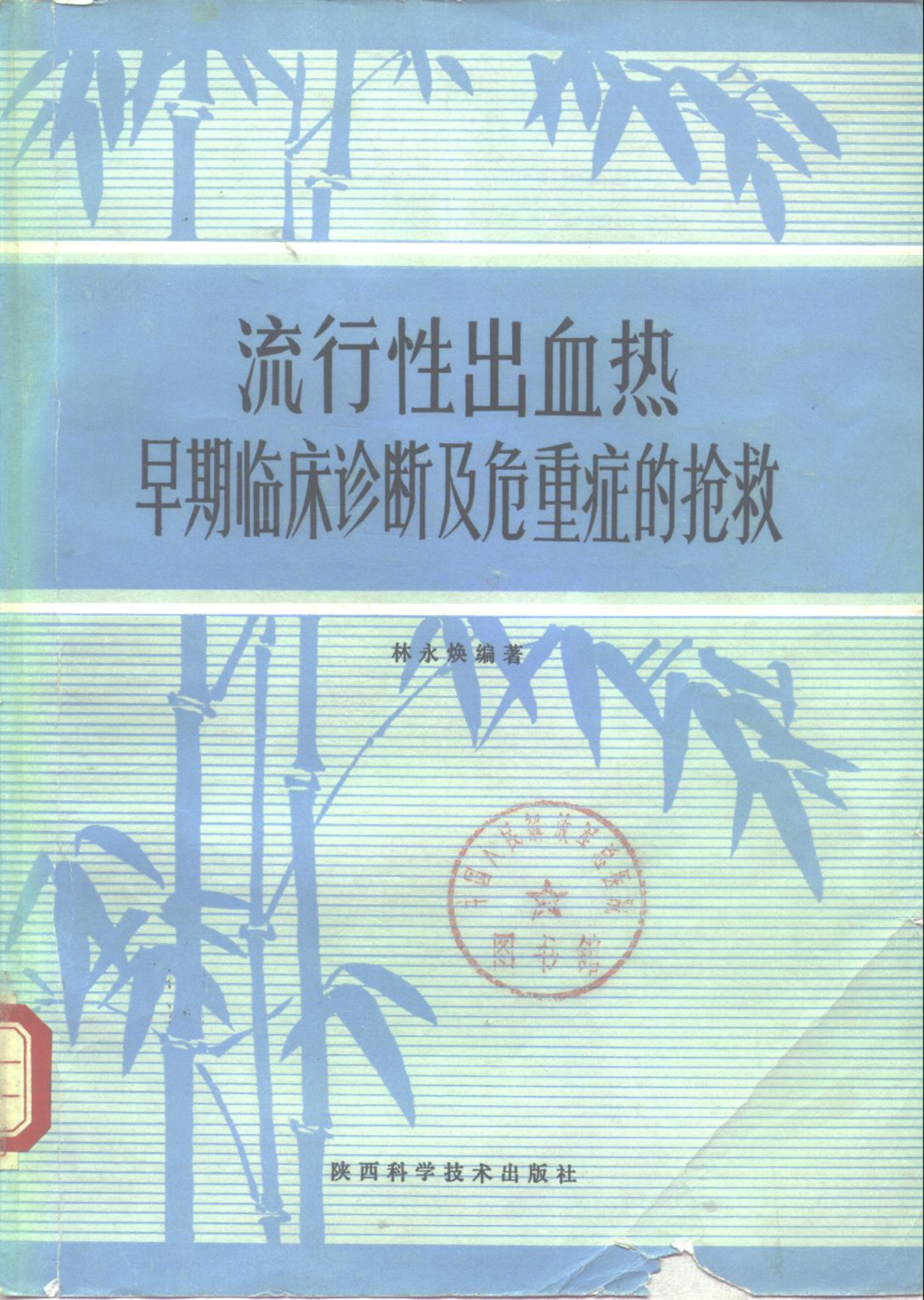




流行性出血热

早期临床诊断及危重症的抢救

林永焕 编著



陕西科学技术出版社

流行性出血热

早期临床诊断及危重症的抢救

林永焕 编著

陕西科学技术出版社

责任编辑 姚三友

**流行性出血热
早期临床诊断及危重症的抢救**

林永焕 编著

陕西科学技术出版社出版

(西安北大街131号)

陕西省新华书店发行 陕西省印刷厂印刷

开本787×1092 1/16 印张25.25 插页5 字数565,000

1984年8月第1版 1984年9月第1次印刷

印数1—3,800

统一书号: 14202·105 定价: 4.45元

前 言

流行性出血热是目前发病率较高，对人们身体健康危害较大的一种急性传染病。其临床表现极为复杂，并发症与合并症很多，病情变化极速，病死率也较高。从临床表现和对危重症的抢救来看，流行性出血热涉及的问题很多，面很广，从基础到临床，与内科、外科、妇产科都有关系。因此，要求传染科医生，不但要有较全面的基础知识和较熟练的诊疗技术，而且要善于观察病情，分析病情，发现问题，要抓住主要矛盾，及时果断的处理；不仅要及时处理已发生的问题，更重要的是要采取有效的预防措施，防止病情的继续恶化和并发症的发生。这样，才能提高治愈率，降低病死率，更好地为广大群众健康服务。

本病的发生，主要在农村，由基层医疗单位收容治疗，要降低病死率，目前尚无特效治疗措施的情况下，主要应解决两个问题：一、是早期诊断问题；二、是危重症的抢救问题。流行性出血热因为早期临床表现较为复杂，所以误诊率较高，误诊，必然误治，误治必然使病情恶化，预后也必然严重。因此，作为临床医生，我们有责任探讨如何提高早期正确诊断和对危重症的抢救技术，改进抢救措施，提高抢救效果。这两方面，对降低流行性出血热的病死率都极为重要。

县级医院以下基层医疗单位，由于设备和医疗技术条件的限制，许多复杂的实验检查和抢救措施，都不可能施行，因此，总结和探讨适合于基层医疗单位的条件，提供确实、可靠、有效、简单、方便、易于掌握的治疗措施，对提高基层医疗单位的诊疗水平，降低流行性出血热的病死率，具有重要意义。

从这个思想出发，在我院党委的热情鼓励和支持下，笔者通过总结二十多年来的临床体会，先后借阅了千余份病历，吸收国内一些地区的先进经验，利用四年多的业余时间，编写了《流行性出血热早期临床诊断及危重症的抢救》一书。

本书为了适应广大基层医务工作者的需要，内容力求通俗、易懂、适用，特别是对各种诊疗技术，尽可能深入浅出的讲清道理，介绍应用方法，以及临床应用中的经验教训。希望本书的出版，对流行性出血热的早期临床诊断和危重症的抢救，对保护广大劳动人民的身体健康，对四化建设有所裨益。

本书在编写过程中，承蒙武汉医学院附属医院王心禾教授，第四军医大学附属二院杨为松教授、附属一院刘汉明、林文棠副教授，西安医学院附属一院李义芳副教授，徐州医学院附属医院徐娉华副教授，西安医学院附属二院吴修斌副教授，第四军医大学附

属一院阎荣主任等的热情帮助和提出许多修改意见；第四军医大学电化教研室杨根源同志，附属二院检验科邓明亮同志，我院穆经世、何康同志协助拍摄有关照片，在此一并表示衷心谢意。

编 著 者

一九八三年七月十三日于陕西省人民医院

目 录

前 言

第一篇 早期临床诊断	(1)
第一章 概 述	(2)
第二章 早期临床特征	(3)
第一节 早期临床症状	(3)
第二节 早期临床体征	(5)
第三节 实验室检查	(7)
第三章 特殊临床表现	(12)
第一节 特殊临床表现对早期诊断的意义	(12)
第二节 按早期临床特征分型	(12)
(一) 流感伤寒型	(13)
(二) 胃肠型	(14)
(三) 急腹症型	(16)
(四) 肺型	(18)
(五) 脑型	(20)
(六) 败血症型	(22)
(七) 肾型	(22)
(八) 类白血病型	(24)
(九) 出血型	(25)
(十) 肝损型	(26)
第四章 早期临床诊断与鉴别诊断	(29)
第一节 早期临床诊断	(29)
一、诊断标准	(29)
二、诊断时注意事项	(30)
第二节 鉴别诊断	(30)
一、流行性感、病毒性上呼吸道感染和普通感冒	(30)
二、伤寒	(32)
三、钩端螺旋体病	(32)

四、急性胃肠炎、食物中毒、急性细菌性痢疾·····	(33)
五、急腹症·····	(33)
六、肺部感染·····	(34)
七、败血症和感染性休克·····	(34)
八、泌尿系统感染·····	(34)
九、流行性脑脊髓膜炎及流行性乙型脑炎·····	(35)
十、急性白血病和传染性单核细胞增多症·····	(35)
十一、过敏性紫斑和血小板减少性紫斑·····	(36)
十二、流行性斑疹伤寒·····	(36)
第五章 关于预防与早期治疗问题·····	(38)
第一节 关于预防问题·····	(38)
第二节 关于早期治疗问题·····	(39)
一、对症治疗·····	(40)
二、肾上腺皮质激素·····	(40)
三、免疫治疗·····	(41)
四、中草药治疗·····	(42)
五、抗病毒药物·····	(42)
六、20%甘露醇·····	(42)
七、维生素丙·····	(42)
八、维持水与电解质平衡·····	(42)
九、预防微血栓形成·····	(43)
十、其它·····	(43)
第六章 关于“亚临床型”病例及其在流行病学上的意义·····	(44)
第二篇 危重症的抢救·····	(47)
第一章 死亡原因分析·····	(48)
第一节 病死率及死亡病日·····	(48)
一、病死率·····	(48)
二、死亡病日·····	(48)
第二节 死亡原因分析·····	(48)
一、死亡原因·····	(48)
二、死亡与就治早晚及早期诊断的关系·····	(50)
三、死亡与年龄、性别的关系·····	(50)
第三节 关于期的重叠及并发症与预后的关系·····	(52)
第二章 休 克·····	(53)
第一节 休克发生的原理·····	(53)
一、病毒血症和毒血症·····	(53)
二、变态反应·····	(54)
三、有效循环血量不足·····	(54)

四、血液粘滞度增大·····	(54)
五、微循环障碍·····	(54)
六、弥漫性血管内凝血与继发性纤溶·····	(55)
七、出血·····	(55)
八、继发感染·····	(56)
九、输液反应·····	(56)
十、肾上腺皮质功能障碍·····	(56)
十一、脑垂体后叶功能障碍·····	(56)
十二、多尿期脱水性休克·····	(56)
第二节 休克的临床表现·····	(57)
一、前驱症状·····	(57)
二、休克·····	(58)
三、实验室检查·····	(60)
第三节 休克的临床类型与预后的关系·····	(61)
一、安静型·····	(61)
二、兴奋型·····	(62)
三、严重渗出型·····	(62)
四、严重出血型·····	(63)
第四节 休克的预防·····	(63)
一、预防休克的意义·····	(63)
二、预防措施·····	(64)
第五节 休克的抢救·····	(70)
一、关于抢救时机问题·····	(70)
二、一般抢救措施·····	(70)
三、迅速提高有效循环血量——快速扩容·····	(71)
四、调整血管紧张度·····	(101)
五、纠正酸中毒·····	(110)
六、弥漫性血管内凝血与继发性纤溶的预防与治疗·····	(110)
七、股动脉冲击疗法·····	(111)
八、动脉切开加压输液·····	(111)
九、过氧化氢疗法 (内给氧疗法) ·····	(115)
十、纠正心力衰竭和心律紊乱·····	(117)
十一、关于镇静药物的使用·····	(118)
十二、能量合剂·····	(119)
十三、预防感染·····	(125)
十四、中药治疗·····	(125)
第六节 影响休克抢救效果的因素·····	(127)
一、抢救时机·····	(127)

二、未补足有效循环血量·····	(128)
三、不适当的使用血管活性药物·····	(129)
四、出血·····	(129)
五、继发感染·····	(130)
六、输液反应·····	(130)
七、大量腹腔、胸腔或心包腔内积液·····	(131)
八、心力衰竭·····	(132)
九、输入大量低温液体·····	(132)
十、酸中毒·····	(132)
十一、肾上腺皮质激素的影响·····	(132)
十二、大剂量维生素丙的影响·····	(133)
第七节 急待解决的几个问题·····	(133)
一、关于“堵渗”问题·····	(133)
二、预防和抢救胃肠道大出血·····	(134)
三、加强病理研究,探讨和解决脑组织损害原因和治理措施·····	(135)
四、重视老年患者的研究·····	(135)
第八节 关于难治性休克和晚期休克·····	(135)
一、什么是难治性休克或晚期休克·····	(136)
二、难治性休克或晚期休克发生的原因·····	(136)
三、关于难治性休克或晚期休克的预防与治疗·····	(137)
第三章 尿毒症·····	(140)
第一节 尿毒症发生的原理·····	(140)
一、急性肾脏功能衰竭·····	(140)
二、出血·····	(142)
三、蛋白质高分解状态·····	(142)
第二节 尿毒症的临床表现·····	(142)
一、尿的变化·····	(143)
二、出血·····	(144)
三、神经系统症状·····	(144)
四、胃肠道症状·····	(145)
五、心血管系统症状·····	(145)
六、对造血系统的影响·····	(145)
七、酸中毒·····	(145)
八、电解质平衡紊乱·····	(145)
九、血糖增高·····	(146)
十、肾脏功能障碍的临床分度·····	(146)
十一、无少尿型氮质血症·····	(146)
十二、二次肾脏功能衰竭·····	(147)

第三节 实验室检查	(147)
一、尿常规	(147)
二、二氧化碳结合力	(148)
三、非蛋白氮	(148)
四、血清电解质测定	(149)
五、纤维蛋白元	(150)
六、凝血酶元时间	(150)
七、血常规与出、凝血时间	(150)
八、血糖	(150)
第四节 尿毒症的治疗	(151)
一、导泻疗法	(151)
二、利尿剂的应用	(156)
三、肾囊封闭疗法	(159)
四、肾区理疗	(159)
五、营养疗法	(160)
六、纠正酸中毒	(162)
七、止血剂的应用	(162)
八、维持水的平衡	(162)
九、纠正电解质紊乱	(163)
十、预防与治疗感染	(163)
十一、抽搐的处理	(163)
十二、蛋白同化激素	(163)
十三、换血疗法	(164)
十四、腹膜透析疗法	(165)
十五、血液透析疗法	(176)
第四章 酸中毒	(219)
第一节 酸中毒发生的原理	(219)
第二节 酸中毒的临床表现和对机体的影响	(222)
第三节 实验室检查	(223)
第四节 酸中毒的治疗	(223)
第五节 酸碱紊乱	(230)
一、血液酸碱与血液气体分析	(230)
二、引起酸碱紊乱的原因	(232)
三、酸碱紊乱与电解质平衡失调关系	(234)
四、临床意义	(235)
第五章 弥漫性血管内凝血与继发性纤溶	(237)
第一节 弥漫性血管内凝血与继发性纤溶发生原理	(237)
一、弥漫性血管内凝血发生原理	(237)

二、继发性纤溶发生原理·····	(238)
第二节 弥漫性血管内凝血与继发性纤溶的临床表现·····	(240)
一、弥漫性血管内凝血的主要临床表现·····	(240)
二、继发性纤溶的主要临床表现·····	(244)
第三节 实验室检查·····	(246)
一、弥漫性血管内凝血的实验室检查·····	(246)
二、继发性纤溶的实验室检查·····	(250)
三、血管内凝血与继发性纤溶鉴别试验·····	(250)
第四节 弥漫性血管内凝血与继发性纤溶的诊断·····	(251)
一、弥漫性血管内凝血的诊断·····	(251)
二、继发性纤溶的诊断·····	(252)
第五节 弥漫性血管内凝血与继发性纤溶的防治·····	(252)
一、弥漫性血管内凝血的预防和治疗·····	(252)
二、继发性纤溶的治疗·····	(257)
三、关于游离肝素增高及应用鱼精蛋白治疗问题·····	(259)
第六章 出 血·····	(262)
第一节 出血原因·····	(263)
一、血管损害·····	(264)
二、休克·····	(265)
三、血小板减少与功能减低·····	(265)
四、弥漫性血管内凝血和继发性纤溶·····	(266)
五、酸中毒·····	(266)
六、肝脏功能障碍·····	(266)
七、急性肾脏功能障碍·····	(267)
八、与应用肾上腺皮质激素的关系·····	(267)
九、肠道毒素吸收·····	(268)
十、游离肝素增加·····	(268)
十一、血管破裂·····	(269)
十二、继发感染·····	(269)
十三、低钙·····	(269)
十四、溃疡性出血·····	(269)
第二节 出血的临床表现·····	(270)
一、出血部位·····	(270)
二、加剧尿毒症·····	(275)
三、导致和加剧休克·····	(275)
四、导致器官功能障碍或衰竭·····	(275)
第三节 出血的诊断·····	(275)
一、一般病情·····	(275)

二、出血征象	(276)
三、血压	(276)
四、局部体征	(276)
五、贫血	(276)
六、非蛋白氮和血钾测定	(276)
七、早期下胃管	(277)
八、穿刺	(277)
九、超声波探查	(277)
十、X线检查	(277)
第四节 出血的治疗	(277)
一、病因治疗	(278)
二、导泻疗法	(278)
三、止血药物的应用	(278)
四、口服去甲肾上腺素	(279)
五、云南白药及止血粉	(279)
六、肝素对抗剂	(279)
七、肝素治疗	(279)
八、抗纤溶活性药物	(279)
九、钙剂	(279)
十、输新鲜血	(279)
十一、补充纤维蛋白元	(280)
十二、补充血小板	(280)
十三、加压填塞或压迫止血	(280)
十四、透析疗法	(280)
十五、纠正酸中毒	(280)
十六、手术探查治疗	(280)
第七章 高血容量综合症	(285)
第一节 高血容量综合症发生的原理	(285)
一、高血容量综合症发生原理	(285)
二、影响高血容量综合症的一些因素	(286)
第二节 高血容量综合症的临床表现	(286)
第三节 液体回流量和回流速度的计算	
对预测高血容量综合症的意义	(287)
一、液体回流量的计算	(287)
二、液体回流速度的计算	(288)
三、临床意义	(289)
第四节 实验室检查	(289)
第五节 高血容量综合症的预防	(289)

第六节 高血容量综合症的治疗	(290)
第八章 急性肺水肿	(293)
第一节 急性肺水肿发生原理	(293)
一、渗出性肺水肿发生的原理	(293)
二、高血容量性肺水肿发生原理	(294)
第二节 急性肺水肿的临床表现	(296)
一、一般表现	(296)
二、呼吸与心血管系统症状	(296)
三、咳泡沫样血痰	(297)
四、肺部体征	(297)
第三节 实验室检查	(297)
第四节 渗出性肺水肿与高血容量性肺水肿的鉴别	(297)
第五节 急性肺水肿的预防	(298)
一、渗出性肺水肿的预防	(298)
二、高血容量性肺水肿的预防	(298)
第六节 急性肺水肿的治疗	(300)
第九章 抽搐	(304)
第一节 抽搐发生的原因	(304)
第二节 抽搐的临床表现	(307)
第三节 抽搐的预防	(311)
第四节 抽搐的治疗	(312)
第十章 急性心力衰竭	(314)
第一节 心脏的病理改变	(314)
第二节 引起心力衰竭的原因	(314)
第三节 心力衰竭的临床表现	(316)
第四节 心电图检查	(317)
第五节 心力衰竭的治疗	(318)
第十一章 水与电解质平衡紊乱	(321)
第一节 水与电解质平衡紊乱的原因	(321)
一、水平衡紊乱的原因	(321)
二、电解质平衡紊乱的原因	(323)
第二节 水与电解质平衡紊乱的临床表现	(326)
一、水平衡紊乱的临床表现	(327)
二、电解质平衡紊乱的临床表现	(328)
第三节 水与电解质平衡紊乱的治疗	(330)
一、水的调节	(331)
二、电解质的调节	(332)
第十二章 继发感染	(335)

第一节	继发感染的原因	(335)
第二节	引起感染的细菌	(336)
第三节	常见的感染部位和性质	(336)
第四节	继发感染的临床表现	(337)
第五节	继发感染的预防	(340)
第六节	继发感染的治疗	(342)
一、	一般治疗措施	(342)
二、	抗菌素治疗	(343)
三、	磺胺类药物治疗	(370)
四、	理疗或激光治疗	(370)
第十三章	多尿期休克	(371)
第一节	多尿期休克的原因	(371)
第二节	多尿期休克的临床表现	(373)
第三节	抢救措施	(374)
第十四章	营养失调综合症	(376)
第一节	概 述	(376)
第二节	营养失调综合症发生原因和临床表现	(376)
第三节	营养失调综合症的治疗	(378)
第十五章	危重病例的护理	(380)
第一节	做好临床基础护理工作	(380)
第二节	病情观察	(382)
第三节	做好各项抢救的准备工作	(387)
第四节	各种并发症的预防	(388)

第一篇 早期临床诊断

第一章 概述

流行性出血热是由出血热病毒引起的一种急性自然疫源性传染病。目前，在我国除新疆某些地区流行的属于无肾脏综合症出血热外，都是有肾脏综合症的出血热。近几年来，有些地区由于疫区扩大，疫情发展较快，发病人数明显增多，发病地区已从平原水地、郊区农村，逐渐向旱原、市区漫延，并且出现了一些新疫区。同时，流行性出血热由于没有特异的临床体征，早期特异性血清学诊断技术还不能普遍应用，所以，早期漏诊、误诊、误治率较高。因此，在目前仍必须强调临床诊断的重要意义。许多病人，早期按上呼吸道感染治疗，有的甚至误诊为外科疾病，进行外科手术，特别是一些年轻力壮，或平时很少患病的病人，由于没有很好的休息，仍继续参加劳动，或正常工作，致使病情恶化，至发生休克时，已经极为严重，最后甚至造成死亡。

另外，流行性出血热的早期临床表现非常复杂，临床类型很多，变化很快，容易发生合并症或并发症，这也是容易发生漏诊、误诊和误治的一个重要原因。不但是在基层，就是在城市医疗单位，也容易发生误诊、误治。本篇主要根据流行性出血热的早期临床特征，对早期临床诊断，鉴别诊断，特别是容易引起早期漏诊和误诊的原因进行探讨，希望对降低漏诊和误诊率有所帮助。

第二章 早期临床特征

本病在早期没有特异性的临床特征，而且早期临床表现的差异较大。但是，许多早期重要的症状和体征的出现，却是早期临床诊断的重要依据。总结误诊和误治病例的经验教训，多数是因为工作粗糙，没有全面详尽的询问病史和认真的体格检查，缺乏全面的分析和判断病情所致。当然，在早期也许有许多临床表现不典型的病例，也是造成早期诊断困难或误诊的原因。对这些病例，应该进行随访或密切观察，以便及时确诊。

第一节 早期临床症状

流行性出血热的早期临床症状，主要有以下几方面的表现：

潜伏期：一般为2—3周，短者7天，长者可达46天。

（一）**前驱症状**：多数病人，在发病前约1周左右，可表现：容易疲乏，无力，发困，身软，多汗，喜欢多睡，食欲减退等前驱症状。

（二）**发冷**：多数病人，都是突然起病。先是畏寒身冷，重者全身寒战，需盖几床被子。一般发冷寒战，持续数小时就消退。但是，也有全身畏寒，持续2—3天之久者。如果寒战严重，或发冷持续时间越长，可能病情越重。如果在病程中体温正常后，再次出现发冷或寒战，继之发热，则应查明原因，可能是复发或合并感染所致。

（三）**发热**：几乎百分之百病人，都有程度不同的发热。有的是继寒战之后出现高热，体温在39℃以上，甚至达41℃；有的则是缓慢上升，1—2天达39℃左右，或只有38℃左右的低热。热型多数为稽留热或弛张热，少数为不规则热或间歇热。热程，一般为3—5天，也可达1周以上。如热度越高，热程越长，说明感染中毒症状越重，病情也可能越重。如果退热后，再次发热，多数是因继发感染所致，应寻找感染部位。此外，也有可能是出血热复发，而再次发热。总之，应积极检查，明确发热原因。

（四）“**三痛**”：“三痛”是流行性出血热早期重要症状之一，包括头痛、眼窝痛和腰痛。

头痛：主要以两侧颞部和前额部为主，重者可为全头痛。一般多为轻度或中度胀痛或跳痛，严重病例，可发生剧烈的裂开样痛。头痛于头活动或转动时加剧，甚至头不敢移动。引起头痛的原因，主要是由于脑血管损害，通透性增高，引起脑膜及脑实质充血、水肿、出血和细胞浸润，使脑组织膨胀，脑膜紧张，脑压增高，压迫和牵拉脑组