目　录

前　言……（1）
登革热病房临床总结（附1024例综述）
……东方县人民医院内科　张泽栋（3）
登革热587例临床小结
……八所港务管理局职工医院　陈文玉（19）
500例登革热、登革出血热和登革休克综合症的治疗
……东方县人民医院内科　高士禧（26）
登革出血热408例临床观察
……东方县人民医院内科　蔡定奋（34）
登革热148例临床分析
……八所港务管理局职工医院　翟承焕（43）
128例登革热临床分析
……自治州人民医院内科　苏胖豪（50）
登革休克综合症221例临床分析
……东方县人民医院内科　张泽栋（57）
登革休克综合症临床治疗体会
……东方县四更卫生院　文玉光（66）
有关登革热病临床几个问题的初步探讨（附106例临床分析）……东方县人民医院　麦笃雄等（69）
妊娠合并登革热31例临床分析
……东方县人民医院妇产科　郭泽珍（79）

需要全本请访问 www.ertongbook.com

14例妊娠合并登革热病例报告
……东方县人民医院妇产科　吴美荣（86）
对小儿登革热诊治的几点看法
……东方县人民医院儿科　孙　波
东方县人民医院登革热病房　胡子容（92）
中医中药治疗登革热30例
……东方县人民医院中医科　李力民（97）
登革热中医治疗的体会
……东方县墩头卫生院　蒲皆仁（102）
复方丹参注射液抢救登革休克综合症的疗效观察
……东方县人民医院儿科　麦笃雄（107）
门诊治疗登革热620例体会
……东方县三家区酸梅乡卫生站　赵少宗（113）
护理登革热患者的点滴体会
……东方县人民医院内科护士　陈有花（116）
登革休克综合症7例骨髓检查报告
……东方县人民医院儿科　麦笃雄
东方县人民医院化验室　石乐奇（120）
谈谈登革热病的防治
……海南铁路工人医院内科　潘先梧（123）
重症登革出血热一例报告
……八所港务管理局职工医院　霍承焕（130）
16例登革出血热死亡病案讨论
……东方县人民医院登革热病房　张泽栋（132）
成功抢救登革出血热合并宫外孕破裂大出血一例报告
……海南铁路工人医院　潘先梧　陈佩琳（144）

登革出血热的诊疗探讨
……东方县人民医院外科　郑忠东
东方县卫生防疫站　方丽凤（148）
泰国北部清迈地区的登革出血热脑病
……（日）五十岚章　分藤桂子（154）
张泽栋译　李方正校
附：1986和1980年海南岛登革热患者地区分布表。（155）
书　法　陆　荣（插页）
书　法　林方纶（封三）
封面设计　郑林明
封面题字　吴陆荣
责任编辑　符镇南
编　辑　张泽栋　吴陆荣

前　言

在东南亚国家中列为引起死亡的十大疾病之一的登革热和登革出血热，一九八六年第二次在海南岛大流行，东方县是重灾区之一。其特点是发病急骤，传播快，范围大，病情重，变化大，死亡率高，对人民健康危害很大。

为了认真总结登革热临床经验和教训，降低死亡率，提高临床诊治水平，东方县政协牵头召开了《登革热病临床经验学术讨论会》。以本县医务人员为主，邀请了昌江县人民医院，港务局职工医院和铁路工人医院等兄弟单位参加。会上代表们宣读了各自的论文，交流了经验，并着重对死亡病案进行了讨论，对出血性休克早期存在于DIC的可能性进行了初步探讨。以及单位之间今后合作开展G—6PD的测定，DHF发生DIC的临床研究，开展中心静脉压测定，创造条件作活组织检查和尸解，以积累更多的临床资料。

这次会议对登革热临床诊治具有积极的指导意义。符镇南副主席在总结时说，象这样的会议，随着科学技术的普及和应用会越来越多。召开专业会议，专题科学讨论会，可以促进各部门业务工作的研究。各个学科的工作者都要在自己的业务范围内，敢于实践，善于总结，创造新成果，作出新成绩。务求研究之风，总结经验之风成为我们工作的主要方法。县委李辉副书记在讲话中指出：我县广大医务工作者，工作在第一线，为解除人民群众的疾苦作出了很大的贡献，在

医治登革热病中立了功。这次会议是一次总结性的会议，集思广益，以砺前进，政协这样作法很好。今后科技、农业、工业等都可以召开这样的研讨会、总结经验，更好地为四化建设服务。

我们本着有益于人民，为人民减轻疾苦，收集登革热病临床医治的22篇论文，编纂成这个专辑，作为诊治临床资料，奉献给工作在医疗卫生战线上的同道们，抛砖引玉，取长补短，共同提高，为四化建设作出贡献。

由于我们水平有限，加之条件所限，认识必定肤浅，甚至错误，希骥同道们指正。

编　者

一九八七年三月

需要全本请访问 www.ertongbook.com

登革热病房临床总结

（附1024例综述）

东方县人民医院内科　张泽林

摘　　要

本文通过1024例登革热临床总结，详细地介绍了我们对登革热、登革出血热、登革休克综合症及并发症的诊断、处理方法和疗效。在如下方面有较深刻的体会：

1．最佳退热方法；

2．登革出血热大出血的处理；

3．输液反应的防治措施；

4．登革热脑病的本质和发生机制；

5．抢救登革休克综合症的经验教训。

根据临床体会，提出按病名：登革出血热——分期：分为四期——合并症：脑病，溶血，心，肺，肝，肾损害，继发消化道，泌尿道，呼吸道感染等的临床诊断方法。

在东南亚国家列为十大引起死亡疾病之一的登革热（DF）和登革出血热（DHF），一九八五至一九八六年，在海南岛再次发生大流行，波及广州，湛江地区沿海县、区。发病人数，仅海南岛就达11万余人次，死亡达300余人。本病房于流行高峰时（7月10日）建立并收治病人。86年度共收治患者1048人、次。现将临床资料总结报告如下，并就

临床有关问题展开讨论。

一、一般资料

1。性别与年龄：

男：602例占 58.8%；女、422例 占41.2%

男:女 =1.4:1

本病房收治14周岁以上患者。其中：

14—18周岁 105例 占10.3%

19—45周岁 851例 占83.1%

46—60周岁 55例 占5.4%

60周岁以上 13例 占1.2%

2.各月出院例数与出院诊断：见表（一）。

（表一）

项目 \ 月份	7	8	9	10	11	12	总计
出院例	141	245	247	223	140	52	1048
登革热	98	157	169	139	85	29	677
D H F	21	61	60	72	29	11	254
D S S	21	24	18	11	15	3	92
休克发生率%	15	9.9	7.3	4.9	11.6	6.9	8.9
合并脑病	1	2	1	2	0	0	6
合并肺炎	3	3	2	1	0	0	9
误诊例	1	3	0	1	10	9	24
误诊率%	0.71	1.2	0	0.4	7.1	17.3	2.3
死亡例	1	0	1	0	0	0	2
病死率%	7.1	0	4.1	0	0	0	1.9

二、诊 断

本组病例均按卫生部（81）卫防字第27号文件诊断标

准。本地区流行期间，有关单位已作病毒分离，证示为Ⅱ型登革病毒感染②。我们根据在流行区，流行季节，有典型病史和体征（结合膜充血，颜面，上胸和颈部潮红），实验室检查血象表现为病毒感染，多数血小板减少者，诊断符合率达95%以上。典型临床过程为，突然发热，持续不退，畏寒、乏力，头部、全身关节疼痛（剧痛少见），未经处理的病例持续4—6天热稍退。几乎所有病例均出现消化道症状，如上腹部，胸骨后饱胀，隐痛，拉稀便，粘液便，柏油样大便和血便。部分男性青壮年患者出现顽固性呃逆，可能与使用地塞米松有关。重症病例在病程中4—6天出现器官出血，溶血，休克或神经系统症状，此类重症例初次就诊约占本组病例三分之一左右，且多数可以追踪到明显诱因，如高热时间过长，长期不能进食，呕吐，腹泻，输液反应及自用某些药物等。住院病例经综合处理后，病情稳定，食欲恢复是病程转入恢复期的指征。

病程早期（1—2天内）辅助检查无特异性，大部分病例血小板无显著降低。误诊24例中，疟疾9例，急性扁桃体炎8例，流感4例，泌尿系感染，肺部感染和丝虫病各1例。值得注意的是误诊病例中18例为中青年女性，与月经期，早期妊娠血小板降低有关。

本组病例中，出现出血性皮疹，瘀斑者约占5%左右，与一九八〇年流行时皮疹出现率有显著差异③。由于条件所限，本组病例未作病毒分离和病毒鉴定，部分轻型登革热与流感无法鉴别。另外，有4例疟疾患者可能并患登革热。

三、退　热

发热高低，持续时间与病情及预后有密切关系，因此，

迅速降温有积极意义。本组发热病例多数为持续高热即稽留热型，双峰热型不足10%。我们对发热38.5℃以上558例(占54.5%)分别采用不同的退热方法，归纳主要有如下四组：第一组：肌注大青根，柴胡、地塞米松（10mg、Bia）第二组：肌注大青根、柴胡，静脉点滴地塞米松（10mg、Bia）第三组：口服中药加肌注柴胡，大青根；第四组：肌注亚冬眠（冬眠灵25mg，非那根25—50mg）加冰敷，加肌注地塞米松（10mg Bia）。退热效果如表（二）：

（表二）

项目 / 分组	测试例数	最短退热时间	最长退热时间	平均退热时间
第一组	159	3小时	6天	39.4小时
第二组	31	2.9小时	5.6天	32.5小时
第三组	17	9小时	6.5天	40.6小时
第四组	351	2.5小时	4.5天	23.2小时

以上结果，均未排除病程天数对测试结果的影响。我们体会，普遍推广使用亚冬眠加冰敷、配合使用地塞米松后，退热时间显著缩短，临床症状普遍减轻。其机理可能与亚冬眠能降低机体耗O_2量，对抗组织胺的释放从而减轻血管损害有关。为了防止体位性低血压，嘱患者注射药物后绝对卧床10小时。

第三组由于病例少，难以确定效果。实践证明，患者因高热，食欲差，口服中药难于接受，不易普遍实施。大青根，柴胡未见确实疗效，且增加臀部肌注药量，易致注射部位红肿，紫斑和出血不止，可尽早停用或不用。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

四、登革出血热（DHF）

本次登革热大流行，出血病例比80年流行时明显增高。本组病例诊断为DHF者共323例，占31.5%。发生率与病原学结果相一致。出血多数发生于病程中第4—7日，多伴有血小板突然降低，80%以上病例在4—7万/mm^3。出血部位和例数见表（三）：

（表三）

出血部位	消化道	鼻衄	牙龈	阴道（子宫）	气管	尿道	肺	二个/二个以上部位	总计
例数	102	76	34	26	4	2	3	77	323
%	31.6	23.5	10.5	8.1	1.3	0.6	0.6	23.8	100

所有病例均常规使用止血敏以期提高血小板的质和量，但预防和止血效果难以肯定。凡具出血征象者，加用安络血，止血芳酸和维生素k_3等止血药。出血量较大（500ml以上，Hb＜6g%）者，适量输进新鲜全血。此外，鼻衄者用安络血浸棉球或凡士林纱条填塞，压迫出血点；阴道（子宫）出血加用宫缩剂和益母丸；大便潜血阳性者加用甲氰咪胍和云南白药等。这些综合性措施都取得满意的效果。顽固、大量地消化道出血治疗上感到棘手。后阶段，我们尝试，对于此类患者完全禁食（包括禁食药物），由肌肉和静脉给药使5例呕血，便血量达800ml以上患者转危为安。其机制和效果有待于今后进一步探讨。口服或腹腔内注射去甲肾上腺素冰盐水未能获得显著效果可能与血管壁功能受损，对儿茶酚胺的敏感性减弱有关。

鉴于如下临床资料，笔者就DHF的诊断和大出血的预

防问题提出讨论：

1．本组病例诊断为DHF中有318例否认既往患登革热病史，18例诉一九八〇年本县首次大流行时患登革热，其中有5例本次留医诊断为DHF，但出血量小于200ml。1例青年女性，一九八〇年全身广泛皮肤出血，鼻衄，消化道出血，为本院留医病例中最危险者。本次再患，仅腹部下肢出现少量出血性皮疹。此现象提示，“二次感染”不是本次流行，出血病例增多的原因，而与病毒毒力有关。

2．大出血病例，血小板计数多在4—7万/mm^3之间。14例在4万/mm^3以下仅3例出现大出血，2例在2.5万/mm^3以下并无出血征象。69例DHF患者作出凝血时间测定，仅3例略延长。37例作二氧化碳结合力测定，33例低于正常，表现为轻度和中度酸中毒。这些结果提示，DHF发生出血，不仅与凝血机制破坏有关，还可能与体内酸性产物、组织胺的含量增高有关，与血小板数量的减少无平行关系。

3．多数出血病例肝区叩击痛，但肝大的阳性率<20%，束臂试验阳性率亦仅30%左右。故文献中将肝大，束臂试验阳性作为诊断DHF的重要标准⑤似不妥。

4．笔者观察DHF患者，鼻衄90%发生在李特氏区，少数为后鼻孔出血。消化道大出血往往有腹部隐痛，拉稀便、脓血便或不洁饮食史为前兆，阴道（子宫）大出血多发生在分娩、流产或月经后1—3天内。显然，DHF大出血与上述部位的血管解剖特点及易受理、化因素刺激有关。早期对这些易出血区采取保护性措施，如口服甲氰咪胍，注意冷饮食等，有可能防止大出血发生。

五、登革休克综合症（DSS）

同其它病毒感染性疾病相比较，登革热易引起休克。本组病例中，92例发生休克，发生率8.9%。其机理，笔者已专文论述⑥。由于血管功能损害，低蛋白血症，低血容量及心功能损害等原因，许多患者临床表现为低血压状态（血压80/60mmHg左右）。诸多因素即可导致休克发生。表四是92例DSS并发症状和诱因：

时间	入院前休克68例								占73.9%
症状诱因	持续高热>五天	消化道出血	鼻衄	多部位出血	腹泻	呕吐	溶血	输液后	自用退热剂
例数	8	18	15	8	4	3	7	3	2
%	8.7	19.6	16.3	8.7	4.3	3.3	7.6	3.3	21.

入院后休克24例占26.1%								总计
消化道出血	鼻衄	阴道出血	呕吐	腹泻	口服补液	用地塞米松	输液（血）后	
6	3	3	1	2	2	1	6	32
6.5	3.3	3.3	1.1	2.1	2.1	1.1	6.5	100

按国内休克诊断标准分为：早期休克73例，占79.3%，中期15例，占16.3%，晚期4例，占4.4%。器官出血作为休克的诱因和伴随症状共57例，占休克总例数61.9%，无出血征象的DSS患者35例，占38.1%。实验室检查，多数为白

细胞降低，少数为升高，中性亦增高。血小板均降低。绝大部分病例低血Na^+低血Ci^-，低血K^+，酸中毒。部分病例尿素氮，谷丙转氨酶轻度升高。心电图报告多为窦缓，个别为传导阻滞和心肌劳累。

抢救DSS关键是针对休克产生的始动环节采取综合措施。快速输液，酌情输进新鲜全血对于低血容量性休克尤为重要。双管补液，先盐后糖（均为低渗，其中一管必为碳酸氢纳液。多数休克病例在12小时左右即可纠正，补液量多为3000—4000ml/24小时。同时使用大剂量地塞米松50—100mg/24小时和维生素C（6g/24小时）等药物。未使用血管活性药物。抢救成功90例，成功率97.8%，其中两例为重度休克，血压、脉博均不可测。

值得注意的是，8例输进低渗糖盐液（液体中加入地塞米松5—10mg）后即刻发生休克，临床症状酷似过敏性休克。调查材料表明，与输液胶管中过敏原和致热原进入体内有关。资料报导，登革热患者血清中IgE的含量明显增高⑦，而高热使体内组胺酶，腺苷环化酶失活，当过敏原进入体内时极易发生I型（速发型）变态反应。如不妥善处理，在登革热病变的基础上引起超高热、休克，促使和加剧脑水肿形成。这就是登革热患者静脉给药极易发生输液反应，且反应后果多为严重的原因。与输高渗糖无直接关系。我们观察到，登革热患者静脉输液发生反应后少数病例发生休克，病情急剧恶化，个别伴有超高热者则预后凶险。

输液反应引起死亡病例，一九八〇年佛山、海口、三亚等地均有报导，本次流行，临高、海口，东方都有发生。因此，为了防止此类病例发生，我们采取了较为严密的措施，并取得了满意的效果。

1．对高热39℃以下、病程较短（1—3天）而无休克征象者，静脉补液持慎重态度，尽可能口服补液。

2．必须由静脉给药者，首次输液前常规肌注非那根25—50mg，静注液中加入地塞米松10mg。高热者、则肌注亚冬眠加冰敷后再输液。

3．一旦发生输液反应，立即停止输液，观察血压变化。按过敏性休克处理，肌注非那根50mg，皮下注射盐酸肾上腺素0.5mg，10—15分钟一次，连续2—3次。静脉或肌注地塞米松10mg口服糖盐和碳酸氢钠混合液。高热者配合冰敷物理降温。

4．加强供应室输液管消毒工作，加强护理人员无菌操作。

采取以上措施后，未再出现输液后病情急剧恶化的病例。在登革热临床和抗休克中，地塞米松被广泛应用。但有2例用地塞米松后出现体温不升，血压下降，四肢湿冷，大汗不止等早期休克征象，停药后自行恢复。

六、并发症

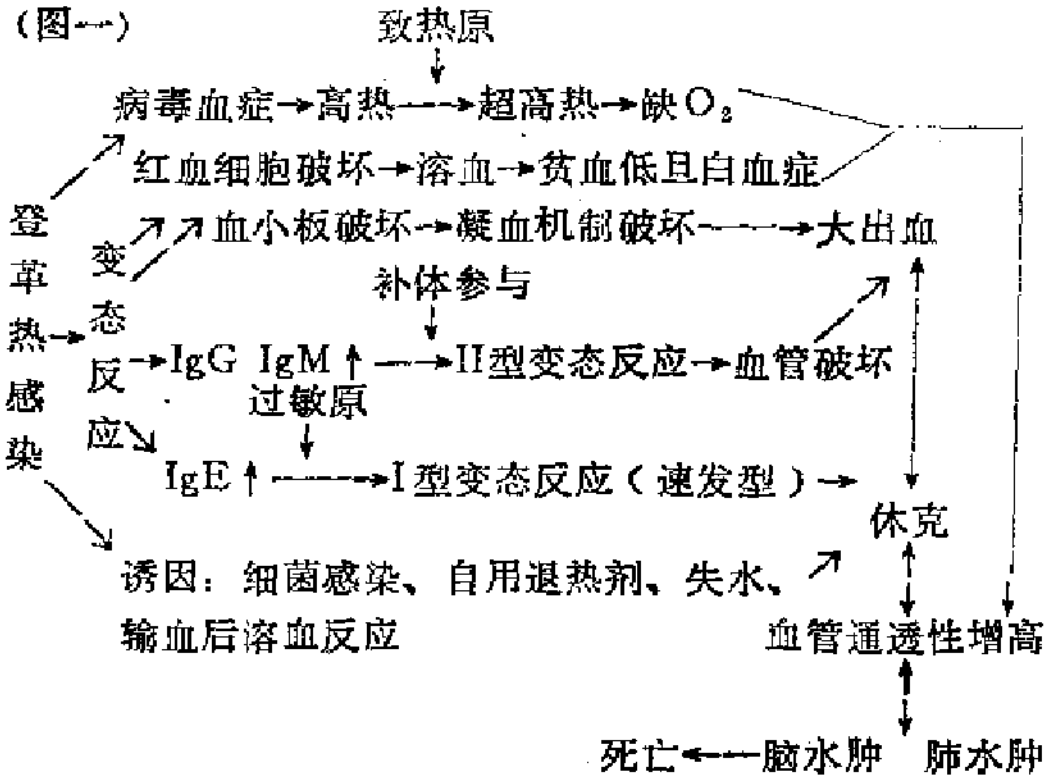
登革热是一全身性疾病。系由病毒血症和异常免疫反应导致全身血管（尤其是毛细血管）功能一过性损害，由此产生一系列临床症状。如脑病，心脏损害，溶血，肠道，泌尿道感染等。严格地说，上述均为登革热病变的临床表现。但笔者认为，多数患者自然病程中并不出现上述症状，而与个体差异和诱因有关。故笔者视上述表现为登革热合并症，并体会如下：

1．脑　病

9例患者除剧烈头痛外，还伴有恶心，呕吐、烦燥、瞻妄、乱语、神志不清等中枢神经系统症状。其中二例为浅昏

迷，一例深昏迷。文献多称为“登革热脑型”⑧。我们体会，认为称“脑病”更妥。其本质即脑水肿和脑出血。脑水肿多数与持续高热、超高热，休克，酸中毒及不恰当地补液有关。如图(一)所示，为登革热患者产生脑水肿的机制：

(图一)



应该警惕，登革热较之其它疾病更易出现“脑病”，合理地处理产生环节可以防止“脑病”的发生。慎密掌握液体疗法实施的时机，数量和速度尤属必要。除合并大出血、呕吐、腹泻外，进液量一般不超过3000—4000ml/24小时，静脉给药后发生过敏性休克更不能贸然大量补液。

抢救脑水肿的经验尚不成熟。我们体会，轻度脑水肿经利尿，脱水和一般处理后能较快恢复，中度以上者，使用甘

醇应早、快、用量适当加大可得起能效果。一例输液反应后产生重度脑水肿，因发现较晚，出现呼吸衰竭抢救归于失败，可能与脱水较晚有关。颅痛定用于剧烈头痛效果较好。

2。溶血：

本组病例中发生溶血9例、占0.9%。均于发病第四至六天内出现皮肤、粘膜和巩膜黄染，酱油样尿。化验室检查为血红蛋白尿。按一般溶血处理原则，较大剂量地塞米松，碱化尿液，配合使用低分子右旋糖酐等都取得满意的效果。登革热引起溶血，多数人认为与体内G—6PD的缺陷有关⑨，由于条件所限，未能证实。一例DHF输入不同型（AB型、输入A型）新鲜全血后发生溶血，肾功能衰竭，值得注意。

3。心脏损害：

约半数左右病例在病程中4—7天出现缓脉。心电图检查绝大部分为窦缓，个别为传导阻滞和心肌劳累，无一例高血K^+的心电图表现。其发生机理，可能系心肌细胞和传导系统水肿、应激性和传导性减弱为主要原因。心率40—50次/分患者，辅助使用细胞活性药物（如ATP、Co—A等）或不经处理，2—3天内自行恢复正常。心率小于40次/分者则应绝对卧床休息，加以对症处理。使用阿托品稍能提高心率。

4。消化道感染：

本组病例消化道症状较突出。三分之二以上患者有腹胀，隐痛，少数有腹泻，粘液便和脓血便。8例由于剧烈呕吐或频繁腹泻而诱发休克。登革热合并消化道感染可能因胃肠道缺血、缺O_2、水肿导致细菌性感染即机遇性感染有关。

常规给服甲氰咪胍，百炎净，土霉素等药物实属必要。

5，泌尿系感染：

并发泌尿系感染多发生于中、青年妇女。尿频、尿急、腰痛为主诉。实验室检查尿常规有蛋白尿，红、白细胞和脓球，尿素氮轻度升高。2例有颗粒管型。经临床处理（抗菌素、利尿药等）都于短期内转为正常。未发现如慢性肾炎样免疫复合物对肾脏长期损害的病例。

七、死亡病例讨论

合并消化道大出血和脑病为本次我县登革热大流行中两大死亡原因。本病房死亡2例(病死率1.9%)均具代表性。经病房讨论，对死亡原因分析如下。两例死亡病例一般资料见表(五)：

（表五）

项目	性	年	进院	留至	病	进院	入院体征				辅助检查	死亡	最后
例号	别	龄	时间	时间	程	主诉	T	P 次／分	PB mmHg	R 次／分	阳性结果	原因	诊断
1	女	22	15/7	16小时	5天	发酸热痛全身4天	39.00 °C	98	100/60	24	低Na^+ CO_2-CP 38.1 VOl%	脑水肿呼衰（输液反应）	登革热脑病
2	男	26	15/9	44小时	7天	发寒热4昼夜	36.8 °C	90	60／40	22	血小板4.5万大便OB卅CO_2-CP22.4 VOl%腹水为渗出液	重度出血休克肾衰	登革热合并休克综征，消化道大出血。

例1于病程第5天步行入院，在静脉输液（液体为5%GNS加地塞米松10mg）后约20分钟时突然发生畏寒、寒颤、呕吐、烦燥，四肢湿冷、多汗，血压下降(70/50mmHg)，随

需要全本请访问 www.ertongbook.com