

呼吸道病毒性疾病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E5_91_BC_E5_90_B8_E9_81_93_E7_c22_307826.htm 名称呼吸道病毒性疾

病所属科室呼吸内科病因（一）鼻病毒（rhinoviruses）是微小核糖核酸病毒群（picorna-viruses）的一个属（subgroup），为无包膜的单股RNA病毒，直径为15~30nm，耐乙醚而不耐酸，在干燥环境中能存活三天，根据血清中和试验已有120个以上的血清株，而正式命名者已有89株，以双倍体细胞33

旋转条件下培养生长最佳，在-70℃时能长期生存，在4℃也能生存数周，而56℃加热30分钟即能灭活。鼻病毒是人类普通感冒的主要病因，国外统计占成人感冒的15%~40%，在1973年北京等地成人感冒和老年人慢性支气管炎急性发作者中，病毒感染占首位。儿童发病率比成人高。本病全年均可发生，尤以冬末春初为多。由于鼻病毒的抗原性不断变异，新型不断发生，故易重复感染，不同型别的毒株可同时在人群中流行。感染系通过人与人接触，或与物品接触，经鼻粘膜或眼结膜感染。（二）冠状病毒（coronavirus）系1968年从感冒病人中分离而得，属冠状病毒群，为有包膜的、单股RNA病毒，对乙醚和酸均敏感，直径为80~150nm，有独特的棒状囊膜粒（peplomers）自包囊凸出，在细胞质内增殖，通过胞质网出芽而成熟。至少有3株（B814、229E和OC43）能引起人类呼吸道感染，其中229E和OC43是儿童和成人上呼吸道感染的病因，在成人普通感冒中约占10%~20%，偶然也可引起肺炎和流行性胸痛。本组病毒很难培养，病原学诊断依靠血清学检查，如补体结合试验（229E、OC43）、血

凝抑制试验（OC43）、ELISA（229E）、RIA（OC43）等。

（三）流行性感冒病毒 见rdquo。（四）副流感病毒

（parainfluenza virus）本病毒于1953年从日本仙台一名死于肺炎的患儿肺液中首次分离出，当时命名为仙台病毒，由于许多特性与流感不同，以后又陆续分离到其他毒株，故命名为副流感病毒。本组病毒是副粘液病毒属（paramyxovirus），系带有包膜的，单股RNA病毒，直径为150~300nm，目前已有1、2、3、4四个血清型，4型又可分为A、B两个亚型，在原代猴肾细胞或原代人胚肾细胞培养中可分离到本病毒。副流感病毒表面有血凝素和溶血素，后者有溶细胞作用，能溶解某些动物的红细胞，有溶细胞作用，与病毒的感染性有关。前者则能凝集某些哺乳类和禽类的红细胞。副流感病毒感染仅侵犯呼吸道的表层组织，在上皮细胞中增殖，所致的免疫反应不牢固易再次感染，成人中通常引起轻型呼吸道感染，而5岁以下儿童发病率高、病情重，表现为急性阻塞性喉-支气管-气管炎和肺炎。上海市儿童血清学调查发现4岁儿童对副流感1、2、3、4B型抗体阳性率已达85%~90%，至5岁时高达90%~100%。儿童副流感病毒感染并不少见，仅次于合胞病毒和腺病毒。潜伏期为2~7天，发病1周内均能分离到病毒，也可应用IFT、RIA和EISA等方法测得早期抗原，阳性率为75%~95%，目前可采用点杂交或多聚酶链反应测定抗原。由于存在交叉反应（4型与腮腺炎病毒）、及重复感染的存在故血清学试验都不采用。（五）腺病毒（adenovirus）系1953年用人增殖体细胞培养分离而得，为无包膜、核内复制的双股DNA病毒，直径为70~90nm，呈20面体对称，-20低温下较稳定。在人类已分离出41个血清株，尚有较多的中

间株，临床上可表现为各类型疾病，如呼吸道感染、肺炎、膀胱炎、脑炎、角膜炎、腹泻等。本组病毒可通过粪-口传播，也可经飞沫、家俱、污染游泳池水或移植的脏器传播。潜伏期为2~14天。可从呼吸道分泌物标本、眼拭、咽拭或粪便中分离到病毒，也可采用IFT、RIA或ELISA等方法测定病毒抗原作出快速诊断，在病毒分离阳性的病人中阳性率为60%~65%，在感染后7天可出现中和抗体、血凝抑制抗体和补体结合抗体。用血清学方法测定抗体可明确诊断。

（六）呼吸道合胞病毒（respiratory syncytial virus）于1950年首先从实验室患上呼吸道感染的猩猩中分离而得，是有包膜的单股RNA病毒，直径为120~200nm，属于副粘病毒科的肺病毒属（Pneu-movirus），仅有1个血清型。本病毒极不稳定，在室温下2天内效价下降100倍，在4℃冰箱内4~6天效价下降100倍，是下呼吸道感染（细支气管炎-肺炎）的病原体，多见于2岁以下的儿童，一年四季均有发病，但以秋冬季为多见。发病机理不明，婴幼儿即使有来自机体的中和抗体，感染后也能引起严重的呼吸道疾病，重复感染较常见。儿童或成人中虽有中和抗体，也不能防止疾病发生，如呼吸道局部存在IgA抗体，可防止感染，但一般幼儿呼吸道局部缺乏IgA抗体，感染早期IgA有部分升高而到晚期则逐步下降，故易引起重复感染。成人感染后表现为轻度上呼吸道疾病，但也能引起老年人肺炎等严重疾患。本病毒通过人与人之间直接接触和飞沫传播，起病3~5天内可分离到病毒，一般采用人类细胞、双倍体细胞或原代猴肾细胞等培养进行病毒分离，也可用ELISA和IFT方法来检测呼吸道分泌物中病毒抗原，在病毒分离证实的病例中阳性率达85%~90%。可用血清学检查鼻咽分泌物

中特异性IgA作疾病早期诊断，但早期特异性IgM升高不宜作婴幼儿呼吸道合胞病毒感染的诊断依据。（七）肠道病毒

（entero virus）属于微小核糖核酸病毒科（picornaviriclae）的肠道病毒属，无包膜、耐乙醚、直径为20~30nm的RNA病毒，本组病毒包括脊髓灰质炎病毒（3个型）、柯萨奇病毒（A组24个型、B组6个型）与埃可病毒（34个型）共计67个型，其中主要的病毒是柯萨奇A21、B3与埃可11、9、20等型。此外，肠道病毒68~71型中68型，也能引起呼吸道疾病。（八）

其它病毒如呼肠病毒1~3型、单纯疱疹I型病毒和EB病毒能引起上感、咽炎；麻疹、风疹和水痘在出疹前均有上呼吸道感染症状；腮腺炎病毒感染在产生典型临床表现前也有上感症状。临床表现病毒性呼吸道疾病大致可分为7个临床类型，但各型间无明显界限，可以互相转化，有时难以区分。（一）

上呼吸道感染主要病原体是鼻病毒，其它尚有副流感病毒、腺病毒、埃可、柯萨奇以及呼吸道合胞病毒等，成人以鼻病毒为主，儿童则以副流感病毒和呼吸道合胞病毒为主。潜伏期较短，起病急骤，常以咽部粗糙感、干燥或咽痛为早期症状，继之有喷嚏、鼻塞、流涕等。如病变向下发展，累及喉部、气管和支气管等，则可出现声音嘶哑、咳嗽、胸痛等症状。体温往往不超过39℃，约3~4天后热退。此外，常有全身酸痛、乏力、头痛、胃纳不佳、腹胀、便秘等症状。部份患者可伴发单纯疱疹。（二）

咽-结膜热主要由腺病毒3和7型引起，其它尚可有埃可、柯萨奇等病毒，多见于夏季，临床上可有发热、头痛、乏力等全身症状，尤以咽炎和结膜炎为其特征，多见于儿童。此外，以腺病毒8型为主的流行性角结膜炎，夏季多见，未经消毒处理的游泳池常为感染场所

。临床上以角膜炎和结膜炎为主要表现，而无发热、感冒、咽炎等症状。（三）疱疹性咽峡炎系由柯萨奇A组1~6、8、10和22型病毒所引起，多见于儿童。临床上以咽部、口腔和牙龈粘膜上出现疱疹或溃疡为特征，咽炎、发热、头痛等症状较轻。（四）流行性胸痛柯萨奇B组1~6型病毒为主要病因，但A组与埃可也可引起，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。（五）急性阻塞性喉-气管-支气管炎（哮吼）主要由副流感、呼吸道合胞病毒等引起，亦可由腺病毒、柯萨奇A组、B组病毒和埃可11型等病毒所致。副流感I型病毒感染在儿童中可引起痉挛性咳嗽，有大量分泌物，以致造成不同程度的呼吸道梗塞、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、紫绀和呼吸困难，患儿鼻翼扇动，吸气时肋间凹陷、呼气延长，病儿极度不安，呈缺氧和呼吸衰竭状，需及时进行抢救，病死率在1%~5%间。（六）毛细支气管炎主要由呼吸道合胞病毒、副流感I~II型、腺病毒、流感病毒及68型肠道病毒引起。病儿先有上感症状，发热可达38~40℃，咳嗽、气促、呼吸困难，病情加重。体检时背部可闻细湿罗音。（七）肺炎可由多种病毒如流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、麻疹病毒以及某些肠道病毒等引起。近年来由于广泛应用免疫抑制剂，巨细胞病毒（cMV）所致的严重肺炎有所增加。本病多见于婴幼儿。临床表现一般较轻，起病缓慢，有头痛、发热、干咳、乏力等症状，体征往往不明显，白细胞计数正常或稍增。x线检查肺部有斑点状、片状或均匀的阴影。病程一般1~2周。腺病毒肺炎以3、7型较为常见，但1、7a、11、21型腺病毒亦有报道，具有DNA同源性

的腺病毒，其毒力与致病性更具有相似性。我国北方本病的发病率较高，病情重，预后差。流感病毒和麻疹病毒所引起的肺炎有时可并发细菌性肺炎，病情严重，以金黄色葡萄球菌为多见。诊断 呼吸道病毒性疾病的诊断主要依靠临床表现、X线检查和白细胞计数，以及对抗菌药物的治疗反应等，病原诊断有赖于应用免疫荧光法、酶联免疫吸附等快速诊断方法可以确诊，也可应用点杂交、多聚酶链反应等进行病原诊断。本组疾病需与细菌性呼吸道疾病，如链球菌咽峡炎、化脓性鼻旁窦炎、细菌性肺炎等鉴别，一般细菌性感染的起病较急，发热较高，常有脓性分泌物，白细胞总数和中性粒细胞明显增高，抗菌药物的疗效较好。此外，本组疾病尚需与流感伤寒型钩端螺旋体病和传染性单核细胞增多症鉴别。前者起病急，全身淋巴结和脾脏肿大、腓肠肌压痛，白细胞总数和中性粒细胞明显升高，对青霉素治疗有效；后者可有全身淋巴结和肝、脾肿大，血象显示较多的异常淋巴细胞，嗜异性凝集反应阳性。预防及预后 除流感病毒和腺病毒疫苗国内已在试用外，对其它呼吸道病毒感染尚无有效的疫苗制剂，其它预防措施可参阅rdquo.节。对发热、畏寒、头痛、咳嗽、全身酸痛者，可予以退热镇痛一类药物对症治疗，亦可采用相应的中成药如感冒冲剂、感冒清等治疗。一般情况下无需应用抗生素，但婴幼儿患者、年老伴有慢性疾病者或有继发细菌感染时，则可考虑选用适当的抗菌药物治疗。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com