

登革热和登革出血热 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E7_99_BB_E9_9D_A9_E7_83_AD_E5_c22_302947.htm 名称登革热和登革出血热所属科室传染科病因登革病毒（Dengue viruses）为B组虫媒病毒，归类于披膜病毒科（Togaviridae）、黄病毒属（Flavivirus-es）。病毒有RNA基因组衣壳，呈哑铃形、杆状或球形，直径为40~50nm。可在乳鼠脑内和组织细胞中培养繁殖，以白纹伊蚊细胞纯株（C6/36）最为敏感。登革病毒有I、II、III、IV四个血清型，可用中和、补体结合、血凝抑制试验等方法分型，各型之间有交叉反应，故应取病人双份血清，抗体效价递升4倍以上才有诊断价值。登革病毒易被乙醚、0.25%蚁酸、紫外线照射或40~45℃温度约半小时均可灭活。病理1. 登革热 本病肝、肾、心和脑均有退行性变。心内膜、心包、胸膜、腹膜、胃肠粘膜、肌肉，皮肤及中枢神经系统有不同程度的出血。皮疹中小血管内皮肿胀、血管四周水肿及单核细胞浸润。瘀斑中广泛血管外溢血。2. 登革出血热 本病的主要病变为全身血管损害引起的血管扩张、充血，导致出血和血浆外渗。消化道、心内膜下、皮下、肝包膜下、肺及软组织出血。内脏小血管及毛细血管四周出血、水肿及淋巴细胞浸润，肝脾及淋巴结中的淋巴细胞及浆细胞增生，吞噬现象活跃，肺充血及出血，间质细胞增多，肝实质脂肪变并有灶性坏死，汇管区有淋巴细胞、组织细胞及浆细胞浸润。肾上腺毛细血管扩张、充血及灶性出血，球状带脂肪消失，有灶性坏死。骨髓示巨核细胞成熟障碍。临床表现 潜伏期2~15日，平均为6日左右，其长短与侵入的病毒

量有一定关系。（一）登革热典型病程可分为侵袭期、缓解期和出疹期。1. 侵袭期（发热期）多数患者起病急骤，少数病人可有短暂的前驱症状如头痛、背痛、倦怠、食欲不振等。热度迅速上升至39℃以上，伴畏寒、严重头痛，以及背痛，肌肉关节疼痛（均极剧烈，因此本病曾有“quot.”之称），眼眶痛，眼球后痛（转动眼球时尤甚）等。颜面和眼结膜显著充血、颈及上胸皮肤潮红。全身淋巴结可有轻度肿大，脾将触及、质软、肝也有肿大。其他症状尚有感觉过敏、恶心、呕吐、腹痛、胃纳不佳等，腹泻和便秘均有所见。可有相对缓脉。少数病例在起病24~48小时内出现一过性全身针尖样细小斑疹，主要见于四肢的肘、膝及面部，压之退色。本期持续约2~4日。2. 缓解期多数出现于第4病日，本期约1~2日。一般症状减轻，体温也降至正常。但各次流行情况可有很大差别，多数病例并无缓解期、发热持续无下降趋势。3. 出疹期皮疹于发病后2~5日出现，初见于掌心、脚底，或先发生于躯干及腹部，渐次延至颈和四肢，部分病人面部出疹。皮疹相当明显，多数呈麻疹样，少数呈猩红热样，或介于两者之间；稍有搔痒，压之退色。体温已下降者此时又可上升，呈马鞍型热，全身症状也随之加重。第二次发热可较第一次为高，常骤然下降。皮疹于1~5日（平均3日）内消失，一般与体温同时消退，但也有体温下降后皮疹反见明显者。也有在发热最后一日或在热退后，于脚腿背后、踝部、手腕背面、腋窝等处出现细小瘀斑，加压时不退色；1~3日内消退，并短暂遗留棕色斑。相对缓脉在本期相当明显。重症患者可有出血倾向如鼻衄、瘀点、胃肠道出血等。整个病程约5~7日。病后患者常感虚弱无力和抑郁，完全恢复常需数

周。（二）登革出血热 本病病程可分为发热期、休克期和恢复期。

1. 发热期 本期的主要症状有发热、上呼吸道症状、头痛、呕吐、腹泻等。起病急骤，体温迅速上升，可达40以上，也有起病较慢而有2~4日的前驱症状如低热，头痛，恶心、厌食等。颜面潮红，咽部充血伴干咳。瘀点出现于第2~3病日，常见于面部前额或四肢远端，斑丘疹少见。束臂试验在瘀点出现前即呈阳性。可伴有严重腹痛及腹部有压痛。

2. 休克期 严重患者常忽然出现休克，常发生于第4病日（2~5病日），持续12~24小时。出现烦躁不安，四肢厥冷、体温下降、呼吸快而不规则、脉搏细弱，部分病人出现胃肠道大出血，皮肤大片瘀斑等，偶有昏迷。少数病人可并发支气管肺炎、脑水肿、颅内出血等。

3. 恢复期 经及时抢救，患者可于休克、出血控制后1~2天好转，恢复迅速而完全，无软弱或抑郁现象。偶有心动过缓、过早搏动等。

检查（一）一般常规检查

1. 四周血象 登革热患者的白细胞总数起病时即有减少，至出疹期尤为明显；中性粒细胞百分比也见降低，并有明显核左移现象，有异常淋巴细胞，退热后1周血象恢复正常。登革出血热患者的白细胞总数正常或增多，后者见于严重病例及有继发感染者，一般在1万/mm³以上。血小板减少，最低可达1万/mm³以下。

2. 尿常规 可有少量蛋白、红细胞、白细胞，有时有管型。

（二）病毒分离 取早期病人血液，接种于白纹伊蚊细胞株（C6/36）、分离病毒后须经型特异性中和试验或血凝抑制试验加以鉴定。

（三）血清免疫学检查 取双份血清作补体结合试验、中和试验或血凝抑制试验，以血凝抑制试验的灵敏性较高，而以补体结合试验最具特异性。恢复期单份标本补体结合抗体效价达到1:32以上

有诊断意义；双份血清效价递升4倍以上可确诊。（四）其他在登革出血热病例中尚可见血液浓缩，出、凝血时间延长，血清谷草转氨酶升高，凝血酶原时间延长，电解质紊乱，血白蛋白降低，代谢性酸中毒等。各种凝血因子轻度降低，纤维蛋白原减少，纤维蛋白原降解物轻至中度增加。半数以上的休克病例有DIC表现。诊断应根据流行病学、临床表现及实验室检查等进行综合分析，凡在流行区或到过流行区，在流行季节有忽然起病、发热、剧烈肌肉、骨关节痛、颜面潮红、相对缓脉、浅表淋巴结肿大、热后两天出现皮疹、白细胞和血小板减少等症状者，应考虑为登革热。早期面部及四肢出现明显瘀点或瘀斑，束臂试验阳性并迅速出现休克，有明显出血者对登革出血热的诊断有重要参考价值。病毒分离和血清学检测为确诊的主要依据。以往未患过B组病毒疾病，血清学试验抗体效价较高，血凝抑制试验 $>1\ 640$ ，补体结合试验 $>1\ 32$ ，或恢复期抗体效价有4倍以上升高者，均有助于诊断。鉴别诊断登革热需与流行性感冒，黄热病，钩端螺旋体病，斑疹伤寒、疟疾、伤寒、麻疹、猩红热，药疹等鉴别。登革出血热需与流行性出血热、脑膜炎双球菌败血症、立克次体病等相区别。基孔肯雅（Chikungunya）病毒属于虫媒A组病毒，可引起登革热样临床表现，但病情一般较轻。鉴别主要有赖于病毒分离和血清学试验。治疗登革热和登革出血热无特效疗法，主要采用综合治疗措施。急性期病人宜卧床休息，恢复期时不宜过早活动，饮食以流质或半流质为宜，食物应富于营养并轻易消化。高热病人可酌情静脉输液，每日1000~1500ml，但需注重防止输液反应，有输液反应时，立即给予氢化可的松200mg或地塞米松10mg静脉滴

注，并密切观察病情变化。登革出血热有休克、出血等严重症状，需积极处理。休克者应及时补充血容量，可选用低分子右旋糖酐，平衡盐液，葡萄糖盐水等，首次液体300~500ml，应快速静脉输入，必要时可输血浆或加用血管活性药物（参见20节quot.）。大出血病人应输新鲜血液。上消化道出血者，可服氢氧化铝凝胶、云南白药、甲氰咪胍等，严重者可用冰盐水或去甲肾上腺素稀释后灌胃。对子宫出血者，可用宫缩剂。有脑水肿者，用20%甘露醇250ml和地塞米松10mg静脉滴注，抽搐者可用安定缓慢静脉注射。对肾上腺皮质激素的应用价值，意见尚不一致。预防及预后【预后说明】登革热为一自限性疾病，预后良好，病死率在0.1%以下。老年人有动脉硬化者及严重出血者的预后较差。登革出血热有较高的病死率，尤其是出现休克者，病死率可高达10%~40%；如休克或出血处理得当，则病死率可降至5%~10%。登革出血热与登革热不同，恢复迅速而完全，很少有后遗症抑郁和软弱者。血小板低于5万/mm³者，应警惕有发生大出血可能，脉压降低为休克的预兆。【预防说明】灭蚊、防蚊是预防登革热和登革出血热的主要措施，可参见quot.、quot.等。灭蚊主要在于消灭蚊虫孳生地，伊蚊常在小积水中产卵孳生。如对盆缸、罐、岩洞等进行翻盆、倒罐，填平洼地、疏通沟渠等。喷洒各种有机磷杀虫剂，把蚊虫的密度降到最低水平。对可疑病人应进行医学观察。病人应隔离在有纱窗纱门的病室内，隔离时间应不少于5天。疫苗应用方面，意见尚未统一。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com