

◎ 实用门诊急诊手册系列丛书 ◎

实用感染疾病科 门诊急诊手册

主编 王勤环

北京大学医学出版社

实用门诊急诊手册系列丛书

实用感染疾病科 门诊急诊手册

主编 王勤环

编者 (以姓氏笔画为序)

万 华 王勤环 吴赤红

赵 鸿 陆海英 侯凤琴

徐小元 蔺小红

实用感染疾病科门诊急诊手册

王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编 王勤环 主编

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用感染疾病科门诊急诊手册/王勤环主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2008
ISBN 978-7-81116-281-3

I. 实… II. 王… III. 感染—疾病—急诊—手册 IV.
R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 145390 号

实用感染疾病科门诊急诊手册

主 编: 王勤环

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京地泰德印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 药 蓉 责任校对: 杜 悦 责任印制: 郭桂兰

开 本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 4.75 字数: 115 千字

版 次: 2008 年 11 月第 1 版 2008 年 11 月第 1 次印刷 印数: 1—3000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-281-3

定 价: 13.90 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

本书讲述了感染疾病科门诊急诊常见病的诊断、鉴别诊断及处理。本文分发热待查、黄疸及肝病、腹泻、中枢神经系统感染及其他传染病五部分。内容简练、具体，便于基层、低年资医师在感染疾病科门诊急诊工作中应用。参编人员均为北京大学第一医院感染疾病科副主任医师以上人员，他们长期在感染疾病科一线工作，有较丰富的传染病基础理论知识及临床经验，本文可以说是他们经验的总结。在编写过程中编者虽力求准确、完善，但仍难免有不当甚至错误之处，敬请读者谅解及批评指正。

编者

2008年6月

目 录

第一部分 发热待查	(1)
概 述	(1)
病 因	(1)
发热病的诊断及鉴别诊断需注意的问题	(2)
常见的发热传染病的诊治	(4)
一、流行性感冒 (禽流感)	(4)
二、传染性非典型肺炎	(8)
三、肾综合征出血热	(10)
四、麻疹	(14)
五、流行性腮腺炎	(16)
六、传染性单核细胞增多症	(18)
七、猩红热	(20)
八、伤寒、副伤寒	(22)
九、布氏杆菌病	(26)
十、败血症	(28)
十一、感染性休克	(31)
十二、钩端螺旋体病	(35)
十三、莱姆病	(38)
十四、立克次体病	(41)
十五、肝阿米巴病	(46)
十六、黑热病	(48)
十七、疟疾	(51)
第二部分 黄疸及肝病	(55)
概 述	(55)
常见的黄疸及肝病的诊治	(59)
一、急性病毒性肝炎	(59)
二、慢性乙 (丙) 型肝炎急性发作	(64)
三、慢性病毒性肝炎	(65)

四、病毒性肝炎淤胆型	(70)
五、重型肝炎	(72)
六、肝炎肝硬化	(75)
七、原发性胆汁性肝硬化	(78)
八、肝硬化合并自发性细菌性腹膜炎	(79)
九、肝硬化合并肝性脑病	(81)
十、肝硬化合并上消化道出血	(82)
十一、肝硬化合并肝肾综合征	(83)
十二、肝硬化合并肝癌	(84)
第三部分 腹 泻	(86)
概 述	(86)
常见的感染性腹泻的诊治	(87)
一、细菌性痢疾	(87)
二、霍乱	(92)
三、其他细菌性肠炎	(94)
四、抗生素相关性细菌感染性腹泻	(100)
五、胃肠型细菌性食物中毒	(101)
六、病毒感染性腹泻	(102)
七、寄生虫性腹泻	(104)
第四部分 中枢神经系统感染	(106)
概 述	(106)
常见的属于传染病的中枢神经系统感染性疾病的诊治	(109)
一、流行性乙型脑炎	(109)
二、流行性脑脊髓膜炎	(115)
第五部分 其他传染病	(121)
一、艾滋病	(121)
二、狂犬病	(124)
三、炭疽	(127)
四、鼠疫	(130)
五、囊尾蚴病	(134)
六、肠绦虫病	(137)
七、血吸虫病	(139)

第一部分 发热待查

概 述

发热泛指体温超过正常（指腋温 37°C ）。按发热原因的不同可分为感染性发热和非感染性发热。按体温高低的不同可分为低热（体温在 $37.1\sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $38.1\sim 40^{\circ}\text{C}$ ）和过高热（体温大于 40°C ）。按热程的不同可分为短期发热和长期发热，短期发热指发热病程不超过 2 周，大部分发热性传染病属于此类，如发热伴皮疹的传染病，麻疹、猩红热、水痘等，其他传染病如肾综合征出血热、流行性乙型脑炎、螺旋体病、立克次体病、伤寒、败血症、流行性脑脊髓膜炎、流行性感冒、细菌性痢疾、疟疾等；发热病程超过 2 周者为长期发热。此外还有不明热（FUO），指体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ，热程在 3 个月以上，诊断尚未明确者。临床上发热病非常常见，可见于各科，其中不少疾病诊断困难。

病 因

发热病按病因的不同分为两大类。

1. 感染性发热：是发热病的常见原因。多种病原体如细菌（包括化脓性细菌、非化脓性细菌、结核菌及真菌）、病毒、立克次体、衣原体、支原体、螺旋体、原虫、蠕虫等感染人体可引起急、慢性传染病和急、慢性全身或局灶性感染，是引起发热最常见的原因。其中传染性较强的列

为我国传染病防治法管理的法定传染病。不同传染病的发热特点、其伴随的临床表现及实验室检查有所不同，对诊断有重要作用的流行病学资料对不同传染病有不同的诊断价值。疾病最后确诊的方法亦不同，最好的确诊方法是病原体检测，如细菌感染。细菌感染以外的其他病原体感染，病原体用一般培养方法难以检出，则检测特异性抗原、抗体或核酸，尤其是特异性抗原或特异性 IgM 抗体均可作为早期重要的诊断依据。不同传染病的处理包括隔离、治疗及预防方法也不同。

2. 非感染性发热：常见疾病如下（详见《实用内科门诊急诊手册》有关章节）：

(1) 结缔组织病：如系统性红斑狼疮、风湿病、类风湿关节炎、皮炎、硬皮病、成人 Still 病、结节性多动脉炎等。

(2) 变态反应性病：如药物热、输血输液反应、血清病等。

(3) 恶性肿瘤：如白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、肉瘤及其他癌症等。

(4) 其他：如神经源性（脑出血、自主神经功能紊乱）、甲状腺功能亢进、严重失水或出血、无菌性脓肿、内脏血管梗塞、组织坏死、充血性心力衰竭等。

发热病的诊断及鉴别诊断 需注意的问题

1. 详细询问病史：除常规询问外，对于传染病应详细询问流行病学史，有时对诊断及鉴别诊断非常重要。如血吸虫病属于地方性疾病，仅发生于长江流域及其以南地区，故从未去过南方的北方人不考虑此病；院外治疗情况

尤其是抗菌药物及激素应用的详细情况及其疗效如何，如规则应用某种抗菌药有效，则细菌性感染性疾病可能性大，甚至可能估计出病原体；如激素治疗有明显疗效，则可能为细菌感染或结缔组织性疾病。

2. 发热时间的长短：一般发热时间越长，感染性疾病包括传染病的可能性越小。如超过3个月发热的感染性疾病仅有结核病、黑热病、布氏杆菌病和慢性疟疾等。

3. 实验室检查对诊断及鉴别诊断很重要。如血白细胞，大多数细菌性感染性疾病血白细胞升高，如败血症、流行性脑脊髓膜炎、细菌性痢疾等，但结核病尤其粟粒型结核、伤寒等反而降低；病毒性感染性疾病血白细胞多降低或正常，而流行性乙型脑炎轻度升高，肾综合征出血热则可明显升高。血沉明显增快（在无贫血的情况下，大于100mm/h），应高度考虑为结缔组织病。血白细胞的碱性磷酸酶积分、粒细胞集落刺激因子及降钙素原的检测对鉴别细菌感染有一定价值，如明显升高提示细菌感染，明显降低则多为结缔组织病。病原学及相应的血清学检查是重要的确诊依据，尤其病原学检查，故对发热原因不明的疾病尤其怀疑细菌性疾病者，应尽早、反复进行细菌培养及涂片，最好在应用抗菌药物以前进行。其他发热病应多次检查相关的血清学检查，以尽早明确诊断。

4. 影像学尤其无创性检查必要时需重复，对有些感染性疾病的诊断重要。

5. 在诊治过程中，详细询问病情变化及细致的体检很重要，可能会发现明确诊断的重要线索。

6. 对于长期发热诊断未能明确的，应多考虑结核病尤其肺外结核及恶性肿瘤，包括血液病。此两类疾病临床并非少见，临床表现可千变万化，应进行活体组织检查及影像学检查，必要时进行试验性治疗，对诊断、鉴别诊断及预后有一定价值。

本文仅讨论传染病范畴内发热病的特点、诊断思路及常见病的处理。

(王勤环)

常见的发热传染病的诊治

发热传染病总的特点是多为高热，热程多较长，但大部分不超过 2 周；可伴有皮疹、脾大，血液白细胞可增高、正常或偏低。相关的流行病学资料可能有助于诊断，但最重要的确诊方法是病原体或相应的血清学检测。

一、流行性感冒（禽流感）

流行性感冒简称流感，是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病。主要通过飞沫传播，具有高度传染性，临床特点为急剧起病，高热，伴头痛及全身酸痛、乏力等明显全身中毒症状，而呼吸道症状较轻。流感病毒可分为甲、乙、丙 3 型，其中甲型流感病毒极易变异，易发生暴发、流行；乙型变异较少，可引起小流行，丙型一般不易发生变异，多为散发。婴幼儿、老年人及体弱者的流感，易有肺炎等并发症。

【诊断要点】

1. 流行病学史：当地有流感流行，有接触史，冬春季多发。

2. 临床表现：潜伏期 1~4 日。起病急，以全身中毒症状为主，呼吸道症状轻微。

(1) 单纯型：最常见。典型的临床表现是急起畏寒、高热，伴明显乏力、头痛、全身痛等症状，同时可有较重的咽痛和干咳等上呼吸道症状。发热可 2~5 日，乏力可持续 2 周以上。

(2) 肺炎型：多见于婴幼儿、老人、原有慢性疾病等免疫功能低下者。轻者发病类似单纯型流感，但发热持续时间较长。重者急起高热，剧咳，咳血痰，气急，甚至发绀，呼吸衰竭致死。两肺布满湿啰音，但无肺实变征。

3. 实验室检查

(1) 血象：白细胞总数减少，淋巴细胞相对增加。

(2) 血清学检查：用血凝抑制、ELISA 等方法检测急性期和恢复期双份血清的流感病毒特异性抗体，如有 4 倍升高，有诊断意义。

(3) 急性期含漱液或鼻咽拭子，接种于鸡胚做组织培养。

在非流行期间，确诊常需依靠病原学和血清学诊断。

【诊断思路】

患者急起高热，伴乏力、头痛、全身痛，有轻微或无明显呼吸道症状；如周围有流感发生或流行，有接触史，基本可以诊断。如在非流行期，则需靠病原学或血清学诊断。

【鉴别诊断】

主要与普通感冒及其他病毒性呼吸道感染进行鉴别，其主要表现是鼻炎、咽炎等呼吸道症状，全身症状轻微。

【处 理】

主要为对症及支持治疗，儿童应避免用阿司匹林治疗，以免诱发 Reye 综合征。对甲型流感重症患者可用金刚烷胺或金刚乙胺抗病毒治疗，剂量为 200mg/d，老年患者用半量，共 5 日；其副作用是眩晕、共济失调等中枢神经系统反应。可用奥斯他韦（达菲），成人 75mg，每日 2 次，连用 5 日，对甲、乙型流感病毒均有效；其主要副作用是恶心、呕吐。

禽流感

禽流感是甲型（A 型）流感病毒某些亚型引起的一种

禽类疾病，可感染人引起呼吸系统症状，其中以流感病毒 H₅N₁ 亚型引起的症状较严重，可导致全身多脏器功能衰竭，病情进展快、病死率高。本章主要讨论 H₅N₁ 引起的人感染高致病性禽流感。

【诊断要点】

1. 流行病学史：从事家禽业或在发病前 1 周内去过家禽饲养场所，接触过受 H₅N₁ 感染的家禽或其粪便。

2. 临床表现：急性起病，早期表现类似普通流感，主要为发热，体温多在 38.5℃ 以上，以稽留热和不规则热型多见，热程 2~3 日，也可达 7 日；伴有畏寒、头痛、腹泻，腹泻为稀水便，部分病人可有咽痛、全身肌肉酸痛、全身不适、恶心、腹痛等症状，约半数患者肺部有实变体征，可闻及干、湿性啰音。严重患者病情进展快，有明显的出血征象，咳嗽痰中带血，血压明显下降，休克，肺部炎症进行性加重，血氧饱和度、氧分压下降，血氧指数异常，可出现肺出血、反应性胸腔积液、急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、全血细胞减少、肾衰竭、败血症休克及 Reye 综合征、多脏器衰竭而死亡。

3. 实验室和影像学检查

(1) 血象：白细胞计数及淋巴细胞降低，有出血征象者血小板降低。

(2) 用 RT-PCR 法检测患者呼吸道标本中的 H₅N₁ 禽流感病毒核酸，或从呼吸道分泌物中分离甲型流感病毒 H₅N₁ 亚型，是最可靠的诊断依据。也可检测发病初期和恢复期血清中特异性抗体，滴度升高者有助于诊断。

(3) 胸部 X 线片可显示单侧或双侧肺部多叶段高密度阴影或实变，少数可有胸腔积液。

【诊断思路】

结合流行病学史、临床表现、实验室检查、影像学 and 病原学检查，排除其他疾病，即可作出禽流感的诊断。

1. 医学观察病例：曾到过疫点，或与家禽及禽流感患者有密切接触史，1周内出现流感临床表现者应警惕禽流感的可能。

2. 疑似病例：有流行病学史和临床表现，血清和呼吸道分泌物甲型流感病毒和 H 亚型病毒抗原（酶免疫法）阳性；或发病初期和恢复期，双份血清特异性抗体亚型滴度 4 倍或以上升高。

3. 确诊病例：从呼吸道标本（咽拭子、鼻咽或气管吸出物、痰或肺组织）或血清中分离到特定病毒；RT-PCR 对上述标本检测，有禽流感病毒 RNA 存在，经过测序证实，同时 3 个实验室验证均为阳性者；或发病初期和恢复期，双份血清特异性抗体亚型滴度 4 倍或以上升高，可确诊为人禽流感。

【鉴别诊断】

禽流感应注意与流感、上呼吸道感染、肺炎、传染性非典型肺炎、传染性单核细胞增多症、巨细胞病毒感染、军团菌肺炎、衣原体肺炎、支原体肺炎等鉴别。

【处理】

对疑似或确诊病例，应立即上报卫生防疫部门，并按规定收入院进行隔离、治疗。

1. 对症支持治疗：对人禽流感目前无特异治疗方法，主要是综合性对症支持治疗。注意休息，多饮水，注意营养，密切观察病情变化；对高热、体温超过 39°C 者，应每日拍胸片，查血气。重症病例可给予糖皮质激素治疗，甲泼尼龙（甲基强的松龙），成人 $160\sim 320\text{mg/d}$ ，儿童 $5\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ；面罩吸氧、无创和有创呼吸机辅助通气治疗。

2. 抗病毒治疗：对疑似禽流感病人应及早应用抗病毒药物，可试用奥司他韦（达菲），剂量 75mg/d ，疗程 5 日。也可试用金刚烷胺和金刚乙胺，金刚烷胺剂量 $100\sim$

200mg/d, 疗程 5 日, 儿童 5mg/(kg·d), 肾功能受损者酌减剂量, 有癫痫病史者忌用。

3. 抗菌药: 可用氟喹诺酮类或大环内酯类预防及治疗继发感染。

(吴赤红)

二、传染性非典型肺炎

又称严重急性呼吸综合征 (SARS), 是由 SARS 冠状病毒 (SARS-CoV) 引起的一种具有明显传染性、可累及多个脏器的特殊肺炎, 临床主要表现是发热、乏力、头痛、肌肉关节酸痛等全身症状和干咳、胸闷、呼吸困难等呼吸道症状, 严重者出现气促或呼吸窘迫。

【诊断要点】

1. 流行病学史: 2 周内与 SARS 患者接触史, 或曾经前往或居住于 SARS 流行区域, 或从事 SARS 相关工作。

2. 临床表现: 发热为首发和主要症状, 体温多超过 38℃, 可伴有畏寒、肌肉、关节酸痛、头痛、乏力。可有干咳、胸闷, 严重者出现呼吸加速, 急促, 甚至呼吸窘迫, 病情常于 10~14 日达高峰, 发热、乏力等感染中毒症状及咳嗽、气促、呼吸困难等症状加重, 病程 2~3 周后进入恢复期。肺部体征常不明显, 部分患者可闻少许湿啰音, 或有肺实变体征。

3. 实验室及辅助检查

(1) 血象: 白细胞不高, 部分患者可降低, 并常有淋巴细胞减少, T 淋巴细胞计数降低。

(2) 检测 SARS-CoV 的特异性抗体 (IgM、IgG): 多在发病后 10~30 日阳性。

(3) 检测 SARS-CoV RNA: 多次、多种标本的阳性, 对早期诊断有重要意义。

(4) X线检查:肺部出现不同程度的片状、斑片状浸润阴影。常为多发和双侧改变,并于发病中呈进展趋势。

【诊断思路】

有上述流行病学史及临床表现者,应高度怀疑本病,进行病毒学及血清学检查,同时严密观察肺部X线变化。对于缺乏明确流行病学依据,但具备其他SARS证据支持者,或有流行病学依据,有临床症状,但尚无胸部X线影像学变化者,应作为疑似病例,并进行病原学检查以助诊断。

【鉴别诊断】

1. SARS早期病例有时与上呼吸道感染较难鉴别,主要鉴别点在于前者多无上呼吸道卡他症状。

2. 与流行性感、肺炎支原体肺炎、军团菌肺炎等其他病原体引起的肺炎鉴别,最重要的鉴别点是病原学检查。

【处理】

1. 应按规定及时上报传染病疫卡,并应收入院进行隔离治疗。

2. SARS为自限性病毒性疾病,无特效治疗,可试用利巴韦林、干扰素等抗病毒治疗。

3. 主要为支持及对症治疗。

(1) 剧烈咳嗽者用镇咳、祛痰药。

(2) 有明显呼吸困难及缺氧者,予以吸氧、面罩给氧,必要时气管插管或切开或应用呼吸机。

(3) 有下列指征之一者可考虑使用糖皮质激素:①严重中毒症状,高热持续3日不退。②48小时内肺部阴影面积扩大超过50%。③有急性肺损伤或出现ARDS。一般成人剂量是甲泼尼龙每日80~320mg,剂量及疗程可根据病情调整,大剂量不宜应用时间过长。

(吴赤红)

三、肾综合征出血热

肾综合征出血热又称流行性出血热，是由汉坦病毒引起、鼠传播的一种自然疫源性疾病；我国主要病原是汉坦病毒的汉滩型（野鼠传播）和汉城型（家鼠传播）；发病高发季节是11月—1月，4月—6月。临床主要特点是发热、皮肤充血出血、肾损害三主症及经过发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期和恢复期五期。本病呈世界流行，我国为高发区，绝大多数地区均为疫区，包括北京市。

【诊断要点】

1. 流行病学史：发病高峰在11月—1月及4月—6月。居住地有本病发生流行，或近期去过疫区，周围环境有鼠。

2. 临床表现：潜伏期多为2周。有发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期及恢复期。

(1) 发热期：急性起病，高热，伴全身痛、头痛、腹痛、腹泻等全身毒血症症状。有皮肤充血、出血、水肿等血管损伤表现，此期尿检查可有尿蛋白等肾损伤表现。

(2) 低血压休克期：表现为因大量渗出引起的低血容量休克。

(3) 少尿期：表现为少尿（每日尿量少于500ml）或无尿（每日尿量少于50ml）及其引起的水、电解质、酸碱平衡失调，严重者出现高血容量综合征和肺水肿。

(4) 多尿期：主要表现为多尿（每日尿量大于3000ml），及其引起的水、电解质、酸碱平衡失调，可分为移行期、多尿早期及多尿后期。在移行期、多尿早期肾功能尚未恢复，反而可继续加重。

(5) 恢复期：病情逐渐恢复，但肾功能需较长时间才

能完全恢复。

可有越期（直接从发热期进入少尿期或多尿期）或期重叠现象（如低血压休克期与少尿期重叠）。

主要并发症是腔道出血、弥散性血管内凝血（DIC）、继发感染、脑炎脑膜炎、自发性肾破裂及 ARDS 等，多发生在低血压休克期、少尿期及多尿期。

按病情轻重如发热的高低、中毒症状轻重、休克、出血和肾损害的程度可分为轻型、中型、重型、危重型及非典型型。

（1）轻型：体温在 39°C 以下，中毒症状轻，无休克及少尿，除皮肤淤点外，无其他出血现象。

（2）中型：即普通型，最多见。体温 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，有明显中毒症状，有水肿、出血、休克、少尿及多量尿蛋白。

（3）重型：体温 40°C 以上，有严重中毒症状、出血、水肿、休克，可有腔道出血、少尿甚至无尿。

（4）危重型：在重型的基础上出现下列病变之一者：难治性休克、重要脏器出血、少尿 5 日以上或无尿 2 日以上、BUN 大于 42.8mmol/L ，有心力衰竭、肺水肿，或中枢神经系统并发症如脑出血、水肿或脑疝，或有严重继发感染者。严重病例可因肾衰竭及严重并发症而死亡。

（5）非典型型：体温低于 38°C ，皮肤有散在淤点，微量尿蛋白，血清特异性抗体阳性。

3. 实验室检查

（1）血白细胞可明显升高及出现异型淋巴细胞，血小板下降，合并 DIC 者更明显。尿检查有多量蛋白，镜检可有红细胞及管型。

（2）汉坦病毒特异性抗体（包括 IgM、IgG）病程早期即可阳性，可作为确诊依据。

【诊断思路】

急性高热的病人，如有全身痛、头痛等毒血症症状，