

# 2015 年中国急诊社区获得性肺炎 临床实践指南——疾病诊断篇

中国医师协会急诊医师分会 中国急性感染联盟

[关键词] 社区获得性肺炎(CAP); 临床实践; 指南; 诊断

doi:10.3969/j.issn.1002-1949.2015.12.001

社区获得性肺炎(CAP)患者是急诊留观、急诊住院和EICU收治的主要对象。急诊医师应早期诊断CAP、准确进行危险分层、给予及时治疗。根据CAP的严重程度分区处置是急诊CAP诊治的重点。

本篇就急诊CAP的临床诊断思维、临床诊断流程、临床诊断标准,包括对不同严重程度的患者进行判定的评估标准及内容等问题做一简要阐述。

## 1 急诊CAP的临床诊断思维

急诊医师诊断CAP需养成全面临床诊断思维,主要包括以下三个方面:①初始诊断,即判断患者是否为CAP;②基础条件诊断,即诊断患者是在何种基础状态下的CAP;③器官功能评价诊断,即从整体评估患者的CAP病情严重程度。同时要注意排除属于国家《传染病防治法》管控的传染性肺炎。

### 1.1 首先根据患者临床表现和常规检查进行急诊CAP临床诊断(初始诊断)

第一步明确是否存在肺炎。肺炎的诊断主要依靠临床表现(新近出现的呼吸系统及全身的感染症状与体征等)、实验室检查[如血白细胞计数、C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、降钙素原(procalcitonin, PCT)等]及胸部影像学检查(肺部渗出性病灶)等来判断<sup>[1]</sup>。

### 1.2 综合评价患者基础情况、临床特点进一步进行急诊CAP临床诊断(基础条件诊断)

综合评价考虑患者的基础情况、临床特点进行相关诊断,此层面诊断有助于判断急诊CAP的发生、发展趋势及预后。部分急诊患者临床表现不典型,无咳嗽、咳痰或白细胞计数升高,约30%患者(老年患者居多)在入院时并无发热<sup>[2]</sup>。老年患者或存在合并症或免疫缺陷等的患者,常常以纳差、消

瘦腹泻、意识障碍等来就诊,或以其他系统疾病(如心力衰竭、高/低血糖肾上腺皮质危象等)的临床表现为主。而肺炎的阳性体征,如呼吸音改变、啰音等并不明显,同时这些患者肺炎相关的实验室检查可能为正常或以其他异常(如电解质紊乱、氮质血症等)为主,肺炎的表现被掩盖而常常造成漏诊或误诊。因此,对可疑患者,尤其是老年、有合并症、免疫功能低下的患者,应常规进行胸部X线检查,以获得肺炎病灶浸润的证据。若胸部X线检查阴性可进一步行胸部CT检查,胸部CT检查较胸部X线更为敏感<sup>[1,3]</sup>。

### 1.3 综合评价患者各器官功能(器官功能评价诊断)

急诊CAP中部分患者会发展为重症肺炎,且一般病情进展快,可以迅速导致多器官功能障碍综合征(MODS)。准确地综合评价器官功能,对评估病情严重程度和判断预后更有意义。采用序贯器官衰竭估计评分(sequential organ failure assessment, SOFA)有助于描述器官功能不全或衰竭的发展。SOFA评分标准主要从呼吸系统的氧合指数( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ )、凝血系统的血小板计数(PLT)、肝脏系统的总胆红素(Tb)、心血管系统的平均动脉血压、中枢神经系统的格拉斯哥昏迷评分(GCS评分)、肾脏的血清肌酐(Cr)和尿量七个方面进行器官功能评价<sup>[4]</sup>。

最后,通过三个阶段对急诊患者进行病情的整体诊断后,按照CAP患者不同的病情严重程度和基础状况,对患者进行危险分层,并且掌握不同危险分层患者的常见病原学特点及耐药情况,对后续选择初始经验性抗菌治疗方案及其他辅助治疗手段具有重要临床价值。

2 急诊 CAP 的临床诊断流程

急诊 CAP 患者存在起病急骤、病情严重且病情复杂等特点,急诊医师需要在极短的时间内做出正确的诊断。因此,建立清晰、快速、操作性强的诊断流程,对急诊医师诊断 CAP 是十分必要的。根据目前现有资料结合 CAP 患者自身特点及病情发展的特点,CAP 急诊诊断流程见图 1。

首先,根据患者临床表现,怀疑患者可能罹患 CAP;其次,根据胸部影像学特征判断患者是否存在肺实质病变,若存在相关肺实质病变,则可结合病史或患者基础状况,高度怀疑或确诊患者罹患 CAP;然后,进行相关微生物培养和实验室诊断或复查胸部 X 线对患者进行确诊;最后,根据相关病情严重程度的评分判断病情严重程度,对患者分场所进行治疗<sup>[5]</sup>。

3 急诊 CAP 的临床诊断标准

3.1 我国急诊 CAP 专家诊治共识推荐的急诊 CAP 的诊断标准

2011年,中国医师协会急诊医师分会主要从患者临床症状体征、实验室检查、影像学检查等方面建立急诊 CAP 的相关临床诊断标准:

- ①临床症状:新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸系统疾病症状加重,并出现脓性痰,伴或不伴胸痛。
  - ②发热。
  - ③临床体征:肺实变体征和(或)闻及干、湿性啰音。
  - ④实验室检查:血白细胞计数  $>10 \times 10^9/L$  或  $<4 \times 10^9/L$ ,少数患者白细胞可在正常范围,伴或不伴细胞核左移、淋巴细胞和血小板的减少。
  - ⑤影像学检查:胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影,可出现间质性改变,伴或不伴胸腔积液。
- 同时患者需排除纳入《传染病防治法》管理的传染性肺炎、肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症及肺血管炎等,具有以上 1~4 项中任何一项加第 5 项,可建立临床 CAP 的诊断依据。

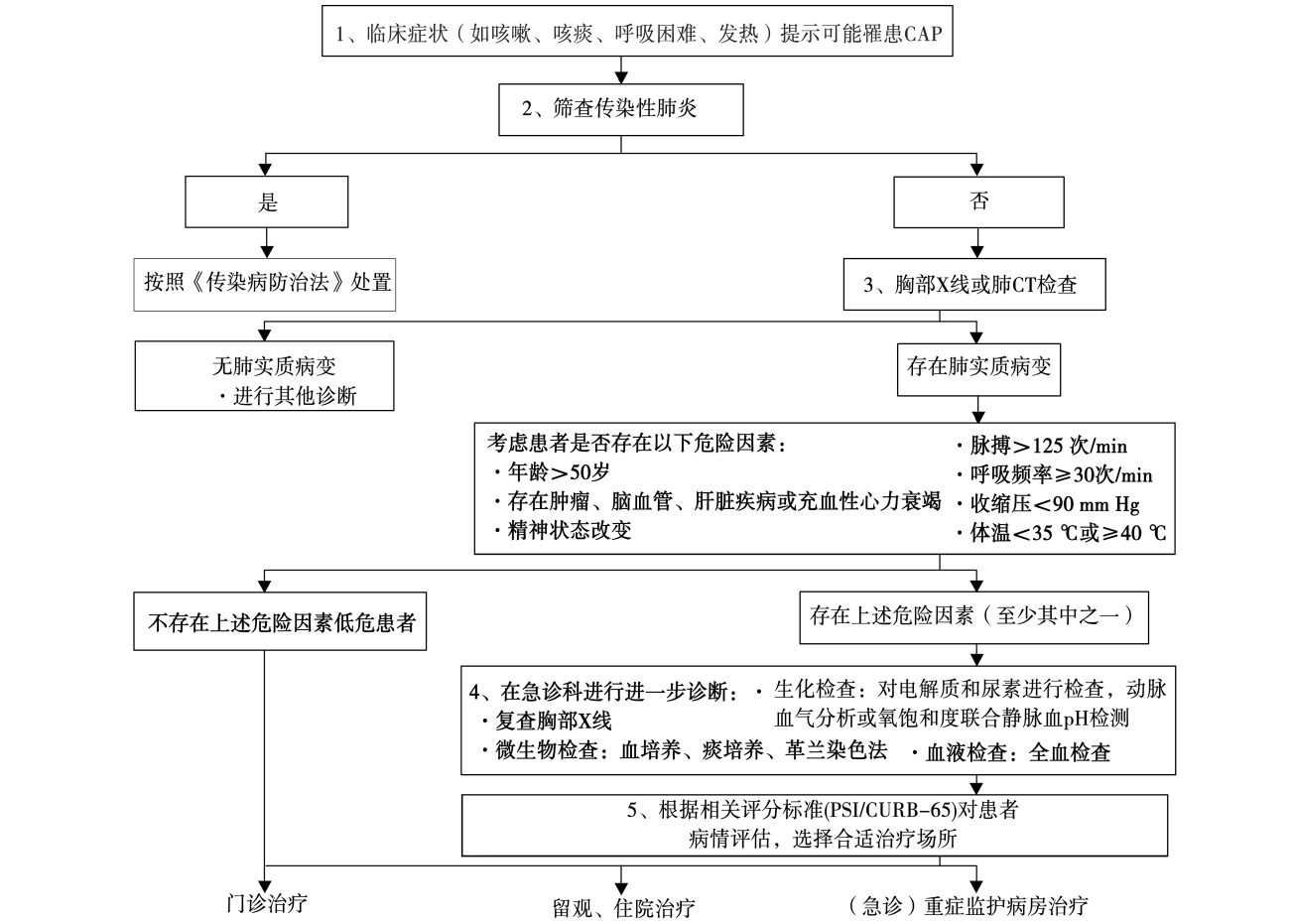


图 1 急诊 CAP 诊断流程

但对部分特殊 CAP 患者,可仅表现为部分上述症状或临床表现不典型,为了防止漏诊误诊,急诊医师需要借助胸部影像学检查。由于患者病史及临床表现用于确诊 CAP 的敏感度及特异度都很低,CAP 的临床诊断需要综合考虑呼吸系统感染症状与体征(包括咳嗽、咳痰、呼吸困难、胸痛、发热、寒战、呼吸急促、心动过速、肺实变体征及湿啰音等),实验室检查(如血白细胞计数、CRP 增高等)及胸部 X 线检查(新出现渗出性病灶)等情况来判断<sup>[6]</sup>。

### 3.2 根据有无器官功能障碍,判断 CAP 患者的诊断标准

(1)无器官功能障碍的 CAP 患者,如青壮年、无基础疾病,病情不稳定、处于变化中,没有潜在发生急性多器官功能障碍的可能性,这部分患者通常为轻度 CAP 患者。(2)有器官功能障碍的 CAP 患者,一般可能伴有如下的多器官功能障碍 ①肾衰竭;②肝衰竭;③胃肠衰竭;④中枢神经系统衰竭;⑤循环衰竭;⑥呼吸衰竭。具有以上一项器官功能障碍的患者通常为重症 CAP 患者

### 3.3 重症 CAP 患者的诊断标准

我国急诊 CAP 专家诊治共识中重症 CAP 的判定标准——满足以下两条主要标准之一:a. 气管插管机械通气;b. 感染性休克,须使用血管活性药物。或者满足以下次要标准之中的三项 a. 呼吸频率 $\geq 30$  次/min;b.  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$ ;c. 多叶、段性肺炎;d. 意识障碍/定向障碍;e. 氮质血症( $\text{BUN} \geq 7$  mmol/L);f. 白细胞减少症( $\text{WBC} \leq 4 \times 10^9/\text{L}$ );g. 血小板减少症( $\text{PLT} \leq 100 \times 10^9/\text{L}$ );h. 低体温(中心体温 $< 36^\circ\text{C}$ );i. 低血压、需积极的液体复苏<sup>[6]</sup>。(其他国内外重症肺炎诊断标准见文献<sup>[7-8]</sup>)。常见的重症 CAP 易感因素及特殊人群,如儿童及老年患者的易感因素及评分标准见文献<sup>[9-10]</sup>。

### 3.4 器官功能障碍的诊断标准

MODS 评分标准,也称 Marshall 评分标准。主要通过对六个脏器系统,分别是心血管(循环)、肺(呼吸)、脑(中枢神经)、凝血、肝脏和肾脏进行评价<sup>[11]</sup>。

## 4 急诊 CAP 的诊断内容

临床急诊 CAP 的诊断内容主要包括以下五个方面的内容:早期识别细菌和病毒感染、临床表现、影像学检查、病原学检查、实验室检查。

### 4.1 早期识别细菌和病毒感染

由于不同病原体感染患者的死亡率和治疗方法

不同,因此,在进行病原学诊断之前需早期识别细菌和其他病原体。目前尚无能够绝对区别细菌或病毒感染的指标

#### 4.1.1 流行特征

多数呼吸道病毒具有季节性流行特征,研究还显示,4~12 月份中,约 52% 的病毒性肺炎由流感病毒引起,夏季高发,符合当地流感病毒的季节性流行特征。临床医生了解各种病毒性肺炎的季节性分布特征有助于判断病毒性肺炎的存在可能性<sup>[12]</sup>。

#### 4.1.2 临床特征

据文献报道,病毒性肺炎肌痛多见,胸痛少见。我国学者研究<sup>[12]</sup>显示,病毒性肺炎的最常见症状有高热、乏力、咽痛、呼吸困难、鼻部症状等,其发生率略高于病毒检测阴性的肺炎患者,胸痛少见,但咳脓痰亦多见,病毒性肺炎患者与病毒检测阴性肺炎患者不能通过临床特征鉴别。

#### 4.1.3 疾病严重程度

研究<sup>[12]</sup>显示,病毒性肺炎患者 CURB-65 评分为中高危及有并发症的比例 20.8%, 66.7%) 均有高于病毒检测阴性患者的趋势(13.9%, 49.5%),但差异无统计学意义( $P=0.177$  和  $0.063$ )。

#### 4.1.4 实验室检查

白细胞计数、中性粒细胞分类和绝对数升高提示细菌感染,但并非均为细菌感染。

CRP 是一种急性时相反应蛋白,半衰期为 19 h,由细菌等病原体刺激巨噬细胞产生白细胞介素-6 等炎性因子,这些炎性因子刺激肝脏细胞合成 CRP。在正常情况下,CRP 以微量形式存在于健康人血清中,当病原体感染引发炎症反应或组织发生损伤后,其浓度迅速上升,一般于 4~6 h 即可升高,36~50 h 达高峰,细菌感染 CRP 可达 40~200 mg/L,而病毒性感染 CRP 大都在 10~40 mg/L,因此,可将 CRP 作为鉴别细菌或病毒感染的指标<sup>[13]</sup>。根据大规模临床验证,可采用 CRP 40 mg/L 作为细菌感染的界值,但也有人认为 CRP $> 20$  mg/L 可考虑为细菌感染。若定为 CRP $> 20$  mg/L,敏感度提高,但特异度降低<sup>[14]</sup>。

PCT 是一种由 116 个氨基酸组成的、无激素活性的降钙素(calcitonin, CT)的前肽物。PCT 可作为全身性细菌感染的生物标记物,在非细菌感染时不升高,在局部细菌感染时也不升高<sup>[15]</sup>。

### 4.2 临床诊断

急诊 CAP 临床表现是诊断的第一步。CAP 的

临床症状变化较大,可轻可重,取决于病原体和宿主的状态。常见症状为咳嗽、咳痰或原有的呼吸道症状加重,并出现脓性痰或血痰,伴或不伴胸痛。病变范围大者可有呼吸困难、呼吸窘迫,大多数患者有发热。早期肺部体征无明显异常,重症患者可有呼吸频率增快,鼻翼煽动、发绀等。出现肺实变时有典型的体征,如叩诊浊音、语颤增强和支气管呼吸音等,也可闻及湿啰音。并发胸腔积液者,患侧胸部叩诊浊音,语颤减弱 呼吸音减弱<sup>[16]</sup>。特殊患者肺炎听诊的阳性体征:如呼吸音改变等并不明显。同时这些患者的肺炎相关实验室检查可能为正常或以其他异常如以电解质紊乱、氮质血症等为主,肺炎的表现被掩盖而常常造成漏诊或误诊<sup>[1]</sup>。

既往健康的患者一般具有较典型的临床症状,但仍需要进行影像学检查和进一步病情评估。

对于特殊急诊 CAP 患者,尤其是老年患者或存在合并症或免疫缺陷等的患者,临床表现不典型,常常以纳差消瘦、腹泻、意识障碍等来就诊,或以其他系统疾病,如心力衰竭、高/低血糖、肾上腺皮质危象等的临床表现为主<sup>[1]</sup>。免疫功能低下的患者,如接受实体器官、骨髓、干细胞移植,化疗或长期免疫抑制剂治疗或 HIV 感染的患者等,其导致 CAP 的病原体和临床特征与一般人群也存在极大的差异。对于此部分患者应掌握患者既往病史和基础状况,结合后续诊断综合判断。

虽然单靠临床体征评价无法建立确诊或排除标准,但可作为提示。对于可疑患者,尤其是老年、有合并症、免疫功能低下的患者,应常规进行胸部影像学检查,并行进一步检查。

#### 4.3 影像学诊断

胸部影像学是急诊诊断 CAP 最重要的诊断方法。美国胸科学会建议,通过胸部 X 线或其他影像技术确定患者出现肺内浸润阴影或符合感染表现的病灶是诊断肺炎必不可少的条件,在 CAP 诊断中占有核心地位<sup>[8]</sup>。2009 年,英国胸科协会 (British Thoracic Society, BTS) 发布的成人 CAP 诊治指南推荐影像学检查应用于以下情况:①对疑似 CAP、后续需接受治疗的 CAP 患者,进行影像学检查;②诊断为疑似 CAP,胸部影像学检查有利于对急性病变的鉴别诊断和管理;③可能存在潜在病理变化风险的疾病,如肺部肿瘤<sup>[17]</sup>。

一般情况,当胸部 X 线提示肺部存在渗出或浸

润病灶的典型临床表现时即使没有微生物检查数据,也可建立诊断依据。大部分肺部浸润灶在出现症状 12 h 内就能被胸部 X 线检出,因此,新发的肺部浸润灶对 CAP 的诊断具有重要意义。对于临床高度怀疑肺部感染而胸部 X 线正常者,可以选择 CT 扫描。胸部 CT 检查较胸部 X 线更为敏感<sup>[1,3,18]</sup>。

肺部影像学渗出的严重程度在某些特殊情况下与 CAP 病情的严重程度不完全一致,例如粒细胞缺乏的患者肺部影像学的渗出可以不明显,但是病情却非常严重。

但值得注意的是,对于有基础疾病的住院患者,肺部影像学表现可能受到胸腔积液、肺膨胀不全、肺水肿、出血、梗死、特发性间质性疾病、急性呼吸窘迫综合征 (acute respiratory distress syndrome, ARDS) 等类似征象或伴发征象的干扰,因此 结合病史对于确诊十分重要

#### 4.4 病原学诊断

对于需要住院的 CAP 患者 (急诊病房或观察室等),尤其是 EICU 患者,病原学检测结果意义重大。一般而言,病原学证据及病原体的药敏结果是抗感染治疗成功的关键。以下为国内外指南对病原学诊断的推荐:

##### 4.4.1 轻、中度 CAP 患者的病原学检测方法推荐

对此类患者进行病原学检查需要考虑两个影响因素:①检查结果可能改变目前的治疗方案;②所做的检查有很大的几率获得阳性结果。初始经验性治疗无效时需进行病原学检查<sup>[7-8]</sup>。

##### 4.4.2 重症 CAP 患者的病原学检测方法推荐

对于重症 CAP 患者,在抗生素使用前,推荐进行痰培养、血培养、胸腔积液培养、肺炎链球菌和军团菌的尿抗原检测,以及肺炎支原体、肺炎衣原体、呼吸道病毒的多重 PCR 检测<sup>[2,19]</sup>。对于气管插管患者,需要将气管内吸出物留取做病原学检查<sup>[1]</sup>。

##### 4.4.3 不同基础状况 CAP 患者的病原学检测方法推荐

住院患者应同时进行常规血培养和呼吸道标本的病原学检查。凡合并胸腔积液并能够进行穿刺者,均应进行诊断性胸腔穿刺,抽取胸腔积液进行常规生化及病原学检查<sup>[7-8]</sup>。不同基础状况 CAP 住院患者推荐进行的病原学检查方案见表 1。

##### 4.4.4 在有条件情况下,急诊 CAP 患者可考虑侵袭性诊断技术

表 1 不同基础状况的 CAP 患者的病原学检查方案

指征	血培养	痰培养	军团菌尿	肺炎链球菌	其他
			抗原检测	尿抗原检查	
EICU 患者	√	√	√	√	√ <sup>a</sup>
门诊抗菌治疗无效		√	√	√	
空洞性阴影	√	√			√ <sup>b</sup>
白细胞减少	√			√	
酗酒	√	√	√	√	
慢性严重肝脏疾病	√			√	
严重阻塞性/结构性肺疾病		√			
解剖性或功能性无脾	√			√	
近期旅行(2 周内)			√		√
军团菌尿抗原检测阳性		√ <sup>c</sup>	无需		
肺炎链球菌尿抗原检测阳性	√	√		无需	
胸腔积液	√	√	√	√ <sup>d</sup>	√

<sup>a</sup> 如果插管则气管内吸引,可能支气管镜下或非支气管镜下支气管肺泡灌洗;<sup>b</sup> 真菌和结核杆菌培养;<sup>c</sup> 军团菌的特殊培养基;<sup>d</sup> 胸穿和胸水培养

侵袭性诊断技术仅适用于以下情况之一:①经验性治疗无效或病情仍然进展者,特别是已经更换抗菌药物一次以上仍无效时;②怀疑特殊病原体感染,而采用常规方法获得的呼吸道标本无法明确致病病原时;③免疫抑制宿主罹患 CAP 经抗菌药物治疗无效时;④需要与非感染性肺部浸润性病变鉴别诊断者<sup>[7]</sup>。

4.4.5 不同病原学检测方案的适用人群

不同基础状况的 CAP 患者其病原体有所不同,而不同病原体选择不同的培养方案其培养结果可能会有所差异。表 2 为英国胸科学会(BTS)的 CAP 诊治指南推荐的不同病原学检测方案适用的 CAP 患者特点<sup>[17]</sup>。

4.5 实验室诊断

2009 年 BTS 的 CAP 诊治指南推荐:对于收入住院的 CAP 患者,实验室检查包括① CRP 作为辅助诊断手段和一项基线特征;②氧饱和度和必要的动脉血气分析用于需要紧急氧疗成年患者;③尿素氮和电解质检查评估患者病情的严重程度;④全血计数或肝功能检查<sup>[17]</sup>。

因此,除特殊情况外,我国成人 CAP 诊治指南和急诊 CAP 专家诊治共识仍推荐实验室检查:血白细胞计数 > 10 × 10<sup>9</sup>/L 或 < 4 × 10<sup>9</sup>/L,少数患者白细胞可在正常范围,伴或不伴细胞核左移、淋巴细胞和血小板的减少<sup>[6-7]</sup>。

表 2 不同病原学检测方案适用的 CAP 患者

血培养:
●如果患者明确诊断为非重症肺炎且无合并疾病,血培养可以省略
●对于所有中、重度 CAP 患者推荐行血培养,适宜在抗生素治疗开始前
痰培养:
●对于中度 CAP 并咯脓性痰既往没有接受抗生素治疗的 CAP 患者,痰标本应该送培养和敏感度检查。样本须迅速送至实验室
●对重症 CAP 患者或没有改善的患者应行痰培养或其他下呼吸道标本培养
●对军团菌尿抗原阳性的患者应该尽可能行痰液军团菌培养,以便为流行病学提供菌株类型数据并与推测环境来源的菌株类型进行比较
革兰染色痰涂片:
●高危或存在并发症的 CAP 患者需行革兰染色痰涂片检查,或许可以快速提供可能的病原体提示。不必要对所有患者常规行革兰染色,但它有助于解释实验室细菌培养结果
●既往已接受抗菌治疗的患者标本对诊断鲜有帮助
●实验室应严格按照当地实验标准行革兰染色痰涂片检查,并对报告进行合理解读
肺炎支原体的检测:
●呼吸道样本例如痰液的 PCR 检查应作为支原体肺炎的重要诊断方法
●临床和流行病背景怀疑支原体肺炎,患者缺乏痰液或下呼吸道样本的情况下,可行咽喉拭子肺炎支原体 PCR 检测
●可行其他检测手段,如血清补体结合实验,但对检测结果的解读需谨慎
肺炎衣原体的检测:
●对重症 CAP 患者或高度怀疑鹦鹉热患者应行侵入性呼吸道标本衣原体抗原和(或)PCR 检测
●补体结合试验是常规诊断呼吸道衣原体感染最合适、最具实用性的血清学检测方法

总之,对于急诊医生而言,规范化诊断 CAP 不仅需要熟悉患者的临床表现,同时需要掌握急诊 CAP 临床诊断流程和诊断标准,包括对不同严重程度的患者进行病情判定的标准及内容等,保证在最短时间内全面诊断患者病情,以便做出恰当的治疗方案。

核心起草组专家(排名不分先后):于学忠,周荣斌,陈旭岩,柴艳芬,陈峰,楚英杰,褚沛,单爱军,方邦江,冯建宏,公保才旦,韩继媛,韩希望,何建,何庆,胡卫健,黄子通,解建,黎檀实,李超乾,李莉,李小刚,梁显泉,刘志,卢中秋,陆一鸣,米玉红,钱传云,宋维,田英平,王国兴,王仲,杨立山,尹文,张劲松,张新超,赵斌,赵敏,赵晓东,曾红科,朱继红,陈云霞

通讯作者:郭树彬,首都医科大学附属朝阳医院急诊科,E-mail:shubinguo@126.com。

参考文献

[1] 陆一鸣,陈影. 急诊社区获得性肺炎患者的快速诊断[J]. 中国急救医学, 2012, 32(2): 128-129.

[2] Musher DM, Thorner AR. Community-acquired pneumonia[J]. N Engl J Med, 2014, 371(17): 1619-1628.

[3] Claessens YE, Debray MP, Tubach F, et al. Early Chest CT - Scan to Assist Diagnosis and Guide Treatment Decision for Suspected Community - Acquired Pneumonia[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2015, 192(8): 974-982.

[4] Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis - Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine[J]. Intensive Care Med, 1996, 22(7): 707-710.

[5] McIntosh KA, Maxwell DJ, Pulver LK, et al. A quality improvement initiative to improve adherence to national guidelines for empiric management of community-acquired pneumonia in emergency departments[J]. Int J Qual Health Care, 2011, 23(2): 142-150.

[6] 中国医师协会急诊医师分会. 急诊成人社区获得性肺炎诊治专家共识[J]. 中国急救医学, 2011, 31(10): 865-871.

[7] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655.

[8] Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults[J]. Clin Infect Dis, 2007, 44 Suppl 2: S27-72.

[9] 刘安雷,郭树彬. 重症肺炎的急诊治疗策略[J]. 临床误诊误

治, 2013, 26(5): 3-5.

[10] RelloJ. Demographics, guidelines, and clinical experience in severe community-acquired pneumonia[J]. Crit Care, 2008, 12 (Suppl 6): S2.

[11] Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, et al. Multiple organ dysfunction score a reliable descriptor of a complex clinical outcome[J]. Crit Care Med, 1995, 23(10): 1638-1652.

[12] 占扬清,陈荣昌,叶枫,等. 成人社区获得性肺炎的病毒病原学及临床特征分析[A]. 中华医学会第七届全国下呼吸道感染学术大会暨第一届多学科抗感染治疗学术研讨会论文汇编[C]. 2011.

[13] Aguiar FJ, Ferreira - Júnior M, Sales MM, et al. C-reactive protein; clinical applications and proposals for a rational use[J]. Rev Assoc Med Bras, 2013, 59(1): 85-92.

[14] 赵顺英. 病毒与细菌感染引起小儿急性发热的鉴别[J]. 中国小儿急救医学, 2009, 16(1): 4-6.

[15] 降钙素原急诊临床应用专家共识组. 降钙素原(PCT)急诊临床应用的专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21(9): 944-951.

[16] 杨艳丽,滑炎卿. 社区获得性肺炎的临床和影像学表现[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2010, 16(5): 379-383.

[17] Lim WS, Baudouin SV, George RC, et al. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009[J]. Thorax, 2009, 64(Suppl 3): iii1-55.

[18] 刘士远,谢丽璇. 影像学在肺部感染诊断中的地位[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2010, 16(5): 361-367.

[19] Wunderink RG, Waterer GW. Clinical practice. Community-acquired pneumonia[J]. N Engl J Med, 2014, 370(6): 543-551.

[收稿日期:2015-10-30][本文编辑:裴俏]

## 《中国急救医学》杂志被确定为国家卫生计生委首届优秀期刊并被推荐参评 第三届中国出版政府奖”期刊奖

国家卫生计生委贯彻落实国家新闻出版广电总局《关于开展第三届中国出版政府奖评选表彰活动的通知》(新出字[2013]242号)要求,严格按照综合评价总分排序(总被引频次、影响因子、他引率、平均引文数、基金论文等等),从政治问题、科研设计、编辑规范、出版质量、广告等方面进行审读,综合2010~2012年期刊总收入、期刊发行量等指标,确定《中国急救医学》杂志等25种期刊为国家卫生计生委首届优秀期刊,并将《中国急救医学》杂志等10种期刊推荐参评“第三届中国出版政府奖”期刊奖。

(本刊编辑部)