

血氧分压( $P_aO_2$ ) $<70\text{mmHg}$ ,或肺搏容积血氧饱和度( $S_pO_2$ ) $<93\%$ ;或已可诊为急性肺损伤(ALI)或急性呼吸窘迫综合征(ARDS)。

3 多叶病变且病变范围超过 1/3 或 X 线胸片显示 48 小时内病灶进展 $>50\%$ 。

4 休克或多器官功能障碍综合征(MODS)。

5 具有严重基础性疾病或合并其他感染或年龄 $>50$ 岁。

(卫生部疾病预防控制中心网站)  
(2003-05-04)

## 传染性非典型肺炎推荐治疗方案

1 监测病情变化。多数病人在发病后 14 天内都可能属于进展期,必须密切观察病情变化,监测症状、体温、呼吸频率、 $S_pO_2$  或动脉血气分析,血象、胸片(早期复查间隔时间不超过 2~3 天),心、肝、肾功能等。

2 一般性和对症治疗

1)卧床休息,避免劳累、用力。

2)避免剧烈咳嗽,咳嗽剧烈者给予镇咳;咳痰者给予祛痰药。

3)发热超过  $38.5^{\circ}\text{C}$  者,可使用解热镇痛药。高热者给予物理降温。

儿童忌用阿司匹林,因该药有可能引起 Reye 综合征。

4)有心、肝、肾等器官功能损害,应该作相应的处理。

5)加强营养支持。注意水电解质平衡。

3 出现气促或  $P_aO_2 < 70\text{mmHg}$  或  $S_pO_2 < 93\%$  给予持续鼻导管或面罩吸氧。

4 糖皮质激素的应用 应用指征为:1)有严重中毒症状,高热 3 日不退;2)48 小时内肺部阴影进展超过 50%;3)有急性肺损伤或出现 ARDS。一般成人剂量相当于甲基强的松龙  $80-320\text{mg/d}$ ,必要时可适当增加剂量,大剂量应用时间不宜过长。具体剂量及疗程根据病情来调整,待病情缓解或胸片上阴影有所吸收后逐渐

减量停用。建议采用半衰期短的激素。

注意糖皮质激素的不良反应。

儿童慎用糖皮质激素。

5 预防和治疗继发细菌感染。根据临床情况,可选用喹诺酮类等适用抗生素。

6 早期可试用抗病毒药物。

7 重症可试用增强免疫功能的药物。

8 可选用中药辅助治疗。治则为:温病,卫、气、营、血和三焦辨证论治。

9 重症病例的处理:

1)加强对患者的动态监护。

2)使用无创正压机械通气(NPPV)。模式通常使用持续气道正压通气(CPAP),压力水平一般为  $4-10\text{cmH}_2\text{O}$ ;吸入氧流量一般为  $5-8\text{L}/\text{min}$ ,维持血氧饱和度 $>93\%$ ,或压力支持通气+呼气末正压(PSV+PEEP),PEEP 水平一般为  $4-10\text{cmH}_2\text{O}$ ,吸气压力水平一般为  $10-20\text{cmH}_2\text{O}$ 。NPPV 应持续应用(包括睡眠时间),暂停时间不宜超过 30 分钟,直到病情缓解。

3)若病人不耐受 NPPV 或氧饱和度改善不满意,应及时进行有创正压机械通气治疗。

4)出现休克或 MODS,予相应支持治疗。

(卫生部疾病预防控制中心网站)  
(2003-05-04)

## 传染性非典型肺炎病例出院参考标准

同时具备下列 3 个条件:

1 体温正常 7 天以上;

2 呼吸系统症状明显改善;

3 X 线胸片有明显吸收。

(卫生部疾病预防控制中心网站)  
(2003-05-04)

## 《传染性非典型肺炎临床诊断标准(试行)修改说明》

为更好地指导各地非典型肺炎的防治工作,在总结了广东、北京等地诊断治疗传染性非典型

肺炎的经验,广泛征求了医学专家意见的基础上,我部对4月14日下发的《传染性非典型肺炎临床诊断标准(试行)》进行了修订。考虑到随着对传染性非典型肺炎认识的深入和诊断治疗经验的增加,可能对诊断标准继续修改,因此修改后的标准仍试行。此修改包括了以下内容:

1 流行病学史中1.2发病前两周内曾到过或居住于报告有传染性非典型肺炎病人并出现继发感染病人的城市,修改为:发病前两周内曾到过或居住于报告有传染性非典型肺炎病人并出现继发感染病人的区域。

2 症状与体征中增加一款“注意有少数病人不以发热为首发症状,尤其是有近期手术史或基础疾病的病人”。根据非典型肺炎病人的回顾性调查结果,有些病人不以发热为首发症状,尤其是有近期手术史或有基础疾病的病人。为了避免漏诊,特增加此款。

3 胸部X线检查

“常为双侧改变”修改为“常为多叶或双侧改变”,临床发现部分非典型肺炎病人的胸部X线呈单侧多叶改变,因此对此条进行了修改。

4 疑似诊断标准中的1+2+3条修改为:1.1+2+3条,增加1项标准为1.2+2+4。

5 增加了医学观察诊断标准和医学观察对象的管理措施。医学观察诊断标准为:符合上述1.2+2+3条。

增加医学观察诊断标准的目的是指导医师正确甄别非典型肺炎疑似病人,对大量常见的其他发热病人通过医学观察予以鉴别。同时尽可能减少潜在非典型肺炎传播的危险。

6 修订后的诊断标准增加了重症非典型肺炎的诊断标准和出院标准。

7 下发非典型肺炎推荐治疗方案。

(卫生部疾病预防控制中心网站)

(2003-05-04)

## 非典型肺炎病例实验室检测标本采集技术指导(试行)

### 1 病毒分离标本的采集与运送

1.1 采集病毒分离成功的关键取决于采集标本的质量,及其保存运输等环节。为提高病毒的分离率,在发病早期,可每天采集1份咽拭子,采集多份痰液。

1.1.1 鼻咽拭子:用棉签擦拭双侧咽扁挑体及咽后壁,将棉签头浸入含4~5mL样本运输液的螺口试管中,尾部弃去。

1.1.2 痰液:让病人将痰液咳入无菌平皿中,然后用棉签刮取痰液放入含4~5mL样本运输液的螺口试管中。

1.1.3 嗽口液:用10mL洗液嗽口。

1.1.4 尸检标本:取肺、肝、肾、心、淋巴结、血凝块等组织2cm×2cm大小,置于10螺口试管中。每种组织需要5~10管。

#### 1.2 标本保存上送

标本采集后应立即冷冻保存,如未能及时接种应置-70℃或以下保存。常用的样品运输液为:pH7.4~7.6的Hank's, Eagle's或水解乳蛋白液。为防止细菌和真菌生长,在采样液中需加入青、链霉素,终浓度为每mL1000单位青霉素和100μg的链霉素(也可用庆大霉素,其终浓度为每mL1mg),同时加制霉菌素,终浓度为每

mL 4μg。

### 2 细菌培养标本的采集与运送

#### 2.1 采集

细菌培养标本最好在抗感染治疗之前采集,可采集咽拭子或痰液。

2.1.1 咽拭子:用无菌湿棉签擦拭双侧咽扁挑体及咽后壁,再将棉签放入无菌试管中。

2.1.2 痰液:让病人直接将痰液咳入无菌平皿中。

2.2 保存运送做细菌分离培养的样本密封好常温下2h内送检。

### 3 血清标本采集与运送

3.1 采集须采集病例的急性期和恢复血清。

3.1.1 尽早采集急性期血样,最迟不晚于发病后7天。恢复期血样则在发病后2~4周采集。

3.1.2 无菌采集5mL血液标本,分离血清,冷冻。

3.1.3 详细登记有关病例的姓名、性别、年龄等基本信息,发病日期、采样日期等。

#### 3.2 运送保管

3.2.1 血清标本应带冰在24h内运送至实验室。应分装多管冷冻保存。