


感染性疾病的 诊断与综合治疗学

李广明◎主编

 吉林科学技术出版社

感染性疾病的诊断与综合治疗学

李广明◎主编

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

感染性疾病的诊断与综合治疗学 / 李广明主编. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2017. 4

ISBN 978-7-5578-2098-5

I . ①感… II . ①李… III . ①感染—疾病—诊疗
IV . ① R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 077459 号

感染性疾病的诊断与综合治疗学

GANRANXING JIBING DE ZHENDUAN YU ZONGHE ZHILIAOXUE

主 编 李广明
出 版 人 李 梁
责任编辑 孟 波 陆海燕
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 889mm×1194mm 1/16
字 数 750千字
印 张 42
印 数 1—1000册
版 次 2017年4月第1版
印 次 2018年3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 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-2098-5
定 价 80.00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: 0431-85677817

前 言

感染性疾病是由病毒、立克次体、衣原体、细菌、支原体、原虫、寄生虫等病原微生物引起的一类疾病。建国以来虽然一些重要的感染性疾病已被控制,但随着经济的发展和社会的不断进步,人们的相互交流不断的增加,社会物质和精神生活结构与形式都发生了相应的变化,一些已被控制的传染病在新的特定条件下又死灰复燃,成为严重的社会问题;同时,一系列新出现的感染性疾病已经或正在被不断发现和认识。感染在医院里已经不只是感染科医生所必须面临的重要临床疾病,几乎所有临床和医技科室人员都应能处理有关感染方面的问题。因此,我们组织了从事感染性疾病临床工作并有丰富临床经验的专家,根据自己的亲身经验,结合近年来国内外最新进展,共同编著《感染性疾病的诊断与综合治疗》。

本书内容丰富,论述全面,主要从感染性疾病、常用感染性疾病患者护理及常用药物等方面来写。其中详细论述了每类疾病的病原学、流行病学、发病机制、临床表现、辅助检查及治疗等内容。

本书在编写过程中参阅了大量国内外相关文献,在此表示感谢。由于为集体执笔,编者较多,文笔不同,加之学识有限,书中难免存在不足和漏洞之处,欢迎广大读者对本书内容提出宝贵意见,使之更加完善。

《感染性疾病的诊断与综合治疗》编委会

2017 年

目 录

第一章 概述	(1)
第二章 呼吸系统感染性疾病	(3)
第一节 急性上呼吸道感染	(3)
第二节 急性气管-支气管炎	(5)
第三节 肺炎	(8)
第四节 肺脓肿	(21)
第五节 脓胸	(25)
第六节 结核性胸膜炎	(29)
第三章 循环系统感染性疾病	(32)
第一节 感染性心内膜炎	(32)
第二节 病毒性心肌炎	(36)
第三节 心包炎	(39)
第四章 消化系统感染性疾病	(45)
第一节 胃炎	(45)
第二节 结核性腹膜炎	(49)
第三节 急性坏死性肠炎	(53)
第四节 急性阑尾炎	(56)
第五节 急性胆囊炎	(59)
第六节 细菌性肝脓肿	(62)
第七节 膈下脓肿	(65)
第八节 直肠肛管周围脓肿	(66)
第五章 泌尿系统感染性疾病	(69)
第一节 急性肾盂肾炎	(69)
第二节 慢性肾盂肾炎	(73)
第三节 膀胱炎	(76)
第四节 尿道炎	(78)
第五节 急性肾小球肾炎	(79)
第六节 前列腺炎	(82)
第六章 血液系统感染性疾病	(86)
第七章 中枢神经系统感染性疾病	(93)
第一节 细菌性脑膜炎	(93)
第二节 结核性脑膜炎	(99)
第三节 病毒性脑炎和脑膜炎	(103)
第四节 单纯疱疹病毒性脑炎	(105)
第五节 脑脓肿	(108)
第六节 急性脊髓炎	(110)

第七节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(113)
第八节	面神经炎	(115)
第八章	骨与关节感染性疾病	(118)
第一节	化脓性骨髓炎	(118)
第二节	局限性骨脓肿	(121)
第三节	创伤后骨髓炎	(122)
第四节	化脓性关节炎	(123)
第五节	骨与关节结核	(126)
第九章	耳、鼻、咽、喉感染性疾病	(130)
第一节	外耳道炎	(130)
第二节	急性化脓性中耳炎	(130)
第三节	急性乳突炎	(132)
第四节	急性鼻炎	(133)
第五节	急性鼻窦炎	(135)
第六节	急性咽炎	(137)
第七节	急性喉炎	(138)
第十章	眼部感染性疾病	(140)
第一节	急性细菌性结膜炎	(140)
第二节	角膜炎	(141)
第三节	视神经炎	(143)
第四节	沙眼	(144)
第十一章	皮肤感染性疾病	(146)
第一节	单纯疱疹	(146)
第二节	水痘-带状疱疹	(148)
第三节	疣	(153)
第四节	传染性软疣	(156)
第五节	手足口病	(158)
第六节	头癣	(160)
第七节	体癣和股癣	(162)
第八节	手癣和足癣	(164)
第九节	甲真菌病	(166)
第十节	花斑癣	(167)
第十一节	念珠菌病	(168)
第十二节	脓疱疮	(171)
第十三节	脐炎	(173)
第十四节	尖锐湿疣	(174)
第十二章	全身感染性疾病	(178)
第一节	脓毒症	(178)
第二节	感染性休克	(182)

第十三章 外科相关感染性疾病	(190)
第一节 外科感染	(190)
第二节 毛囊炎	(195)
第三节 疖、痈	(196)
第四节 丹毒	(199)
第五节 急性蜂窝织炎	(201)
第六节 急性淋巴管炎和淋巴结炎	(202)
第七节 坏死性筋膜炎	(204)
第八节 甲沟炎	(206)
第九节 脓性指头炎	(207)
第十节 破伤风	(208)
第十一节 气性坏疽	(212)
第十二节 褥疮	(215)
第十三节 急性乳腺炎	(216)
第十四章 生殖系统感染性疾病	(219)
第一节 盆腔炎	(219)
第二节 子宫颈炎	(223)
第三节 阴道炎	(226)
第四节 产褥感染	(229)
第五节 急性细菌性前列腺炎	(232)
第六节 慢性细菌性前列腺炎	(234)
第七节 附睾炎	(235)
第十五章 甲类传染病	(238)
第一节 鼠疫	(238)
第二节 霍乱	(242)
第十六章 乙类传染病	(247)
第一节 传染性非典型肺炎	(247)
第二节 艾滋病	(251)
第三节 病毒性肝炎	(256)
第四节 脊髓灰质炎	(265)
第五节 人感染高致病性禽流感	(268)
第六节 麻疹	(271)
第七节 流行性出血热	(275)
第八节 疟疾	(280)
第九节 血吸虫病	(285)
第十节 钩端螺旋体病	(290)
第十一节 梅毒	(296)
第十二节 淋病	(301)
第十三节 布鲁氏菌病	(306)

第十四节	猩红热	(310)
第十五节	新生儿破伤风	(313)
第十六节	白喉	(315)
第十七节	百日咳	(319)
第十八节	流行性脑脊髓膜炎	(324)
第十九节	伤寒与副伤寒	(328)
第二十节	肺结核	(337)
第二十一节	细菌性痢疾	(346)
第二十二节	阿米巴性痢疾	(352)
第二十三节	狂犬病	(354)
第二十四节	流行性乙型脑炎	(358)
第二十五节	登革热	(362)
第十七章	丙类传染病	(367)
第一节	流行性感冒	(367)
第二节	流行性腮腺炎	(370)
第三节	风疹	(372)
第四节	急性出血性结膜炎	(374)
第五节	麻风病	(376)
第六节	流行性斑疹伤寒	(380)
第七节	地方性斑疹伤寒	(384)
第八节	黑热病	(386)
第九节	包虫病	(390)
第十节	丝虫病	(393)
第十八章	感染性常见疾病患者护理	(400)
第一节	病毒性肝炎患者护理	(400)
第二节	流行性出血热患者护理	(401)
第三节	手足口病患者护理	(404)
第四节	艾滋病患者护理	(405)
第五节	猩红热患者护理	(407)
第六节	细菌性痢疾患者护理	(409)
第七节	疟疾患者护理	(410)
第八节	流行性脑脊髓膜炎患者护理	(412)
第十九章	感染性疾病常用药物	(415)
第一节	β -内酰胺类抗生素	(415)
第二节	大环内酯类、林可霉素类及万古霉素类	(419)
第三节	氨基糖苷类抗生素	(421)
第四节	四环素类及氯霉素	(423)
第五节	喹诺酮类药	(424)
第六节	磺胺类药及甲氧苄啶	(426)

第七节 抗真菌药	(429)
第八节 抗病毒药	(430)
参考文献	(433)

第一章 概述

一、感染性疾病的历史和现状

感染性疾病作为威胁人类健康和生命的最危险敌人之一,对人类的历史进程产生了深刻的影响。人类发展的历史也是与不同感染性疾病进行斗争的历史,雅典瘟疫、欧洲黑死病、梅毒、印第安天花、西班牙大流感、艾滋病……这些疾病和战争、饥饿、贫穷交织在一起,共同改变着人类的历史轨迹。20世纪40年代青霉素的问世是人类医学史上具有里程碑意义的事件,是人类与疾病斗争过程中的重大突破,此后许多新型抗菌药物不断应用于临床,人们曾一度乐观地认为在与感染性疾病的战斗中,人类已经取得了伟大的胜利,然而时至今日感染性疾病仍然是人类健康和生命的重要威胁之一。来自世界卫生组织(WHO)的数据提出,2008年全球死亡人数约5700万,估计其中至少1/3死于感染性疾病,在全球死亡顺位的前十位中有四种感染性疾病(下呼吸道感染、腹泻病、艾滋病、结核病),在低收入国家,感染性疾病仍然是死亡的首位原因。

感染性疾病是由病原微生物引起的疾病,但并非所有微生物均可致病,只有特定的微生物在特定的条件下才会致病,感染的发生是一个由病原微生物、环境(感染的途径)和宿主相互作用的复杂过程。人们其实是生活在微生物的“海洋”中,人体的表面以及与外界相通的腔道存在着大量对人体健康无害反而有益的细菌,被称为正常菌群。这些细菌不仅与人体保持平衡状态,而且菌群之间也相互制约,构成相对平衡的微生态环境,发挥营养、拮抗有害细菌和免疫等重要的生理作用。某些因素,如广谱抗菌药物的应用破坏了人体与正常菌群之间的平衡,使细菌的数量和比例发生变化,可造成菌群失调甚至引起二重感染;正常菌群离开原来的寄居场所,进入机体的其他部位,当机体损伤或免疫力降低时,原来为正常菌群的细菌也可引起疾病。因此,当标本分离培养出微生物时,对结果的分析非常重要。

病原体可通过多种途径引发感染。直接接触是葡萄球菌感染的主要途径;空气传播是呼吸道疾病如流感、急性严重呼吸综合征的主要感染途径;污染的水源或食物是痢疾、伤寒、霍乱等疾病的主要感染途径;血液和血液制品是丙肝、艾滋病等疾病的主要感染途径;性传播也是一条非常重要的感染途径,此类疾病主要有淋病、梅毒、非特异性尿道炎、艾滋病等;风疹或巨细胞病毒引起母婴垂直传播往往会造成灾难性的后果;节肢动物是另外一种重要传播媒介,蚊、蜱、虱、螨、蚤等通过吸血传播多种疾病。当今全球生态系统发生很大变化,环境恶化及交通与物流的便捷,为媒介生物繁殖、传播、扩散提供了便利条件,一些原有的虫媒疾病再度暴发,新的虫媒疾病不断扩大,在全球呈现加剧化趋势,如通过埃及伊蚊、白纹伊蚊传播的登革热,近10余年来明显回升。

病原体要感染人并引起发病必须要突破宿主的免疫防御系统,因此,宿主的免疫状态是感染性疾病发生和发展的最重要影响因素。病原体对人体的影响除感染外,宿主对感染病原的免疫反应也可以致病。例如,约40%的吉兰-巴雷综合征患者有空肠弯曲菌感染的病史,可能的原因是空肠弯曲菌脂多糖和人类神经节苷脂之间存在分子模拟现象,导致机体发生错误的免疫识别。

作为一种可以治疗和治愈的疾病,准确和快速的病因诊断是感染性疾病治疗取得成功的最重要的方法。一些严重的感染,如肺炎、脑膜炎、败血症等,及时且正确的治疗是挽救生命、降低死亡率的关键因素。正确的治疗来自于正确的诊断,这一诊断的确定必须建立在完整且准确的病史采集、体格检查、当地的流行病学资料、快速的病原检查技术等基础上,初始经验性抗菌药物的选择则要覆盖上述资料所提示的可能病原体,并根据检查结果实时进行重新评估。

二、当今感染性疾病所面临的几个突出问题

虽然人类握有抗菌药物这一应对感染性疾病的利器,但抗菌药物问世几十年来,全球每年因为感染性疾病死亡的人数并没有明显减少。究其原因是多方面的,社会老龄化、免疫抑制宿主的增多和病原微生物的耐药现象是其中最重要的原因。以下为目前感染性疾病治疗所面临的几个重要问题。

(一)新发感染性疾病

人类免疫缺陷病毒(HIV)、SARS 冠状病毒、西尼罗河病毒和埃博拉病毒感染等新发感染性疾病陆续来袭,对人类健康和公共卫生安全构成严重威胁,其中最突出的当属 HIV 和 SARS。HIV 感染从 1981 年人类第一次报道,在短短 30 年时间内以惊人的速度在全球传播,据 WHO 数据,2011 年全球存活 HIV 感染人数达 3400 万,迄今已造成 2500 万人死亡;发生在 2003 年的 SARS 疫情显示新发的感染性疾病,特别是传染性疾病已不是简单的医学问题,而是涉及公共卫生、社会经济、国家安全等多层面的重大问题。在新发感染性疾病的诊断过程中,需要快速而准确地鉴定生物体的尖端科学技术,临床微生物学承担的职责尤为重要和突显。

(二)基因组学和其他组学的发展

在过去的 10 多年中,已有 200 余种人类相关的病原体的基因组序列被明确,这将为感染性疾病发病机制的研究提供重要信息。

(三)细菌的耐药性增强 多重耐药的肺炎链球菌、耐万古霉素的金黄色葡萄球菌、耐万古霉素的肠球菌、泛耐药的非发酵菌、多重耐药的结核杆菌等耐药菌的出现和流行已成为临床治疗中的重要难题和患者死亡的重要原因,加之药品生产厂家对新型抗菌药物研制的脚步放缓,使抗菌药物的耐药现象现已成为一个全球性的难题。2011 年 WHO 将细菌的耐药性列为世界卫生日主题“今天不采取行动,明天就无药可用”。

(四)感染在慢性疾病中的作用 研究发现一些所谓的特发性疾病其实存在感染的基础,这一现象日益受到人们的重视,如丙型肝炎病毒、幽门螺杆菌、人类乳头状瘤病毒等与肿瘤的关系,且人们已尝试从疫苗预防和治疗等多角度进行干预。

(李广明)

第二章 呼吸系统感染性疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(AURI)是鼻腔、咽或喉部急性炎症的统称,是呼吸道的常见疾病。根据病因的不同,其临床表现可有普通感冒、鼻旁窦炎、咽炎和扁桃体炎、喉炎、急性会厌炎等。若炎症局限某一局部即按该部炎症命名,如急性鼻炎、急性扁桃体炎等,否则统称为上呼吸道感染。

一、流行病学

全年均可发病,发病不分年龄、性别、职业和地区,但冬春季节或气候变化,机体抵抗力下降易发病,多为散发,但可在气候突变时小规模流行。主要通过患者喷嚏和含有病毒的飞沫经空气传播,也可通过接触(经污染的手和用具接触)传播。引起上感的病毒有多种类型,人体对其感染后产生的免疫力较弱且时间短暂,病毒间也无交叉免疫,故一年内可多次发病。

二、病因及发病机制

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、鼻病毒、腺病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒等。多通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播。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,偶见革兰氏阴性杆菌。

当患者因受凉、淋雨、过度疲劳等诱因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,引起发病,尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病如鼻窦炎、扁桃体炎者更易患该病。

三、病理

组织学上可无明显病理改变,可出现上皮细胞的破坏。可有炎症因子参与发病,使上呼吸道黏膜血管充血和分泌物增多,伴单核细胞浸润,浆液性及黏液性炎性渗出。继发细菌感染可有中性粒细胞浸润及脓性分泌物。

四、临床表现

按病因和受感染部位及程度的不同,可分为以下几种类型。

(一)普通感冒

普通感冒俗称“伤风”,以鼻咽部炎症为主要表现,多由鼻病毒感染所致,亦可因副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒等引起。起病急,早期有鼻咽部干、痒、烧灼感,可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕等症状;2~3d后鼻涕变稠,同时常伴有咽痛,部分患者可有流泪、听力减退、味觉迟钝、咳嗽、声音嘶哑等表现。一般病程5~7d,全身症状常较轻,可有低热、轻度畏寒及头痛。体检可发现鼻黏膜充血、水肿,有炎性分泌物,咽部轻度充血等。

(二)病毒性咽炎和喉炎

1. 急性病毒性咽炎 多由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒等感染所致,亦可在病毒感染的基础上继发细菌感染。以咽部发痒、灼烧感和疼痛为主要表现。体检可见咽部充血、水肿、淋巴滤泡增生,少数患者有颌下淋巴结肿大并伴触痛。合并急性病毒性咽鼓管炎症时,可出现暂时性听力减退。流感病毒和腺病毒感染时,可有发热,乏力,咽部明显充血、水肿,颌下淋巴结肿痛;腺病毒感染时常合并眼结合膜炎;链球菌感染时多有吞咽疼痛。

2. 急性病毒性喉炎 常由鼻病毒、甲型流感病毒、副流感病毒等感染所致。临床上以声音嘶哑、发音困难、咽痛、咳嗽和发热为主要表现。体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结肿大及压痛,部分患者可有喘鸣音。

(三)咽结膜热

多由腺病毒和柯萨奇病毒感染引起。临床上主要表现为咽痛、畏光、流泪、发热等。体检可见咽部及眼结膜明显充血。多发于夏季,常见于儿童,易在游泳者中传播。病程4~6d。

(四)疱疹性咽峡炎

多由A型柯萨奇病毒感染所致。临床上主要表现为发热及显著咽痛。体检可见咽部充血,软腭、腭垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹和浅表溃疡,周围绕以红晕。多发于夏季,常见于儿童,偶可见于成年人。

(五)急性咽-扁桃体炎

主要由溶血性链球菌感染所致,亦可因流感嗜血杆菌、肺炎球菌及葡萄球菌等引起。临床上主要表现为急性起病、畏寒、发热(体温可高达39℃以上),明显咽痛,吞咽困难等。体检可见咽部明显充血,扁桃体充血、肿大、表面有脓血性分泌物,颌下淋巴结肿大伴压痛,肺部检查无异常。

(六)并发症

本病如治疗不及时,易于并发急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎或肺炎。部分患者尚可并发风湿病、肾小球肾炎、病毒性心肌炎等严重并发症。

五、辅助检查

(一)血象

病毒感染见白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞比例升高。细菌感染或合并细菌时白细胞计数与中性粒细胞可增多,出现核左移现象。

(二)病毒和病毒抗体测定

根据需要可用免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法测定病毒抗体,血清学诊断法和病毒分离进行鉴定,以判断病毒的类型、区别病毒和细菌感染。

(三)胸部X线检查

胸部X线检查一般无异常变化,只有当合并气管-支气管炎时可有改变。

六、诊断与鉴别诊断

(一)诊断

1. 临床诊断 根据患者的诱因、流行情况、鼻咽部卡他和炎症症状及体征,结合外周血象检查以及胸部X线检查等,可以做出临床诊断。

2. 病因诊断 需经过病毒的分离、细菌培养、抗原检测等方法来判断病原体。

(二) 鉴别诊断

1. 流行性感冒 具有明显的流行性,其特点是突然暴发、迅速蔓延和波及面广。患者起病急,全身症状重,表现为高热、全身酸痛、眼结膜炎等,而鼻咽部症状轻微。鼻腔洗液中黏膜上皮细胞涂片,用荧光标记的流感病毒免疫血清染色,有助于早期诊断,或病毒分离或血清学诊断有助于鉴别。

2. 过敏性鼻炎 临床表现似普通感冒,但起病急,发作与环境、气温、异常气味有关,表现为鼻腔发痒、频繁喷嚏、流清水样鼻涕,病理为鼻黏膜苍白、水肿,鼻腔分泌物中嗜酸性粒细胞增高。

3. 急性传染病前驱症状 许多传染病如麻疹、脊髓灰质炎等早期均出现上呼吸道感染的表现,但这些疾病常常有流行季节和地区,以及一些特异性的症状和体征。必要的实验室检查有助于鉴别诊断。

七、治疗

(一) 一般治疗

注意休息,戒烟,多喝水,保证充足的维生素 C 摄入,进食清淡、易于消化和营养丰富的饮食,室内保持良好的通风,保持一定的温度和湿度,注意保暖,避免再次感染。

(二) 对症治疗

发热、头痛时可给予解热镇痛剂。咽痛者可口服各种含片如溶菌酶含片等或用生理盐水漱口。鼻塞者可用 1% 麻黄素滴鼻。流涕者可用抗组胺药物。痰多时可选用祛痰剂。干咳严重时可选用非成瘾性中枢性镇咳剂,必要时可用中枢镇咳剂。

(三) 病原治疗

1. 抗病毒治疗:目前尚无特效抗病毒药物,常用的有:①利他韦林每日 0.8~1g,分 3~4 次口服,或每日 10~15mg/kg,分 2 次静脉滴注。②金刚烷胺和金刚乙胺每次 100mg,每日 2 次。可引起中枢神经系统和胃肠道副作用,停药后大多数可迅速消失。

2. 抗细菌治疗:如有细菌性感染,可选用合适的抗生素,如青霉素类、头孢菌素类、大环内酯类、喹诺酮类、林可霉素类等。其中对于细菌性咽-扁桃体炎患者首选青霉素类药物,可予青霉素 80 万 U 肌内注射,每日 2 次,或 240 万~800 万 U 静脉滴注。

(四) 中成药治疗

临床上常用的有板蓝根冲剂、感冒冲剂、维 C 银翘片、双黄连口服液、午时茶等。

八、预防

加强健康教育,经常进行体育锻炼,增强体质,提高机体抗病能力,生活有规律,避免过劳,做好防寒保暖工作,避免诱因,保持空气流通,做好个人防护。

第二节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的急性气管-支气管黏膜炎症。常发生于寒冷季节或气候突变时,也可由急性上呼吸道感染迁延不愈所致,临床

症状主要为咳嗽和咳痰。多为散发,年老体弱者易感。

一、病因及发病机制

(一)感染

可以由病毒、细菌直接感染,也可因急性上呼吸道感染的病毒或细菌蔓延引起本病。常见病毒为腺病毒、流感病毒、冠状病毒、鼻病毒、单纯疱疹病毒、呼吸道合胞病毒等。在病毒感染的基础上可继发细菌感染,常见的致病菌为肺炎球菌、流感嗜血杆菌等。

(二)物理或化学性刺激

过冷空气、粉尘、某些刺激性气体或烟雾(如二氧化碳、二氧化氮、氨气、氯气等)的吸入,均可刺激气管-支气管黏膜,引起黏膜急性损伤和炎症反应。

(三)变态反应

常见的过敏原(如吸入花粉、有机粉尘、真菌孢子、动物皮毛)或对细菌蛋白的过敏等,均可引起气管-支气管的过敏性反应。吸烟、过度劳累、气候变化、艰苦环境等都是急性气管-支气管炎发病的重要诱因。

二、生理病理

病理改变主要为气管-支气管黏膜充血、水肿,分泌物增多,黏膜下层水肿,有淋巴细胞和中性粒细胞浸润。病变一般仅限于气管、总支气管和肺叶支气管黏膜。严重者可蔓延至细支气管和肺泡,引起微血管坏死和出血。损害严重者可有黏膜纤毛功能降低,纤毛上皮细胞损伤、脱落。炎症消退后,气管-支气管黏膜的结构和功能恢复正常。

近年来,有人注意到急性支气管炎与气道高反应性的关系。在复发性急性支气管炎的患者中,轻度支气管哮喘发作较正常人群为多。反之,急性支气管炎患者既往亦多有支气管哮喘或特异质反应病史,提示支气管痉挛可能是急性支气管炎患者咳嗽迁延不愈的原因之一。

三、临床表现

(一)症状

起病较急,常先有鼻塞、流涕、咽痛、声音嘶哑等急性上呼吸道感染症状,继之出现干咳或伴少量黏痰,1~2天后可转为黏液脓性或脓性痰,痰量增多,咳嗽加剧。气管受累时可在深呼吸和咳嗽时感胸骨后疼痛;伴支气管痉挛时,可有气促、胸部紧缩感。全身症状较轻,可有低热或中等度发热伴乏力等,多3~5天后消退。

(二)体征

胸部听诊呼吸音正常或增粗,并有散在干、湿啰音。咳嗽后啰音部位、性质改变或消失,支气管痉挛时可闻及哮鸣音。

四、实验室与其他检查

(一)血常规

白细胞计数与分类多无明显改变,但在细菌感染较重时可见白细胞总数和中性粒细胞增高。

(二)胸部影像学

X线检查多无异常或仅有肺纹理增粗。

(三)痰培养或涂片

可发现病原体,但一般较少采用。

五、诊断与鉴别诊断

(一)诊断

临床诊断主要依据以下几点。

1. 症状:上呼吸道卡他症状与咳嗽、咯痰。
2. 体征:可闻及干啰音,呼吸音粗糙。
3. 胸部X线:肺纹理增强、紊乱。
4. 血常规:白细胞正常或下降。病毒学检查困难,实际临床意义不大,考虑有细菌感染及非典型致病菌感染时,可做相应检查。

(二)鉴别诊断

急性气管-支气管炎应与下列疾病鉴别。

1. 流行性感冒,见流感。
2. 哮喘:哮喘患者典型表现是阵发性哮喘,对平喘药反应良好。鉴别困难时,可做支气管舒张试验。
3. 肺结核、支气管扩张、支原体肺炎及其他急性感染性疾病。

六、治疗

(一)一般治疗

注意休息,必要时卧床休息。保证充足的水分供应,给予清淡易消化食物,补充维生素C。保持室内空气新鲜,注意防寒保暖。

(二)病因治疗

病毒感染,可选用利巴韦林(三氮唑核苷,病毒唑)150mg,每天3次,口服;或0.6~1.0g加于5%葡萄糖溶液中,每天1次,静脉滴注,疗程5~7天。细菌感染应及时应用抗生素,一般首选青霉素,每次80万U,每天2~4次,肌肉注射。感染较重时每次240~480万U,加入生理盐水100~150ml中,每天2次,静脉滴注。对青霉素过敏者,可选用红霉素300mg,每天4次,口服。感染较重时可静脉滴注红霉素。亦可选用喹诺酮类(环丙沙星、诺氟沙星、氧氟沙星等)和头孢菌素类(头孢氨苄、头孢曲松等)抗菌药物。

(三)对症治疗

咳嗽酌情使用止咳药,如右美沙芬、喷托维林(咳必清)。咳嗽剧烈,上述药物难以奏效时可用可待因,但对于痰多的病人要慎用该药,以免影响痰液排出。痰黏稠不易咳出时可选用溴己新(必嗽平)、复方氯化胺、乙酰半胱氨酸、强力稀化粘素等口服,或加于生理盐水中雾化吸入。复方甘草合剂、鲜竹沥、川贝枇杷膏等中药复方制剂兼有止咳祛痰的双重作用,可酌情选用。对于伴有支气管痉挛的病人可给予氨茶碱、沙丁胺醇(舒喘定)、二羟丙茶碱(喘定)等解痉平喘药物。

七、预防

防止空气污染,避免受凉及过度劳累,加强锻炼、增强体质,提高呼吸道的抵抗力,及时治

疗上呼吸道感染。

第三节 肺炎

肺炎是指终末气道、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。细菌性肺炎占绝大多数。自抗菌药物应用后该病发病率和病死率一度较低,但近年又有所上升。其原因与人口老龄化、吸烟、伴有基础疾病和免疫功能低下有关,也与病原体变异、不合理使用抗菌药物有关。患者大部分预后良好,部分免疫功能低下者预后较差,肺炎导致死亡的主要原因为感染性休克。

一、概述

(一)分类

1. 按解剖部位分类

(1)大叶性(肺泡性)肺炎

肺炎病原体先在肺泡引起炎症,经肺泡间孔(Cohn孔)扩散,累及部分肺段或整个肺段、肺叶,通常并不累及支气管。

(2)小叶性(支气管性)肺炎

肺炎病原体经支气管入侵,引起细支气管、终末细支气管及肺泡的炎症,常继发于其他疾病,如支气管炎、支气管扩张、上呼吸道感染以及长期卧床的危重患者。

(3)间质性肺炎

以肺间质为主的炎症,病变累及支气管壁以及支气管周围,有肺泡壁增生及间质水肿。

2. 按病因分类

(1)细菌性肺炎

病原体包括肺炎链球菌、甲型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎克雷白杆菌、流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌等。

(2)病毒性肺炎

病原体包括腺病毒、冠状病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒、麻疹病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒等。

(3)非典型病原体所致肺炎

病原体包括军团菌、支原体和衣原体等。

(4)肺真菌病

病原体包括白色念珠菌、曲霉菌、隐球菌、肺孢子菌等。

(5)其他病原体所致肺炎

病原体包括立克次体(如Q热立克次体)、弓形虫(如鼠弓形虫)、寄生虫(如肺包虫、肺吸虫)等。

(6)理化因素所致的肺炎

主要有:①放射性肺炎,由放射性损伤引起;②化学性肺炎,吸入刺激性气体或液体(如胃酸)所致;③类脂性肺炎,对吸入或内源性脂类物质产生炎症反应的肺炎等。

3. 按患病环境分类