



感冒咳黄痰呼吸急， 是重症肺炎吗

◎广西科技大学第二附属医院 彭文国

冬季是呼吸道疾病的高发期，许多患者因“感冒后咳黄痰、呼吸急促”前往医院就诊，其中不乏担忧自己是否发展为重症肺炎的病例。笔者作为重症医学科医师，在此明确指出：感冒后咳黄痰、呼吸急促并非重症肺炎的特异性表现，但可能是病情进展的信号，需结合症状、体征及辅助检查综合判断。

黄痰与呼吸急促的生理机制：从普通感染到重症的演变

黄痰的来源：感冒初期，病毒侵袭呼吸道黏膜，引发炎症反应，此时痰液多为白色或透明。若病毒破坏黏膜屏障，继发细菌感染，中性粒细胞大量聚集吞噬细菌，其代谢产物与坏死黏膜细胞混合，就会形成黄色脓性痰。

呼吸急促的诱因：正常成人呼吸频率为12~20次/分钟。感冒后呼吸急促可能由以下原因导致。（1）上呼吸道阻塞。鼻黏膜肿胀、分泌物增多导致鼻塞，迫使张口呼吸。（2）下呼吸道感染。支气管炎或肺炎引发肺泡换气功能下降，血氧饱和度降低，刺激呼吸中枢加快呼吸频率。（3）全身炎症反应。重症感染时，炎症因子释放导致代谢性酸中毒，机体通过代偿性呼吸加深加快以排出二氧化碳。需要注意的是，若呼吸频率持续>30次/分钟，或伴有鼻翼扇动、三凹征（胸骨上窝、肋间隙、剑突下凹陷），需警惕重症肺炎导致的I型呼吸衰竭。

重症肺炎的识别：症状与体征的“危险信号”

重症肺炎并非普通感冒的简单加重，而是肺部感染引发全身多器官功能障碍的综合征。临床上，符合以下任一标准即可诊断为重症肺

炎。

主要标准（满足1项即可）：

（1）呼吸衰竭，需机械通气包括无创正压通气。（2）感染性休克，需血管活性药物维持血压。（3）多器官功能障碍，如急性肾损伤、肝功能异常（转氨酶>5倍正常值）、凝血功能障碍（INR>1.5）。

次要标准（满足3项即可）：

（1）呼吸频率 ≥ 30 次/分钟。（2）氧合指数 ≤ 250 mmHg。（3）多肺叶浸润。（4）意识障碍，如嗜睡、昏迷。（4）血尿素氮 ≥ 20 mg/dL。（5）收缩压 < 90 mmHg。

诊断与治疗：从经验性用药到精准化治疗

诊断流程：（1）病史采集。询问痰液性状、颜色、量、气味以及发热模式、基础疾病情况（如糖尿病、慢性阻塞性肺疾病）。（2）体格检查。重点听诊肺部湿啰音、评估呼吸频率及辅助呼吸肌使用情况。（3）辅助检查。血常规检查中，白细胞 $> 15 \times 10^9/L$ 或中性粒细胞比例 $> 85\%$ ，提示细菌感染。C反应蛋白 > 100 mg/L提示重症感染。胸部X线/CT可以帮助明确肺炎范围（单叶/多叶），以及是否合并胸腔积液。痰培养+药敏试验可以指导抗生素选择，如肺炎链球菌对青霉素敏感，耐甲氧西林金黄色葡萄球菌

需用万古霉素。

治疗原则：（1）轻症患者无呼吸衰竭、器官功能障碍。抗生素首选阿莫西林克拉维酸钾或左氧氟沙星。祛痰治疗可用氨溴索口服溶液或乙酰半胱氨酸颗粒。支持治疗如每日饮水1500~2000ml以稀释痰液，同时保持室内湿度在50%~60%。（2）重症患者需入住ICU。生命支持措施包括高流量吸氧、无创/有创机械通气、使用血管活性药物。同时，根据病原学结果选择广谱抗生素开展抗感染治疗；使用大剂量糖皮质激素（如甲泼尼龙40~80mg/日）进行免疫调节以减轻炎症风暴；通过连续血液净化实施器官支持，清除炎症因子并纠正电解质紊乱。

预防策略：从个体到群体的健康管理

高危人群的主动防护：（1）老年人每年秋季接种13价肺炎球菌疫苗及流感疫苗。（2）慢性病（如糖尿病、慢性阻塞性肺疾病）患者定期监测肺功能，避免受凉。（3）免疫抑制人群（如肿瘤化疗患者）避免接触呼吸道感染者，外出佩戴N95口罩。

日常生活中的细节管理：（1）注意手卫生。用肥皂流水洗手>20秒，或使用含酒精的手消毒剂。（2）环境控制。每日通风2次，将室内湿度维持在40%~60%。（3）症状监测。感冒后若黄痰持续>3天、呼吸频率>25次/分钟，立即就医。

感冒后咳黄痰、呼吸急促可能是普通细菌感染的信号，也可能是重症肺炎的早期表现。关键在于动态观察症状变化、及时完善辅助检查、遵循分层治疗原则。通过科学预防、早期识别和规范治疗，绝大多数患者可避免进展为重症肺炎，恢复健康呼吸。☺