

法定传染病 诊疗指南

FADING CHUANRANBING
ZHENLIAO ZHINAN

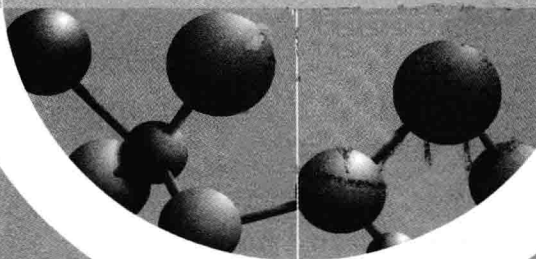
主编/高德玉 香金萍



兰州大学出版社

法定传染病 诊疗指南

FADING CHUANRANBING
ZHENLIAO ZHINAN



主 编/高德玉 香金萍
副主编/冯淑贤 马生吉

编 委

张天德 姚兴荣 李春莲

李 晓 杨百泉 李喜梅

张雪莲 王小萍 张丽梅

牛玉玲

主 审 陈兴川



兰州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

法定传染病诊疗指南 / 高德玉, 香金萍主编. — 兰州 : 兰州大学出版社, 2014. 5
ISBN 978-7-311-04464-0

I. ①法… II. ①高… ②香… III. ①传染病—诊疗—指南 IV. ①R51-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第100499号

策划编辑 梁建萍
责任编辑 郝可伟
封面设计 刘 杰

书 名	法定传染病诊疗指南
作 者	高德玉 香金萍 主编
出版发行	兰州大学出版社 (地址:兰州市天水南路222号 730000)
电 话	0931-8912613(总编办公室) 0931-8617156(营销中心) 0931-8914298(读者服务部)
网 址	http://www.onbook.com.cn
电子信箱	press@lzu.edu.cn
印 刷	兰州万易印务有限责任公司
开 本	787 mm×1092 mm 1/16
印 张	14.75
字 数	300千
版 次	2014年5月第1版
印 次	2014年5月第1次印刷
书 号	ISBN 978-7-311-04464-0
定 价	30.00元

(图书若有破损、缺页、掉页可随时与本社联系)



前 言

传染病是严重危害人类健康的重大疾病,因其具有传染性和流行性,所以危及的不仅仅是“个体”的生命,而是整个“群体”的安全。在发展中国家,艾滋病、乙型肝炎、肺结核等,由于缺乏切实有效的防治措施,发病率不断上升,病死率高。我国政府一贯十分重视传染病的防治,制定和实施了《中华人民共和国传染病防治法》,而近年来,国内不断出现新发传染病,如传染性非典型肺炎,人感染高致病性H1N1、H7N9禽流感等传染性疾病,向开展公共卫生工作和保障人民健康提出了新的要求,也使我们的监测和预警机制受到了新的挑战。近年来国家陆续制定了法定传染病的诊断标准和诊疗指南,这些标准和指南具有很强的科学性、先进性、实用性和指导性,对规范传染病的诊断和治疗起到了积极的推动作用,深受广大读者欢迎。但这些资料散在于各类杂志和网站中,查找、阅读起来很不方便。为了方便和满足有关人员经常查阅使用的需要,作为全省三所传染病医院之一,我院(武威市传染病医院凉州医院)近年来经过一线专家、技术骨干和公共卫生科工作人员总结多年的临床经验并参考了大量卫生部和国家疾控中心的有关文献,收集、整理、遴选、编辑了本书。

本书共分三篇,第一篇为甲类传染病(鼠疫、霍乱),第二篇为乙类传染病(传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、人感染H7N9禽流感、炭疽、艾滋病、病毒性肝炎、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、



登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾),第三篇为丙类传染病(流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病,除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病,手足口病),内容涵盖了39类我国法定传染病的诊断、治疗和护理,并全面、系统地反映了近年来医学科学对法定传染病、特别是新发传染病的新进展、新成果。其临床诊断科学可靠,治疗、护理方案先进、实用。

在此,我们对传染病专业委员会、医学杂志期刊、医学网站表示衷心的感谢。在本书的编写过程中,还受到了武威市、凉州区卫生局和凉州医院领导的大力支持。在此谨向他们表示诚挚的谢意!

虽然我们作了很多努力,但由于编者水平有限、时间仓促,书中不妥之处在所难免,恳请广大医务工作者不吝赐教。

编 者

2013年12月



目 录

第一篇 甲类传染病	001
鼠疫(WS 279—2008)	001
霍乱(WS 289—2008)	003
第二篇 乙类传染病	006
传染性非典型肺炎(WS 286—2008)	006
脊髓灰质炎(WS 294—2008)	011
人感染高致病性禽流感(WS 284—2008)	013
人感染 H7N9 禽流感诊疗方案(2014 年版)	016
炭疽(WS 283—2008)	021
艾滋病和艾滋病病毒感染(WS 293—2008)	024
病毒性肝炎	032
麻疹(WS 296—2008)	044
流行性出血热(WS 278—2008)	046
狂犬病(WS 281—2008)	048
流行性乙型脑炎(WS 214—2008)	050
登革热(WS 216—2008)	053
细菌性和阿米巴性痢疾(WS 287—2008)	055
肺结核(WS 288—2008)	060
伤寒和副伤寒(WS 280—2008)	064
流行性脑脊髓膜炎(WS 295—2008)	066
百日咳(WS 274—2008)	070
白喉(WS 275—2008)	071
新生儿破伤风(WS 272—2008)	073
猩红热(WS 282—2008)	075
布鲁氏菌病(WS 269—2007)	077
淋病(WS 268—2007)	079



梅毒(WS 273—2007)	081
钩端螺旋体病(WS 290—2008)	086
血吸虫病(WS 261—2006)	088
疟疾(WS 259—2006)	090

第三篇 丙类传染病

流行性感冒(WS 285—2008)	094
流行性腮腺炎(WS 270—2007)	096
风疹(WS 297—2008)	097
急性出血性结膜炎(WS 217—2008)	099
麻疹病(WS 291—2008)	100
流行性和地方性斑疹伤寒(WS 215—2008)	103
黑热病(WS 258—2006)	106
包虫病(WS 257—2006)	108
丝虫病(WS 260—2006)	110
感染性腹泻(WS 271—2007)	112
手足口病诊疗指南(2010年版)	115
手足口病诊疗指南(2011年版)	121

附录

附录一 传染病病人的护理	123
附录二 传染病的潜伏期、隔离期、观察期	151
附录三 一类疫苗的接种程序及注意事项	154
附录四 二类疫苗的免疫程序	156
附录五 常用疫苗的接种禁忌及不良反应	157
附录六 医疗机构消毒技术规范	161
附录七 中华人民共和国传染病防治法	199
附录八 突发公共卫生事件应急条例	213
附录九 中华人民共和国执业医师法	220
附录十 国家卫生计生委关于调整部分法定传染病病种管理工作的通知	227



第一篇 甲类传染病

鼠疫(WS 279—2008)

1 诊断依据

1.1 临床表现

1.1.1 突然发病,高热,白细胞剧增,在未用抗菌药物或仅使用青霉素族抗菌药物情况下,病情迅速恶化,在 48h 内进入休克或更严重状态。

1.1.2 急性淋巴结炎,淋巴结肿胀,剧烈疼痛并出现强迫体位。

1.1.3 出现重度毒血症、休克综合征而无明显淋巴结肿胀。

1.1.4 咳嗽、胸痛、咳痰带血或咯血。

1.1.5 重症结膜炎并有严重的上下眼睑水肿。

1.1.6 血性腹泻并有重症腹痛、高热及休克综合征。

1.1.7 皮肤出现剧痛性红色丘疹,其后逐渐隆起,形成血性水泡,周边呈灰黑色,基底坚硬。水泡破溃后创面也呈灰黑色。

1.1.8 剧烈头痛、昏睡、颈部强直、谵语妄动、脑压高、脑脊液浑浊。

1.2 接触史

1.2.1 患者发病前 10d 内到过动物鼠疫流行区。

1.2.2 在 10d 内接触过来自鼠疫疫区的疫源动物、动物制品,进入过鼠疫实验室或接触过鼠疫实验用品。

1.2.3 患者发病前 10d 内接触过具有 1.1.1 及 1.1.4 特征的患者并发生具有类似表现的疾病。

1.3 实验室检查结果

1.3.1 患者的淋巴结穿刺液、血液、痰液、咽部或眼分泌物或尸体脏器、管状骨骺端骨髓标本中分离到鼠疫菌。

1.3.2 上述标本中针对鼠疫菌 *caf 1* 及 *pla* 基因的 PCR 扩增阳性,同时各项对照成立。

1.3.3 上述标本中使用胶体金抗原检测、酶联免疫吸附试验或反相血凝试验中任何



一种方法,检出鼠疫菌 F1 抗原。

1.3.4 患者的急性期与恢复期血清使用酶联免疫吸附试验或被动血凝试验检测,针对鼠疫 F1 抗原的抗体滴度呈 4 倍以上增长。

2 诊断原则

2.1 具有 1.1.1 项临床表现;或具有 1.2.1 项接触史,同时出现 1.1.2 至 1.1.8 中任何一项临床表现者为急热待查。

2.2 发现急热待查患者具有 1.2.2 或 1.2.3 项接触史,或获得 1.3.3 项实验室检验结果,应做出疑似鼠疫诊断。

2.3 急热待查或疑似鼠疫患者,获得 1.3.1 项或 1.3.2+1.3.3 项或者 1.3.4 项检验结果,应做出确诊鼠疫诊断。

3 诊断分型

3.1 按临床表现 1.1.2 诊断的鼠疫病例,为腺型鼠疫。

3.2 按临床表现 1.1.3 诊断的鼠疫病例,为败血型鼠疫。

3.3 按临床表现 1.1.4 诊断的鼠疫病例,为肺型鼠疫。

3.4 按临床表现 1.1.5 诊断的鼠疫病例,为眼型鼠疫。

3.5 按临床表现 1.1.6 诊断的鼠疫病例,为肠型鼠疫。

3.6 按临床表现 1.1.7 诊断的鼠疫病例,为皮肤型鼠疫。

3.7 按临床表现 1.1.8 诊断的鼠疫病例,为脑膜炎型鼠疫。

4 排除鼠疫诊断

4.1 在疾病过程中,确诊为其他疾病,可以解释所有的临床表现,且针对鼠疫进行的所有实验室检验结果均为阴性。

4.2 在疾病过程中未确诊鼠疫,发病 30d 后,针对鼠疫 F1 抗原的抗体检验结果仍为阴性,或达不到滴度升高 4 倍的标准。

5 治疗原则及方案

5.1 病原治疗

早期应用抗生素是降低病死率的关键。原发性鼠疫若能在发病 15 小时内应用抗生素,亦可取得较好的疗效。

5.1.1 链霉素为首选药物。成人:2~4g/d,儿童 30mg/(kg·d),分 2 次肌肉注射,疗程 10 日。

5.1.2 庆大霉素每次 8 万 U,每日 3~4 次,肌肉注射;亦可静脉注射,疗程 7~10 日。

5.1.3 四环素 2g/d,分 4 次口服静脉滴注,好转后减量,疗程 7~10 日。

5.1.4 氯霉素对脑膜炎型鼠疫尤为适宜。可按 100mg/(kg·d),分 2~4 次静脉滴注,病情好转后减量改为口服。用药期间注意血象变化。

5.1.5 第三代头孢菌素亦可取得良好疗效。喹诺酮类药物体外及动物体内证实



有效。

5.2 一般及对症治疗

急性期应卧床,进流质饮食,保证热量,补给充足的液体。烦躁及局部疼痛者,应给镇静剂及止痛剂。中毒症状较重者,可给予肾上腺皮质激素。肺鼠疫、鼠疫败血病应给予吸氧,休克者及时抗休克治疗。

5.3 局部治疗

5.3.1 腺鼠疫切忌挤压淋巴结,以防导致败血症的发生,可予以湿敷至确已软化后方可切开引流。亦可用0.1%依沙吖啶等外敷。

5.3.2 皮肤病灶可涂敷0.5%~1%链霉素软膏或四环素软膏。

5.3.3 眼鼠疫可用0.25%氯霉素眼药水滴眼。

霍乱(WS 289—2008)

1 诊断依据

1.1 流行病学

1.1.1 生活在霍乱流行区或5d内到过霍乱流行区或发病前5d内有饮用生水或进食海(水)产品或其他不洁食物和饮料等饮食史。

1.1.2 与霍乱患者或带菌者有密切接触史或共同暴露史。

1.2 临床表现

1.2.1 轻型病例

无腹痛腹泻,可伴有呕吐,常无发热和里急后重表现。少数病例可出现低热(多见于儿童)、腹部隐痛或饱胀感,个别病例有阵发性绞痛。

1.2.2 中重型病例

腹泻次数频繁或剧烈,粪便性状为水样便,伴有呕吐,迅速出现脱水或严重脱水,循环衰竭及肌肉痉挛(特别是腓肠肌)等休克表现。

1.2.3 中毒性病例

为一较罕见类型(干性霍乱),在霍乱流行期出现无泻吐或泻吐较轻,无脱水或仅轻度脱水,但有严重中毒性循环衰竭。

1.3 实验室检查

1.3.1 粪便、呕吐物或肛拭子细菌培养分离到O1群和(或)O139群霍乱弧菌。

1.3.2 在腹泻病患者日常生活用品或家居环境中检出O1群和(或)O139群霍乱弧菌。

1.3.3 粪便、呕吐物或肛拭子标本霍乱毒素基因PCR检测阳性。

1.3.4 粪便、呕吐物或肛拭子标本霍乱弧菌快速辅助检测试验阳性。



2 诊断原则

依据患者的流行病学、临床表现及实验室检查结果进行综合判断。

3 诊断

3.1 带菌者

无霍乱临床表现,但符合 1.3.1 者。

3.2 疑似病例

符合下列情况之一者即可诊断:

3.2.1 具备 1.1.2 加 1.2.1 者;

3.2.2 具备 1.2.1 加 1.3.3 者;

3.2.3 具备 1.2.1 加 1.3.4 者;

3.2.4 具备 1.2.3 加 1.3.3 者;

3.2.5 具备 1.2.3 加 1.3.4 者;

3.2.6 具备 1.2.2 者。

3.3 临床诊断病例

符合下列情况之一者即可诊断:

3.3.1 具备 1.2 中的任一项并同时具备 1.3.2 者;

3.3.2 在一起确认的霍乱暴发疫情中,暴露人群中具备 1.2 中的任一项者。

3.4 确诊病例

3.4.1 凡具备 1.2 中的任一项并同时具备 1.3.1 者;

3.4.2 在疫源检索中,粪便培养检出 O1 群和(或)O139 群霍乱弧菌前后各 5d 内有腹泻症状者。

4 治疗原则及方案

4.1 一般治疗

4.1.1 按甲类传染病隔离处理。

4.1.2 按病人呕吐情况给流质饮食或禁食。

4.2 补液治疗

补液是关键的治疗。原则是早期、快速、足量;先盐后糖,先快后慢,及时补钾。输液总量应包括纠正已经丢失量、补充维持量和继续丢失量。

4.2.1 静脉补液治疗

4.2.1.1 液体种类:包括 541 液、2:1 溶液及林格乳酸钠溶液等。通常选用 541 液(可按 0.9%氯化钠液 550ml、1.4%碳酸氢钠液 300ml、10%氯化钾液 10ml 加 10%葡萄糖液 140ml 配置,幼儿每 1000ml 液体中加入氯化钠 2.65g、碳酸氢钠 3.75g、氯化钾 1g、葡萄糖 10g 配制)。



4.2.1.2 液量及速度

4.2.1.2.1 轻度脱水:可以口服补液,如呕吐不止或难以口服者则静脉输液,液体量为3000~4000ml/d,输液速度:成人在最初2小时内宜快速,5~10ml/min。

4.2.1.2.2 中度脱水:输液量为4000~8000ml/d,输液速度:成人最初2小时内快速静脉输入含糖541液,或2:1液(后者应注意钾的补充)2000~3000ml。待血压、脉搏正常后减速为5~10ml/min,并继以541液静脉滴注。原则上,入院8~12小时内,补进累计损失量加上生理需要量(成人每天2000ml),以后即按排出多少补充多少的原则,给口服补液。

4.2.1.2.3 中毒脱水:输液量8000~12000ml/d或更多,经两条静脉管道输入,先按40~80ml/min的速度快速输注,半小时后按20~30ml/min速度,直至休克纠正后减慢速度,补足累计损失量后,继之按每天生理需要量加排出量的原则补液。

4.2.2 口服液体治疗 对轻度脱水或早期脱水的患者,可使用口服补液法。口服液体处方为葡萄糖20g、氯化钠3.5g、氯化钾1.5g、碳酸氢钠2.5g,加水1000ml。轻度脱水:最初6小时,成人750ml/h;20kg以下小儿给250ml/h,以后每6小时,按每排出1份粪便给1.5份口服液体。中、重度脱水患者,经过静脉快速输液使血压回升、呕吐停止后,即可继续口服液治疗,亦可静脉输液与口服液体同时应用。

4.2.3 儿童患者失水严重,其粪便含钠量低而含钾量较高,易致低血糖昏迷、脑水肿和低钾血症,应及时纠正脱水、补充钾盐和糖。轻度脱水:24小时补液量为100~150ml/kg;中、重度脱水:24小时静脉补液各分别150~200ml/kg和200~250ml/kg,可用541液。输液速度最初15分钟内4岁以上儿童20~30ml/min,婴幼儿10ml/min,以后按脱水及脉搏状况调整速度,待脱水、酸中毒纠正后,逐渐减慢至每分钟20~30滴(1~2ml)维持,呕吐停止后改口服补液。

4.3 抗菌药物治疗

只能减少腹泻量和缩短排菌期,疗程为3日。

4.3.1 诺氟沙星成人每次200mg,每日3次口服。

4.3.2 环丙沙星成人每次250mg,每日2次口服。

4.3.3 多西环素成人每次200mg饭后服,每日2次。8岁以上儿童按6mg/(kg·d),分2次服。

4.3.4 庆大霉素成人每次12万U,每日2次,口服。小儿不宜应用,以免发生耳聋。



第二篇 乙类传染病

传染性非典型肺炎(WS 286—2008)

1 诊断依据

1.1 流行病学史

1.1.1 发病前 14d 内曾经接触过疑似或临床诊断或实验室确诊 SARS 病例,尤其是与其密切接触。

1.1.2 病例有明确传染他人,尤其是传染多人发病的证据,他人或多人被诊断为疑似或临床或实验室确诊 SARS 病例。

1.1.3 发病前 14d 内有与果子狸或相关野生动物的接触史,如曾经到过饲养、贩卖、运输、加工、烹饪果子狸或相关野生动物的场所和环境,直接接触过其分泌物和(或)排泄物等。

1.1.4 从事 SARS-CoV 检测、科研的相关实验室工作人员。

1.1.5 发病前 2 周内居住在或曾经到过 SARS 流行的区域(由卫生部组织专家评估确定)。

1.2 临床表现

SARS 的潜伏期通常限于 2 周之内,一般 2d~10d。

1.2.1 临床症状

急性起病,自发病之日起 2 周~3 周内病情都可处于进展状态,主要有以下三类症状:

a)发热及相关症状:常以发热为首发和主要症状,体温一般高于 38℃,常呈持续性高热,可伴有畏寒、头痛、乏力、肌肉和关节酸痛。在早期,使用退热药可有效;进入进展期,通常难以用退热药控制高热。使用糖皮质激素可对热型造成干扰。

b)呼吸系统症状:咳嗽不多见,表现为干咳、少痰,少数患者出现咽痛。可有胸闷,严重者逐渐出现呼吸加速、气促,甚至呼吸窘迫。常无上呼吸道卡他症状。呼吸困难和低氧血症多见于发病 6d~12d 以后。

c)其他方面症状:部分患者出现腹泻、恶心、呕吐等消化道症状。



1.2.2 体征

SARS 患者的肺部体征常不明显,部分患者可闻及少许湿啰音,或有肺实变体征。偶有局部扣浊、呼吸音减低等少量胸腔积液的体征。

1.2.3 实验室检查

1.2.3.1 外周血象

(1)多数患者白细胞计数在正常范围内,部分患者白细胞计数减低。

(2)大多数 SARS 患者淋巴细胞计数绝对值减少,随病程进展呈逐步减低趋势,并有细胞形态学变化。判断淋巴细胞计数减低的临界值为 $1.2 \times 10^9/L$ 。淋巴细胞计数绝对值 $<0.9 \times 10^9/L$ 。

(3)发病后期常容易合并细菌感染,白细胞计数明显升高,中性粒细胞比例升高。

1.2.3.2 T 淋巴细胞亚群

CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺细胞计数减少,以 CD4⁺亚群减低为著。CD4⁺/CD8⁺正常或降低。

1.2.3.3 其他

部分患者伴有肝功能及肾功能异常,LDH、ALT、AST、CK 升高。

1.2.4 影像学表现

SARS 患者的胸部 X 射线和 CT 基本影像表现为磨玻璃密度影和肺实变影。

a)磨玻璃密度影:磨玻璃密度影在胸部 X 射线和 CT 上的判定标准为病变的密度比血管密度低,其内可见血管影像。在 X 射线胸片上磨玻璃密度影也可采用低于肺门的密度作为识别标准。磨玻璃密度影的形态可为单发或多发的小片状、大片状,或在肺内弥漫分布。在 CT 上有的磨玻璃影内可见细线和网状影,为肺血管分支、增厚的小叶间隔及小叶内间质的影像。磨玻璃密度影内若合并较为广泛、密集的网状影,称为“碎石路”(crazy paving)征。有的磨玻璃影内可见含有气体密度的支气管分支影像,称为“空气支气管”(air bronchogram)征。

b)肺实变影:在胸部 X 射线和 CT 上肺实变影的判定标准为病变的密度接近或高于血管密度,其内不能见到血管影像,但有时可见空气支气管征。在 X 射线胸片上肺实变影又可以以等于或高于肺门阴影的密度作为识别的依据。病变可为小片状或大片状,单发或多发。

1.3 SARS-CoV 实验室检测

1.3.1 SARS-CoV 核酸(RNA)检测

应用反转录聚合酶链反应(reverse transcription polymerase chain reaction, RT-PCR)方法检测 SARS-CoV 的 RNA。RT-PCR 检测阳性结果应使用原始标本进行重复试验或在第二个实验室检测同一份标本。

1.3.1.1 任何一种标本经任何一间具备 RT-PCR 检测和生物安全资质的实验室检测阳性。

1.3.1.2 至少需要两种不同部位的临床标本检测阳性(例如血液和鼻咽分泌物或粪便)。



1.3.1.3 连续收集 2d 或以上的同一种临床标本送检,检测阳性(例如 2 份或多份鼻咽分泌物)。

1.3.1.4 在每一个特定检测中对原始临床标本使用两种不同的方法,或从原始标本重新提取 RNA,RT-PCR 检测阳性。

1.3.2 SARS-CoV 特异性抗原 N 蛋白检测

以 ELISA 检测血清或血浆标本中 SARS-CoV 核衣壳(N)蛋白抗原阳性,重复一次试验,结果仍为阳性。

1.3.3 SARS-CoV 特异性抗体检测

急性期血清标本是指发病后 7d 内采集的标本,应尽可能早地采集;恢复期血清标本是指发病后 3 周~4 周采集的标本。WHO 推荐以 ELISA 和 IFA 作为血清 SARS-CoV 抗体检测方法。SARS-CoV 抗体中和试验(neutralization test)作为 SARS 血清学诊断的特异方法,有条件的实验室可以开展。

1.3.3.1 病例的任何一份血清抗体检测阳性。

1.3.3.2 平行检测急性期和恢复期血清,抗体阳转。

1.3.3.3 平行检测急性期和恢复期血清,抗体滴度升高 ≥ 4 倍。

2 诊断原则

SARS 的诊断需要依据病例的流行病学史、临床表现和实验室检测综合进行判断,确诊病例需要病原学或血清学检测证据,尤其是血清抗体阳转或急性期与恢复期有 4 倍以上增长的证据。为早期、及时发现疑似 SARS 病例,医务人员应详细询问患者的流行病学史。

流行病学方面有明确支持证据和从临床或实验室上能够排除其他疾病,是做出临床诊断最重要的支持依据。对于就诊时未能明确流行病学依据者,就诊后应继续进行流行病学追访。

动态观察病情演变(症状、氧合状况、肺部 X 射线影像)、抗菌药物治疗效果和 SARS 特异性病原学检测结果,对于诊断具有重要意义。

3 诊断标准

3.1 SARS 疑似病例

符合以下任何一项可诊断为 SARS 疑似病例:

3.1.1 具备 1.1 中的任一项,和 1.2 中 SARS 的相应临床表现,但尚没有典型 1.2.4 肺部 X 射线影像学表现者;

3.1.2 具备 1.2 中 SARS 的相应临床表现,有或没有 1.2.4 肺部 X 射线影像学表现者,同时具备 1.3.1.1;

3.1.3 具备 1.2 中 SARS 的相应临床表现,有或没有 1.2.4 肺部 X 射线影像学表现者,同时具备 1.3.3.1。



3.2 SARS 临床诊断病例

具备 1.1 中的任一项和 1.2 中 SARS 的相应临床表现,尤其是 1.2.4 肺部 X 射线影像学表现,并能排除其他疾病诊断者。

3.3 SARS 确诊病例

符合以下任何一项者为 SARS 确定病例:

3.3.1 具备 1.2 中 SARS 相应的临床表现及 1.3.1.2;

3.3.2 具备 1.2 中 SARS 相应的临床表现及 1.3.1.3;

3.3.3 具备 1.2 中 SARS 相应的临床表现及 1.3.1.4;

3.3.4 具备 1.2 中 SARS 相应的临床表现及 1.3.2;

3.3.5 具备 1.2 中 SARS 相应的临床表现及 1.3.3.2;

3.3.6 具备 1.2 中 SARS 相应的临床表现及 1.3.3.3。

4 治疗原则及方案

4.1 一般治疗

住院隔离;卧床休息;注意水、电解质平衡,适当补充液体和维生素。密切观察病情变化(多数患者在发病 14 天内都有可能属于进展期),应定期复查胸片(病情未稳定时 1~2 天复查 1 次,稳定后 2~4 天 1 次)、心功能、肝功能、肾功能等。给予氧疗,一般给予持续鼻导管或面罩给氧,流量为 3~5L/min;对伴有胸闷、呼吸困难或达到重症诊断标准者,应进行末梢血 SaO_2 检测。

4.2 心理治疗

鉴于传染性非典型肺炎是一种新型传染病,患者有恐惧心理,应加强 SARS 患者的心理疏导,建立良好的医患关系。

4.3 肾上腺糖皮质激素

肾上腺糖皮质激素应用不当可引起严重后果,包括抑制机体免疫功能,引起病情加重和严重的继发性感染。重症患者可考虑使用肾上腺糖皮质激素,减轻肺的渗出、损伤和后期的肺纤维化。应用指征为:

4.3.1 有严重中毒症状,高热不退。

4.3.2 达到重症病例诊断标准者。可根据病情选择相当于甲级泼尼松龙 80~320mg/d 的剂量,待病情缓解或胸片有吸收后逐渐减量停用,切忌减量过快,以免引起病情反复。儿童患者慎用。

4.4 抗病毒治疗

目前尚无肯定疗效的抗新型人冠状病毒的药物,根据具体病情可选用利巴韦林、 α 干扰素等。体外研究发现甘草甜素具有很强的抗新型人冠状病毒的作用。

4.5 对症治疗

4.5.1 体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 时,应使用解热镇痛药;

4.5.2 咳嗽患者在干咳频繁的情况下,应给予镇咳药;



4.5.3 腹泻为水泻时,应给予思密达口服止泻。

4.6 继发感染治疗

传染性非典型肺炎病程中可发生继发感染,如衣原体感染、支原体感染、细菌感染等,可采用大环内酯类、喹诺酮类药物治疗,并可根据获得的细菌和药敏实验结果调整用药。

4.7 免疫制剂的应用

因为传染性非典型肺炎的发病机制不清楚,目前没有明确证据表明免疫调节剂在传染性非典型肺炎患者的治疗中具有肯定作用。恢复期病人血清可能有助于病情的恢复。

4.8 防治真菌及二重感染

4.8.1 合理应用抗生素及肾上腺糖皮质激素;

4.8.2 定期检测尿常规和痰、粪培养及真菌培养,加强口腔护理。

4.9 无创、有创呼吸机的应用

无创、有创正压通气呼吸机的应用,应在呼吸科或重症监护病房(ICU)专科医生的指导下,或者经过严格培训的医生指导下使用。高度重视不规范使用呼吸机可能带来的严重后果。气管插管或气管切开需请专科人员操作。临床研究发现一氧化氮(NO)吸入具有一定的治疗效果。

4.9.1 无创正压人工通气

无创正压人工通气可改善呼吸困难症状,改善肺的氧合功能,有利于患者度过危险期,减少患者气管插管通气的需要。

4.9.1.1 应用指征

4.9.1.1.1 有明显的胸闷和呼吸困难;

4.9.1.1.2 呼吸次数 >30 次/分;

4.9.1.1.3 吸氧 $3\sim 5\text{L}/\text{min}$ 条件下 $\text{SaO}_2<93\%$ 。

4.9.1.2 禁忌症

4.9.1.2.1 有危及生命而需要紧急气管插管的情况;

4.9.1.2.2 气道分泌物和排痰能力障碍;

4.9.1.2.3 不配合或不耐受NIPPV治疗;

4.9.1.2.4 血流动力学不稳定和有MODS。

4.9.2 有创人工通气

临床经验表明,适当进行有创人工通气是减小SARS病死率的重要措施。

4.9.2.1 应用指征

4.9.2.1.1 严重呼吸困难;

4.9.2.1.2 吸氧 $5\text{L}/\text{min}$ 条件下 $\text{SaO}_2<90\%$ 或氧合指数 $<200\text{mmHg}$;

4.9.2.1.3 使用无创正压通气,病人不能耐受,或呼吸困难无改善,或病情显示恶化趋势;