

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

传染科疾病 临床诊疗思维

主编 李兰娟

人民卫生出版社

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

传染科疾病 临床诊疗思维

主 编 李兰娟

名誉主编 斯崇文 马亦林 徐道振

编 委 (以姓氏笔画为序)

- | | | | |
|-----|-----------------------|-----|---------------|
| 王宇明 | 第三军医大学第一附属医院 | 赵连三 | 四川大学华西医院 |
| 王慧芬 | 北京解放军 302 医院 | 樊金林 | 南方医科大学南方医院 |
| 田德英 | 华中科技大学附属同济医院 | 俞云松 | 浙江大学医学院附属第一医院 |
| 白雪帆 | 第四军医大学唐都医院 | 施肇峰 | 复旦大学附属华山医院 |
| 刘 沛 | 中国医科大学附属第二医院 | 翁心华 | 复旦大学附属华山医院 |
| 阮 冰 | 浙江大学医学院附属第一医院 | 高志良 | 中山大学附属第三医院 |
| 李太生 | 中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院 | 黄建荣 | 浙江大学医学院附属第一医院 |
| 李兰娟 | 浙江大学医学院附属第一医院 | 黄祖瑚 | 南京医科大学第一附属医院 |
| 张跃新 | 新疆医科大学第一附属医院 | 曹武奎 | 天津市传染病医院 |
| 孟庆华 | 北京佑安医院 | 盛吉芳 | 浙江大学医学院附属第一医院 |
| 赵龙凤 | 山西医科大学第一医院 | 谭德明 | 中南大学湘雅医院 |
| | | 缪晓辉 | 第二军医大学长征医院 |

秘书 何剑琴 浙江大学医学院附属第一医院

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

传染科疾病临床诊疗思维 / 李兰娟主编. —北京: 人民卫生出版社, 2010.7

ISBN 978-7-117-12655-7

I. ①传… II. ①李… III. ①传染病—诊疗—医学院校—教材 IV. ①R51

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 064609 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

传染科疾病临床诊疗思维

主 编: 李兰娟

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 17.5

字 数: 443 千字

版 次: 2010 年 7 月第 1 版 2010 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12655-7/R·12656

定 价: 38.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注重学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

- | | | | |
|-----------------|--------|----------------------|--------|
| 1. 传染科疾病临床诊疗思维 | 主编 李兰娟 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维 | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健 | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普外科疾病临床诊疗思维 | 主编 汪建平 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维 | 主编 葛均波 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅 | 16. 骨科疾病临床诊疗思维 | 主编 裴复兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维 | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维 | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维 | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维 | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 | 主编 朱学俊 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢幸 | 22. 眼科疾病临床诊疗思维 | 主编 王宁利 |

前 言

目 录

绪论	1
病例 1 发热、乏力 12 天,咳嗽、气促 7 天	7
病例 2 午后低热 2 个月,咳嗽、咯血 5 天	13
病例 3 反复发热 9 个月,头痛 6 个月	21
病例 4 反复发热 5 周,四肢麻木伴呼吸困难进行性加重 1 个月	25
病例 5 咽痛、发热伴乏力 3 天	29
病例 6 发热 10 余天,伴构音障碍及四肢活动受限 5 天	32
病例 7 反复发热 1 年余,右下肢肿痛 1 个月余	37
病例 8 右上腹不适 2 个月,皮肤黄染 1 周	41
病例 9 反复肝功能异常 2 个月余,皮肤、巩膜黄染 6 天	44
病例 10 反复发热、寒战、多汗、全身关节痛 3 个月	49
病例 11 间断发热 10 年,脾大 5 年,关节疼痛 1 年,加重伴下肢肿 1 个月	52
病例 12 发热 4 天,意识障碍 1 天	55
病例 13 发热、乏力、厌食伴尿黄 7 天	59
病例 14 发热、头痛 5 天,皮疹 1 天	65
病例 15 胸痛 3 天	70
病例 16 发热伴胸痛 1 周	73
病例 17 反复乏力、食欲缺乏、上腹胀 1 个月余	76
病例 18 关节疼痛 3 个月,贫血 2 个月,发热 1 个月	80
病例 19 反复发热 2 个月,双侧小腿肌痛半月	84
病例 20 畏寒、发热、乏力 14 日,尿黄、眼黄 6 日,无尿 2 日	87
病例 21 间歇性发热 2 个月余	92
病例 22 腹泻半天,抽搐两次	98
病例 23 呕吐、剧烈头痛 5 天	104
病例 24 头痛、发热伴间断性呕吐 50 天	107
病例 25 咽痛 40 余天,间歇发热 2 个月,咳嗽、活动后呼吸困难半月余	113
病例 26 左手麻木、乏力、食欲缺乏 3 天,烦躁、拒食半日	116
病例 27 恶心、呕吐 6 天,精神异常 3 天	119
病例 28 反复关节肿痛 21 年,皮疹 20 年,头痛 11 年	122
病例 29 腹泻 7 天,意识不清 7 小时	128
病例 30 反复抽搐 21 小时,腹泻 15 小时	132

病例 31	腹痛、腹泻 9 小时, 血压下降、尿少 1 小时	135
病例 32	发热 4 天, 意识障碍 1 天	138
病例 33	持续发热、头痛、全身肌肉酸痛半月, 耳聋 2 天	144
病例 34	发热、头痛 10 天, 反应迟钝 3 天	148
病例 35	反复畏寒发热 2 周, 伴皮疹 5 天	151
病例 36	发热、左面颊肿痛 3 天, 腹痛 1 天	154
病例 37	腮腺肿大伴发热 4 天, 头痛 3 天, 呕吐 1 次	157
病例 38	反复发热 10 余天, 呕吐、腹泻 4 天	160
病例 39	发热 1 周, 皮疹 2 天	164
病例 40	反复会阴部皮疹 6 年, 再发伴全身播散 1 个月	168
病例 41	间歇性左侧肢体活动障碍 8 个月余, 加重 1 周	170
病例 42	头痛、畏寒、发热 3 周	174
病例 43	右眼睑部溃疡伴面颈部肿胀 3 天	181
病例 44	持续发热 1 个月	184
病例 45	发热、头痛、腹泻 6 天	187
病例 46	发热伴肌肉酸痛 4 天	194
病例 47	发热、咳嗽 2 天	199
病例 48	反复发热 20 天, 再发 2 天	203
病例 49	反复畏寒发热 3 个月, 再发 3 天	206
病例 50	发热 8 天, 心悸、头晕 1 天	210
病例 51	烦躁不安 4 天, 伴尿少 3 天、发热 33 小时	214
病例 52	高热伴淋巴结红肿 2 天	220
病例 53	高热 1 天伴胸痛、咯血	223
病例 54	发热、全身皮疹 7 天	225
病例 55	眼痛、头痛 4 天, 右额、鼻尖疱疹 3 天	229
病例 56	乏力、食欲缺乏 1 年余, 加重伴腹胀 1 个月	233
病例 57	反复右上腹痛 3 年, 加重伴间断发热 6 个月	237
病例 58	中上腹隐痛不适半年, 加重并波及全腹 5 小时	240
病例 59	发热 3 天伴咽痛, 皮疹 1 天	242
病例 60	发热、咳嗽 2 周	247
病例 61	持续发热、头痛、嗜睡 3 天, 意识不清 1 天	249
病例 62	高热、烦躁 2 天, 反复抽搐、意识不清 1 天	252
病例 63	发热、乏力 10 余天, 伴畏寒、乏力、头晕	256
病例 64	咽痛 10 天余, 关节痛、发热和低血压 1 天	263
病例 65	发热 2 周伴虚弱及体重减轻	268
附: 病例诊断结果		272

结 论

传染病是指能在正常人群中引起流行的感染性疾病,由各种致病性的病原微生物所引起。传染病一直伴随着人类文明的发展。传染病的流行,不仅夺去无数的生命,而且严重影响着经济和社会的发展。当前,全球传染病防治形势依然十分严峻。WHO 总干事在《1996 年世界卫生报告》中告诫:“我们正处于一场传染性疾病全球危机的边缘,没有哪一个国家可以免受其害,也没有哪一个国家可以对此高枕无忧”。可以说,人类与传染病的斗争将依然是一个长期的过程。

一、我国传染病现状

新中国成立以来,在“预防为主、防治结合”的卫生方针指引下,我国传染病防治取得了巨大的成就。我国和世界各国一样消灭了天花,许多传染病如脊髓灰质炎、麻疹、白喉、百日咳和新生儿破伤风等的发病率明显下降,人间鼠疫已基本控制。当前我国传染病总的形势:一是病毒性肝炎防治形势依然严峻,乙肝、丙肝及其相关疾病仍是传染病的主流,在未来数十年中,已感染的病毒性肝炎患者依然是重要的治疗对象;二是一些过去已经基本上控制了传染病又死灰复燃、卷土重来,如结核病、血吸虫病、布鲁菌病、疟疾、梅毒等;三是陆续发现了一些新的传染病,如艾滋病、严重急性呼吸综合征(SARS)、高致病性禽流感、肠出血性大肠杆菌 O₁₅₇:H₇ 感染、O₁₃₉ 霍乱、军团病、空肠弯曲菌腹泻、莱姆病、小肠结肠炎耶尔森菌感染等;而在国外已有报道、在国内还没有发现的埃博拉出血热、拉萨热、裂谷热、变异型克雅病、埃立克体感染等新发传染病已是悬在头顶上的“达摩克利斯之剑”,时时牵动着我们的神经。当前,我们正面临着新老传染病的双重威胁,人类和传染病的较量进入了一个新的阶段。

二、传染病的诊断原则

在传染病早期就能做出正确的诊断,并及时隔离和采取有效治疗,是防止其扩散的基础。特别是鼠疫、霍乱等烈性传染病以及艾滋病、SARS 重大传染病等,其首例的诊断具有重要意义。

传染病的诊断要综合分析流行病学、临床表现及实验室检验资料:

1. 临床资料 包括详尽的病史及全面的体格检查,并加以综合分析。根据其潜伏期长短、起病的缓急、发热特点、皮疹特点、中毒症状、特殊症状及体征可做出初步诊断。

例如:发热伴有明显寒战常见于严重的细菌感染(肺炎双球菌性肺炎、败血症急性肾盂肾炎、急性胆囊炎等)、疟疾、输血或输液反应等,但在结核病、伤寒、立克次体病与病毒感染则少见;而发热时常伴有头昏头晕、头痛、乏力、食欲减退等非特异症状,无鉴别诊断意义,但是定位的局部症状有重要参考价值,如发热伴有神经系统症状,包括剧烈头痛、呕吐、意识障碍及惊厥、脑膜刺激征等,则提示病变在中枢神经系统,应考虑脑炎、脑膜炎。老年患者有严重感染时,常有神志变化,而体温不一定很高,值得注意。因此,询问病史和体格检查要分清重点,抓住主线,并同时进行分析思考,在了解病史过程中始终进行鉴别诊断。

再如:以急性发热伴皮疹为突出特征的呼吸道传染病亦称急性发疹性传染病,常见的水痘、风疹、猩红热、麻疹等,易感人群主要为幼儿和儿童;由于皮疹出现与发热的时间有一定规律性,在临床上有重要的鉴别诊断意义。水痘、风疹在发热第 1~2 日出疹,猩红热约第

2天,天花约第3天,麻疹约第4天。在风疹病例同时有耳后、枕后与颈部淋巴结肿大;水痘的皮疹呈向心性分布,即多集中于躯干;麻疹的皮疹自耳后及颈部发际开始,逐渐向下蔓延,最后到达四肢及掌心与足底,3~5天出全。猩红热是由A组 β 型溶血性链球菌引起的急性发疹性传染病,其重要临床特征中还包括有“唇周苍白”和“杨梅舌”等。

2. 流行病学资料 包括发病地区、发病季节、既往传染病情、接触史、预防接种史;是否集体或家族聚集发病;还包括年龄、籍贯、职业、生活习惯、流行地区旅居史、手术史、输血及血制品史、外伤史、牛羊等动物接触史等,在诊断上均有重要意义,有时一点发现即可提供重要的诊断线索。譬如从非洲、南亚回国的务工人员出现发热、寒战,首先应该想到疟疾等输入性传染病。

3. 实验室检查及其他辅助检查 实验室检查对传染病的诊断具有特殊的意义,尤其是病原体的检出可直接确定诊断,而免疫学检查、分子生物学检查及超声、CT、MRI、PET-CT等影像学检查也可以提供重要诊断根据。

对许多传染病来说,一般实验室检查对早期诊断也有很大帮助。白细胞总数及中性粒细胞增多可见于大部分细菌性传染病,如败血症等。革兰阴性杆菌感染时白细胞总数往往升高不明显甚至减少,如布鲁菌病、伤寒和副伤寒等。绝大多数病毒性传染病中白细胞数减少且淋巴细胞比例增高,如流行性感冒、病毒性肝炎等,但流行性出血热、流行性乙型脑炎患者白细胞总数往往升高。原虫感染时白细胞总数偏低或正常。血中出现异形淋巴细胞常见于流行性出血热和传染性单核细胞增多症。蠕虫感染时,嗜酸性粒细胞通常增多,如钩虫、血吸虫感染等。嗜酸性粒细胞减少则常见于伤寒、流行性脑脊髓膜炎等。流行性出血热、钩端螺旋体病患者尿中常有蛋白、白细胞、红细胞,且前者尿中有膜状物,后者伴有黄疸时尿胆红素阳性。病毒性肠道感染多为水样便或有少量黏液。细菌性痢疾(菌痢)、肠阿米巴病患者常伴黏液脓血便和果酱样便,而中毒型菌痢的粪便改变可不太明显,但抽搐等中毒症状重;细菌性肠道感染多呈水样便、血水样便或混有脓液及黏液。肝肾功能等生化检查有助于病毒性肝炎及流行性出血热等传染病的诊断。

许多传染病可通过显微镜或肉眼检出病原体而确诊,如脑膜炎双球菌、疟原虫、微丝蚴、溶组织阿米巴原虫及包囊、血吸虫卵、螺旋体等病原体可在显微镜下检出,血吸虫毛蚴经孵化法可用肉眼检出。血液、尿、便、脑脊液、骨髓、鼻咽分泌物、渗出液、活检组织等进行病原体(细菌、真菌、病毒和分枝杆菌)分离培养与鉴定,以及近年建立的新的更特异的免疫学(如伤寒、布鲁菌病和某些病毒病的抗体测定)、分子生物学检查(如PCR等)有助于传染病病原诊断的明确。

损伤性诊断措施如肝、骨髓、皮肤、胸腹膜、淋巴结、肌肉活检和组织病理学检查在感染性疾病和非感染性疾病鉴别诊断中具有重要价值。非损伤性诊断措施如超声、CT、MRI、PET-CT减少了损伤性处理的必要。超声可显示心脏的赘生物及胰、肝、肾、膀胱的异常;CT可显示腹腔肿瘤、腹膜后、胸骨后和肠系膜淋巴结异常,也可检查出脾、肝、肾、肾上腺、胰、心、纵隔和盆腔的病变;在检测大多不明原因发热(包括神经系统)时,MRI更优于CT。

三、疑难传染病的临床诊断思维

所谓疑难传染病是指不易确定诊断、不易治疗处理的传染病。

1. 造成疑难传染病的原因

(1) 经验不足或缺乏:初涉临床,见识不多,专业知识积累或临床经验不足;或盲目自

信,不汇报、不请教、不请示;或不善学习,不了解动向,不熟悉外地或外国患者的常见病或多发病,如疟疾、肺吸虫病、包虫病、恙虫病、登革热等病,虽然在流行地区容易诊断,但在非流行地区就诊时易误诊。

(2) 临床资料缺陷:症状体征、辅助检查欠缺,资料失实、取舍不当;或过分依赖辅助检查结果,临床观察不细致,忽略症状体征的重要性,如百日咳的痉挛性咳嗽,麻疹的口腔黏膜斑,伤寒的玫瑰疹,流行性脑脊髓膜炎的皮肤瘀斑,流行性出血热的球结膜渗出、出血点和抓痕样出血条纹,恙虫病的焦痂与溃疡等特殊体征,均有助于该病诊断的确立;或主观臆断,缺少或遗漏必要的辅助检查;或检查错误、误差、医源性(如药物反应)造成诊断困难,如药物引起的白细胞减少、自动全血细胞计数仪因 EDTA 抗凝导致的血小板计数减少、人为的“伪热”、“假”血尿等。

(3) 疾病临床表现复杂:一种传染病有多种临床表现,即“同病异象”,有时呈现的可能是不常见的表现形式。例如传染性单核细胞增多症尽管临床比较常见,但其可为急性的,也可为慢性的;可以表现为肝炎,亦可表现为白细胞增多、溶血、血小板减少,易与血液系统疾病混淆,增加了临床诊断的难度。或集多种表现于一身,病变涉及多脏器、多系统,难于诊断。例如 EB 病毒感染相关的噬血细胞综合征,可表现为高热、肝脾和淋巴结肿大、全血细胞减少、肝功能及凝血功能异常,并迅速进展为多脏器功能衰竭,易与败血症、伤寒、流行性出血热等传染病以及恶性组织细胞病、再生障碍贫血等血液病混淆。

(4) 新发传染病:如 SARS、艾滋病、高致病性禽流感、猪链球菌感染、人附红细胞体病等,首次诊断的确存在很大的困难。对非流行地区的输入性传染病的首例诊断,也容易出现误诊。

2. 疑难传染病的临床诊断思维 临床思维离不开学科知识的支撑,掌握必要的传染病学及相关医学基本理论知识,是培养临床思维能力的前提。在疑难传染病临床诊断思维过程中应注意遵循以下一般原则:

(1) 实事求是的原则:详细收集资料,尊重事实;重视阳性检查所见,但不能忽视阴性结果的意义;不放过任何细微的异常,尤其是未得到合理解释的临床病象往往蕴藏着诊断中的漏洞,切勿任意取舍,牵强附会某一个诊断。

收集病史要有技巧。医生决不是简单地听患者讲述并记录,也不仅仅是按照某种表格的顺序做老一套的询问和填写。收集病史的过程,应该是医生充分运用自己的所有知识,调动全部感知能力,高度集中地从患者的体型、姿态、面色、语调、表情等诸多方面,筛取各种可能有意义的病情资料,进行及时的分析思考,在了解病史过程中要始终进行鉴别诊断。

查体要认真而有明确目的。通过收集病史,医生对病情已有初步了解,产生了诊断的设想,但对诊断是否成立尚难以确定。通过查体寻找阳性或阴性体征,即可使诊断更加接近实际病情。这种有明确目的的查体,要既全面又有重点。所谓重点,是指对在收集病史过程中发现的疑点要着重检查,对与疑点有关的体征无论是阳性或阴性都要做出有把握的结论,这对诊断有重要意义。

要能正确理解和合理解释各种检查。虽然不少病例可通过病史及查体建立诊断,但只要有条件,医生总还希望能有一些特殊检查来做进一步的支持。在大多数情况下,这种支持是完全必要的,它能使诊断更加可靠、更加客观和便于量化。不过,这需要临床医生对各种特殊检查仪器的工作原理、意义、准确性和误差性有充分的理解。医生如果缺乏这方面的知识,在个别情况下反而可导致错误诊断。

与医技人员配合提高对各种检查的综合分析能力。在条件较好的医院,常有一个病例做过多项辅助检查。如果检查结果不一致甚至互相矛盾,临床医生应该以患者临床表现为基础,对所存在的疑点进行合理的分析,争取做出较为切合实际的诊断。即使所有辅助检查结论一致,临床医生也应考虑它们与患者临床表现是否符合。医技人员如果对患者的临床情况较为了解,往往也有利于发现一些异常和做出较准确的诊断。常规化验查出疟原虫、丝蚴及粪便中虫卵的阳性率很低,如果检查者知道患者被高度怀疑某病,仔细查找,阳性率必然增高。临床医生在申请各项检查时,也应对医技科室的诊断标准有所了解,才有利于准确判断,如在 SARS 的诊断过程中,我们不能仅仅以有肺部阴影为根据结合其他条款就诊断 SARS,应强调影像学上要符合 SARS 的特征,因为在影像学上,SARS 有其特征性,初发以片状浸润影多见,边界不清,进展迅速,呈易变性,胸片重而体征轻。

(2) 一元论原则:尽量用一个疾病解释多种临床表现。有的传染病如流行性出血热在不同病期表现为高热、低血压休克、急性肾衰竭、消化道及颅内出血等,重型肝炎可有重度黄疸、肝性脑病、腹水、消化道出血、肝肾综合征甚至 DIC 等,结果均系一种疾病所致,但是当确有几种疾病共同存在时,则应分清主次,也勿勉强一元论解释,也要想到二元论甚至多元论。

(3) 发病率疾病谱原则:几种诊断可能性共存时,首先考虑常见病、多发病,尤其是流行地区的常见传染病;其次再考虑少见病、罕见病。譬如面对发热性疾病的诊断,要综合分析判断,首先从病变的性质来看问题,是否是炎症性疾病?是感染性炎症还是非感染性炎症?一般认为急性发热病因中感染占首位,其次为肿瘤、血管-结缔组织病,这三类病因概括了 90% 原因不明发热的病因诊断。感染尤以细菌引起的全身性感染、局限性脓肿、泌尿系感染、胆道感染为多见,结核病居第二位,其中肺外结核远多于肺结核;恶性肿瘤以发热为主要表现者,依次为淋巴瘤、恶性组织细胞瘤和各种实质性肿瘤。了解和掌握发病率和疾病谱规律,有助于提供和增强临床诊断的逻辑思维,提高诊断符合率。

但必要时也不能不考虑罕见病。例如一年轻女性,长期发热,伴皮疹、颈浅及腋下淋巴结痛性肿大,脾肿大,白细胞减少,血沉快,曾考虑为淋巴瘤、结核病、恶性组织细胞病等,淋巴结活检确诊为组织坏死性淋巴结炎。

此外,要注意特殊人群中的多发病,如艾滋病患者容易合并肺孢子菌肺炎和结核病;长期应用免疫抑制剂的患者,容易继发隐球菌脑炎等真菌感染;长期应用抗生素的患者,因抗生素抑制肠道正常菌群,耐药的难辨梭状芽孢杆菌乘机繁殖,容易出现伪膜性肠炎。

(4) 先考虑器质性疾病的原则:首先考虑器质性病变,然后再考虑功能性疾病。

(5) 先考虑良性疾病的原则:诊断恶性病之前必须先排除良性病。

3. 新发传染病的临床诊断思维 近 30 年来,将近有 30 多种新发传染病出现。如何尽早发现新发传染病是摆在医学界面前的一个重要课题。对于已知的疾病,用临床思维能够迅速地作出诊断。然而,对于新发传染病,则表现出极大的局限性。但是,与其他疾病不同,传染病具有 4 个显著的基本特征,即:有病原体、有传染性、有流行病学特征、有感染后免疫。掌握和运用传染病的这些特征尤其是流行病学特征,已经成功发现了多种新发传染病。

例如:1982 年 2 月 5 日至 3 月 15 日的 40 天内,在美国俄勒冈州发现了 26 例以痉挛性腹痛、血性腹泻为特征的急性腹泻病例。患者大多无发热或有低热。其中 25 例集中于 1 个县的 7 个小镇。同年 5 月 28 日至 6 月 27 日在密歇根州发生了与上述特征完全相同的急性腹泻暴发。1 个月内共发生 21 例。为了寻找这两次暴发事件的可能原因,Riley 等对上述两

起暴发进行了系统的临床、流行病学和实验室研究,为确定这两起暴发的病原体提供了许多证据,并最终确定病原体是一种罕见的大肠杆菌血清型 O₁₅₇:H₇。

再如:1981年6月5日美国出版的《发病率死亡率周报》报道了洛杉矶5例既往健康的青年男性同性恋者罹患卡氏肺孢子菌肺炎。这种肺炎以往多见于接受化疗的老年癌症患者,且男女发病几率相等。这些报告引起美国疾病预防控制中心(CDC)的重视并开始监测。数月后又发现26例男性同性恋者罹患罕见的卡波济氏肉瘤,所有患者均无癌症或化疗史,主要表现为辅助性T淋巴细胞的数量减少。1982年这种新的疾病被命名为获得性免疫缺陷综合征,即艾滋病(AIDS)。

有些新发传染病在流行病学、临床、实验室方面没有明显差别,且病程短,即使采取了多层次、系统地观察也难以区分,如一些不明原因的腹泻等。因此,发现新的病因可帮助诊断。有些传染病是在发现病因后才被认识的,如:隐孢子虫病等。与西方发达国家相比,我国在新发传染病病原诊断领域存在较大差距,没有完善的检测和鉴定未知病原体基因的技术、方法和体系,现行的传染病病原学诊断分离方法,因敏感性和特异性不足,在分离不到已知病原体时,往往会束手无策。据统计,在我国发生的绝大多数不明原因性暴发疫情(估计60%以上)没有病原学证据,或者是根本没有意识进行病原微生物调查,或者不具备发现新的病原微生物的技术水平。在所有发现的200多种有重要公共卫生意义的病原微生物中,只有沙眼衣原体和B组轮状病毒是我国科学家首先分离鉴定的。在2003年发生的SARS流行中,面临着世界性的和时效性的挑战,我国在新发传染病的诊断、治疗、检测、病原体分离、流行病学调查等全方位的差距暴露无遗。

四、传染病的临床治疗思维

传染病治疗过程中的临床思维是同样重要的。首先是特异性治疗,包括病因和发病环节的治疗,其次是对某些突出的症状进行适当的对症治疗。

1. 病因治疗 在传染病治疗措施中,找到病因,进行对因治疗是最主要的。抗感染药物是临床上“四多药物”,即用量多、用者多、费用多、问题多。合理应用抗感染药物是全球共同面临的问题。临床医师/药师在临床抗感染药物治疗的思维方面应综合考虑患者年龄、机体免疫状态、疾病状况、治疗药物的不同,确立个体化的治疗方案。在使用抗感染药物之前,应综合考虑以下因素:

- (1) 怀疑(肯定)患者存在感染时,感染部位(病灶)在何处?
- (2) 感染的严重程度?
- (3) 可能的致病病原体主要是哪些?
- (4) 如何采集获得病原血标本与结果?怎样解释利用病原学及药敏报告结果?
- (5) 对怀疑(确定)的致病病原体,可供选择药物(菌谱)是哪些种类?具体品种有哪些?
- (6) 伴随疾病对抗感染药物的治疗有何影响?
- (7) 有无既往用药史(如抗感染)与药物过敏史?
- (8) 比较可供选用抗感染药物的抗菌谱,药理、毒理、药动学、药效学等特性,具有优势的是哪几种?
- (9) 比较疗效/风险,效益/成本,优选供用的品种是什么药物?
- (10) 感染致病病原体的特征、患者脏器功能与机体状况的个体差异,这些对药物方案有何影响?

(11) 品种选定后, 确定剂量、给药间隔时间、给药途径、单用或联用、计划疗程等, 适宜方案指定的依据是什么?

(12) 药物治疗过程中怎样观察、判断药物疗效? 对药品不良反应如何预防、观测和处置?

(13) 病情变化时如何依情况调整给药方案? 疗程结束后, 对用药方案疗效如何进行分析评估?

(14) 除药物治疗外, 还需哪些治疗处置?

在临床上, 抗菌药物往往被无根据地滥用(如用于病毒性疾病)或被误用。单纯用抗生素来治疗发热本身, 可能是最为常见的错误, 其实发热不一定是细菌感染引起的。如无细菌侵袭的明显依据, 若病情允许, 应暂缓投用抗菌药物, 直至临床和化验证实感染存在之后再行用。

对于严重感染, 常需在了解致病菌的敏感性之前就合并使用数种抗生素来治疗, 即“重锤猛击”的“降阶梯”治疗方法。在治疗混合感染时也常需联合使用抗生素。对某些感染, 如结核, 联合用药也比单一用药的效果好, 因为这种细菌对单一药物较易产生耐药性; 在白细胞减少的患者发生严重铜绿假单胞菌感染时, 联合用药也极为重要, 用一种氨基糖苷再加用一种抗铜绿假单胞菌的青霉素, 效果可能优于单用其中任意一种药物。

常见的抗生素使用不当包括: 用于无并发症的病毒类疾病; 选用了无效的抗生素; 用药剂量不足或过量; 用药途径不当; 细菌产生耐药后仍继续使用原来的抗生素; 发生严重毒性或过敏反应后仍继续用药; 过早停止有效治疗; 抗生素联合用药选择不当; 过分依赖药物治疗而忽视外科的处理(如局部感染的引流和异物的摘除)。上述问题应引起重视。

2. 对症治疗 在病因治疗的同时, 应进行必要的对症治疗。例如在治疗过程中如果高热不退, 可给予解热药物, 但最好是给予物理降温。对于诊断明确的, 绝大多数可以达到较为理想的治疗效果。

3. 诊断性治疗 对于诊断不明确的, 可作诊断性治疗, 但在治疗前必须做出疑似诊断。对大多数发热患者诊断性治疗并无诊断价值。对长期发热原因不明者, 除肿瘤外可以进行诊断性治疗, 但必须持慎重态度, 选择特异性强、疗效确切、副作用最小的药物。大多用于诊断性治疗的药物有抗生素、抗原虫药和抗风湿药等, 如甲硝唑治疗阿米巴肝病, 抗疟药治疗疟疾, 抗结核药治疗结核病等, 这些药物均有副作用(如药物热、皮疹、肝功能损害、造血器官损害等), 如应用不当反而延误病情。须注意此方法有它的局限性, 就诊断而言, 特效治疗的结果一般否定意义较确诊意义大。如疑为疟疾者用氯喹正规治疗无效, 认为疟疾的可能性很小。

(李兰娟)

病例 1 发热、乏力 12 天，咳嗽、气促 7 天

一、病史

患者，女，27 岁，山西太原人。因“发热、乏力 12 天，咳嗽、气促 7 天”入院。

患者于 2 月 21 日下午开始出现发热、乏力，未测体温，无寒战，无咳嗽，无鼻塞、流涕，23 日体温最高升至 39℃，伴有寒战、头痛、关节酸痛和肌痛，在当地医院诊断为“上呼吸道感染”，给予“阿奇霉素、利巴韦林”治疗，病情无缓解。26 日出现干咳、气短、憋喘，以坐位为明显，平卧后有所缓解，查嗜肺军团菌抗体、肺炎衣原体抗体、肺炎支原体抗体均阴性。3 月 2 日转入某医院，胸片检查示“双下肺炎症”，给予静滴“头孢曲松钠（罗氏芬）、亚胺培南-西司他汀钠（泰能）”治疗，症状无减轻。3 月 4 日改用“左氧氟沙星（来立信）、米诺环素（美满霉素）”治疗，体温降至 38℃，于 3 月 5 日转入我院。

患者既往体健，无“心、肺”等慢性病史，否认放射性物质、毒物接触史，否认药物过敏史，否认疫水接触史。发病前 10 天曾去广州出差，当时广州有严重急性呼吸综合征（SARS）流行。否认家族传染病史及遗传病史。

思维提示：该例为发热患者，发热本身可由多类疾病如感染、肿瘤、自身免疫病和血液病等疾病引起。发热病因诊断的一般方法首先是全面了解病史，以下病史对确诊有一定帮助：①发热史：首先要明确发热出现的时间，根据发热持续的时间，确定患者为急性发热（小于 2 周）还是长期发热（大于 2 周）。该患者以发热起病，病程 12 天，为急性发热。患者的发热特点对鉴别诊断也有一定的意义，包括每次发热起始时间、热度、是否伴有寒战、热程和热型等。②发热伴随的其他症状：如呼吸系统疾病常出现咳嗽、咳痰、咽痛等；消化系统疾病常有恶心、呕吐、便秘或腹泻等；循环系统常有心悸、心前区疼痛、呼吸困难和水肿等。发热伴随的各系统的病变往往可表现出各自的特点，对于进一步分析病变部位可提供一定的帮助。该患者在发热的同时有咳嗽、气短，提示病变部位可能在呼吸道，应进一步询问有无咳痰、心前区不适、双下肢水肿等。③所接受的治疗情况以及对治疗的反应。患者因在院外接受治疗，故在询问病史中，应重点询问患者曾使用过哪些药物，对这些药物的反应如何，这样有助于在接诊患者时，得到相关的一些信息，这些信息可以帮助进行诊断及鉴别诊断，以及在制订初步治疗方案时给予考虑。④特殊地区（疫区、牧区）定居或旅游史：在感染性疾病中，大多有发热的表现，因此流行病学史的询问至关重要，去过哪里、接触过什么、周围人群有无相似的表现等等。经过询问，发现该患者在发病前曾去过 SARS 疫区，这个信息可能具有重要的临床意义。⑤其他病史：如结核病和与免疫功能低下相关疾病的病史、冶游史等。这些病史对确诊病因非常有益，如果能对某些病史线索追根溯源，往往能够很快发现病因。

二、入院查体

T 38℃，P 96 次/分，R 20 次/分，BP 14/9kPa（1mmHg=0.133kPa）。精神差，全身皮肤无黄染、无皮疹，全身淋巴结未触及肿大，口腔黏膜完整，未见白斑，扁桃体无肿大。胸廓无

畸形,双肺叩诊呈清音,听诊双肺中、下部呼吸音粗,未闻及干湿性啰音及胸膜摩擦音。心脏、腹部、神经系统查体未见异常。

思维提示: 在了解病史后,进一步的有针对性的认真、详细、彻底的体格检查对于诊断意义重大。体检时需注意:①该患者有咳嗽、气促,因此,在体格检查中,要重点检查心肺,心脏的杂音可能提示患者的心脏功能有问题,胸膜摩擦音提示病变可能在胸膜,湿啰音的出现提示肺泡中可能有渗出,该患者查体时发现双下肺呼吸音粗,但未闻及胸膜摩擦音及干湿性啰音,因此提示病变可能在肺间质,肺泡内的渗出不明显。②不能放过身体的任何部位,包括一些易被忽视的部位,如口腔、咽喉、甲状腺和指(趾)端等。该患者在院外使用多种抗菌素治疗,因此,要注意是否存在二重感染,特别要注意口腔中有无白斑。③对一些特殊体征需要引起特别重视,如皮疹、出血点,淋巴结、肝、脾肿大,关节肿大畸形、功能障碍,局部肿块等。发热患者典型的皮疹往往能为诊断提供决定性的帮助。

三、入院辅助检查

思维提示: 首先完成常规检查,血常规、尿便常规、肝肾功能等生化学检查。其他需凭借接诊医师个人的经验和思路确定检查项目,生化学、生物学检查和影像学等检查。

由于发热的病因复杂,如有下列情况:①病史和体征不能提供任何与病因相关的线索;②已掌握一些线索但仍不能确诊时。则需给予全面辅助检查,如反复多次行血培养,多部位影像学检查,对肿大淋巴结进行穿刺活检,对胸腔、腹腔进行穿刺化验,骨髓穿刺,检测各种自身免疫性疾病指标及肿瘤标志物等。应注意有些检查需多次重复,不可一两次检查结果阴性就放弃。

血常规: WBC $5.3 \times 10^9/L$, N 75%, 嗜酸性粒细胞正常, Hb 111g/L, PLT $276 \times 10^9/L$, 异形淋巴细胞 0。

尿便常规正常。肝功、肾功正常。

ESR: 93mm/h。

柯萨奇、EB 病毒(EBV)、巨细胞病毒(CMV)抗体 IgM 均为阴性,冷凝集试验阴性。

动脉血气分析: PO_2 84.2mmHg, PCO_2 39.9mmHg, SaO_2 98%。

X 线胸片: 双侧肺中野内均可见大片状模糊影,边缘清晰,肺门影无明显增大,纵隔心影未见异常,双膈面光滑,两侧肋膈角锐利。

四、诊断

1. 初步诊断 患者临床表现主要为急性发热、咳嗽、气促等肺部病症,听诊双肺中、下部呼吸音粗,未闻及干湿性啰音及胸膜摩擦音。在外院胸片检查提示“双下肺炎症”,因此,可初步诊断为急性肺部炎症,病因待查。

2. 诊断思路

思维提示:发热、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛以及呼吸困难等是急性肺部炎症的主要症状,但急性肺部炎症时并不一定具备全部这些症状。急性肺部炎症大多数由感染引起,有时也可以由非感染因素,如肿瘤、变态反应引起,而由于结缔组织病、化学性或物理性因素所致的急性肺部炎症少见。

排除结缔组织病:结缔组织病可引起急性肺部炎症,抗菌素治疗无效,但结缔组织病在引起肺部病变的同时,可出现肺外器官的其他临床表现,本例患者仅有肺部病变表现,无其他器官脏器的损伤表现,故可暂不考虑。其他如化学性、物理性因素导致的肺部炎症多有引起肺部病变物质的接触史,而本例患者经详细询问病史后,可排除有与导致肺损伤的相关物质接触史,因此可以排除。

排除变态反应:变态反应引起的肺部炎症主要包括肺嗜酸性粒细胞浸润症、肺血管炎等。此类疾病多累及多系统,病程短,呈良性经过,血中嗜酸性粒细胞增多,因此本病例不考虑。

排除肿瘤:肿瘤也可引起发热、气促、刺激性干咳,压迫周围组织可引起相应的压迫表现,但本病例患者年龄较轻,除发热、气促外,无其他相应表现,且院外胸片及我院影像学检查均未见占位性病变,因此可以排除。

因此,在上述分析排除了非感染因素的基础上,主要考虑为感染性因素,但仍需进一步分析其病原。

(1) **排除细菌:**细菌引起的肺部炎症最为常见,病原菌多为肺炎双球菌、葡萄球菌、链球菌、肺炎杆菌以及结核菌等。细菌性肺炎常以恶寒或寒战、高热起病,咳痰,全身症状较重,血象 WBC 及中性粒细胞显著增高。本病例虽有发热,血常规示中性粒细胞略增高,ESR 增高,但无寒战,无咳痰,在病程中曾使用多种不同种类抗菌素治疗(包括碳青霉烯类),如为细菌感染,应有较好的疗效,但患者病情并未见明显好转,不支持细菌感染。但为进一步排除,尤其对于特异性感染的排除,可进一步化验 C 反应蛋白(CRP)、结核抗体、结核菌素试验(PPD)以及动态观察胸片。本病例查 C 反应蛋白无明显增高,多次查结核抗体及 PPD 试验均阴性,因此可排除细菌感染。但在下一步继续治疗中,应警惕可能出现细菌的重叠感染。

(2) **排除真菌:**真菌感染往往发生在免疫力低下的患者,抗菌素和激素的使用是引起真菌感染的重要诱因,且深部真菌感染的诊断往往也较困难。本病例患者在病程中使用多种抗菌素,因此要考虑到真菌感染。肺部真菌感染伴口腔感染者主要表现为口腔黏膜白斑、咽部不适及白色黏痰等;真菌性肺炎有发热,可有咳嗽,咳白色、铁锈色黏痰为主,也可以是黄色、血性、巧克力色,胸片可为斑片状、棉花团样阴影以及间质性肺炎改变等,本病例无口腔白斑,无咳痰,且既往无免疫力低下表现,因此不考虑,但在治疗过程中,应严密观察,警惕出现二重感染。

(3) **排除螺旋体:**主要为肺出血型钩端螺旋体病,可有发热、肺部症状,可无黄疸,肝肾损害不显著等表现,多发于夏秋季节,且对青霉素、头孢菌素类抗菌素敏感。本病例无疫水接触史,院外使用抗菌素治疗无效,可以排除。

(4) **排除支原体、衣原体:**衣原体、支原体引起的肺部感染临床表现无太多特征性,病情可轻可重,胸部体征少,而 X 线表现相对较重,且多变化,肺外症状相对多见,外周血 WBC 不高,起病后血清特性 IgM 抗体阳性,冷凝集试验在部分患者中可为阳性。从临床症

状上来看,本例患者不能完全排除支原体、衣原体表现,但因支原体、衣原体对阿奇霉素、喹诺酮类抗菌素敏感,本例患者在使用该类抗菌素后,病情并未见好转,且查肺炎衣原体抗体、支原体抗体、冷凝集试验均阴性,因此,基本可以排除。

(5) 考虑病毒:可引起肺炎的病毒种类较多,主要有流行性感冒病毒、副流感病毒、巨细胞病毒、腺病毒、冠状病毒、某些肠道病毒如柯萨奇、埃可病毒等,以及单纯疱疹、麻疹、风疹病毒等。以及近十余年间发现的汉坦病毒、SARS 冠状病毒等。各种病毒引起肺部炎症表现各异,有的起病缓慢,有的急性起病,肺炎进展迅速,但体征往往缺如,X 线表现也多样化。化验外周血 WBC 可减少、正常或增多,其诊断主要依靠各病毒感染后的特征性表现以及排除细菌性和其他病原体感染引起的肺炎。本病例以发热起病,伴有肺部症状,肺部体征缺如,外周血 WBC 不高,多种抗菌素治疗无效,因此,病毒感染不能排除。

在初步考虑为病毒感染后,何种病毒感染成为诊断中的重要问题。入院后查柯萨奇、EBV、CMV-IgM 均为阴性,不支持常见肠道病毒以及 EBV、CMV 的诊断,但在判断此结果时,应注意在免疫力缺陷的患者,即使抗体阴性,也不能完全排除该病毒的感染,因此,如有条件应进行病毒分离或病毒的抗原检查。

本病例在发病前曾去 SARS 流行疫区出差,此时流行期间的暴露史对于诊断极为重要。特别是继其发病后,其夫、儿子、父母先后发病入院,临床表现相同。

根据国家卫生部公布 SARS 病例诊断标准:

“1. 流行病学史

1.1 与发病者有密切接触史,或属受传染的群体发病者之一,或有明确传染他人的证据;

1.2 发病前 2 周内曾到过或居住于报告有传染性非典型肺炎患者并出现继发感染患者的城市。

2. 症状与体征 起病急,以发热为首发症状,体温一般 $>38^{\circ}\text{C}$,偶有畏寒;可伴有头痛、关节酸痛、肌肉酸痛、乏力、腹泻;常无上呼吸道卡他症状;可有咳嗽,多为干咳、少痰,偶有血丝痰;可有胸闷,严重者出现呼吸加速、气促,或明显呼吸窘迫。肺部体征不明显,部分患者可闻少许湿啰音,或有肺实变体征。

3. 实验室检查 外周血白细胞计数一般不升高,或降低;常有淋巴细胞计数减少。

4. 胸部 X 线检查 肺部有不同程度的片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变,部分患者进展迅速,呈大片状阴影;常为双侧改变,阴影吸收消散较慢。肺部阴影与症状体征可不一致。若检查结果阴性,1~2 天后应予复查。

5. 抗菌药物治疗无明显效果。

疑似诊断标准:符合上述 1+2+3 条或 2+3+4 条。

临床诊断标准:符合上述 1.1+2+4 条或更多,或 1.2+2+3+4 或 1.2+2+4+5 条。”

因此,本病例符合 SARS 诊断标准。

如要再进一步的确诊,则有赖于病原学的检查,包括病毒的分离、血清学的检查以及病毒和病毒抗原的监测。因此,SARS 冠状病毒(SARS-CoV)RNA 的检测和血清特异性抗体的快速检测将可进一步明确诊断。

五、治疗

入院后给予吸氧,生长因子注射液、丙种球蛋白、胸腺五肽提高机体免疫力,并给予 IFN α 抗病毒、左氧氟沙星预防感染以及补充能量等对症治疗。患者入院后第 3 日体温恢复