493
第二节	慢性脓胸	495
第三节	特殊脓胸	497
第六章	乳糜胸	499
第七章	其他疾病引起的胸腔积液	501
第八章	胸膜间皮瘤	505

第十一篇 纵隔疾病

第一章	纵隔炎	513
第二章	纵隔气肿	515

第三章	胸内甲状腺·····	516
第四章	胸腺肿瘤·····	517
第五章	纵隔畸胎瘤·····	518
第六章	纵隔神经源性肿瘤·····	519
第七章	纵隔肉瘤·····	520

第十二篇 膈肌疾病

第一章	膈膨出·····	522
第二章	膈疝·····	525

第十三篇 先天性呼吸系统疾病

第一章	肺未发生、肺未发育和肺发育不全·····	527
第二章	肺隔离症·····	531
第三章	肺先天性囊性腺样畸形·····	534
第四章	胰肺囊性纤维化·····	536
第五章	先天性支气管肺囊肿·····	540
第六章	肺动静脉瘘·····	543

第十四篇 遗传性呼吸系统疾病

第一章	不动纤毛综合征·····	549
第二章	α_1 -抗胰蛋白酶缺乏症·····	550
第三章	肺泡微结石病·····	551
第四章	遗传性出血性毛细血管扩张症·····	552

第十五篇 急性呼吸窘迫综合征与呼吸衰竭

第一章	急性呼吸窘迫综合征·····	555
第二章	急性呼吸衰竭·····	567
第三章	慢性呼吸衰竭·····	575
第四章	肺性脑病·····	581

第十六篇 嗜酸粒细胞性疾病

第一章	嗜酸粒细胞性支气管炎·····	589
第二章	嗜酸粒细胞性肺疾病·····	591
第一节	单纯嗜酸粒细胞性肺炎·····	592
第二节	急性嗜酸粒细胞性肺炎·····	593

第三节	慢性嗜酸粒细胞性肺炎·····	595
第四节	热带性肺嗜酸粒细胞增多症·····	597
第五节	变应性支气管肺曲霉菌病·····	599
第六节	变应性肉芽肿性血管炎·····	600
附录一	酸碱失衡预计代偿公式（简称代偿公式）·····	604
附录二	动脉血气与肺功能检查正常值（成人）·····	605
附录三	常用名词术语英中文对照·····	607
附录四	病名中英文对照·····	611

第一篇 感染性疾病

第一章 急性上呼吸道感染

【定义及概况】

上呼吸道的解剖范围包括鼻腔-鼻窦、咽（鼻咽、口咽、喉咽）、喉和中耳以及隆嵴以上的气管，因此凡是这些部位的感染统称为上呼吸道感染。

急性上呼吸道感染是最常见的呼吸道感染性疾病，它主要由病毒引起，其次是细菌、真菌及螺旋体，显然它不是一个单独的病原体引起的疾病。它也不是一个疾病诊断，而是一组疾病。其发病不分年龄、性别、职业和地区，每年发病人数约占急性呼吸道疾病的半数以上。某些病种或病原体感染如流行性感冒尚具有很强的传染性。临床可以表现为温和的鼻炎到广泛的播散，甚而致命性的肺炎。其发病率高，部分患者可继发支气管炎、鼻窦炎，甚至肾炎、风湿病等。同时它也是引起慢性支气管炎急性发作的常见原因之一。另外，某些急性传染病的早期常表现为上呼吸道感染的症状，若不仔细辨认，易造成误诊。故正确认识本病非常重要。

【病因】

急性上呼吸道感染绝大部分是由病毒引起，约占 70%~80%，由细菌引起者仅占一小部分。健康人的鼻咽部常有这些微生物寄生，正常情况下不引起炎症，一旦机体抵抗力降低，如受寒、淋雨或局部循环发生障碍等情况下，这些局部寄生的病毒或细菌就可生长繁殖，感染致病。上呼吸道感染常见的病原和临床特征见表 1-1-1。

第一节 普通感冒

普通感冒（common cold）是最常见的上呼吸道病毒感染，主要病原体是病毒，临床表现为急性鼻炎和上呼吸道卡他。

表 1-1-1 上呼吸道常见的临床综合征的病原和临床特征

分 类		流感	普通感冒	病毒性上呼吸道感染			疱疹性咽峡炎	咽、喉、支气管炎
				咽-结膜炎	咽扁桃体综合征	咽炎综合征		
病原学	呼吸道病毒							
	流感病毒	++	+	-	-	-	-	+
	副流感病毒	++	+	-	-	-	-	++
	呼吸道合胞病毒	+	+	-	-	-	-	++
	腺病毒	++	+	++	+	++	-	+
	鼻病毒	+	++	-	-	-	-	+
	冠状病毒	+	++	-	-	-	-	-
	非呼吸道病毒							
	柯萨奇病毒	+	+	+	+	-	++	+
	埃可病毒	+	+	+	-	-	-	+
	麻疹、风疹病毒	+	-	-	-	-	-	+
	天花病毒	-	-	-	-	-	-	+
	非病毒性							
	溶血性链球菌	-	-	++	++	-	-	-
	流感嗜血杆菌等	-	-	+	+	-	-	-
临床特征		常发生大流行，全身症状明显	不发生大流行，全年皆可发病，全身症状轻	多见于夏季。咽炎，结膜炎	咽充血，疼痛，扁桃体肿大	咽充血，发热	儿童常见，咽喉、牙龈黏膜疱疹、溃疡	咽痛、充血、咳嗽、气促

注：++表示常见；+表示可见；-表示未见。

【病因】

根据抗原分型感冒病毒有上百种，主要病原体为鼻病毒，其他为流感病毒、副流感病毒（1，3型）、呼吸道合胞病毒、腺病毒、冠状病毒和肠道病毒中的柯萨奇病毒 A₇ 和 A₂₁ 型、埃可病毒（V 型），此外，尚有 5~10 种是由肺炎霉浆菌引起。

【流行病学】

主要是通过飞沫传播，也可由手接触病毒而传染。1/3 的鼻病毒和 2/3 的冠状病毒的感染者无临床症状。鼻病毒感染后病毒复制 48h 达到高峰浓度，传播期则持续 3 周。个体易感性与营养健康状况和上呼吸道异常（如扁桃体肿大）及吸烟等因素有关，发病以冬季多见，与气候变化、空气湿度和污染，及年龄、环境有关。但寒冷本身并不会引起感冒，而寒冷季节多见的部分原因与病毒类型有关，也可能因寒冷导致室内家庭成员或人群聚集增加及拥挤有关。感染症状受宿主生理状况影响，过劳、抑郁、鼻咽过敏性疾病、月经期等均可加重症状。

【发病机制】

一、基本发病机制

普通感冒的病原体主要是鼻病毒，以鼻病毒为例，鼻腔或眼部是其进入机体的门户，鼻咽部是最先感染的部位。腺体淋巴上皮区域的 M 细胞含有鼻病毒细胞间黏附分子-1（ICAM-1）受体，病毒首先在此黏附，并借鼻腔的黏液纤毛活动到达后鼻咽部。此时病毒迅速复制，并向前扩散到鼻道。鼻腔上皮细胞活检及鼻腔分泌物的研究表明炎症介质（缓激肽、前列腺素）、白介素-1 和白介素-8 等分泌增加，可能与感冒的部分临床症状有关。组胺的作用尚不清楚，尽管组胺鼻内滴入可引起感冒症状，但抗组胺药治疗感冒的效果并不肯定。副交感神经阻滞药对解除感冒症状有效，表明神经反射机制在感冒发病机制中可能也存

在着一定的作用。免疫反应(IgA、干扰素产生)通常是短暂的,加上病毒抗原的多样性及漂移,所以一生中可反复多次感冒。

二、非典型发病机制

感冒病毒侵入鼻旁窦、中耳、支气管、消化道可引起相应部位的炎症反应,而出现非典型的感冒症状。

【病理和病理生理】

细胞的病理变化与病毒的毒力及鼻腔的感染范围有关。呼吸道黏膜水肿、充血,出现大量的漏出液和渗出液,但细胞群并未发生任何重要变化,修复较为迅速,并不造成组织损伤。不同病毒可引起不同程度的细胞增殖及变性,鼻病毒及肠道病毒较黏液性病毒更为严重。当感染严重时,连接呼吸道的鼻旁窦、中耳管道可能被阻塞,发生继发感染。

机体的抵抗力,生理状态如疲乏,全身状况,血管舒张神经的反应性,有否鼻炎等都影响机体的免疫力。鼻分泌液是第一道保护屏障,黏液的流动对呼吸道上皮有一定的保护作用,同时鼻分泌液含有IgG、IgA,IgA是主要的局部免疫球蛋白。受呼吸道病毒感染后,细胞能产生干扰素,从而抑制病毒的繁殖。

【临床表现】

一、症状

(一) 常见症状

起病急骤,潜伏期短,临床表现个体差异很大。早期有咽部干燥、喷嚏,继以畏寒、流涕、鼻塞、低热。咳嗽、鼻分泌是普通感冒的一特征性症状,开始为清水样,以后变厚,黄脓样,黏稠。鼻塞约4~5天。如病变向下发展,侵入喉部、气管、支气管,则可出现声音嘶哑,咳嗽加剧,或有小量黏液痰,1~2周消失。全身症状短暂,可出现全身酸痛、头痛、乏力、胃纳差、腹胀、便秘或腹泻等,部分患者可伴发单纯性疱疹。

(二) 非典型症状

从病原分型发现感冒病毒有上百种,不同病毒感染,必然引起不同的临床表现,包括病程长短及程度轻重,但从临床上很难区分,加之个体的易感性不同,使得这些不同的微生物不可能引起固有的或特异的临床表现。因此在诊断方面应对非典型的临床表现加以重视,以防漏诊或误诊。以下列举几种类型的不典型表现。

1. 流行性胸痛 潜伏期为2~5天,主要表现为发热和阵发性胸痛,本病有自限性。
2. 急性阻塞性喉-气管-支气管炎(哮喘) 儿童多见,可出现痉挛性咳嗽,有大量分泌物,以致造成不同程度的呼吸道阻塞、哮喘和呼吸困难。呼吸道合胞病毒感染在幼儿中常表现为发热、咳嗽、气促、发绀和呼吸困难,需及时进行抢救,病死率为1%~5%。

二、常见体征

体检鼻和咽部的黏膜充血水肿。

三、并发症

1. 鼻窦炎及中耳炎 在鼻旁窦及中耳液中可发现鼻病毒。但在治疗中应注意合并细菌感染所起的作用。

2. 急性心肌炎 流感病毒、柯萨奇病毒和埃可病毒的感染可损伤心肌,或进入人体繁殖而间接作用于心肌,引起心肌局限性或弥漫性炎症。一般在感冒1~4周内出现心悸、气急、呼吸困难、心前区闷痛、心律失常,于活动时加剧。