

湖北新增病例为何一夜间过万？

五问“临床诊断病例”

统计口径变化导致病例陡增，除了堵上传播的漏洞、提高救治效率，也体现了疫情防控的思路转变。

2月12日，湖北新增新冠肺炎病例14840例，2月11日，湖北新增新冠肺炎

病例1638例，一夜之间，病例陡增。

记者发现，这一数字差异源于统计口径的变化。新增新冠肺炎病例中新纳入了临床诊断病例数，并非确诊病例。12日新增病例中，含临床诊断病例

13332例，如果刨除这一数字，确诊病例为1508例，比2月11日稍有下降。

国家卫健委回应，湖北病例诊断分类中增加“临床诊断”，以便患者能够早诊早治，进一步提高救治成功率。专家

认为，对临床诊断病例的治疗上，应注意隔离、防范交叉感染。

统计口径变化导致病例陡增，除了堵上传播的漏洞、提高救治效率，也体现了疫情防控的思路转变。

追问1

什么是临床诊断病例？

在新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第五版)中，病例诊断根据湖北省和湖北省以外其他省份区别对待。

湖北以外其他省份仍然分为“疑似病例”和“确诊病例”两类。湖北省增加“临床诊断”分类。

湖北省的疑似病例的标准为：无论有没有流行病学史，只要符合“发热和/或呼吸道症状”和“发病早期白细胞总数正常或降低，或淋巴细胞计数减少”这2条临床表现，便可考虑为疑似病

例。而临床诊断病例，则为疑似病例具有肺炎影像学特征者。

也就是说，相比确诊病例，湖北省临床诊断病例，是尚不具备病原学证据，但具备临床表现、肺炎影像学特征的患者。

国家卫健委高级别专家组成员、中国疾病预防控制中心流行病学首席科学家曾光接受媒体采访时解释，“临床诊断病例”就是实验室还没确诊，还没有查到核酸检测阳性，只是临床症状“看着像”。

追问2

为何湖北要单独分类？

国家卫健委12日上午回应，根据第五版诊疗方案，在湖北省的病例诊断分类中增加了“临床诊断”，以便患者能够早诊早治，进一步提高救治成功率。根据该方案，近期湖北省对既往的疑似病例开展了排查并对诊断结果进行了订正，对新就诊患者按照新的诊断分类进行诊断。

湖北省卫健委12日表示，为与全国其他省份对外发布的病例诊断分类一致，从12日起，湖北省将临床诊断病例数纳入确诊病例数进行公布。

此前，武汉大学中南医院影像科副主任张笑春呼吁，强烈推

荐CT影像作为新冠肺炎的主要依据，因为CT阳性、核酸阴性的结果，可能影响临床排查。

一位在武汉前线支援的专家分析，此举是基于现实情况下，为了提高救治率、降低病死率的考虑。

一方面，当地由于患者数量过多，部分人无法进行病原学检测；另一方面，病原学检测存在“假阴性”的情况，导致部分患者即使做了病原学检测，也没有得到准确的结果。

一位国家医疗专家组成员也认为，不拘泥于病原学检测，有助于更多患者得到及时救治。

追问3

为何病原学检测出现“假阴性”？

把临床诊断病例数纳入确诊病例数进行公布，实际上还因为病原学检测频频出现“假阴性”。

“假阴性”，即患者是新型冠状病毒感染者，但是核酸检测报告阴性，给疫情防控带来不小挑战，也导致了病例确诊信任危机。

2月5日，一位来自武汉的发热肺炎患者，在中日医院呼吸四部确诊为新型冠状病毒肺炎。此例患者入院前三次咽拭子新冠病毒核酸检测均为阴性，甲流核酸检测阴性，因此于1月30日以“重症甲流”收入院。入院后插管上呼吸机，通过肺泡灌洗检测才发现新冠病毒核酸阳性。

类似案例频出，暴露出病原学检测可能存在漏洞。

中央督导组专家、北京朝阳医院副院长童朝晖介绍，PCR(聚合酶链式反应)检测有较高特异性，但采样方法、试剂等都可能影响结果，阳性率低、且不稳定，不

同的医院差距甚大。

北京世纪坛医院呼吸内科主任医师丁新民分析，除了检测和采样保存等流程的问题，“新冠”肺炎本身的特点也增加检测难度。感染者较多干咳、痰液不多，病毒比较难以留存在上呼吸道。目前，采样位置多为鼻咽部(上呼吸道)，并非所有患者都能进行阳性率较高的下呼吸道采样。

国家医疗专家组成员、北京地坛医院感染性疾病诊疗与研究专家李兴旺此前表示，从呼吸道标本来讲，肺泡灌洗液敏感性要高于痰的结果，痰的结果又高于咽部的。所以越是危重病人诊断率越高，是因为能采到肺泡灌洗液。

在实际操作中，更多采用更简单、更快的咽拭子采样，而早期很多患者干咳、无痰，给样本采集和检测带来难度。

追问4

临床诊断病例应如何诊疗？

根据第五版诊疗方案，针对湖北省，要求各级各类医疗机构的医务人员发现符合病例定义的疑似病和临床诊断病例后，应当立即进行隔离治疗，疑似病例和临床诊断病例要单间隔离，对疑似病例和临床诊断病例要尽快采集标本进行病原学检测。

不难发现，确定临床诊断病例后，应尽早隔离，以最大限度、尽快地切断传播源。

“在临床治疗上，病毒性肺炎本就没有特效药。不管是疑似、临床诊断还是确诊，治疗的方法

都差不多。关键就在于有没有及早发现、及早干预，让患者有一个良好的心理状态。”上述国家医疗专家组成员介绍。

不过，也有专家对此表示担忧。

他们认为，在对临床诊断病例的救治中，一定要重视隔离问题，毕竟患者虽未有病原学的确诊，但单从临床表现、胸部影像学来看可能是新冠肺炎，同时，又难以鉴别和其他肺炎的区别。所以必须落实单间隔离，降低交叉感染的风险。



追问5

如何看统计口径的变化？

曾光表示，核酸检测“迟不呈现阳性”的病人确实存在，又不能排除，因此很容易在社会上传播，把这些人纳入新增病例，就可以对他们采取隔离措施，入院治疗，这对社会和病患本人都有好处。

他认为，把“临床诊断病例数”纳入“确诊病例数”进行公布，是正确的步骤，堵塞了一个传播的漏洞。

记者发现，其实，在临床诊断病例纳入新增病例后，疑似病例也在下降。

在湖北省，无论有没有流行病学史，只要符合“发热和/或呼吸道症状”和“发病早期白细胞总数正常或降低，或淋巴细胞计数减少”这2条临床表现，便可考虑为疑似病例。这些疑似病例中，如果具有肺炎影像学特征，会被纳入临床诊断病例。

这也意味着，疑似病例也会大幅下降。2月11日，湖北省现有新冠肺炎疑似病例11295人，较2月10日减少5392人，降幅32.31%，出现自发布“现有疑似病例”后最大降幅。单看10日至12日三天，湖北省疑似病例为16687人、11295人、9028人，连续出现下降。

除了临床诊断纳入新增，最新发布的死亡病例中也出现了临床诊断病例指标。

2月12日，湖北全省累计死亡1310例，其中，临床诊断病例死亡135例，包括武汉市临床诊断病例死亡134例，恩施州临床诊断病例死亡1例。

统计口径的变化，不仅为堵上传播的漏洞，也体现了目前疫情防控的思路转变。

2月9日，湖北省新冠肺炎疫情指挥部发出通知，将排

出的所有确诊患者、疑似患者全部集中收治，分类隔离，确保应收尽收、应诊尽诊。

中央政法委书记安剑2月10日消息，陈一新新任中央赴湖北督导组督查组组长。

2月12日，中央指导组组长、中央政法委书记陈一新在武汉市督导疫情防控工作并召开碰头会。他在会上要求，要实行“三量管控”：即控增量、减存量、防变量。要推动“常规救治”向“综合救治”转变、推动“应急防控”向“依法防控”转变。

陈一新提出，要坚持应收尽收不动摇，确保确诊和疑似患者收治隔离“清零”，力争日清日结，打好应收尽收攻坚战，坚决消除传播源、切断传播链，降低感染率，最大限度减少新增病例，这些，均与目前统计口径放宽的思路一致。

案例

北京医疗队已有多位临床诊断患者出院

记者从武汉一线获悉，北京援助武汉医疗队已经迎来自多位临床诊断患者出院。

2月7日下午，武汉协和医院西院，30多岁的夏女士出

院。夏女士属于临床诊断病例，在北京医疗队病区内经过多日的治疗护理治愈。八九天前，夏女士突然发烧、咳嗽、头疼，浑身乏力，被家人送到

医院后，诊断具有CT肺炎影像学特征，后转到协和医院西院治疗。入院后，两次核酸检测为阴性，根据第五版《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》，具有肺炎影像学特征者，属临床诊断病例。

2月8日，武汉市民汪健(化名)离开隔离病房，回到家中。作为新冠疑似感染者，汪健1月31日进入武汉一家被征用医院住院。该院医生告诉新京报记者，汪健未有阳性的核酸检测结果，但入院时表现出典型症状：发热、咳嗽、腹泻、肺部提示双肺多发斑片影及磨玻璃改变。经过一段时间的治疗，汪健体温恢复正常，两次核酸检测为阴性，且没有其他明显症状，得以顺利出院。

