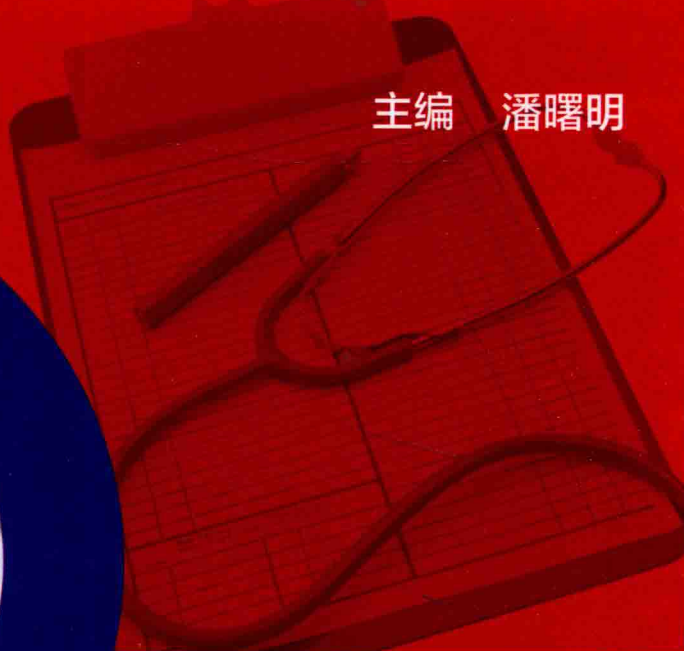
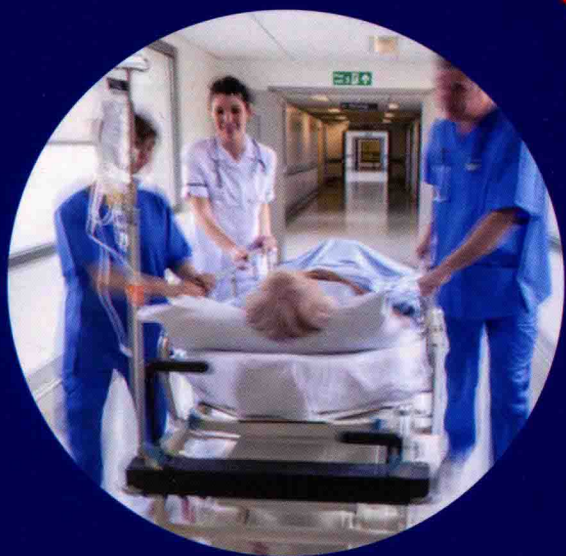


EMERGENCY

Differential Diagnosis

急诊鉴别诊断

主编 潘曙明



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

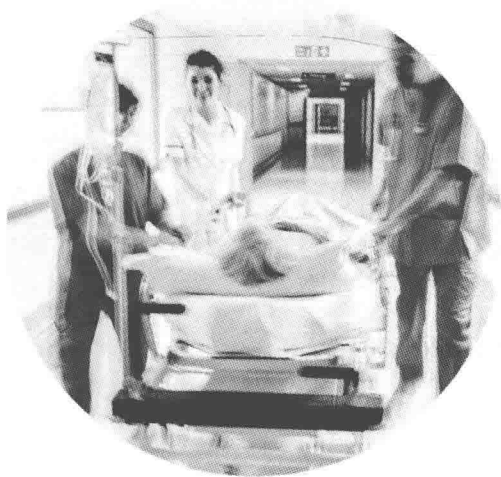
EMERGENCY

Differential Diagnosis

急诊鉴别诊断

主 编 潘曙明

副主编 王海嵘 费爱华 朱长清



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊鉴别诊断 / 潘曙明主编. —北京: 人民卫生出版社,
2017

ISBN 978-7-117-24442-8

I. ①急… II. ①潘… III. ①急诊-诊断 IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 090790 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

急诊鉴别诊断

主 编: 潘曙明

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: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 15

字 数: 365 千字

版 次: 2017 年 6 月第 1 版 2017 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-24442-8/R · 24443

定 价: 68.00 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市场营销中心联系退换)

作者名单

(按姓氏拼音排序)



- | | |
|-----|----------------------|
| 蔡云东 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 陈 凉 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 陈 森 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 陈其琪 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 陈圣鑫 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 戴李华 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 丁雨润 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 费爱华 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 高成金 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 葛勤敏 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 葛晓利 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 顾国嵘 | 复旦大学附属中山医院急诊科 |
| 郭东风 | 上海市浦东新区公立医院急诊科 |
| 胡增艳 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 黄四平 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 江少伟 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 姜 坚 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 李浩军 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 李 明 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 林兆奋 | 第二军医大学长征医院急救科 |
| 刘佳福 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 刘清华 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 路薇薇 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 马林浩 | 第二军医大学长征医院急救科 |
| 牛 磊 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 潘曙明 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 戚宇岸 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 沈晟晖 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |
| 盛 颖 | 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科 |



- 盛永亮 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
宋振举 复旦大学附属中山医院急诊科
汤璐佳 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
童朝阳 复旦大学附属中山医院急诊科
王海嵘 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
王丽娜 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
王瑞兰 上海交通大学附属第一人民医院急诊医学科
王 莹 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
吴增斌 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
杨纪元 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
杨 敏 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
于 洋 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
俞 芸 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
张凌娟 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
张 征 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
赵 洁 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
周罗成 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
周 昱 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科
朱长清 上海交通大学医学院附属仁济医院急诊医学科
祝青腾 上海交通大学医学院附属新华医院急诊医学科

序 一



急诊医学作为一门以综合医学知识为基础,对急危重症患者的病情给予及时评估和综合救治的独立学科,专业核心环节是抢救室和ICU的整体性、连贯性救治,在临床医学领域里具有极为重要的地位。近30年来,随着医学进步和社会发展,人们越来越认识到建设经验丰富、训练有素的急诊专业医师团队对救治急危重症患者、应对突发公共卫生事件的重要性。特别是国家卫生计生委近年来开展的“医院管理年及质量万里行”活动和颁布的《急诊科建设与管理指南》,更有力地促进了我国急诊医学的规范化和专业化。

急危重症,病情纷繁复杂,危殆多变。同一疾病可以呈现出不同的症状和体征,不同疾病可以具有相同的症状和体征,而在临床实践中患者常常首先以症状和体征呈现在急诊医师的面前,需要急诊医师运用正确的临床思维进行诊断和鉴别诊断,这是关系到及时而合理治疗的关键所在。有鉴于此,在人民卫生出版社的精心组织及大力支持下,由来自国内著名医学院校附属医院的数十位长期从事急诊医学临床实践的知名专家、教授结合临床经验与业务专长,汇集有关急诊常见疾病的诊断和鉴别诊断知识,汲取国内外临床医学的新知,集体编著了这部《急诊鉴别诊断》。

本书是一部面向广大急诊医师的实用型参考书。全书对主要急诊症状的鉴别诊断方法进行了全面、系统、深入的阐述,同时还对急诊常用诊断技术及危重病监测技术作了介绍。针对每种病症,以一个个生动鲜活的临床病例入手,从临床工作的实际出发,紧紧围绕其病因、机制、临床特点、诊断方法及鉴别诊断等项目展开叙述,内容充分贴近了急诊临床实践。本书旨在“授人以渔”,注重综合临床能力的培养,突出急危重症的快速判断和处置原则,同时体现本学科的新进展。本书对急诊医师了解和掌握临床思维方法、提高临床思维能力具有很好的指导意义和借鉴价值,此外本书也适用于各级医院临床各科室医师、医学院校师生、进修医师的阅读使用。

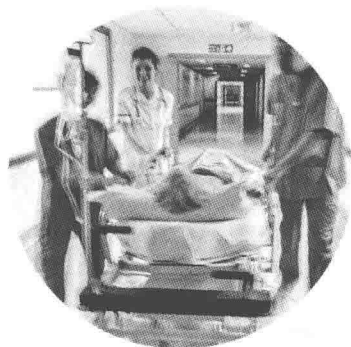


本书的编写显现如下特点:①新颖:能够充分结合当代急诊医学的新理论、新概念、新技术、新疗法;②全面:除重点介绍急诊医学中的常见病症外,对临床诊治中可能遇到的较为少见的疾病也加以叙述;③实用:密切结合国内外最新指南及各个专家多年的临床实践经验,使之既适用于大型综合性医院的住院及主治医师,又能对基层医疗单位的医务工作者有所裨益;④清晰:针对每种急危重症,以临床病例为切入点,对于疾病的鉴别诊断要点与依据、治疗原则等予以介绍,采用树状图形式对诊断流程进行综合梳理,主次分明,重点突出,逻辑性强。

虽然编者竭尽绵力编写本书,但随着急诊医学的飞速发展,诸多新的诊断与救治手段不断涌现,监测技术不断创新,加之编者水平和时间所限,因此,书中可能存在不少不足与疏漏之处,希望同道不吝赐教和指正,以助本书再版时得以进一步完善。

林兆奋
第二军医大学长征医院
2016年11月

序 二



精准医疗概念于 2015 年初提出,因病施治、对症下药、药到病除,诊治方案应依据患者发病的具体病因、病机,实施个体化治疗。而要达到此目的,及时、准确的诊断和鉴别诊断是有效治疗的重要前提。在我国,各级综合医院的急诊医学科涵盖急、重、危、疑、难等病种,而评价学科临床综合实力和考验急诊医生临床综合能力的重要标准之一就是对上述病种科学诊断和正确的处理,包括对“急”病人病情的及时判断,对“重”病人病情的准确评估,对“危”病人病程有效干预,对“疑”病人病程的剥茧抽丝,对“难”病人治疗的精准恰当。以上工作体现在我们急诊医生的日常工作中,反映急诊科医生临床诊断思维的条理性及合理性。

临床工作中,同一病症可能是不同疾病的共同表现,诊断的过程中“陷阱”有时难以避免,如何“拨云散雾见月明”时刻考验着急诊科医生。但万变不离其宗,对上述各种病种的明确诊断及后续的有效治疗都离不开扎实的临床基本功、系统的临床诊治思维和必要的辅助检查手段,《急诊鉴别诊断》一书正是将各方能力有机结合,以急诊医学科常见的各种急危重症的临床表征为着墨重点,以病例引导,贯穿病因、流行病学、病理生理学,重点分析诊断和鉴别诊断,给出简明的临床诊治路径,并再次结合病例进行病例解析,给出治疗原则;在鉴别诊断的分析中,特别强调了诊治误区产生的可能原因、分析策略。如此以常见病症为“引子”,以诊断与鉴别诊断为主线条,将同一病症下涵盖的疾病进行“穿针引线”,形成系统的诊断与鉴别诊断思路,以上即是本书特色。泛读脉络清晰、框架完整,精读层层深入、丝丝入扣。且读书之法,在循序而渐进,熟读后精思,必受益良多,故而在此推荐于同行,是为序。

陈玉国

山东大学齐鲁医院

2016 年 12 月

前言



急诊医学作为临床医学领域一门独立的学科,在我国已经经历了 30 多年的发展历程。医学科学的发展以及社会经济发展的需求,促使急诊医学的发展与其相适应,尤其在 2003 年一种严重急性呼吸综合征(severe acute respiratory syndrome, SARS)在我国及全球蔓延,医学界尤其是急诊医学界经受了一场前所未有的严峻考验。人们越来越认识到急诊医学不仅仅与人民的日常生活息息相关,而且与国家应对突发公共卫生事件密切相关。建立经验丰富、训练有素的急诊专业医师团队和设备齐全、功能完善的急诊科,对救治急危重症患者、应对突发公共卫生事件尤为重要。

根据我国急诊医学的基本情况和发展的需要,本书应运而生。在人民卫生出版社的精心组织及大力支持下,由来自国内教育部直属著名医学院校附属医院的数十位长期从事急诊医学临床实践的知名专家、教授结合临床经验与业务专长,汇集有关急诊常见疾病的诊断和鉴别诊断知识,汲取国内外临床医学的新知,集体编著而成。

本书的编写特点是侧重于临床实用。针对每一种急危重症,以一个又一个生动鲜活的急诊病例入手,结合循证医学证据,对于疾病的鉴别诊断要点与依据、治疗原则等予以介绍,采用树状图形式对诊断流程进行综合梳理,内容充分贴近了急诊临床实践。对从事急诊工作的医师了解和掌握急诊临床思维方法、提高临床思维能力具有很好的指导意义和借鉴价值。相信本书将会成为急诊住院医师和专科医师的实用型急诊鉴别诊断参考书。

由于参加编写人员众多,对内容编排和取舍不尽相同。同时,由于编者水平和时间所限,因此,书中的疏漏与不足在所难免,希望同道不吝赐教和指正。在本书的编写过程中,参考了不少书籍和文献,由于篇幅所限,未能将全部参考书目及文献列出,在此深表歉意。

本书由国家卫生计生委“2013—2014 年度国家临床重点专科建设项目单位”项目、上海市卫生计生委“上海市卫生计生系统重



要薄弱学科建设计划”、上海交通大学医学院本科教学改革项目“临床整合式课程建设(急诊选修课)”、上海交通大学医学院“085 工程”年度项目建设计划“急诊医学专业学位研究生临床实训基地建设项目”、上海市教委重点课程建设项目及上海高校市级精品课程等项目资助,在此一并感谢。

编者

2016 年 12 月

目 录



1. 急性发热	1
2. 急性头痛	13
3. 急性胸痛	25
4. 急性背痛	43
5. 急性腹痛	56
6. 高血压	67
7. 休克	80
8. 急性腹泻	95
9. 急性黄疸	114
10. 呕血与黑便	125
11. 呼吸困难	132
12. 心悸	141
13. 意识改变	152
14. 头晕和眩晕	169
15. 晕厥	178
16. 肢体瘫痪	191
17. 大血管急诊	210
18. 抽搐	219

1. 急性发热



【病例】

一个繁忙的下午,在你接诊了 20 多名急诊患者后,一名 52 岁的中年男性坐在你面前,本次因发热一天伴咳嗽、咳痰就诊。无胸闷、胸痛,无心悸、气促。查体:体温 38.6°C ,心率 92 次/分,指末氧饱和度 95%,心脏可闻及舒张期杂音,其余体检无特殊。追问病史,该患者 5 年前因感染性心内膜炎行主动脉瓣及二尖瓣换瓣术,目前口服华法林。急诊查心电图正常,胸部 CT 提示右下肺感染,对于该患者,你将如何处理? 需不需要收入院治疗?

【流行病学及病因学】

发热是指机体在内、外致热源的作用下或由各种病因导致体温调节中枢功能障碍,体温超出正常范围:体表温度 $>37.3^{\circ}\text{C}$,热程在两周以内的发热为急性发热。

以发热为主诉的急诊患者占有所有急诊患者的 4.4%~7.5%、非手术患者的 30%。超过 200 种疾病会引起发热,发热性疾病的病因众多,因而临床表现复杂。急性发热性疾病一般具有潜伏期短和急性起病的特征,究其原因绝大多数由于急性感染,感染源可以包括细菌、病毒、衣原体、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、原虫、蠕虫等,常见部位如上呼吸道感染、肺炎、泌尿生殖道感染、体表部位的化脓性感染病灶等。一项针对非手术的急诊发热患者的研究表明,感染性发热占急诊发热比例最大,其中确诊或疑诊细菌感染的占 71.8%,感染部位又以肺部感染为主,另有 8% 的患者确诊或疑诊病毒感染。另一项研究纳入了 786 例急诊发热患者,上、下呼吸道感染分别占 39%、17%,15% 为腹腔感染,5% 为泌尿道感染,18% 为非感染性发热。一些非感染性疾病也可具有急性发热的临床特征,包括结缔组织疾病,变态反应性疾病,过敏性疾病,恶性肿瘤,中枢神经性发热,创伤、烧伤、手术后吸收热,内分泌和代谢性疾病,散热障碍,以及其他不明原因的发热。在部分特异性体质



的人群中,某些药物如琥珀胆碱和吸入性麻醉剂氟烷可引发恶性过高热,许多药物包括抗生素(如磺胺类、 β -内酰胺类、利福平、两性霉素等)可同时诱发药物热及变态反应,严重者引发器官(如肝、肾)功能障碍或衰竭。

【病理生理】

当机体遭受感染或其他刺激时,机体先天免疫反应如非特异性“急性期反应”导致发热。感染部位首先导致巨噬细胞及其他防御细胞的聚集,并释放炎症因子,进一步促进了免疫反应。炎症因子的激活导致早期非特异性免疫反应,如发热、疲倦、食欲差、行为改变,并促进肝脏合成急性期反应蛋白;后期,适应性免疫系统通过B淋巴细胞及T淋巴细胞激活特异性的感染相关炎症因子。

尽管多种炎症因子具有致热作用,但研究最多的是以下几种:肿瘤坏死因子(TNF)、淋巴毒素 α 、白细胞介素1(α 、 β)、白细胞介素6及干扰素(α 、 γ)。这些因子单独注入实验动物或肿瘤患者应用此类药物进行临床试验时均能导致发热。在患者存在感染时,微生物释放的外源性致热源导致炎症因子发生瀑布似的级联反应。如革兰阴性细菌的脂多糖,激活巨噬细胞释放肿瘤坏死因子,继而活化白细胞介素1 β ,活化白细胞介素1 β 进而激活白细胞介素6。外源性脂多糖导致实验动物双相性发热,有学者认为早期相发热与炎症因子及免疫细胞直接合成的前列腺素E2直接将信息传送到下丘脑的体温调节中枢有关;也有学者认为脂多糖激活补体C5a,进而导致肝脏及肺脏的巨噬细胞合成前列腺素E2,前列腺素E2与感觉迷走神经上的受体结合,通过迷走神经将信息传送到下丘脑从而导致早期相发热。大多数的研究者认为晚期相发热可加强机体防御,主要由炎症因子介导。也有学者认为炎症介质很可能并不能直接通过血脑屏障,其可能通过没有血脑屏障的第三脑室周围的神经细胞、脑血管内皮细胞或脑血管周围细胞等释放第二信使,进而影响下丘脑的体温调节中枢。

尽管有多种途径影响下丘脑体温调节中枢,目前公认的是通过前列腺素E2与视交叉前下丘脑区神经细胞上的受体结合,之后下丘脑神经细胞传出神经冲动至延髓中缝核,触发交感神经导致皮肤血管收缩,从而减少皮肤散热,导致发热。

理论上,致热源浓度越高发热越高,但事实上并非如此,发热一般很少超过41℃。原因在于体内存在内源性退热因子。精氨酸血管加压素(抗利尿激素)、 α 促黑素、心房钠尿肽、糖皮质激素在动物实验中能抑制脂多糖导致的发热。免疫系统存在多种途径抑制过度的发热反应,如自身免疫、内源性退热因子负反馈发热反应等。

【诊断及鉴别诊断】

急性发热的常见病因(感染性和非感染性)从病情危重程度来分主要概括为以下几种疾病(表1-1、表1-2)。

表 1-1 发热的感染性病因

受累系统	急危重症诊断	急症诊断	非急症诊断
呼吸系统	细菌性肺炎伴呼吸衰竭	细菌性肺炎、扁桃体周围脓肿、咽后脓肿、会厌炎	中耳炎、鼻窦炎、咽炎、支气管炎、结核
心血管系统		心内膜炎、心包炎	



续表

受累系统	急危重症诊断	急症诊断	非急症诊断
消化系统	腹膜炎	阑尾炎、胆囊炎、憩室炎、腹腔内脓肿、胰腺炎	结肠炎、小肠炎
泌尿生殖系统		肾盂肾炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔炎	膀胱炎、附睾炎、前列腺炎
神经系统	脑膜炎、海绵窦血栓形成	脑炎、脑脓肿	
皮肤、软组织	脓毒症 / 感染性	蜂窝织炎、压疮感染、软组织脓肿	
全身性疾病	休克、脑膜炎球菌血症		

表 1-2 发热的非感染性病因

急危重症诊断	急症诊断	非急症诊断
急性心肌梗死	充血性心衰	药物热
肺栓塞	脱水	恶性肿瘤
颅内出血	近期发作的抽搐	痛风
脑卒中	镰状细胞贫血	结节病
抗精神病药恶性综合征	移植后排斥反应	克罗恩病
甲状腺危象	胰腺炎	
急性肾上腺功能不全	深静脉血栓形成	
输血反应		
肺水肿		

以下介绍一些急危重症。

1. **脓毒症 (sepsis)** 急诊发热中的常见病因,目前认为其是针对感染的宿主反应失调导致危及生命的器官功能障碍,即 SOFA 评分在基线水平上升高 ≥ 2 分(表 1-3)。脓毒症发病率高,全球每年有超过 1800 万严重脓毒症病例,美国每年有 75 万例脓毒症患者,并且这一数字还以每年 1.5%~8.0% 的速度上升。脓毒症的病情凶险,病死率高,全球每年约 14 000 人死于其并发症,美国每年约 21.5 万人死亡。据国外流行病学调查显示,脓毒症的病死率已经超过心肌梗死。近年来,尽管抗感染治疗和器官功能支持技术取得了长足进步,脓毒症的死亡率仍高达 30%~70%。如何早期识别、及时诊断、有效防治脓毒症的形成和发展,是提高急危重症救治成功率的关键所在。

脓毒症可以由任何部位的感染引起,其病原微生物包括细菌、真菌、病毒及寄生虫等。临床上感染部位以呼吸道、胃肠道及腹腔、泌尿系感染为主,感染病原菌最常见为革兰阴性菌。但并非所有的脓毒症患者都有引起感染的病原微生物的阳性血培养结果,由于时间、次数及血量、抗生素的使用的影响,脓毒症患者可获得阳性血培养结果较低。

外周血 C 反应蛋白 (CRP) 水平和血白细胞水平对脓毒症的诊断有一定的指导意义,但在反映严重程度上的灵敏度和特异性程度均较低。而降钙素原 (PCT) 是细菌感染导致全身炎



1. 急性发热

症反应的检测指标之一, PCT 水平升高提示感染进一步加重, 而 PCT 水平下降或正常提示治疗成功或严重感染的中止, 监测 PCT 可更好的评估脓毒症的严重程度及病情进展, 可预测疾病的相关风险, 可见 PCT 是一种反映脓毒症的严重程度、进展及预后标志物, 比 CRP 应答更快, 更具有特异性。此外, 内毒素的监测, 联合 APACHE II 或 SOFA 评分系统对脓毒症严重程度及预后的评估更加可靠。

表 1-3 SOFA 评分标准

系统	检测项目	0	1	2	3	4	得分
呼吸	PaO ₂ /FiO ₂ (kPa)	>53.33	40~53.33	26.67~40	13.33~26.67 且	<13.33 且	
	呼吸支持(是 / 否)				是	是	
凝血	血小板 (× 10 ⁹ /L)	>150	101~150	51~100	21~50	<21	
肝脏	胆红素 (μmol/L)	<20	20~32	33~101	102~204	>204	
循环	平均动脉压 (mmHg)	≥ 70	<70				
	多巴胺 [μg/(kg·min)]			≤5 或	>5 或	>15 或	
	肾上腺素 [μg/(kg·min)]				≤0.1 或	>0.1 或	
	去甲肾上腺素 [μg/(kg·min)]				≤0.1	>0.1	
	多巴酚丁胺(是 / 否)			是			
神经	GCS 评分	15	13~14	10~12	6~9	<6	
肾脏	肌酐 (μmol/L)	<110	110~170	171~299	300~440	>440	
	24 小时尿量 (ml/24h)				201~500	<200	

2. 重症肺炎 是一种严重甚至致死性的重症感染性疾病, 感染起源于肺部, 可快速进展进而出现呼吸衰竭。该病多为快速进展性疾病, 临床上重症肺炎及其并发的全身炎症反应综合征、多脏器衰竭等严重威胁患者的生命, 病死率为 30%~50%。

重症肺炎目前还没有普遍认同的诊断标准, 如果肺炎患者需要通气支持(急性呼吸衰竭、气体交换严重障碍伴高碳酸血症或持续低氧血症)、循环支持(血流动力学障碍、外周低灌注)和需要加强监护和治疗(肺炎引起的脓毒症或基础疾病所致的其他器官功能障碍)可认为重症肺炎。

美国感染疾病学会 / 美国胸科学会 (IDSA/ATS) 于 2007 年发表了成人社区获得性肺炎 (CAP) 处理的共识指南指出重症肺炎的标准。主要标准: ①需要有创机械通气; ②感染性休克需要血管收缩剂治疗。次要标准: ①呼吸频率 ≥ 30 次 / 分; ②氧合指数 (PaO₂/FiO₂) ≤ 250; ③多肺叶浸润; ④意识障碍 / 定向障碍; ⑤氮质血症 (BUN ≥ 20mg/dl); ⑥白细胞减少 (<4.0 × 10⁹/L); ⑦血小板减少 (<10.0 × 10⁹/L); ⑧低体温 (<36℃); ⑨低血压, 需要强力的液体复苏。符合 1 项主要标准或 3 项次要标准以上者可诊断为重症肺炎, 考虑收入重症监护病房 (ICU) 治疗。有关 CAP 的鉴别诊断见表 1-4。



表 1-4 社区获得性肺炎的鉴别诊断

肺炎类型	病程	症状	检查	其他
细菌性	突发性,甚至出现脓毒性休克	无上呼吸道症状或先有上呼吸道后快速恶化	白细胞异常,胸片有片状或肺叶分布的渗出性病变, PCT>0.25μg/L	
非典型(衣原体等)	无典型肺炎特征	咳嗽超过 5 天且没有急性恶化、痰液不多	白细胞正常或轻微上升, PCT<0.1μg/L	家族群发史
非细菌性(病毒性)	无细菌性肺炎特征	上呼吸道症状	胸片块状浸润,白细胞正常或轻微上升, PCT<0.1μg/L	有接触史
流感病毒	无典型肺炎特征	类流感症状	流感病毒检验阳性	流感流行期

3. 细菌性脑膜炎 急性细菌性脑膜炎是细菌性脑膜炎(BM)中严重威胁人类生命健康的类型。据报道,美国 BM 年发病率为(2~3)/10 万,每年约 2000 人死于 BM;而发展中国家发生率、死亡率会更高。我国至今尚无可靠的统计学资料。BM 病死率高达 25%~33%, 30%~50% 有永久性后遗症。最近一项针对成人并发症的调查称 75% 的肺炎球菌(Sp)所致成人 BM 都存在颅内并发症,是导致死亡的直接原因。

80% 以上院外获得性 BM 由流感嗜血杆菌 b 型(Hib)、脑膜炎球菌(Nm)、肺炎球菌(Sp)所致,院内获得性 BM 多由革兰阴性杆菌和葡萄球菌引起。年龄因素对致病的种类有明显影响,在成人 BM 中,Sp 占第一位。此外,Nm 和金黄色葡萄球菌也是较常见的病原菌。产单核细胞李斯特菌也是绝大多数国家成人 BM 的主要致病菌之一,尤其更常见于免疫功能低下的病人。

4. 病毒性脑膜炎 是最常见的脑膜炎类型,可影响所有年龄段人群。常见的感染病毒包括肠道病毒、单纯疱疹病毒 2(HSV-2)、水痘-带状疱疹病毒(VZV)等。肠道病毒感染引起的脑膜炎症状常轻微且不需要住院,HSV-2 及 VZV 引起的脑膜炎常引起黏膜与皮肤表面感染,通过逆行感染在感觉神经节中进行潜伏,并定期顺行传播至神经末梢和黏膜皮肤的表面,也有腮腺炎、麻疹、艾滋病及虫媒病毒在内的多种病毒的感染的报道。

病毒性脑膜炎经典三联征的症状包括突发(发生在感染后数小时至 1~2 天)发热、颈部强直和精神状态改变。其他症状包括恶心、呕吐,以及对光线敏感等症状。EV 脑膜炎还可能伴有的症状包括局灶性囊泡、疱疹性咽峡炎以及广泛性斑丘疹和皮疹。癫痫或精神状态突然恶化可能提示进展为脑膜脑炎。背部、臀部、会阴部或下肢疼痛,尿潴留,便秘,感觉异常,以及肢体无力常是 HSV-2 脑膜炎的并发症。在腮腺炎性脑膜炎中,50% 的患者可见到涎腺肿胀。大多数病毒性脑膜炎的症状持续 7~10 天,免疫系统正常的患者通常可完全恢复。

病毒性脑膜炎与其他脑膜炎常需在最短时间内进行鉴别诊断,通过腰椎穿刺脑脊液分析即可明确诊断。分析包括白细胞计数、分类,蛋白质和葡萄糖水平,显微镜检与革兰染色剂以及培养(表 1-5)。

表 1-5 腰穿脑脊液检查结果

检测项目	正常	病毒性脑膜炎	细菌性脑膜炎
开放颅压(mmH ₂ O)	<180	<180	>180



续表

检测项目	正常	病毒性脑膜炎	细菌性脑膜炎
蛋白质 (mg/dl)	<40	正常或 <100	>100~200
葡萄糖 (nmol/L)	≥ 2.5	≥ 2.5	<2.2
脑脊液葡萄糖 / 血清葡萄糖	≥ 0.6	≥ 0.6	<0.4
白细胞 ($\times 10^9/L$)	≤ 5	<10	>10
白细胞分类	70% 淋巴细胞, 30% 单核细胞	单核细胞 (MNLs)	主要为多形核白细胞 (PMNLs)
革兰染色 (%)	/	/	75~90
培养阳性率 (%)	/	/	>70~85
PCR	/	EVs, HSV, VZV, EBV	检测 N 脑膜炎球菌, S 肺炎球菌, H 嗜血杆菌

5. 埃博拉病毒病 (Ebola virus disease, EVD) 既往称埃博拉出血热 (Ebola haemorrhagic fever, EHF), 是由埃博拉病毒 (Ebola virus, EBOV) 感染引起的一种致死性极高的严重传染病, 病死率可高达 50%~90%。2014 年 3 月暴发的西非埃博拉疫情, 是自 1976 年首次发现埃博拉病毒以来最严重的一次疫情。暴发疫情的国家主要集中在西非的几内亚、利比里亚和塞拉利昂, 此外, 马里、塞内加尔、尼日利亚、美国、西班牙等国家也有少数病例发生。世界卫生组织 (WHO) 数据显示, 自埃博拉病毒暴发以来, 截止到 2015 年 4 月 22 日, 共有 26 079 人感染了埃博拉病毒病, 其中 10 823 人死亡, 包括许多参与救治的医务人员。作为急诊科医生, 要提高对埃博拉病毒病的认识水平, 同时做好自身防护工作。

目前, 感染埃博拉病毒的患者为主要传染源, 其自然宿主尚未确定, 但狐蝠科果蝠很有可能是埃博拉病毒的自然宿主。健康人可通过接触患者和被感染动物的体液、分泌物、排泄物或者通过直接或间接接触受污染的环境而感染, 另外接触未经妥善处理的死者尸体也可感染。人与人之间还有可能通过气溶胶吸入传播以及性传播, 但目前还未有明确的证据可以证实。目前病毒跨物种传播到人或其他哺乳动物的过程尚未明确。病毒传播迅速, 所以预防非常困难。人群普遍易感, 无性别差异, 成人多见, 主要的高危人群是与患者直接接触的人, 包括医务人员、现场人员及检测人员等。季节分布不明显, 全年均有发病。

埃博拉病毒病之所以让人畏惧, 除近乎无孔不入的传播方式及其高死亡率外, 其凶险的临床表现也是一个重要方面。埃博拉病毒病潜伏期为 2~21 天, 一般为 5~12 天。

早期: 起病急, 发热并迅速进展为高热、伴畏寒、咽痛、头痛、肌痛、恶心、眼结膜充血为主要临床表现。病情发展迅速, 重症患者发病 2~3 天后就可导致死亡。部分患者在 2~3 天后可出现呕吐、腹痛、腹泻、血便、皮疹等表现。皮疹主要表现为弥漫性红色斑丘疹, 通常分布于面部、颈部、躯干和上肢皮肤。

极期: 发病 4~5 天后进入极期, 重症患者可出现神志改变, 如嗜睡、谵妄等。50% 以上的患者可出现严重出血, 如咯血、皮肤出血、血尿、胃肠道或阴道等部位出血, 亦可因出血、肝肾衰竭及致死性并发症而导致死亡。上述系列表现可导致严重脱水、低血容量休克、弥散性血管内凝血 (DIC)、电解质及酸碱平衡紊乱等, 同时还可并发心肌炎、细菌性肺炎和多脏器受