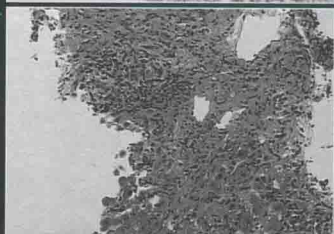
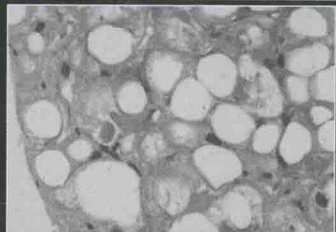
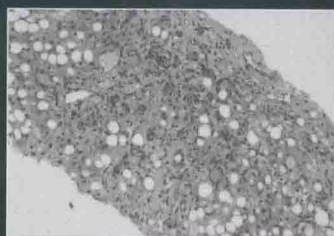
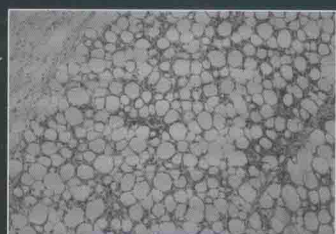


中华医学系列图书

ZHONGHUA YIXUE XILIE TUSHU

临床病例会诊与点评 ——传染病分册

LINCHANG BINGLI HUIZHEN YU DIANPING
——CHUANRANBING FENCE



● 主 编 李兰娟



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

• 中华医学系列图书 •

临床病例会诊与点评 ——传染病分册

LINCHUANG BINGLI HUIZHEN YU DIANPING
——CHUANRANBING FENCE

主 编 李兰娟



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床病例会诊与点评·传染病分册/李兰娟主编. —北京:人民军医出版社,2014.6
(中华医学系列图书)

ISBN 978-7-5091-6056-5

I. ①临… II. ①李… III. ①临床医学②传染病—诊疗 IV. ①R4②R51

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 104494 号

策划编辑:张 田 马 莉 文字编辑:杨善芝 责任审读:吴铁双

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8225

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:26.75 字数:648 千字

版、印次:2014 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—1200

定价:189.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书编者在广泛收集典型病例、疑难病例和个案病例共 142 例的基础上,结合自己丰富的临床经验、学术造诣和国内外最新进展,对每个具体病例进行分析、总结和点评,阐述了各位专家对某种疾病的共性认识与独到见解。本书内容丰富、理论联系实际,反映了我国传染病疾病的诊疗水平和最新进展,有较高的学术水平与临床实用价值,对培养传染病科医师的临床思维能力,以及提高整体认识与诊治疾病的能力有较大帮助,可供传染病科的临床医师、研究生、进修生和科研人员阅读参考。

编著者名单

- 主 审** 马亦林 浙江大学医学院附属第一医院
 千梦久 浙江大学医学院附属第一医院
 翁心华 复旦大学附属华山医院
 斯崇文 北京大学第一医院
- 主 编** 李兰娟 浙江大学医学院附属第一医院
- 副 主 编** 谭德明 中南大学湘雅医院
- 编 者** (以姓氏笔画为序)

马 萍	王 青	王 婕	王 端	王会清	王 林
王建奇	王春妍	王临旭	王晓东	王建设	韦 嘉
方德仁	平 蕾	卢 琳	卢琳琳	卢洪洲	史冬梅
白雪帆	吐尔干艾力·阿吉	朱 彪	伍喜良	向选东	
全 俊	刘正敏	刘亚敏	刘国旺	刘国珍	刘征波
闫 妍	麦 丽	严 颖	严景文	李 武	李 海
李 嘉	李兰娟	李春香	李秋伟	李润琴	李聪智
杨天娇	杨美芳	邹怀宾	应灵军	汪 玲	沙新平
宋 炜	宋立文	张 璇	张文宏	张宇峰	张宏丽
张俊丽	张晓红	张跃新	陆 怡	陈冬玲	陈禄彪
陈永平	邵英梅	邵凌云	林炳亮	林潮双	欧阳奕
罗如平	周 莉	周志慧	周国强	周惠娟	郑 临
郑毓芳	孟成艳	赵志新	胡 烨	柯伟民	贾战生
夏 琦	倪 勤	徐 亮	徐启桓	高志良	诸葛传德
黄 燕	黄长形	黄宇琨	黄建荣	黄魏溪	曹 茜
曹武奎	盛吉芳	崇雨田	彭梅娟	程计林	鲁猛厚
谢 青	谢元林	谢玉桃	谢建萍	谢俊强	赖 菁
蔡 端	谭德明	缪晓辉	潘孝彰		

- 主编助理** 郑 临 浙江大学医学院附属第一医院
 贾红宇 浙江大学医学院附属第一医院

序

临床病例讨论是临床工作实践总结与临床经验积累的主要方式,是一个由理论到实践,再由实践到理论的升华过程。当前,临床医学的诊断与治疗有了迅速进展,特别是诊断手段与方法随着高科技、新设备的出现,正越来越多地被临床医师所熟悉和掌握。可供选择的治疗方法也逐渐增多。因此,更新知识和理念,掌握新的诊疗技术,了解临床医学的最新进展已成为广大医务工作者的迫切需要或要求。

尽管今天的医疗技术已为临床医师提供了先进的诊断技术与仪器、器械,并可为确诊提供重要依据。但任何技术均代替不了正确的、科学的分析、综合与准确判断的思维方法,这是因为医务工作者本人才是做出正确临床诊断决策的关键,即人才是决定的因素。基于这个理念,由中华医学会杂志社与人民军医出版社共同策划、组织编写了一套《临床病例会诊与点评》丛书,收入了部分近年来曾在中华医学系列杂志病例讨论栏目中发表的优秀文章,同时也征集了全国各大、中型医院的典型及疑难病例,将其归类为 21 个学科分册,在国内组织数百位具有权威性的临床医学专家对这些病例进行个案及综合分析与点评,提出精练的思维方法和清晰的诊疗思路,汇集众多医学专家宝贵的临床经验,综述近年来医学领域的新理论、新观点、新进展,旨在引导勤奋刻苦、好学上进的年轻医师避免走误诊、误治的弯路,在医学道路上艰苦探索,走出一条成功之路,逐步成为造诣精深的临床医学专家。在此,我对为编写《临床病例会诊与点评》付出心血和努力的各位专家表示衷心的感谢!

这套《临床病例会诊与点评》丛书是集体智慧的结晶。它内容丰富,资料翔实,科学实用,是一套很有价值的参考书,相信它将对提高我国临床医师整体医学诊疗水平起到巨大的促进作用。

我很愿意为此套丛书作序,并希望它的出版能为临床医学科学的发展起到推动作用。

钟南山

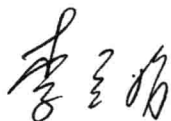
前言

循证医学的发展使得各种基于大量临床试验结果制定的指南不断公布并日益更新,这对临床实践的规范化有重要指导意义。但是,当临床医师日常面对大量病情是千变万化的患者时,面对少见、疑难、新发、危急重症的患者时,仅照搬指南显然是不够的,此时医师的临床经验就显得极为重要。

临床医师的经验从哪里来?来自于诊疗过程中的问题,特别是经验与教训的积累和分析。在实践中提出问题,通过理论学习或讨论等方式解决问题,再通过总结来提高自身的临床实践与理论水平,这种螺旋式上升的经验积累方式在实践中证明是非常有效的。然而近年来,随着医疗检查技术的快速更新,不少医师盲目追求和依赖高新诊疗技术,动辄就用CT、磁共振成像等检查,而忽视了最基本的诊断方法如“望、触、叩、听”等在医疗活动中的作用。同时,随着临床医学分科越来越细,造成专科医师有时出现“一叶障目,不见泰山”的局面,这些其实都不利于专科医师的临床经验的积累与医疗技术的提高。

当前,传染病的诊断与治疗均有了长足的进展,各种新技术与新方法的不断涌现加速了本学科的发展,但某种程度上使临床医师的“惰性”有所增加。在这种情况下,《临床病例会诊与点评——传染病分册》的出版是非常必要而又及时的。以病例分析为基础的学习对于提高传染病专科医师的诊疗水平非常有效,更何况本书汇集了全国多家知名医院医师所提供的临床病例资料,在详细介绍病史特点、检查结果、治疗过程及临床预后的基础上,辅以该领域知名专家对该病例及相关疾病的深入点评,本书也介绍了许多治疗的新方法、新思路,这对专科医师提高对该疾病的认识和处置能力具有重要的作用。

由于时间有限,书中难免有不足之处,希望各位读者不吝指正。最后,感谢所有提供病例,参与本书编写的医院和各位编者富有成效的辛勤劳动。



2014年1月

目 录

第 1 章 病毒性疾病	(1)
病例 1 人感染高致病性禽流感	(1)
病例 2 流行性腮腺炎	(4)
病例 3 流行性腮腺炎	(7)
病例 4 流行性腮腺炎	(9)
病例 5 流行性腮腺炎	(11)
病例 6 麻疹	(13)
病例 7 麻疹	(15)
病例 8 麻疹	(17)
病例 9 风疹	(18)
病例 10 麻疹并中毒性肝炎	(21)
病例 11 水痘	(24)
病例 12 水痘	(25)
病例 13 水痘合并脑炎	(28)
病例 14 人巨细胞病毒性疾病	(31)
病例 15 巨细胞病毒感染	(33)
病例 16 巨细胞病毒性肠炎	(34)
病例 17 巨细胞病毒性肠炎	(36)
病例 18 传染性单核细胞增多症	(38)
病例 19 传染性单核细胞增多症	(40)
病例 20 传染性单核细胞增多症	(42)
病例 21 病毒性肝炎(甲型、急性黄疸型)	(44)
病例 22 病毒性肝炎(甲型、急性重型)	(46)
病例 23 病毒性肝炎(乙型、急性黄疸型)	(49)
病例 24 急性肝衰竭、病毒性肝炎(乙型、急性重型)	(51)
病例 25 病毒性肝炎(乙型、慢性重型)	(54)
病例 26 病毒性肝炎(乙型、慢性重型)	(61)
病例 27 乙型肝炎相关性肾炎	(63)
病例 28 病毒性肝炎(乙型)合并甲状腺功能亢进症	(67)
病例 29 病毒性肝炎(乙型、慢性中度)合并吉兰-巴雷综合征	(71)
病例 30 病毒性肝炎(乙型)合并药物性肝炎	(73)

病例 31	病毒性肝炎(乙型、慢性重型)合并妊娠	(76)
病例 32	病毒性肝炎(乙型、慢性重型)合并曲霉菌肺炎	(78)
病例 33	病毒性肝炎(乙型、慢性重型)合并曲霉菌感染	(81)
病例 34	乙型肝炎肝硬化合并败血症	(84)
病例 35	乙型肝炎肝硬化合并肝肾综合征、肾衰竭	(89)
病例 36	病毒性肝炎(丙型、急性黄疸型)	(96)
病例 37	病毒性肝炎(丙型)	(99)
病例 38	病毒性肝炎(丙型、慢性中度)	(102)
病例 39	病毒性肝炎(戊型、急性黄疸型)	(104)
病例 40	病毒性肝炎(戊型、急性黄疸型)	(107)
病例 41	病毒性肝炎(戊型、亚急性重型)	(109)
病例 42	病毒性肝炎(未分型、慢性)	(112)
病例 43	淤胆型肝炎	(115)
病例 44	脊髓灰质炎	(117)
病例 45	人细小病毒 B19 感染	(119)
病例 46	流行性乙型脑炎	(122)
病例 47	流行性乙型脑炎	(125)
病例 48	流行性乙型脑炎	(127)
病例 49	流行性乙型脑炎	(129)
病例 50	病毒性脑炎	(133)
病例 51	病毒性脑炎	(136)
病例 52	流行性出血热	(140)
病例 53	流行性出血热	(143)
病例 54	流行性出血热	(144)
病例 55	登革热	(146)
病例 56	人口蹄疫	(148)
病例 57	狂犬病	(151)
病例 58	狂犬病	(153)
病例 59	狂犬病	(155)
病例 60	狂犬病	(157)
病例 61	艾滋病	(159)
病例 62	艾滋病合并马尔尼菲青霉菌感染	(166)
病例 63	艾滋病合并隐球菌脑膜炎	(169)
病例 64	传染性非典型肺炎	(171)
病例 65	艾滋病合并急性胆管感染	(173)
第 2 章	立克次体病	(180)
病例 66	地方性斑疹伤寒	(180)
病例 67	恙虫病	(182)
第 3 章	细菌性疾病	(188)

病例 68	猩红热	(188)
病例 69	猩红热(链球菌感染)	(190)
病例 70	猪链球菌感染	(193)
病例 71	流行性脑脊髓膜炎	(194)
病例 72	流行性脑脊髓膜炎	(197)
病例 73	暴发型流行性脑脊髓膜炎	(202)
病例 74	化脓性脑膜炎	(205)
病例 75	肺炎克雷伯菌肺炎、CMV 感染	(208)
病例 76	嗜血杆菌百日咳	(210)
病例 77	葡萄球菌感染性心内膜炎	(213)
病例 78	金黄色葡萄球菌败血症	(215)
病例 79	伤寒(沙门菌感染)	(220)
病例 80	伤寒	(223)
病例 81	甲型副伤寒	(225)
病例 82	急性中毒性细菌性痢疾(混合型)	(228)
病例 83	厌氧菌(伊氏放线菌感染)	(234)
病例 84	淋病	(236)
病例 85	破伤风	(237)
病例 86	蜂窝织炎	(240)
病例 87	布氏菌病	(243)
病例 88	布氏菌病	(245)
病例 89	感染性休克	(248)
病例 90	感染性休克(大肠埃希菌)	(250)
病例 91	结核性脑膜炎	(252)
病例 92	结核性脑膜炎	(255)
病例 93	结核性脑膜炎	(256)
病例 94	淋巴结结核	(259)
病例 95	结核性脑膜炎	(260)
病例 96	耐多药结核	(263)
病例 97	酒精性肝硬化继发结核杆菌感染	(270)
病例 98	胆汁淤积性肝病(肺炎克雷伯菌)尿路感染引起 1 月龄婴儿的 肝内胆汁淤积症	(272)
第 4 章 螺旋体病		(280)
病例 99	钩端螺旋体病	(280)
病例 100	钩端螺旋体病	(285)
病例 101	梅毒	(287)
病例 102	梅毒	(289)
第 5 章 真菌性疾病		(292)
病例 103	组织胞浆菌病	(292)

病例 104	隐球菌感染	(295)
病例 105	隐球菌性脑膜炎	(298)
病例 106	全身隐球菌性淋巴结炎	(300)
病例 107	隐球菌感染	(302)
病例 108	隐球菌性脑膜炎	(304)
病例 109	新型隐球菌性脑膜炎	(307)
病例 110	念珠菌腹腔淋巴结炎	(309)
病例 111	曲霉菌合并热带念珠菌感染	(312)
病例 112	中枢神经系统奴卡菌病	(316)
病例 113	肺部真菌病(7 例不典型肺真菌病临床分析)	(320)
第 6 章 原虫病		(326)
病例 114	阿米巴痢疾	(326)
病例 115	阿米巴肝脓肿合并细菌感染	(327)
病例 116	疟疾	(331)
病例 117	疟疾	(333)
病例 118	疟疾	(339)
病例 119	脑型恶性疟疾	(342)
第 7 章 蠕虫病		(345)
病例 120	并殖吸虫病	(345)
病例 121	肝吸虫病	(347)
病例 122	肝包虫病	(350)
病例 123	肝泡型包虫病	(354)
病例 124	囊尾蚴病	(358)
病例 125	脑囊虫病	(364)
病例 126	广州管圆线虫病	(367)
病例 127	蠕虫蚴移行症	(368)
第 8 章 其他		(371)
病例 128	化脓性脑膜脑炎并低丙种球蛋白血症	(371)
病例 129	结节病	(374)
病例 130	POEMS 综合征	(376)
病例 131	激素诱导重型肝炎	(378)
病例 132	左心房黏液瘤伴亚急性心内膜炎	(381)
病例 133	嗜酸细胞性胃肠炎	(385)
病例 134	药物性肝炎(抗结核药)	(387)
病例 135	重型酒精性肝炎	(389)
病例 136	皮下脂膜炎性 T 细胞淋巴瘤	(394)
病例 137	多脏器功能衰竭(MODS)	(397)
病例 138	川崎病	(400)
病例 139	川崎病	(404)

病例 140	原发性胆汁性肝硬化	(406)
病例 141	抗中性粒细胞胞质抗体 (ANCA) 相关小血管炎	(409)
病例 142	肝小静脉闭塞症 (VOD)	(411)

第 1 章 病毒性疾病

病例 1 人感染高致病性禽流感

【病历摘要】

患儿男性,9岁,因发热、咳嗽 5d 于 2005 年 10 月 18 日 22 时 25 分急诊入院。

患儿 10 月 13 日出现发热,体温 38.5℃,伴轻咳,无痰,于当地卫生所接受抗感染治疗,症状暂时缓解,能坚持上学;发病第 5 天病情加重,体温持续 39℃ 以上,咳嗽加重,精神差;发病第 6 天体温 40℃ 转入我院。患者居住的村庄自 9 月中旬开始有大量禽类病死的疫情。患者家中 10 月 6 日(发病前 1 周)开始陆续出现病死鸡、鸭 20 余只,一家人均接触、食用过病鸡(但当时无动物疫情的报告,至 10 月 19

日卫生部门对患者家中唯一存活的一只鸡采血样,证实为 H5N1 禽流感病毒)。其姐姐(12 岁)于 10 月 8 日发热、咳嗽、呼吸困难,因“重症肺炎、ARDS”于 10 月 17 日抢救无效死亡。患者既往体质较差,诉常患感冒。

体格查检:体温 40℃,脉搏 136/min,呼吸 36/min,血压 100/50mmHg,体重 22kg,神志清楚,精神差,稍气促,无发绀,自动体位,双肺呼吸音粗,可闻及少量细湿啰音,腹部及神经系统检查正常。

住院诊疗经过

(1)实验室检查:外周血常规检查见表 1-1;大、小便常规未发现异常;肝肾功能。

表 1-1 住院后患者外周血白细胞、淋巴细胞、血红蛋白和血小板变化

发病第 n 天	WBC($\times 10^9/L$)	LYM($\times 10^9/L$)	Hb(g/L)	PLT($\times 10^9/L$)
6	4.16	2.31	128.2	95
8	6	1.79	121.5	157
9	2.81	1.04	131	158
11	3.61	1.70	123.9	124
12	4.19	2.04	121.1	166
14	6.1	3.42	110.3	269
18	8.36	3.29	111.8	368
26	6.89	2.43	112.8	286

正常值:白细胞计数(WBC)($4\sim 10$) $\times 10^9/L$,淋巴细胞(LYM)($0.8\sim 4.0$) $\times 10^9/L$,血红蛋白(Hb)110~160g/L,血小板计数(PLT)($100\sim 300$) $\times 10^9/L$

(2)肝功能和心肌酶学改变:天冬氨酸氨基转移酶(AST)66U/L,乳酸脱氢酶(LDH)566U/L, α -羟丁酸脱氢酶(HBDH)338U/L,肌酸激酶(CK)232U/L,血清清蛋白(ALB)30.3g/L;D-二聚体阳性;血气分析,吸入氧浓度为0.30时动脉血氧分压(PaO_2)为71mmHg,二氧化碳分压(PaCO_2)3.47kPa(26mmHg), SaO_2 95%。

(3)病原学检测结果:痰细菌培养为正常

咽喉菌生长。发病后第7天(10月19日)1份咽拭子和1份血清标本在CDC实时荧光定量多聚酶链反应(PCR)检测H5、H7亚型禽流感病毒核酸阴性,RT-PCR检测H5核酸阴性;发病后第15天(10月27日)国家CDC采集的1份血清标本H5N1抗体阳性,发病后第25天(11月6日)的血清标本经国家CDC检测H5N1抗体4倍以上升高。影像学检查提示肺部渗出性病变(图1-1)。

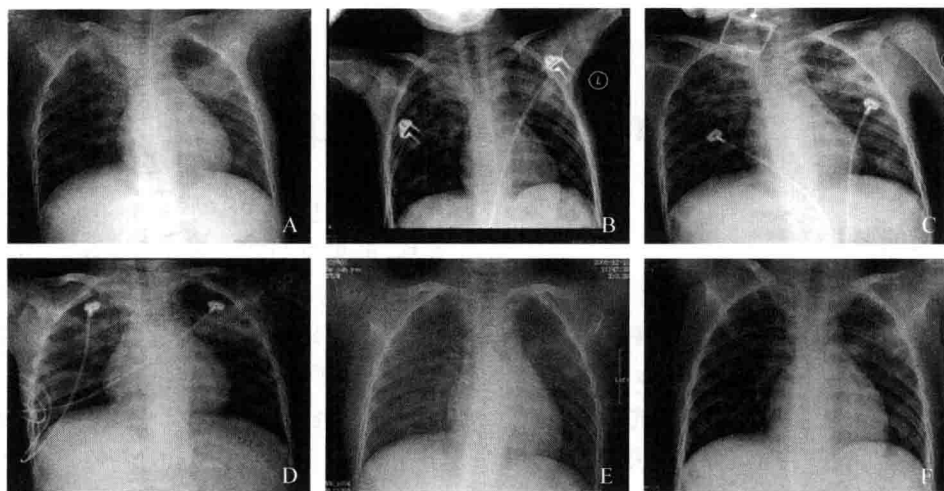


图 1-1 患者治疗过程中胸部 X 线片的演变过程

A. 为发病后第6天正位胸部X线片,示左上肺野大片状高密度影,边缘模糊,右上肺野内带小斑片状高密度影;B. 为发病后第7天复查正位胸部X线片,示病灶范围扩大,右肺广泛分布片絮状阴影,左上肺野病灶范围扩大,左下肺可见小片状阴影;C. 为发病后第9天复查正位胸部X线片,示左下肺野病灶范围扩大,右中下肺野病灶缩小,吸收好转;D. 为发病后第11天复查正位胸部X线片,双下肺野病灶范围缩小,双上肺病变亦有吸收;E. 为发病后第22天患者症状缓解后的正位胸部X线片,示右肺病灶明显吸收,左中下肺病灶略有吸收;F. 为发病后第26天复查正位胸部X线片,示病灶大部分吸收好转,双上肺及左下肺可见条索状纤维病变,双肺纹理仍增多、增粗、紊乱

(4)治疗情况:患者入院后使用头孢唑肟钠和氨氯西林抗感染,其中头孢唑肟钠疗程为14d,氨氯西林疗程为7d。并联合使用利巴韦林和金刚烷胺抗病毒治疗,疗程分别为3d和2d。患者使用甲泼尼龙2mg/(kg·d),于发病后第7天开始使用,治疗5d后,体温恢复正常,同时肺部啰音减少,即将激素改为泼尼松20mg/d,口服,并逐渐减量至在发

病后第26天停用激素治疗,总疗程20d。患者入院后根据血气分析仅予以鼻导管吸氧保证组织氧合状态,其后监测 SaO_2 均在95%以上,复查血气正常,并维持使用鼻导管吸氧,吸氧流量为1L/min。针对患者存在轻度营养不良,静脉给予丙种球蛋白400mg/(kg·d),连用5d,对症支持治疗。患者经过治疗后,于入院第4天(发病第10天)体温恢

复正常,精神、食欲明显好转,肺内湿啰音减少,入院第5天复查胸部X线片示病灶开始吸收,即停用抗病毒药物,激素减量改为口服。没有明确细菌感染依据,氨氯西林使用7d后停用,入院第14天,咳嗽及肺内啰音消失,胸部X线片示病灶明显吸收,停用抗菌药物。激素逐渐减量至停用。

【病例分析】

人感染高致病性禽流感(以下称“人禽流感”)是由禽甲型流感病毒某些亚型中的一些毒株引起的急性呼吸道传染病。根据流行病学接触史、临床表现及实验室病原检测结果,可作出“人禽流感”的诊断。

1. 流行病学接触史包括 ①发病前1周内曾到过疫点;②有病死禽接触史;③与被感染的禽或其分泌物、排泄物等有密切接触;④与禽流感患者有密切接触;⑤在实验室从事有关禽流感病毒研究。

2. 临床表现 急性起病,发热、咳嗽,早期表现类似普通型感冒,经过3~5d,病情发展迅速,出现重症肺炎的改变,可出现急性肺损伤、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多脏器功能衰竭等严重并发症。

3. 实验室病原检测结果 ①呼吸道分泌物或相关组织标本甲型流感病毒M₁或NP抗原检测阳性或编码它们的核酸检测阳性者;②发病初期和恢复期双份血清禽流感病毒亚型毒株抗体滴度4倍或以上升高者。

具备上述1、2、3项结果的为确诊病例;具备1、2两项及3项中的①为疑似病例;被诊断为疑似病例,但无法进一步取得标本或检测依据,而与确诊病例有密切接触史,并排除其他诊断者,为临床诊断病例;有流行病学接触史,1周内出现流感样临床表现者为医学观察病例。该患儿有明确的禽流感暴露史,临床表现为发热、咳嗽,进展快而较重的肺炎的改变,血常规示白细胞总数及淋巴细胞不高,早期病毒抗原虽阴性,但恢复期抗体4倍

以上升高,为H5N1人禽流感肺炎确诊病例。

本病例发病后曾有外周血白细胞总数及淋巴细胞降低,血小板轻微降低的表现,在发病后第9天白细胞计数达到最低值,为 $2.81 \times 10^9/L$,淋巴细胞数量为 $1.04 \times 10^9/L$ 。至病程的第3周随病情恢复,血常规检查恢复至正常。从我国18例人禽流感患者的检查来看,90%以上患者的白细胞及淋巴细胞水平降低(17/18),尤其在疾病进展期进一步的降低,降低的程度与疾病的严重程度有相关性。因此,外周血白细胞总数及淋巴细胞降低可能是人禽流感患者外周血象的特点,动态检测血象的变化可对病情的进展作出预测。患者胸部X线片表现从双上肺开始,24h内迅速向双下肺扩散,呈广泛分布片絮状阴影,经过治疗后炎症吸收,病变范围缩小,但在发病后第26天复查患者胸部X线片,可见双上肺和左下肺纤维条索样改变,提示肺组织纤维化。人禽流感肺炎肺内病灶进展迅速,短时间内急剧恶化,易发展为呼吸窘迫综合征为其另一个临床特点。

人禽流感尚无特效治疗。本病例经过早期使用利巴韦林和金刚烷胺抗病毒治疗,头孢唑肟钠和氨氯西林抗感染,甲泼尼龙 $2mg/(kg \cdot d)$,静脉给予丙种球蛋白 $400mg/(kg \cdot d)$,及对症支持治疗,病情得到控制并痊愈。本病例未使用奥司他韦(达菲)抗病毒,仅短期使用了利巴韦林和金刚烷胺。由于奥司他韦对儿童不良反应较大,而且药物来源紧张,发病1周后的儿童人禽流感是否使用奥司他韦有待继续观察。肺炎进展期小剂量糖皮质激素治疗,可控制炎症的继续发展,加快肺部炎症的吸收,及时减量及停用,未出现继发细菌和真菌感染。而早期短期的抗生素治疗是必要的,可清除一些细菌,防止继发感染,但要根据病情变化及时调整用药,避免细菌耐药和二重感染。

(罗如平)

【专家点评】

截止至 2007 年 12 月 31 日,由世界卫生组织(WHO)报道的全球人禽流感确诊病例 338 例,其中 208 例患者死亡,病死率高达 61.5%。我国人禽流感从 2005 年 10 月底确诊第 1 例以来,现已确诊 26 例,其中 16 例死亡,病死率高达 61.5%。从住院患者的临床资料分析,发现晚、病情重、进展快、病死率高是现阶段人禽流感的特点,许多患者的病情迅速进展至 ARDS,甚至多器官功能衰竭,呼吸衰竭是最常见的并发症。对人禽流感尚无特效治疗。根据 2007 年 3 月世界卫生组织(WHO)在土耳其由各国有关人禽流感专家共同制定的最新人禽流感指南,以及我国人禽流感诊断和治疗指南,治疗主要以早期抗病毒和及时呼吸支持等对症治疗为主。奥司他韦是抗流感病毒 A(H5N1)感染主要的抗病毒药物,有限的资料表明早期应用可降低病死率,故对临床可疑病例,应尽早给予奥司他韦,成年人的标准治疗方案为每次 75mg, 2/d,口服,疗程 5d,重症延长至 10d。儿童患

者体重 $\leq 15\text{kg}$,每次 30mg, 2/d;体重 15~23kg,每次 45mg, 2/d;体重 23~40kg,每次 60mg, 2/d;体重 $\geq 40\text{kg}$,每次 75mg, 2/d,疗程同前。金刚烷胺和金刚乙胺:成年人每次 100mg, 2/d,口服,疗程 5d;儿童 5mg/(kg·d),用法同成年人。新生儿和婴儿禁用。糖皮质激素不常规推荐使用,但对短期内肺病变进展迅速或合并脓毒血症伴肾上腺皮质功能不全者,可考虑给予小剂量糖皮质激素治疗,如氢化可的松 200mg/d 或甲泼尼龙 1mg/(kg·d),在临床状况控制好转后及时减量停用。不提倡预防性应用抗生素,但重症肺炎在未明确病因时,应根据当地社区获得性肺炎的常见病原菌及耐药情况给予广谱抗生素治疗,如第二代或第三代头孢菌素联合大环内酯类抗生素,成年人可联合喹诺酮类药物治疗,待细菌培养结果报告后,根据药敏选择敏感抗生素治疗,如可排除细菌合并感染,应及时停用抗生素。应重视支持治疗及无菌操作,防止继发细菌、真菌感染。

(谭德明)

病例 2 流行性腮腺炎

【病历摘要】

患者男性,14 岁,学生,因发热、头痛 4d,呕吐 1d 于 9 月 20 日急诊入院。

患者 4d 前无明显诱因开始突起头痛,进行性加重,伴畏寒、发热,体温波动在 38~39℃。1d 前非喷射性呕吐胃内容物 1 次,无咖啡色液,并出现神志恍惚、轻微烦躁。在当地予抗生素及对症治疗 2d 无效。起病以来,无咳嗽、咳痰;无腹痛、腹泻;无抽搐。精神、食欲欠佳。

既往体健,预防接种按规定进行。

体格检查:体温 39℃,脉搏 102/min,呼吸 22/min,血压 125/85mmHg,急性病容,嗜

睡,皮肤黏膜无出血点。咽稍红,双侧扁桃体 I 度肿大。双侧腮腺无肿大。颈部抵抗 3 横指。心肺听诊无异常。腹部无压痛,肝、脾肋下未扪及。深浅反射正常,病理征未引出。

辅助检查:入院后检查血常规,白细胞计数 $5.28 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 0.65,淋巴细胞 0.34。脑脊液检查压力 18.6kPa (190 mmH₂O),白细胞 $390 \times 10^6/\text{L}$,多核细胞 0.26,单核细胞 0.74,潘氏实验阳性,总蛋白 0.60g/L,葡萄糖 5.2mmol/L,氯化物 107mmol/L,涂片染色镜检无发现。胸部正侧位 X 线片示双肺纹理增多、加粗,未见实质病变,心影大小形态正常。查血、尿淀粉酶明显升高,监测流行性腮腺炎补体结合试

验 $>1:320$,抗腮腺炎病毒抗体 IgM(+).

治疗:入院后患者仍持续高热,第3天出现右侧腮腺肿大,第5天左侧腮腺及颌下腺肿大,左侧睾丸肿大。诊断为“流行性腮腺炎并发脑膜炎、睾丸炎”,给予对症处理、脱水药、肾上腺糖皮质激素和预防感染等治疗,症状、体征消失,治愈出院。

【病例分析】

该病例具有如下特点:少年男性,夏天急性起病;主要临床表现为发热、头痛和呕吐,随后出现意识障碍;脑脊液改变为病毒性脑膜炎改变;外周血常规示白细胞不高。

1. 根据以上特点考虑以下疾病

(1)流行性乙型脑炎:夏季流行,儿童多见。极期表现为高热、意识障碍、惊厥或抽搐、呼吸衰竭、脑膜刺激征和颅内压增高及其他神经系统和精神症状。脑脊液呈病毒性脑脊液改变,应高度怀疑。但血常规无白细胞总数及中性粒细胞升高,不支持。

(2)流行性脑膜炎:流行季节以冬、春季为主,3~4月份为高峰,呈地方性流行。多见于儿童和青少年。起病急促,脑膜刺激征一般在24h内出现。头痛剧烈,喷射性呕吐,颈项强直,精神异常,意识障碍。伴高热,全身肌痛,关节痛。皮肤黏膜出血点和瘀斑。有10%的患者在恢复期可出现唇疱疹。外周血象白细胞多明显增加,脑脊液检查为化脓性改变,脑脊液涂片染色镜检可发现脑膜炎双球菌。皮肤黏膜出血和唇疱疹有鉴别意义,该病例特点不符合。

(3)结核性脑膜炎:无季节性,起病缓慢,常有结核病史。具有结核毒血症状,伴颅内高压,脑膜刺激征、神经系统定位体征。脑脊液检查,糖和氯化物下降,蛋白升高,其薄膜涂片或培养可检出结核杆菌。X线胸片及眼底检查,可能发现结核病灶。头部CT和MRI提示脑膜强化及脑实质改变。

(4)新型隐球菌脑膜炎:其临床表现及脑

脊液改变和结核性脑膜炎极为相似,但多发生于青壮年,呈慢性和亚急性起病,表现为头痛、发热,脑膜刺激征阳性,脑脊液涂片或培养易找到新型隐球菌。

(5)病毒性脑膜炎:为一急性自限性疾病,以急性和亚急性起病,病前常有感冒病史,表现为发热、头痛、肌痛,轻微脑膜刺激征,一般情况较好。脑脊液呈一般浆液性脑膜炎的表现,压力稍高,外观呈澄清或微浊,细胞数多在 $(10\sim100)\times10^6/\text{ml}$ 范围,以淋巴细胞为主,葡萄糖和氯化物一般正常。该病例符合点较多,相对可能性最大,但具体病原仍有待较典型的临床表现、实验室资料及特异性病原学检查来明确。本病例入院后出现了腮腺肿大,血、尿淀粉酶均明显升高,监测补体结合试验 $>1:320$,抗腮腺炎病毒抗体 IgM(+),可明确诊断为流行性腮腺炎并脑膜炎。

该病例为不典型流行性腮腺炎表现,以其并发症脑膜炎为首发表现。通常脑膜炎或脑膜脑炎发病率为5%~25%,局部地区可达35%。腮腺肿大前6天或肿大2周内出现,一般多在1周内发生,但亦有先于腮腺炎发生者。临床表现同一般病毒性脑炎或脑膜炎的改变。预后良好,个别重者可致死亡。此外,也有仅见颌下腺或舌下腺肿胀者。

典型流行性腮腺炎起病大多较急,有发热、寒战、头痛、食欲缺乏等前驱症状。腮腺肿胀最具特征性:一侧首先肿胀,但也有两侧同时肿胀者;一般以耳垂为中心,向前、后、下发展,状如梨形而具坚韧感,边缘不清。当腺体肿大明显时出现胀痛及感觉过敏,张口咀嚼及进酸性饮食时更甚。局部皮肤紧张发亮,表面灼热,但多不红,有轻触痛。腮腺四周的蜂窝组织也可呈水肿,可上达颞部及颧骨弓,下至颌部及颈部,胸锁乳突肌处也可被波及(偶尔水肿可出现于胸骨前),因而使面貌变形。通常一侧腮腺肿胀后1~4d(偶尔1周后)累及对侧,双侧肿胀者约占75%。颌