

The top half of the book cover features a blue background with a medical illustration. On the right, a glass IV drip chamber is shown with a tube leading to a needle. In the background, a faint DNA double helix is visible. The top left corner has a pattern of dark blue hexagons. A large white arrow points from the right side towards the center.

NEIKE
WEIZHONGZHENG
YU HULI

内科

危重症与护理

路笃诚 等 主编

陕西出版集团
陕西科学技术出版社

内科危重症与护理

路笃诚 等 主编

陕 西 出 版 集 团
陕西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科危重症与护理 / 路笃诚等主编. —西安:陕西科学技术出版社, 2009. 9

ISBN 978 - 7 - 5369 - 4719 - 1

I. 内… II. 路… III. ①内科—急性病—诊疗②内科—险症—诊疗③内科—急性病—护理④内科—险症—护理
IV. R505.97 R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 177566 号

出 版 者 陕西出版集团 陕西科学技术出版社

西安北大街 131 号 邮编 710003

电话(029)87211894 传真(029)87218236

<http://www.snstp.com>

发 行 者 陕西出版集团 陕西科学技术出版社

电话(029)87212206 87260001

印 刷 陕西丰源印务有限公司

规 格 850mm × 1168mm 32 开本

印 张 10.125

字 数 270 千字

版 次 2009 年 9 月第 1 版

2009 年 9 月第 1 次印刷

定 价 30.00 元

版权所有 翻印必究

《内科危重症与护理》编委会

主 编	路笃诚	杨秀香	吴翠香	李 文
	程 蔚	仁 妍		
副主编	蔡天志	蒿光艳	常 敏	张艳霞
	马凤华	侯喜连	仝 雪	赵华民
	王秋莲	周子秀	王建华	邵 芳
	赵 峰	吴淑华	陈海侠	鲍士利
	崔东玲	姬月云	郑洪英	胡相秋
	魏 钰	杨秀丽	孙亚锋	杨建凤
编 委	田凤芹	杭士英	王雪芝	王春娟
	孙 冲	赵少君	苏 燕	童申兰
	王雪梅	郭明星	阙景芳	李秀红
	巩 茹	魏 岩	江春英	

目 录

第一章 呼吸系统	(1)
第一节 急性气管 - 支气管炎	(1)
第二节 急性上呼吸道感染	(3)
第三节 肺炎	(5)
第四节 哮喘	(16)
第五节 自发性气胸	(24)
第六节 急性肺水肿	(35)
第七节 肺栓塞	(38)
第八节 呼吸衰竭	(44)
第九节 急性呼吸窘迫综合征	(53)
第二章 循环系统	(61)
第一节 急性左心衰	(61)
第二节 心源性休克	(65)
第三节 急性冠脉综合征	(70)
第四节 高血压危象	(83)
第五节 主动脉夹层	(88)
第六节 阵发性室上性心动过速	(95)
第七节 房室传导阻滞	(97)
第八节 阵发性室性心动过速	(100)
第九节 心室扑动与颤动	(102)
第十节 心律失常护理	(106)
第十一节 感染性心内膜炎	(112)
第三章 消化系统	(119)
第一节 上消化道出血	(119)
第二节 下消化道出血	(130)
第三节 急性胃扩张	(135)

第四节	胃、十二指肠溃疡急性穿孔	(138)
第五节	急性出血坏死性肠炎	(141)
第六节	急性胰腺炎	(146)
第七节	急性梗阻性化脓性胆管炎	(155)
第八节	急性胆囊炎	(159)
第九节	急性肝功能衰竭	(165)
第五章	泌尿系统	(169)
第一节	急性泌尿系感染	(169)
第二节	非创伤性血尿	(173)
第三节	急性尿潴留	(176)
第四节	急性间质性肾炎	(178)
第五节	急性肾小球肾炎	(181)
第六节	急进性肾炎综合征	(187)
第七节	急性肾功能衰竭	(191)
第六章	内分泌	(205)
第一节	糖尿病酮症酸中毒	(205)
第二节	高渗性非酮症性糖尿病昏迷	(208)
第三节	低血糖危象	(211)
第四节	乳酸酸中毒	(214)
第五节	垂体卒中	(217)
第六节	垂体危象	(220)
第七节	肾上腺危象	(225)
第八节	甲状腺功能减退危象	(229)
第七章	血液系统	(233)
第一节	急性溶血	(233)
第二节	急性白血病	(239)
第三节	急性粒细胞缺乏症	(253)
第四节	过敏性紫癜	(256)
第五节	特发性血小板减少性紫癜	(261)

第六节 血友病	(267)
第八章 神经系统疾病	(274)
第一节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(274)
第二节 急性脊髓炎	(277)
第三节 短暂性脑缺血发作	(281)
第四节 脑血栓形成	(283)
第五节 脑栓塞	(288)
第六节 脑出血	(290)
第七节 蛛网膜下腔出血	(292)
第八节 癫痫	(296)
第九节 流行性乙型脑炎	(301)
第十节 病毒性脑膜炎	(305)
第十一节 视神经脊髓炎	(307)
第十二节 急性播散性脑脊髓炎	(311)

第一章 呼吸系统

第一节 急性气管 - 支气管炎

急性气管 - 支气管炎是由感染、物理化学刺激或过敏引起的气管 - 支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状有咳嗽和咳痰。常见于寒冷季节或气候突变之时诱发。

一、诊断

1. 临床表现特点 起病较急,常先有急性上呼吸道感染症状,如鼻塞、喷嚏、咽痛、声嘶等。全身症状轻微,仅有轻度畏寒、发热、头痛及全身酸痛等。咳嗽开始不重,呈刺激性,痰少。1~2天后咳嗽加剧,痰由黏液转为黏液脓性。轻症的病例常在晨起、晚睡体位改变,吸入冷空气或体力活动后,有阵发性咳嗽;有时甚至终日咳嗽。当伴发支气管痉挛,可出现程度不等的气促,伴胸骨后发紧感。体检两肺呼吸音增粗,散在干、湿性罗音。罗音的部位常不恒定,咳痰后可减少或消失。急性气管 - 支气管炎一般呈自限性,发热和全身不适可在3~5天消退,咳嗽有时延长数周方愈。如迁延不愈,日久可演变为慢性支气管炎。

2. 辅助检查 血白细胞计数多无明显改变。继发感染较重时,白细胞可升高。痰涂片或培养可发现致病菌。X线胸片检查大多数正常或肺纹理增粗。

二、治疗

1. 对症治疗 有全身症状时应适当休息,注意保暖,多饮水。刺

激性咳嗽宜用蒸气吸入,或用生理盐水超声雾化吸入;如过分剧烈,可应用喷托维林(咳必清)25mg、咳美芬 10mg 或可待因 15 ~ 30mg,每日 3 次口服。痰稠不易咳出时,可服用氯化铵 0.3 ~ 0.6g,或溴己新(必嗽平)8 ~ 16mg,每日 3 ~ 4 次。出现哮喘音时,可服用氨茶碱 0.1g,特布他林(博利康尼)2.5mg,或沙丁胺醇(舒喘灵)2.4mg,每日 3 次。高热可用复方阿司匹林等。

2. 抗菌药物治疗 根据感染严重程度,可选用适当抗菌药物口服或注射治疗。可参阅肺炎一章。

三、护理

1. 休息与保暖 患者应减少活动,增加休息时间,卧床时头胸部稍抬高,使呼吸通畅。室内空气新鲜,保持适宜的温湿度,避免对流风。

2. 保证充足的水分及营养 鼓励患者多饮水,必要时由静脉补充。给予易消化营养丰富的饮食,发热期间进食流质或半流质为宜。

3. 保持口腔清洁 由于患者发热、咳嗽、痰多且黏稠,咳嗽剧烈时可引起呕吐,故要保持口腔卫生,以增加舒适感,增进食欲,促进毒素的排泄。

4. 发热护理 高热时要采取物理降温或药物降温措施。

5. 观察呼吸道分泌物的性质及能否有效地咳出痰液,指导并鼓励患者有效咳嗽;若痰液黏稠可适当提高病室湿度,室内温度宜维持在 60% 左右,以湿化空气,稀释分泌物,也可采用超声雾化吸入或蒸气吸入;对于咳嗽无力的患者,宜经常更换体位,拍背,使呼吸道分泌物易于排出,促进炎症消散;如果分泌物多,影响呼吸时,要用吸引器,及时清除痰液,保持呼吸道通畅。有咳喘症状者可给予氧气吸入。

6. 健康教育 加强营养,适当开展户外活动,进行体格锻炼,增强机体对气温变化的适应能力。根据气温变化增减衣服,避免受凉或过热。在呼吸道疾病流行期间,不要让患者到公共场所,以免交叉

感染。积极预防营养不良、贫血和各种传染病,增强机体的免疫能力。

第二节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或咽喉部急性炎症的概称。是最常见的一种传染性疾病。大多数由病毒引起,少数为细菌所致。其发病不分年龄、性别、职业和地区。全年皆可发病,冬春季较多。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。

一、诊断

(一) 临床表现特点

根据病因不同,临床表现可有不同的类型:

1. 普通感冒(*common cold*) 俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他,以鼻咽部炎症为主要表现。在成人大多数为鼻病毒引起。起病较急,初期有咽干、咽痒或灼热感,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、味觉减退、呼吸不畅、声嘶、少量咳嗽等。一般无发热及全身症状,或仅有低热、不适、轻度畏寒、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,一般经5~7天痊愈。

2. 病毒性咽炎、喉炎和支气管炎 ①急性病毒性咽炎多由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠道病毒、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。当吞咽疼痛时,常提示有链球菌感染。咳嗽少见。流感病毒和腺病毒感染时可有发热和乏力。体检咽部明显充血和水肿,颌下淋巴结肿大且触痛。腺病毒咽炎可伴有眼结合膜炎。②急性病毒性喉炎多由鼻病毒、流感病毒甲型、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,可有咽炎或咳嗽。体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大和触痛,可闻及喘息声。③急性病毒性支气管炎多由呼吸道合胞病毒、流感病毒等引起。临床表现为咳嗽有或无痰,痰为黏液性或白色水样,伴有发热和乏力。其他症状常有声嘶、非胸膜性胸骨下疼痛。可闻及干性和湿性罗音。

3. 疱疹性咽峡炎 常由柯萨病毒 A 引起,表现为明显咽痛、发热,病程约 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,以后形成疱疹。多于夏季发作,多见于儿童,偶见于成人。

4. 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,咽及结合膜明显充血。病程 4~6 天,常发生于夏季,游泳中传播。儿童多见。

5. 细菌性咽 - 扁桃体炎 多由溶血性链球菌,次为肺炎球菌、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。

(二) 实验室检查

1. 血象 病毒性感染时,白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞比例升高;细菌感染时,白细胞计数常增多,有中性粒细胞增多和核左移现象。

2. 病原学检查 进行细菌培养或病毒分离,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,可确定病因诊断。

二、治疗

1. 对症治疗 病情较重或年老体弱者应卧床休息,忌烟、多饮水,室内保持空气流通。如有发热、头痛,可选用复方阿司匹林、吲哚美辛(消炎痛)、去痛片、帕尔克等药;咽痛可用各种喉片如溶菌酶片、健民咽喉片,或中药六神丸等口服;声音嘶哑,可用超声雾化治疗;鼻塞、流涕可用 1% 麻黄碱滴鼻。

2. 抗菌药物治疗 如有细菌感染,可选用适当抗菌药物,如磺胺药、青霉素、多西环素(强力霉素)、螺旋霉素、头孢菌素类和氟喹诺酮类药物等。病毒感染一般不需用抗菌药物。

3. 中医中药治疗 可供选用的中成药有清热解毒口服液、双黄连口服液等。

三、护理

1. 一般护理常规,高热者按高热护理常规护理,呼吸道隔离。
2. 体温恢复正常前应卧床休息,经常更换体位,防止受凉。
3. 按医嘱给予易消化的饮食,多饮水。
4. 及时清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。鼻塞时,按医嘱用0.5%麻黄素液滴鼻。口腔炎及张口呼吸者,注意保持口腔清洁。
5. 喉炎者,注意保持安静,集中操作避免惊扰,并给予吸氧及雾化吸入。行气管切开术者按气管切开术后常规护理。
6. 密切观察有无各种急性传染病的早期症状和体征,并应及时通知医师。

第三节 肺 炎

肺炎(pneumonia)是肺实质的急性炎症,为临床最常见的感染性疾病。依解剖分类法可分为大叶性、肺段性、小叶性和间质性肺炎;依病因分类法可分为细菌性、病毒性、支原体性、衣原体性、立克次体性、真菌性和原虫性肺炎等,其中以细菌性肺炎最多见。中毒性肺炎又称休克型肺炎,是以周围循环衰竭为其主要表现的重症细菌性肺炎,占肺炎的8%左右,具有起病急、症状重、治疗矛盾多、预后差、病死率高的特点。导致中毒性肺炎最常见的细菌有金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、肺炎杆菌、肺炎球菌等。

一、诊断

不同原因的肺炎,其发生机制与临床特征各异,简述如下:

(一)肺炎球菌肺炎

肺炎球菌肺炎是由肺炎链球菌引起的急性肺部感染,为最常见的细菌性肺炎。临床上有突发的寒战、高热、胸痛、咳嗽和血痰等症状。近年来由于抗生素的广泛应用,临床上以轻型或不典型者为常见。

肺炎球菌为革兰氏阳性球菌,属兼性厌氧菌,常成对(肺炎双球菌)或成链排列(肺炎链球菌),菌体外有荚膜,荚膜多糖体具有特异抗原性,根据血清试验,现已知有 86 个血清型。成人致病菌多属 1~9 及 12 型,以第 3 型毒力最强,常致严重肺炎,并偶可导致肺组织坏死和形成空洞;而儿童中为 6、14、19 及 23 型。这些细菌为上呼吸道正常菌群,只有当免疫力降低时方始致病。发病以冬季和初春为多,这与呼吸道病毒感染流行有一定关系。患者常为原先健康的青壮年人,男性较多见。大多数患者先有轻度上呼吸道感染,支气管黏膜的完整性被破坏后影响纤毛活动,有利于细菌侵入肺部,从而导致感染。突然受寒、饥饿、疲劳、醉酒等均能削弱全身抵抗力,成为肺炎的诱因。此外,吸入有害气体、心力衰竭、长期卧床、肺水肿和脑外伤等,进一步削弱肺泡吞噬细胞的吞噬作用,均有利于细菌的生长繁殖而发生肺炎。肺炎球菌不产生毒素,不引起原发性组织坏死或形成空洞;其致病力是由于含有高分子多糖体的荚膜对组织的侵袭作用,首先引起肺泡壁水肿,迅速出现白细胞和红细胞渗出,含菌的渗出液经 Cohn 氏孔向肺的中央部分扩散,甚至蔓延及几个肺段或整个肺叶,因病变开始于肺的外周,故叶间分界清楚,且容易累及胸膜。病理改变有充血期、红肝变期、灰肝变期和消散期。由于肺泡壁和其他结构保持完整,亦无坏死和溃疡,一般病变消散后肺组织恢复正常,不留纤维化瘢痕。病变多呈大叶分布,多侵犯单叶,少数病变累及多叶。婴幼儿和老年、心衰者可表现为支气管肺炎。

患者常有受凉淋雨、疲劳、醉酒、精神刺激、病毒感染史,半数病例有数日的上呼吸道感染的先兆症状。发病急骤,有寒战、高热、体温在数小时内上升至 $39 \sim 41^{\circ}\text{C}$,呈稽留热,伴头痛、衰弱、全身肌肉酸痛。呼吸急促,心率快,常有紫绀。炎症常波及胸膜,引起刺痛,随呼吸和咳嗽加剧。开始痰为黏液性,以后呈脓性,也可带血或呈铁锈色。部分患者伴有消化道症状如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。肺炎发生于下叶者,炎症波及膈肌,疼痛可放射至上腹部,类似急腹症。严重感染可伴发周围循环衰竭和神经系统症状如神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、昏迷等,称为中毒性(或休克型)肺炎。须密切观察,积极救治。

早期肺部体征不明显或仅有轻度浊音、呼吸音减低和胸膜摩擦音;实变期可有典型体征如叩音浊、语颤增强和支气管呼吸音;到消散期可听到湿罗音。继而病变痊愈,体征恢复正常。部分患者口唇和鼻周围有疱疹。当人体对荚膜抗原产生足够的特异性抗体时,二者结合,在补体参与下,有利于对细菌的吞噬。在发病第 5 ~ 10 天时,体温可自行骤降或逐渐下降。在有效的抗菌药物治疗下,体温可在 24 小时至 2 ~ 3 天内恢复正常,一般情况迅速改善。

辅助检查可见 ①血白细胞计数及中性粒细胞均显著增加,总数 $(15 \sim 30) \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞多在 0.8 以上,并有核左移;年老体弱或严重病例白细胞计数可不增加,但中性粒细胞的百分比仍增高。②痰涂片可见革兰氏阳性成对的球菌,在白细胞内更有意义,培养可确诊。治疗前作血培养约有 20% ~ 25% 为阳性,对估计预后有帮助。③胸部 X 线检查早期为肺纹理增多,或肺段分布的淡薄阴影,在透视下容易漏诊。实变期可见大片均匀致密的阴影,呈叶、段分布。一般在 2 ~ 3 周内阴影消散,老年患者有达 3 周以上者。④血气分析一般无明显变化,病变广泛时有 PaO_2 下降及 PaCO_2 下降,原有慢性阻塞性肺疾患的患者 PaCO_2 可上升。

(二) 葡萄球菌肺炎

葡萄球菌肺炎是由葡萄球菌所引起的急性肺部感染。病情较

重,常发生于免疫功能已经受损的病人,如糖尿病、肝病、营养不良、酒精中毒以及原已患有支气管-肺病者。葡萄球菌属小球菌族,为需氧或兼性厌氧的革兰氏阳性菌,有金葡菌和表葡菌两类。前者可引起全身多发性化脓性病变,血浆凝固酶使细菌周围产生纤维蛋白,保护细菌不被吞噬。凝固酶阴性的葡萄球菌偶亦可致病。葡萄球菌肺炎分原发(吸入)性与继发(血源)性两类,前者经呼吸道感染,多见于婴幼儿,成人多发生于流感患者;后者多来自皮肤感染(痈、疖、毛囊炎、蜂窝织炎)或手术感染,经血行播散至肺。主要病理改变为化脓性炎症,有单个或多发性脓腔,可有气囊肿,易并发脓气胸,有时还伴发化脓性心包炎、脑膜炎等。

原发性葡萄球菌肺炎起病时可有上呼吸道感染症状,继之寒战、高热、胸痛、咳嗽,咳脓痰或带血痰,痰量多,并有进行性气急和紫绀。严重者常伴有早期周围循环衰竭、休克。血源性者常以寒战、高热、谵妄等败血症症状为突出表现,痰量不多,很少咯血。部分患者可有神志模糊或昏迷,血压下降,皮肤等身体其他部位有化脓性病灶。肺部体征:原发性者可闻及湿性啰音,血源性者多不明显。如并发脓胸或脓气胸时则呼吸音减低或消失。

辅助检查的特点有 ①白细胞计数增加,可达 $50 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比增高,核左移,并有毒性颗粒,严重病例可有白细胞计数减少。②痰涂片可见革兰氏阳性葡萄球菌;痰培养有大量金葡菌生长,凝固酶阳性者有助于诊断;血源性者半数血培养阳性。③血气分析可有 PaO_2 及 $PaCO_2$ 下降。④胸部 X 线检查:原发性者表现为肺段或肺叶的实变,也可呈片状阴影,内有透光区;血源性者表现为双肺多发性球形病灶,内有空洞。气囊肿为一薄壁气囊,大小约 1 ~ 6cm,为本病特征性表现。X 线阴影的易变性是金葡菌肺炎的另一重要特征。

根据全身毒性症状、咳嗽、脓血痰,白细胞计数增高(可达 $50 \times 10^9/L$)、中性粒细胞百分比增加、核左移,并有毒性颗粒;X 线表现片状阴影伴有空洞及液平,已可作出初步诊断。确诊有赖于痰的阳性

细菌培养。婴儿患者血培养阳性机会比成人多见。胞壁酸是存在于葡萄球菌外层的一种含磷的复杂多聚体,可刺激机体产生相应的抗体,胞壁酸抗体测定有助于病原学诊断。

(三)革兰阴性杆菌肺炎

由革兰氏阴性杆菌引起肺炎的致病菌有肺炎杆菌、大肠杆菌、其他肠杆菌、绿脓杆菌、流感嗜血杆菌等。细菌侵入肺部的主要途径为吸入感染,由于口咽部寄殖菌吸入而发病。约2%~10%的正常人其口咽部有革兰氏阴性杆菌寄殖,慢性疾病、严重疾病、酒精中毒、昏迷等带菌明显增高,可达50%,故凡有慢性支气管炎等慢性肺病、糖尿病、肾病或长期用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、细胞毒药物等,尤其是住院患者,机体抵抗力减退,容易诱发革兰氏阴性杆菌肺炎。此外,人体可通过机械呼吸器、雾化器或气管插管和各种导管而感染;也可以是身体其他部位的感染灶,形成菌血症而感染肺部。其共同的病理特性是它们均迅速导致肺叶实变或支气管肺炎的融合性实变,引起组织坏死甚至多发性空洞,一般双侧下叶肺多受累;若波及胸膜,则可引起胸腔积液或脓胸。患者起病急骤,有寒战、高热,严重病例伴有周围循环衰竭、肺水肿和呼吸衰竭;呼吸道症状多有胸痛、咳嗽,咳绿色脓痰者多为绿脓杆菌感染。

胸部X线检查示肺叶实质或支气管肺炎的融合性病变,可有多发空洞或巨形空洞,病变多见于中、下肺野,多数为双侧性,常有胸腔积液。绿脓杆菌肺炎病变多呈两侧中、下肺野散在结节阴影。典型的肺炎杆菌大叶性实变多发生在右上叶,易形成不规则的透光区,叶间隙下坠膨出,少数呈支气管肺段分布。

从痰或血中培养出致病菌才能作病原学确诊。痰液采集后须在10分钟内接种培养,多次培养出同一细菌,临床诊断意义更大。为了避免口腔常存菌的污染,可用塑料导管经环甲膜从气管内吸痰,或用纤支镜从下呼吸道吸痰及通过防染毛刷取样作细菌培养。血清抗体测定有助于诊断。绿脓杆菌肺炎时血清绿脓杆菌凝集试验可呈阳性。院内感染的重症肺炎患者在未明确致病菌之前,可试用氨基糖

甙类加半合成青霉素或头孢菌素(院外感染病例则可先试青霉素 G 或氨苄西林,因革兰氏阳性球菌感染机会较多)。

(四)肺炎克雷白杆菌肺炎

肺炎克雷白杆菌肺炎亦称肺炎杆菌肺炎或 Friedlander 肺炎,是由肺炎克雷白杆菌引起的急性肺部炎症。多见于嗜酒、老年、营养不良、糖尿病、全身衰竭以及原患慢性支气管肺病等患者。

肺炎克雷白杆菌(肺炎杆菌)属肠道菌,常存在于人体肠道或呼吸道,为具荚膜、单个或成短链、不活动的革兰氏阴性杆菌。通过荚膜抗血清试验可分为 80 个亚型,1~6 型常见于呼吸道感染。健康者仅 1%~6% 从口咽部分离到本菌,而抗生素治疗患者中的寄殖率明显增高。当机体抵抗力降低时,使经呼吸道进入肺内而引起大叶或小叶融合性实变,以上叶较为多见。病变中渗出液黏稠而重,致使叶间隙下坠。细菌具有荚膜,在肺泡内生长繁殖时,引起组织坏死、液化、形成单个或多发性脓肿。病变累及胸膜、心包时,可引起渗出性或脓性积液。病灶纤维组织增生活跃,易于机化;纤维素性胸腔积液可早期出现黏连。该型肺炎虽只占细菌性肺炎的 2% 左右,但病死率高(约 30%)。

本病多见于中年以上男性病人,起病急骤,有畏寒、发热、咳嗽、胸痛,痰呈黄绿色脓性、量多、黏稠、带血,少数有典型的红棕色黏稠胶冻状痰。发热持续或不规则,常有气急、紫绀、谵妄、甚至衰竭。消化道症状有恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。严重患者可伴有黄疸、紫癜。单纯疱疹少见。少数患者病情严重,于发病 24~36 小时内出现周围循环衰竭、肺水肿和呼吸衰竭。胸部可有典型的肺实变体征,有时仅有叩诊浊音、呼吸音减低和湿罗音。大多数病例白细胞计数增多,部分低于 $6 \times 10^9/L$;有化脓性并发症者,白细胞可达 $(25 \sim 30) \times 10^9/L$ 。X 线显示肺叶或小叶实变,有多发性蜂窝状肺脓肿,叶间隙下坠。确诊有待于痰的细菌学检查,并与葡萄球菌、结核杆菌以及其他革兰氏阴性杆菌所引起的肺炎相鉴别。年老、白细胞减少、菌血症以及原有严重疾病患者预后较差。