

纪承寅 黄新国 石锡金 姚勇 主编

100例SARS患者的 临床与X线诊断

军事医学科学出版社

100 例 SARS 患者的临床与 X 线诊断

主 编 纪承寅 黄新国 石锡金 姚 勇
副主编 李西河 韩庆森 张 锐 徐 虹
编 委 张秀英 虞万良 李炳臣 陈胜茹 陈 琳
朱建友 赵 媛 李 丽 纪一楠 李 伟
席 梅 王瑞山 王崇才 王苏娟 辛国华
汪 涛 张 福

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

内容提要

本书资料是来自于抗击“非典”前线医院收治患者的临床诊治与胸部 X 线、CT 检查。阅读本书能对 SARS 患者胸部 X 线特异性表现窥见一斑,了解到许多在诊断和治疗中极有可能被忽略的特征,有助于 SARS 患者与临床常见其他呼吸系统疾病的 X 线鉴别诊断。

图书在版编目(CIP)数据

100 例 SARS 患者的临床与 X 线诊断/纪承寅等主编. - 北京:军事医学科学出版社,2003. 10
ISBN 7-80121-555-9

I. 1… II. 纪… III. 重症呼吸综合征-X 射线诊断 IV. R816.41
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 083940 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931034
66931048

编辑部:(010)66931127

传 真:(010)68186077

E-MAIL:mmsped@nic.bmi.ac.cn

印 刷:潮河印装厂

装 订:潮河印装厂

发 行:新华书店总店北京发行所

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:7

字 数:130 千字

版 次:2004 年 1 月第 1 版

印 次:2004 年 1 月第 1 次

印 数:1-3000 册

定 价:10.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

序

本书是取自于抗击“非典”(SARS)前线医院收治患者的临床与胸部X线检查的材料。济南军区总医院医护人员积极响应党中央和中央军委抗击传染性非典型肺炎的号召,于2003年4~5月份分批随同济南军区医疗队赶赴“非典”收治医院,全体队员以革命军人的高度责任感,临危不惧,经历了一场生与死的考验,出色地完成了党和军队交给的光荣任务。在完成收治工作的同时,积极主动收集和总结诊治与抢救“非典”患者的资料与经验。就现阶段而言,所带回的这些资料和经验,对于全人类来讲,都是十分珍贵的。

目前,有关SARS患者胸部X线特异性表现的报道较少,并且尚未发现与本病相关的特殊性,且很容易混同一般性肺部炎症改变的临床表现;然而,在仔细分析抗击“非典”医院典型病例,并严格按照诊断标准大量收治SARS患者的过程中,对比分析异地成功抢救患者的许多临床资料,目前还是能够发现本病的许多相对特异性和规律。显然,通过阅读本书就能对SARS特异性表现窥见一斑,将了解到许多在SARS诊治中极有可能被忽略的特征,因此此书将有助于本病与临床常见呼吸系统疾病的X线鉴别诊断。书中为了不失对于SARS患者治疗与抢救的场景与原貌,作者保持了现场资料的原始记录,而且沿用了在收治过程中所接收治疗患者的顺序排列,只对每一病例的X线胸部摄片配有简单的特征描述与文字说明,而未做过多的文字修正。

在此书即将出版之际,我十分愿意向广大读者举荐这一部有关SARS患者胸部X线片的重要资料,一并感谢济南军区、济南军区总医院的医疗队全体成员和同仁所做的努力,他们为社会全体公民做了一件非常有益的工作。

济南军区总医院院长:



2003年8月28日

目 录

第一部 导 论	(1)
第二部 SARS 患者的病例报道	(4)

第一部 导 论

自发现流行性非典型肺炎(SARS)以来,党中央、中央军委和全国人民给予了十分密切的关注,在组织抗击 SARS 和积极救治方面,曾涌现了许多先进集体和个人,获得了全面的阶段性胜利。本书收集整理来自抢救 SARS 一线医院的 100 例患者的临床治疗和 X 线检查的原始资料,旨在总结抗击 SARS 的第一手材料和经验,以指导相关医疗技术人员和广大人民对于 SARS 的进一步关注与诊治,力争取得抗击 SARS 工作的最终胜利。

目前,有关 SARS 的传染流行及临床诊断与治疗基本规律已露出水面。公认为本病患者有近距离的接触史,其病原体是冠状病毒的一个变种,主要通过空气飞沫和密切接触传播发生感染,人群密集的地方往往是致病的“高危地带”。主要临床表现似肺炎,有家庭和医院显著聚集感染的特点。通常从接触开始到发病潜伏期多为 2~7 天,最长可达 12 天,平均为 5 天。主要症状为发热,体温高达 38℃ 以上;另外,可有畏寒、头痛、关节酸痛、疲乏无力、腹泻、呼吸困难、胸痛、胸闷、干咳或少痰、偶有血丝等表现;严重者出现呼吸加速、气促或明显的呼吸窘迫。查体时部分患者可闻及少许湿啰音,或出现肺实变体征。患者一般无上呼吸道卡他症状。50 岁以上或者既往罹患疾病者的病情严重,病死率也高。分析本组收治 100 例 SARS 的各种病症所占比率如下:发热 99.8%、畏寒 70.2%、疲乏无力 68%、肌肉酸痛 1%、干咳无痰 51.2%、头痛 48.8%、眩晕 23.5%、恶心呕吐 21.6%、腹泻 19.6%。

进行血细胞分析发现,白细胞一般正常或有不同程度的减少,部分患者可伴有中性粒细胞下降;个别患者尚有血小板减少;生物酶学检验表现为肝功丙氨酸氨基转移酶(ALT)增高、心肌酶谱乳酸脱氢酶(LDH)、或磷酸肌酸激酶(CK)不同程度的增高,提示在 SARS 感染期间有可能损害心肌和肝脏功能。有少数 SARS 患者的病情复杂,发展很快,处理不当很容易发展为多器官功能障碍综合征(MODS)。更值得一提的是,SARS 患者的胸部 X 线平片特点与临床状态分离。一般的肺炎先有很重的临床表现,后在 X 线平片上可发现肺部阴影变化;与此相反,SARS 患者在临床症状并不严重时就可显示患者肺部絮状阴影,并且呈快速发展的趋势;此外,常见感染的高热患者在使用抗生素治疗后将出现明显效果,而 SARS 患者应用抗生素治疗则几乎毫无作用。一般性的感冒虽有发热、咳嗽、头痛,但对症处理后可在数日后好转,并且一般不会有肺炎的胸部 X 线征象。

SARS 患者胸部 X 线摄片可见两肺或单肺条索状、片状阴影改变。大量 X 线的

资料分析足以说明,病变进展迅速,肺脏呈现多叶、双侧或单个病灶改变,有时阴影与临床症状体征并不一致,初次胸部 X 线检查发现阴性时于 1~2 天后复查,多叶病变可超过 1/3 或在 48 小时内显示病灶浸润超过胸腔的 50%。我们献汇总 100 例患者的胸部 X 线摄片特点如下:①单侧多发肺部斑片状阴影者有 34 例;②有网格状阴影者 5 例;③单肺部斑片状阴影者 41 例;④体温一开始正常而胸部 X 线或 CT 扫描可见斑片状阴影者 3 例;⑤多数患者分别于发病第 3~7 天内将出现肺部阴影。

诊断 SARS 的基本临床依据:主要是结合到过非典型肺炎流行区或有接触过类似患者史,如果出现发热而且在 38℃ 以上,同时伴有咳嗽、乏力、肌肉酸痛、消化道症状等,应当立即上报和进行隔离检查治疗。患者肺部 X 线摄片有不同程度的片状、斑状浸润性阴影或呈网格状改变,部分患者进展快并呈现大片状阴影,常为双侧改变,阴影吸收消失缓慢;如果胸部 X 线摄片一时为阴性,过 1~2 天后应当及时复查。临床鉴别诊断,要注意排除诸如上呼吸道感染、军团菌病感染、支原体肺炎、肺结核、流行性出血热、肺部肿瘤、非感染性间质性疾病、肺不张、肺栓塞、肺水肿、肺嗜酸性粒细胞浸润症、肺血管炎等类似的呼吸系统疾患。

SARS 目前治疗的原则主要包括:①及时吸氧与一般性对症处理。②早期选用大环内酯类、氟喹诺酮类、 β -内酰胺类、四环素类等,如经痰培养或临床提示耐药球菌感染,亦可试用万古霉素等治疗。③急性期糖皮质激素治疗有效,通常在有严重中毒症状而达重症病例之标准时,有计划地使用糖皮质激素治疗,但具体剂量酌情调整,儿童不用或慎用。④可选用中药辅助治疗,以针对温病实施卫气营血和三焦辨证论治。本报道的部分患者试用静脉输注复方丹参治疗效果较好。⑤可选用抗病毒治疗,如利巴韦林或阿昔洛韦等。⑥可选用增强免疫功能的药物治疗。⑦对重症患者,可采用无创正压通气,应首先选用鼻罩吸氧的方法。无创正压通气常用压力为 0.392~0.981 kPa (4~10 cmH₂O)。选择面罩应适中,能够持续应用,暂停时不宜超过 30 分钟,直到患者病情有所缓解。

推荐使用无创正压通气的标准:①呼吸次数大于 30 次/分钟。②吸氧 3~5 L/分钟条件下, SaO₂ 低于 93%。通常在严重呼吸困难和低氧血症时,吸氧 5 L/分钟条件下 SaO₂ 低于 90% 或氧合指数小于 26.7 kPa (200 mmHg),经无创伤正压通气治疗后无改善、或不能耐受无创正压通气治疗时,应及时地改行更为有效的正压通气治疗。

现有的基本治疗方案:①肾上腺糖皮质激素应用:患者病情发展快,4 小时胸部 X 线显示肺侵害达 50% 以上,急性肺损伤 (ALI) 或急性呼吸窘迫综合征 (ARDS),有肺部渗出、损伤和后期纤维化者,给甲基强的松龙 80~320 mg,分次静脉滴注,冲击量可用 800 mg,首选短效制剂为佳,但使用地塞米松无效。②抗病毒治疗:如利巴韦林 10~15 mg/kg,或阿昔洛韦每次 2.5~5.0 mg/kg 口服或静脉滴

注均可。③生物免疫调节治疗:如干扰素 30 万 U/天,连用 5~10 天。④西维米司钠 (sivelestat sodium): 此药能治疗由中性细胞释放弹性蛋白酶所导致的急性肺损伤,改善呼吸功能,缩短患者病程。⑤注意加强对患者的动态监测。

第二部 SARS 患者的病例报道

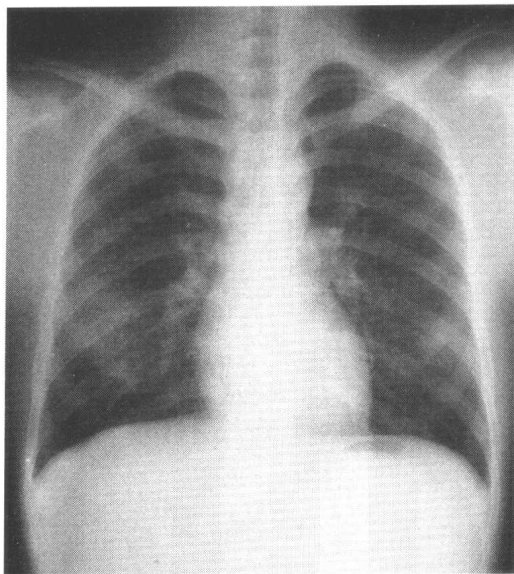
目前,对于患者 SARS 病毒抗体和病毒含量的检测尚不成熟,因而胸部 X 线摄片或 CT 扫描等影像学检查在本病临床诊治中的地位和作用更显突出。最常用的方法包括胸部 X 线摄片、CT 扫描和高分辨率计算机体层 (HRCT) 检查等。通常认为,胸部 X 线摄片使用方便,CT 和 HRCT 扫描检查分辨率高。

例 1 李某,男性,21 岁。主要症状与体征:于发病第 2 天出现发热, T 38.5℃, 寒战、头痛、肌肉酸痛、呼吸困难、胸痛、疲乏无力、腹泻,右肺闻及粗糙性呼吸音和少许湿性啰音。

血细胞分析:白细胞总数 $3.6 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 (N) 34%, 淋巴细胞 (L) 24%, 单核细胞 (M) 8%; 红细胞 $4.2 \times 10^{12}/L$; 血红蛋白 121 g/L; 血小板计数 $12 \times 10^9/L$ 。

生物酶学检验:丙氨酸氨基转移酶 (ALT) (正常小于 35 U/L) 38 U/L; 乳酸脱氢酶 (LDH) 210 U/L, 磷酸肌酸激酶 (CK) 180 U/L; CKmb (正常 0.25 U/L)、HBH (正常 76 ~ 195 U/L) 未见明显异常。

X 线摄片特征:双肺纹理增粗紊乱,两下肺中外带可见片状模糊阴影,以右肺为重。



例 1 胸部 X 线片

心电图检查:窦性心动过速,轻度T波改变。

治疗与观察:结合面罩吸氧和对症治疗为主。发病第3天给予甲基强的松龙120 mg,加入生理盐水100 ml内,每日2次静脉滴注;给予利巴韦林0.4~0.6 g,加入生理盐水100 ml内,静脉滴注,每日1次;给予阿奇霉素200 mg,加入生理盐水100 ml内,静脉滴注,每日1次;给予复方丹参20 ml,加入生理盐水200 ml内,静脉滴注,每日1次;胸腺五肽1 mg,隔日肌注1次;结合给予一定剂量的西维米司钠治疗。连续治疗10天,病情明显好转。

例2 张某,男性,31岁。主要临床表现,发病第4天出现发热,T 39.2℃,畏寒、头痛、呼吸困难、胸痛胸闷、关节酸痛、疲乏无力;双肺闻及粗糙性呼吸音和湿性啰音。

血细胞分析:白细胞总数 $3.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)50%、单核细胞(M)20%、淋巴细胞(L)36%;红细胞 $4.1 \times 10^{12}/L$;血红蛋白120 g/L;血小板计数 $16 \times 10^9/L$ 。

生物酶学检验:丙氨酸氨基转移酶(ALT)32 U/L;乳酸脱氢酶和磷酸肌酸激酶等同工酶未见明显异常。

X线摄片特征:A.右肺中下叶呈片状密度增高阴影,心隔角模糊。B.治疗后第4天病灶明显变浅,左肺又出现片状密度增高阴影,肺野透光度差。C.治疗7天后,双肺透光度好转。

心电图检查:窦性心动过速。

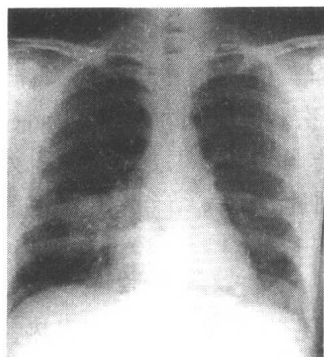
治疗与观察:对症治疗,发病第3天给予甲基强的松龙120 mg,加入生理盐水100 ml内,静脉滴注,每日1次;给予利巴韦林0.4~0.6 g,加入生理盐水100 ml内,静脉滴注,每日1次;给予阿奇霉素200 mg,加入生理盐水100 ml内,静脉滴注,每日1次;给予复方丹参注射液20 ml,加入生理盐水200 ml内,静脉滴注,每日1次;胸腺五肽1 mg,隔日1次肌注;并给予干扰素300万U,每日1次肌肉注射,共连续治疗9天,病情明显好转。

例3 何某,男性,32岁。主要临床表现,发病第3天出现发热,T 38.6℃,畏寒、关节酸痛、疲乏无力、呼吸困难、胸痛胸闷;右肺闻及粗糙性呼吸音和少许湿性啰音。

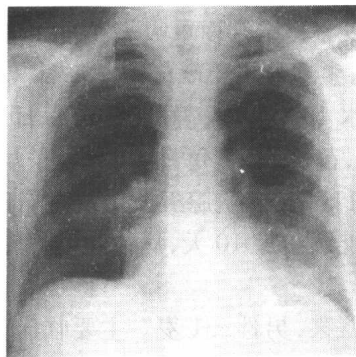
血细胞分析:白细胞总数 $4.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)48%、单核细胞(M)16%、淋巴细胞(L)40%;红细胞 $4.1 \times 10^{12}/L$;血红蛋白116 g/L。

生物酶学检验:丙氨酸氨基转移酶(ALT)23 U/L;乳酸脱氢酶(LDH)198 U/L;磷酸肌酸激酶(CK)130 U/L,CKmb 0.22 U/L,HBH 86 U/L。

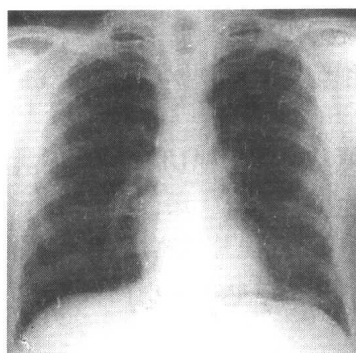
X线摄片特征:右肺下野显示大片状密度增高的阴影,肺门影不大。



A

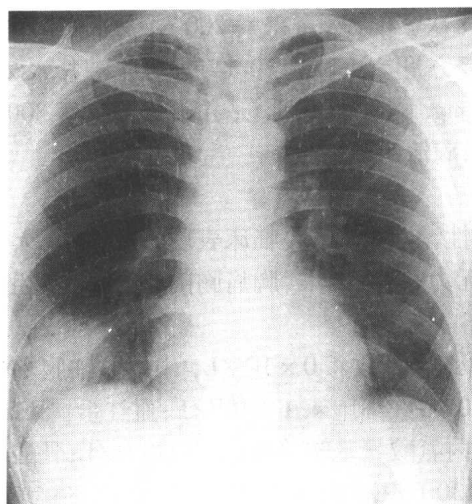


B



C

例 2 治疗前后胸部 X 线片



例 3 胸部 X 线片

心电图检查:轻度 S-T、T 波改变。

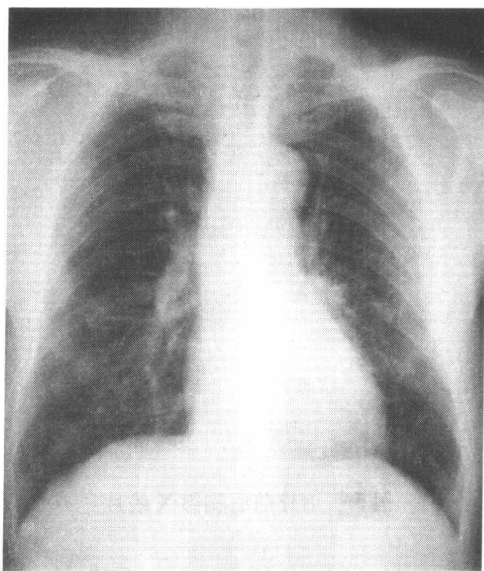
治疗与观察:结合对症治疗。在发病第 4 天给予甲基强的松龙 100 mg, 静脉注射, 每日 2 次; 利巴韦林 50 mg, 每日 3 次口服; 阿奇霉素 100 mg, 每日 2 次肌注; 试用静脉输注复方丹参治疗, 每天 2 次静滴; 肌注胸腺五肽 1 ml, 隔日 1 次, 在连续治疗数天后病情好转。

例 4 郝某, 男性, 66 岁。主要症状与体征: 于发病第 2 天出现发热, T 38.5℃, 寒战、头痛、肌肉酸痛、较严重的呼吸困难、胸痛、疲乏无力、腹泻 2 次, 双肺下部闻及粗糙性呼吸音和湿性啰音。

血细胞分析:白细胞总数 $3.89 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 (N) 41%、单核细胞 (M) 14%、淋巴细胞 (L) 26%; 红细胞 $4.2 \times 10^{12}/L$; 血红蛋白 130 g/L; 血小板计数正常。

生物酶学检验:丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 25 U/L; 乳酸脱氢酶 (LDH) 200 U/L; 磷酸肌酸激酶 (CK) 210 U/L, CKmb 0.3 U/L。

X 线摄片特征:两肺中外带野密度普遍降低, 呈磨砂玻璃样改变, 其中可见棉团状密度增高阴影。



例 4 胸部 X 线片

心电图检查:偶发性房性与室性过早搏动, 轻度 S-T、T 波改变。

治疗与观察:及时面罩吸氧和对症治疗。发病第 3 天给予甲基强的松龙 120 mg, 加入生理盐水 100 ml 内, 静脉滴注, 每日 1 次; 给予利巴韦林 0.6 g, 加入

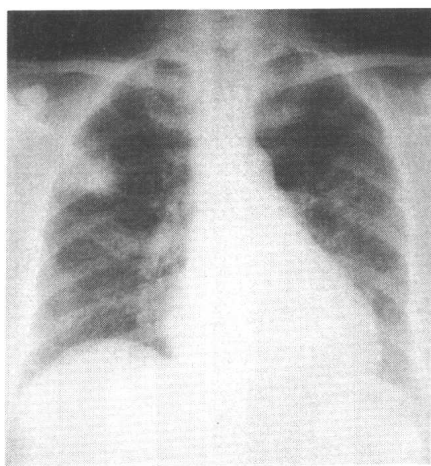
生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日 1 次;给予阿奇霉素 200 mg,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日 1 次;给予复方丹参 20 ml,加入生理盐水 200 ml 内,静脉滴注,每日 1 次;胸腺五肽 1 mg,隔日 1 次肌注;结合给予一定量的西维米司钠,连续治疗 7 天,病情有所好转。

例 5 洪某,女性,49 岁。临床症状与体征:发病第 2 天出现发热, $T\ 38.6^{\circ}\text{C}$,畏寒、头痛、关节酸痛无力、胸痛胸闷、明显的呼吸困难,双肺听诊湿性啰音。

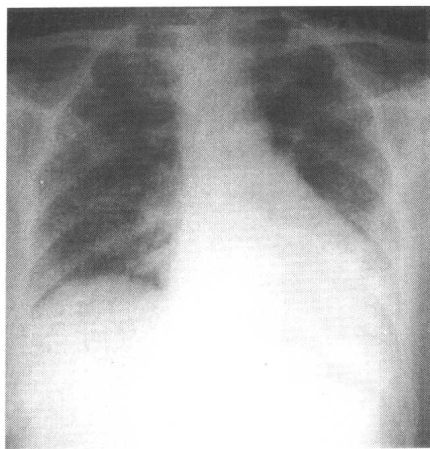
血细胞分析:白细胞总数 $4.54 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞(N)45%、单核细胞(M)16%、淋巴细胞(L)38%;红细胞 $4.1 \times 10^{12}/\text{L}$;血红蛋白 110 g/L;血小板计数与形态正常。

生物酶学检验:丙氨酸氨基转移酶(ALT)40 U/L;乳酸脱氢酶(LDH)220 U/L;磷酸肌酸激酶(CK)190 U/L,CKmb 0.21 U/L。

X 线摄片特征:两肺中下野密度普遍增高,呈磨砂玻璃样改变,右上肺可见一大片状密度增高阴影,肺门增浓扩大;经激素治疗后相隔第 5 天,右上肺片状阴影明显吸收变淡,两肺透光度增加。



A



B

例 5 治疗前后胸部 X 线片

心电图检查:不完全性右束支传导阻滞。

治疗与观察:对症治疗与面罩吸氧。发病第 3 天给予甲基强的松龙 120 mg,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日 1 次;给予利巴韦林 0.4~0.6 g,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日 1 次;给予阿奇霉素 100 mg,肌注每日 1 次;给予复方丹参 20 ml,加入生理盐水 200 ml 内,静脉滴注,每日 1 次;胸腺五肽 1 mg,

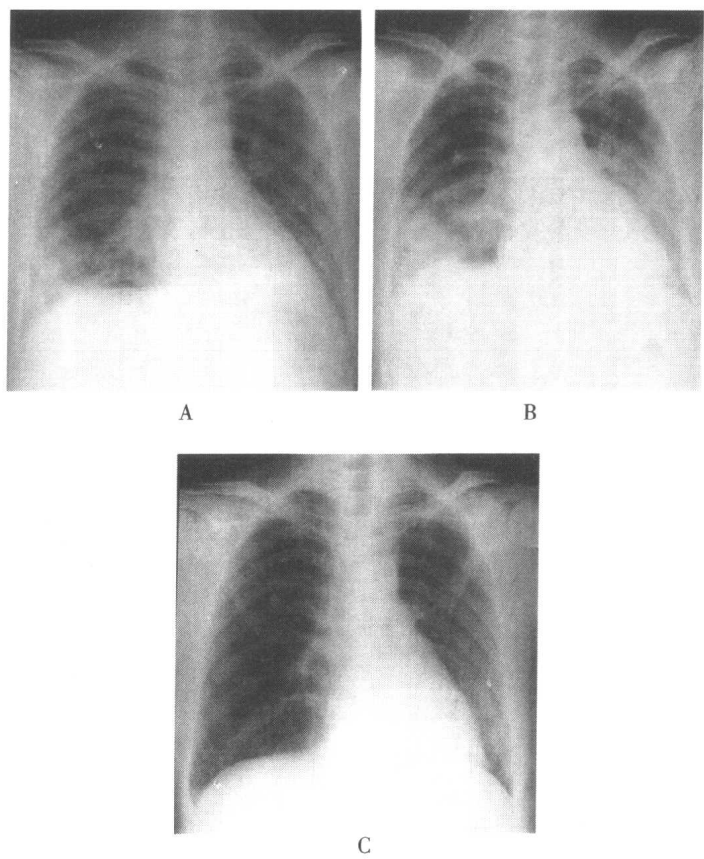
隔日 1 次肌注;结合给予一定量的西维米司钠治疗,连续 7 天,病情明显好转。

例 6 马某,男性,33 岁。主要症状与体征:发病第 3 天出现发热,T 39℃,畏寒、头痛、关节酸痛、疲乏无力、腹泻、呼吸困难、胸痛;双肺闻及粗糙性呼吸音和少许湿性啰音。

血细胞分析:白细胞总数 $4.52 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)44%、单核细胞(M)18%、淋巴细胞(L)33%;红细胞 $4.1 \times 10^{12}/L$;血红蛋白 110 g/L;血小板计数与形态正常。

生物酶学检验:丙氨酸氨基转移酶(ALT)36 U/L;乳酸脱氢酶(LDH)260 U/L;磷酸肌酸激酶(CK)180 U/L,CKmb 0.25 U/L。

X 线摄片特征:A. 双肺外带可见密度增高阴影,右侧心隔角模糊。B. 治疗相隔第 4 天,病灶较前加重,呈大片密度增高阴影。C. 经治疗后第 8 天病灶基本吸收。



例 6 治疗前后的胸部 X 线片

心电图检查:心电图大致正常。

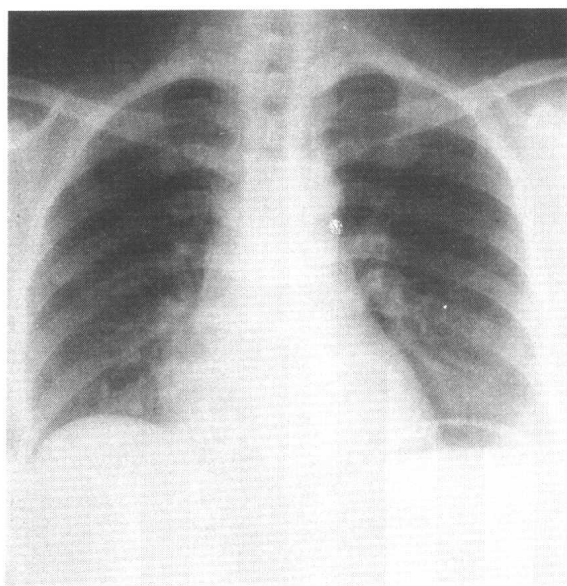
治疗与观察:对症治疗为主。发病第3天给予甲基强的松龙 120 mg,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日1次;给予利巴韦林 0.4~0.6 g,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日1次;给予阿奇霉素 200 mg,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日1次;胸腺五肽 1 mg 肌注,隔日1次;结合给予干扰素 300 万 U,每日1次肌肉注射,临床连续治疗8天,病情明显好转。

例7 孙某,女性,35岁。临床症状与体征:发病第2天出现发热, $T\ 38.6^{\circ}\text{C}$,畏寒、头痛、关节酸痛无力、胸痛胸闷、呼吸困难,听诊双下肺呼吸音低和少许湿性啰音。

血细胞分析:白细胞总数 $5.91 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞(N)50%、单核细胞(M)13%、淋巴细胞(L)28%;红细胞 $4.1 \times 10^{12}/\text{L}$;血红蛋白 120 g/L;血小板计数与形态正常。

生物酶学检查:丙氨酸氨基转移酶(ALT)23 U/L;乳酸脱氢酶(LDH)240 U/L;磷酸肌酸激酶(CK)180 U/L,CKmb 0.24 U/L。

X线摄片特征:双下肺纹理增粗紊乱,呈磨砂玻璃样改变,透光度较差,左肺门影增浓扩大。



例7 胸部X线片

心电图检查:心电图大致正常。

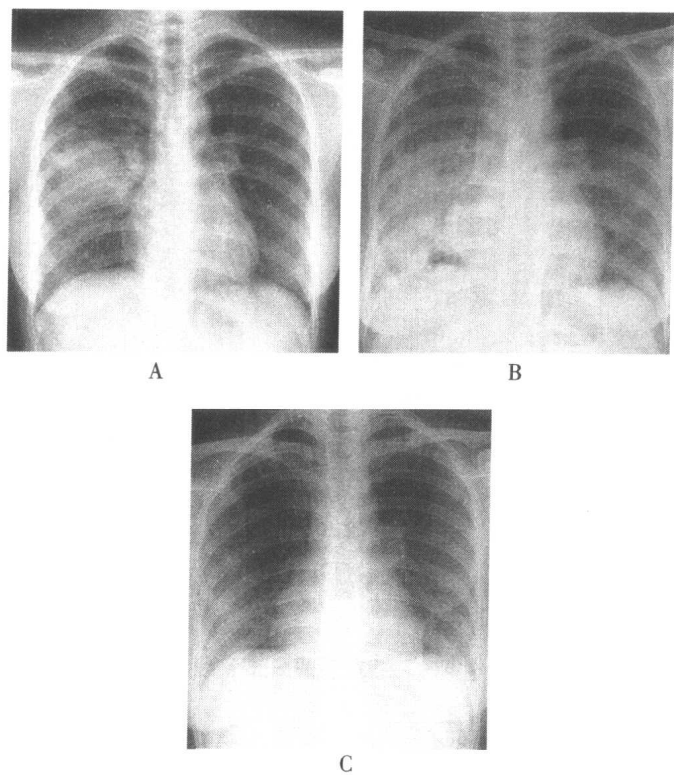
治疗与观察：结合对症治疗和面罩吸氧。于入院当日给予甲基强的松龙 100 mg，静脉注射，每日 2 次；口服利巴韦林 100 mg，每日 3 次；试用静脉输注复方丹参治疗，每日 2 次；肌注胸腺五肽 1 mg，每日 1 次；皮下注射干扰素 300 万 U，每日 1 次；给予一定量的西维米司钠治疗。在经治疗后第 7 天病情明显好转。

例 8 俞某，女性，23 岁。主要临床症状与体征：发病第 2 天出现发热，T 39℃，畏寒、头痛、关节酸痛、疲乏无力、腹泻、呼吸困难、胸痛；右肺可闻及粗糙性呼吸音和湿性啰音。

血细胞分析：白细胞总数 $4.0 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 (N) 38%、单核细胞 (M) 20%、淋巴细胞 (L) 38%、嗜酸性细胞 (E) 4%；红细胞 $4.5 \times 10^{12}/L$ ；血红蛋白 130 g/L；血小板计数 $20 \times 10^9/L$ 。

生物酶学检查：丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 35 U/L；乳酸脱氢酶 (LDH) 240 U/L；磷酸肌酸激酶 (CK) 190 U/L，CKmb 0.25 U/L。

X 线摄片特征：A. X 线平片可见右肺中野单个局灶性片状阴影。B. 第 5 天后复查，见两肺多发片状阴影。C. 经过治疗后第 7 天后复查，两肺片状阴影明显吸收。



例 8 治疗前后胸部 X 线片

心电图检查:窦性心动过速,图形大致正常。

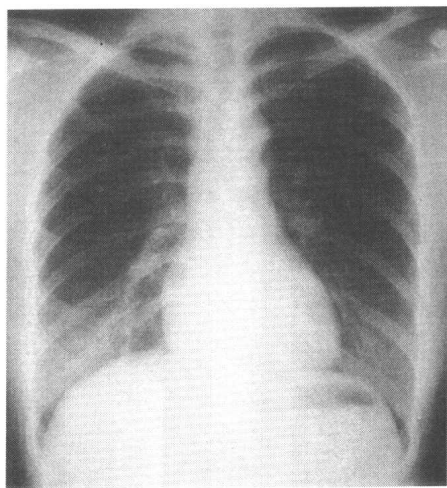
治疗与观察:对症治疗。发病第3天给予甲基强的松龙 120 mg,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日1次;给予利巴韦林 0.4~0.6 g,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日1次;给予阿奇霉素 200 mg,加入生理盐水 100 ml 内,静脉滴注,每日1次;给予复方丹参 20 ml,加入生理盐水 200 ml 内,静脉滴注,每日1次;肌注胸腺五肽 1 mg,隔日1次,皮下注射干扰素 300 万 U,每日1次;共治疗10天,病情明显好转。

例9 赵某,女性,23岁。主要症状与体征:于发病第2天开始发热,T 38.4℃,畏寒、头痛、关节酸痛、乏力、呼吸困难,听诊双肺底闻及少许湿性啰音。

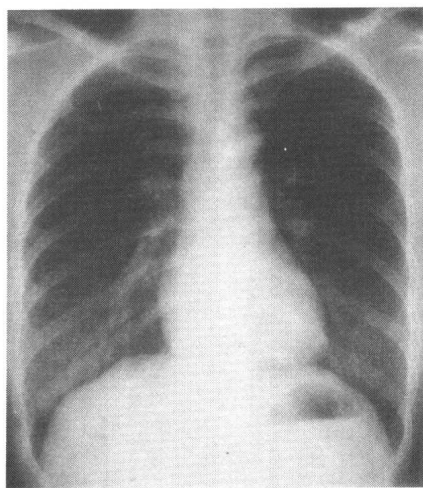
血细胞分析:白细胞总数 $4.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N)48%、单核细胞(M)15%、淋巴细胞(L)34%,嗜酸细胞(E)6%;红细胞 $4.1 \times 10^{12}/L$;血红蛋白 120 g/L;血小板计数与形态正常。

生物酶学检查:丙氨酸氨基转移酶(ALT)35 U/L;乳酸脱氢酶(LDH)240 U/L;磷酸肌酸激酶(CK)190 U/L,CKmb 0.25 U/L。

X线摄片特征:A. 双肺显示片状模糊阴影,局部透光度差,肺门不大,心脏不大。B. 经过治疗后两下肺阴影明显变淡,病灶较前缩小。



A



B

例9 治疗前后的胸部X线片

心电图检查:未见明显异常。

治疗与观察:对症治疗为主。发病第3天给予甲基强的松龙 120 mg,加入生理