

病毒性肺炎_呼吸内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E7_97_85_E6_AF_92_E6_80_A7_E8_c22_609811.htm 急性呼吸道感染中，病毒感染占90%，而病毒感染则以上呼吸道为主，有普通感冒、咽炎、喉-气管-支气管炎、细支气管炎、婴儿疱疹性咽峡炎（herpangina）以及流行性胸痛（pleurodynia）等。引起肺炎的病毒不多见，其中以流行性感冒病毒为常见，其他为副流感病毒、巨细胞病毒、腺病毒、鼻病毒、冠状病毒和某些肠道病毒，如柯萨奇、埃可病毒等，以及单纯疱疹、水痘-带状疱疹、风疹、麻疹等病毒。婴幼儿还常由呼吸道合胞病毒感染产生肺炎。病毒性肺炎多发生于冬春季节，可散发流行或暴发。在非细菌性肺炎中，病毒感染约占25%~50%，患者多为儿童，成人相对少见。近年来由于免疫抑制药物广泛应用于肿瘤、器官移植，以及爱滋病的发病人数逐年增多等，单纯疱疹病毒、水痘-带状疱疹病毒、巨细胞病毒等，都可引起严重的肺炎。病毒性肺炎为吸入性感染，通过人与人的飞沫传染，主要是由上呼吸道病毒感染向下蔓延所致，常伴气管-支气管炎，家畜如马、猪等有时带有某种流行性感冒病毒，偶见接触传染。粪经口传染见于肠道病毒，呼吸道合胞病毒通过尘埃传染。器官移植的病例可以通过多次输血，甚至供者的器官引起病毒。血行播散的病毒性肺炎并不伴气管-支气管炎。【诊断】一、病史、症状：起病缓慢，初期多有咽干、咽痛、喷嚏、流涕、发热、头痛、纳差以及全身酸痛等上呼吸道症状，病变累及肺实质可有咳嗽（多为阵发性干咳），胸痛、气短等症状，病史询问应特别注意有无免疫

缺陷或免疫抑制情况。二、体检发现：体征多不明显，有时可在肺下部闻及小水泡声。三、辅助检查：（一）x线胸片，两肺呈网状阴影，肺纹理增粗，模糊，严重者两肺中、下野可见弥漫性结节性阴影，实变者少见。（二）血液检查：白细胞计数一般正常，也可稍高或偏低，继发细菌感染时，白细胞计数及中性粒细胞可增高。（三）病原学检查：病毒培养较困难，不易常规开展，肺炎病人的痰涂片仅发现散在细菌及大量有核细胞，或找不到致病菌，应怀疑病毒性肺炎的可能。（四）血清学检查：急性期和恢复期的双份血清，补体结合试验、中和试验或血清抑制试验抗体滴度增高4倍或以上有确诊意义。近年用血清监测病毒的特异性igm抗体，有助早期诊断。免疫荧光，酶联免疫吸附试验，酶标组化法，辣根过氧化物酶-抗辣根过氧化物酶法等，可进行病毒特异性快速诊断。【治疗措施】一、一般治疗：保暖，保持呼吸道通畅，防止水、电解质和酸碱失衡，必要时氧疗。二、抗病毒药物：金刚烷胺 0.1g, 2次/d，连用3~5天；病毒唑，10mg/kg，2~3次/d，口服或注射；板兰根、黄芪、金银花、大青叶、连翘等有一定的抗病毒作用。还可用α-干扰素，胸腺肽等。三、继发性细菌感染时给予相应抗生素治疗。【病理改变】感染从上呼吸道开始，气道上皮有广泛的破坏，粘膜发生溃疡，被覆纤维蛋白性膜。气道的防御功能降低，容易招致细菌感染，免疫状态低下者，尚可合并真菌、原虫特别是卡氏肺孢子虫感染。单纯性病毒性肺炎引起间质性肺炎，肺泡间隔有大单核细胞浸润。肺泡水肿，被覆含血浆蛋白和纤维蛋白的透明膜，使肺泡弥膜距离增厚。肺炎可为局灶性或广泛弥漫性，甚至实变。肺泡细胞和巨噬细胞内可见

病毒包涵体。细支气管内有渗出物。病变吸收后可留有肺纤维化，甚至结节性钙化。【临床表现】本病临床表现一般较轻，与支原体肺炎的症状相似。起病缓慢，有头痛、乏力、发热、咳嗽、并咳少量粘痰。体征往往缺如。x线检查肺部炎症呈斑点状、片状或均匀的阴影。白细胞总数可正常、减少或略增加。病程一般为1~2周。在免疫缺损的患者，病毒性肺炎往往比较严重，有持续性高热、心悸、气急、紫绀、极度衰竭，可伴休克、心力衰竭和氮质血症。由于肺泡间质和肺泡内水肿，严重者可发生呼吸窘迫综合征。体检可有湿罗音。x线检查显示弥漫性结节性浸润，多见于两下2/3肺野。

【预防】病毒感染后抗体出现较迟，对控制感染作用不大。干扰素对易感细胞的病毒感染具有保护作用，有阻止病情发展和防止其播散作用。细胞免疫对某种病毒有控制作用，如白血病或何杰金病的细胞免疫缺损，很易感受疱疹和水痘属病毒，而对其他病毒却无易感性。目前国内已对婴幼儿广泛接种减毒麻疹活疫苗，现麻疹已极为少见，麻疹肺炎更为罕见。人体免疫球蛋白被动免疫对易感的病人，特别是针对水痘与麻疹有一定的保护作用。特异性免疫接种对流行性感冒、腺病毒、麻疹等虽有保护作用，但不能完全防止发作。

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