

感染性疾病

——基于临床病例的诊治析评

主 编 王 辰 曹 彬

中国医药出版社

—— 中国医药出版社出版

中国医药出版社

中国医药出版社

感染性疾病

——基于临床病例的诊治析评

主 编 王 辰 曹 彬

副主编 施 毅 王 辉 张 波

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

感染性疾病——基于临床病例的诊治析评/王辰等主编.
—北京: 人民卫生出版社, 2009. 7
ISBN 978-7-117-11930-6

I. 感… II. 王… III. 感染—疾病—病案—分析
IV. R4

中国版本图书馆CIP数据核字 (2009) 第081126号

门户网: www.pmph.com

出版物查询、网上书店

卫人网: www.hrhexam.com

执业护士、执业医师、
卫生资格考试培训

感染性疾病

——基于临床病例的诊治析评

主 编: 王 辰 曹 彬

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 25.5

字 数: 620 千字

版 次: 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11930-6/R·11931

定 价: 128.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

编者

(以姓氏笔画为序)

- | | | | |
|-----|---------------------------|-----|----------------|
| 万献尧 | 大连医科大学附属第一医院 | 刘进 | 浙江大学医学院附属第二医院 |
| 马丹 | 中国医科大学附属第四临床医院 | 刘凯 | 四川大学华西医院 |
| 马琛 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 刘朔 | 中国医科大学附属第四医院 |
| 王红 | 首都医科大学附属北京友谊医院 | 刘又宁 | 中国人民解放军总医院 |
| 王辰 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 刘励军 | 苏州大学附属第二医院 |
| 王辉 | 中国医学科学院中国协和医科大学
北京协和医院 | 刘真真 | 四川大学华西医院 |
| 王舒 | 兰州军区总医院 | 刘焱斌 | 四川大学华西医院 |
| 王臻 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 刘颖梅 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 |
| 王立明 | 大连医科大学附属第二医院 | 齐海宇 | 首都医科大学附属北京友谊医院 |
| 王灵聪 | 浙江中医药大学附属第一医院 | 孙仁华 | 浙江省人民医院 |
| 王欣燕 | 哈尔滨医科大学附属第二医院 | 孙雪莲 | 首都医科大学附属北京友谊医院 |
| 王春雷 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 阴赫宏 | 首都医科大学附属北京友谊医院 |
| 王玲玲 | 中国医科大学附属第四医院 | 牟向东 | 北京大学第一医院 |
| 王选铤 | 浙江大学医学院附属第二医院 | 巫琳 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 |
| 王笑歌 | 中国医科大学附属第四医院 | 李茜 | 浙江省人民医院 |
| 王爱霞 | 中国医学科学院中国协和医科大学
北京协和医院 | 李静 | 广东省人民医院 |
| 尹玉东 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 李兴旺 | 北京地坛医院 |
| 石志红 | 西安交通大学医学院第一附属医院 | 李连弟 | 青岛大学医学院附属医院 |
| 叶英 | 安徽医科大学第一附属医院 | 杨春霞 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 |
| 叶枫 | 广州医学院第一附属医院 | 吴立华 | 中国医科大学附属第四医院 |
| 巩路 | 天津医科大学总医院 | 吴俐健 | 中国医科大学附属第四临床学院 |
| 吕晓菊 | 四川大学华西医院 | 吴晓梅 | 哈尔滨医科大学附属第二医院 |
| 朱红 | 北京大学第三医院 | 何元兵 | 新疆医科大学第一附属医院 |
| 朱运奎 | 兰州军区兰州总医院 | 何礼贤 | 复旦大学附属中山医院 |
| | | 余晓凌 | 中国医科大学附属第四医院 |
| | | 谷丽 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 |

- | | | | |
|-----|---------------------------|-----|---------------------------|
| 邹 博 | 中国医科大学附属第四医院 | 郑瑞强 | 扬州大学附属苏北人民医院 |
| 况九龙 | 南昌大学第二附属医院 | 赵春江 | 中国医学科学院中国协和医科大学
北京协和医院 |
| 沈华浩 | 浙江大学医学院附属第二医院 | 赵蓓蕾 | 南京军区南京总医院 |
| 宋淑璠 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 胡 克 | 武汉大学人民医院 |
| 张 峤 | 中国医学科学院中国协和医科大学
北京协和医院 | 施 毅 | 南京军区南京总医院 |
| 张 弘 | 中国医学科学院中国协和医科
大学北京协和医院 | 费学颖 | 中国医科大学附属第四医院 |
| 张 军 | 中国医科大学附属第四临床医院 | 栗 方 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 |
| 张 波 | 空军总医院 | 倪松石 | 南通大学附属医院 |
| 张 彧 | 大连医科大学附属第一医院 | 徐 潜 | 卫生部中日友好医院 |
| 张久之 | 大连医科大学附属第一医院 | 凌 伟 | 北京地坛医院 |
| 张雨雨 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 高振明 | 大连医科大学附属第二医院 |
| 张卓彦 | 太原市第四人民医院 | 郭 萍 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 |
| 陆维举 | 南京军区南京总医院 | 郭新珍 | 卫生部中日友好医院 |
| 陈 莉 | 第二军医大学附属长海医院 | 涂海燕 | 广东省人民医院 |
| 陈一强 | 广西医科大学第一附属医院 | 黄 坤 | 哈尔滨医科大学附属第二医院 |
| 陈小燕 | 西安交通大学医学院第一附属医院 | 曹 彬 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 |
| 陈东红 | 中国医科大学附属第四临床医院 | 董 芸 | 四川省医学科学院四川省人民医院 |
| 陈志海 | 北京地坛医院 | 蒋卫民 | 复旦大学附属华山医院 |
| 陈余清 | 安徽省蚌埠医学院附属医院 | 谢灿茂 | 中山大学附属第一医院 |
| 罗 宏 | 太原市第四人民医院 | 蒲增惠 | 烟台毓璜顶医院 |
| 周苏明 | 江苏省人民医院 | 薛庆亮 | 兰州军区兰州总医院 |
| 於江泉 | 扬州大学附属苏北人民医院 | 鞠远荣 | 山东省立医院 |
| | | 瞿介明 | 复旦大学附属华东医院 |

序 言

感染病学在临床医学中占有非常重要的地位，能否正确诊断和处理感染病，不但关系到患者本身的生命和健康，有时可能还与疾病的流行、国家或社区健康卫生事件的发生有关。每一位医务工作者都应当学习和提高自己在此方面的认识和诊治能力。有关感染病学的教科书、参考书并不太少，但是能吸引临床医生的注意，适合他们在繁忙的工作之余，花时间去读的好的参考书就不多了。现在，由王辰和曹彬教授主编的《感染性疾病——基于临床病例的诊治析评》一书，读后颇有收益，且有所感悟。因此，不揣冒昧，在这一并不是自己最熟悉的领域，斗胆书此序言，一则以贺，同时，也很想能吸引更多同道一同来关注和阅读这本书。

本书与一般的专著不同，它是基于近百名患者的诊断治疗过程，由编者精心组织、逐步分析自己的临床诊治思路，引出自己的体会、经验和教训。内容鲜活，读来兴趣盎然，这是大部头参考书所不具备的。编者将有关感染性疾病临床诊疗病案析评这么庞杂的内容，集中编写成十一章，且邀请了十一位感染界造诣资深的专家为每一章写了一段引言，起到画龙点睛的作用，帮助读者获得应有的收益和启发。显然，这是一本与传统的教科书不同的参考书，值得读者认真阅读。

但是，我也要向读者们指出，读书也要会读。首先，因为每一个病例都是编者自己体验的个案，显然与教科书或文献综述不同，主要是诊治过程中自己与同道们的感悟，有一定程度的主观和局限性，读时千万不要拘泥于某些个别观点而影响吸收更多有益的营养。其次，这样的书虽不如一般的参考书系统和详尽，但它具有较强的启发性，可能会让你想起过去某个自己未能及时诊断或处理上存在欠缺的病例，不过，仅片刻的触动并不能持久，若能以之为契机，再去从理论、道理上读书、思考，他人之石，就可以变成自己可用的玉了。

最后，希望读者们将各种建议或批评意见反馈给编者或出版社，以供编者改进。假如有可能，我还很希望能读到更多这一系列的书籍！

北京协和医院呼吸科

朱元珩

2009年3月4日

前言

感染性疾病的诊治与预防正不断面临新的变化，可是目前还比较缺乏相应的感染病学专著去迎接这样的挑战。

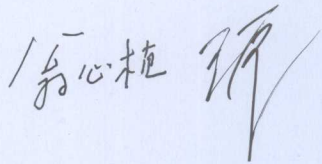
感染性疾病在临床上很普遍，是各科医生经常面临的问题。但是，目前对感染性疾病的诊治也较普遍地存在着误区，使得临床中的感染问题变得愈发复杂和严重。随着抗感染药物选择压力的逐渐增大、细菌耐药性的传播及相形之下新药研发的减慢，很多以前可治的细菌感染现在变成了“不治之症”。

我们编写本书的初衷只有一个：促进感染病学学科的发展和提高对感染性疾病的诊治水平。我们力求以比较新颖、实用的方式和编写体例来达到这一目的。

本书设十一章，论述感染性疾病诊疗中的十一个重要问题。章下设节，每一节由一个实际病例引出我们的问题、经验和思考。一个病例就是一个故事，通过这个故事的发生、发展、结局，作出分析和评论。本书不讲过多的理论，主要是结合临床实例，引导医生合理诊疗感染性疾病。希望本书能促进医生思考，读来不会“犯困”。

本书由工作在临床一线，有感染性疾病诊治切身体会，年龄多在40岁上下的医生编写。这些作者的教育背景好，临床基本功扎实，并有良好的临床思维与表达能力。各章节写作的自主性很强，能够比较充分地体现作者的“才、学、识”及其个人风格。通过对各个病例的析评，来努力阐释感染性疾病诊治的几个要点：①对感染性疾病绝不仅仅是投以抗感染药物这么简单的问题，很多抗感染药物的滥用和误用是因为鉴别诊断没有做好，患者可能根本就没有感染，而使用了广谱抗感染药物后，使问题进一步复杂化。实际上，有的时候通过简单的病史询问、体格检查和一些基本的化验，就可以减少很多不合理的用药。②病原学诊断是临床治疗感染性疾病的瓶颈。用抗感染药物前先留取标本送病原学检查，在很多时候可使我们“明明白白”地用好抗感染药物。③注重抗感染药物以外的其他治疗手段，比如引流、切开、拔管等。

限于水平，书中观点很可能有许多疏漏、不够严谨甚至错误之处，祈读者给予批评指正，共谋提高我国对感染性疾病的诊疗水平。



2009年6月8日

目 录

第一章 感染病有别于传染病

综述评	1
第一节 发热、皮疹、低血压、血小板减少	2
第二节 不明原因高热伴腰腿痛	4
第三节 高热、脾大、脾多发局灶性病变	7
第四节 发热、肝脾大、球蛋白升高2年	10
第五节 高热、腹泻、白细胞、血小板降低	12
第六节 反复发热，淋巴结肿大19年	16
第七节 发热4天，意识障碍10小时合并肝肾功能损伤	18
第八节 间断发热2个半月	21
第九节 急起高热、剧烈头痛、游走性皮疹	25
第十节 咳嗽、咳痰、痰中带血伴呼吸困难7个月	28
第十一节 持续右侧躯干疼痛麻木伴间断发热2个月，右眼视物模糊1个月余	30

第二章 貌似感染的非感染性疾病

综述评	34
第一节 咳嗽、咳白痰、气短、发热半年	35
第二节 异基因骨髓移植后，发热、黄疸、急进性肺部浸润性改变	39
第三节 嗜睡、发绀、低血压	41
第四节 头晕、乏力、腹泻伴一过性意识丧失	45
第五节 咳嗽、咳痰1个月，右中下肺野大片状阴影	48
第六节 咳嗽、黏痰、高热、血象高、肺部实变影	52
第七节 持续胸痛、发热、双肺湿啰音	55
第八节 咳嗽、双上肺渗出影、双侧胸腔积液	57
第九节 周期性发热、双肺大叶性实变	61
第十节 全身关节疼痛、下肢水肿、呼吸困难	64

第十一节	发热、咳嗽、咯血、胸痛、两肺多发斑片和结节影	68
第十二节	反复鼻出血、咳嗽、咯血、血尿伴发热	71
第十三节	左耳屏前病灶术后4个月,咳嗽、咳痰伴发热20天	74
第十四节	高热、双肺多发空洞、听力减退	76
第十五节	高热、双肺阴影、抗生素治疗无效、嗜酸性粒细胞增高	80
第十六节	咳嗽、咳痰、气喘、反复发热、肺部游走性浸润性阴影2个月	83
第十七节	胸闷、气短9天,双肺游走性阴影	89
第十八节	呼吸困难、双肺弥漫性渗出影	92
第十九节	咳嗽、咯血、咳树枝状痰5个月	96
第二十节	大咯血并咳出支气管树样物	98
第二十一节	咳嗽、咳痰伴双肺多发结节、肺门淋巴结肿大	101
第二十二节	胸闷、气短、间断胸痛22年,咳痰带血3个月	106
第二十三节	寒战、发热、咳嗽2个月伴排尿困难	109
第二十四节	创伤伴外周血白细胞显著升高	111

第三章 明确病原学：助我们事半功倍

综述评	114
第一节 收废品老人,发热、咳嗽、咳痰、胸痛伴有呼吸困难1个月	116
第二节 高热、双肺多发空洞、肝内多发低密度占位	118
第三节 散在皮下结节、皮肤表面红肿、脓性丘疹	121
第四节 慢性咳嗽、咳痰、反复咯血20余年,发热5天	123
第五节 发热、咳嗽、肺部厚壁空洞	126
第六节 咳嗽2年半,多发淋巴结肿大2年,伴淋巴结破溃7个月	129

第四章 结核病：伺机进攻的敌手

综述评	132
第一节 高热、白细胞减少、呼吸困难、肺部急进性弥漫性浸润阴影	133
第二节 发热、干咳、气短1个月	139
第三节 高热、咳嗽21天,两肺弥漫性病变7天	143
第四节 反复发热、咳嗽、咳痰8个月	145
第五节 发热、呼吸困难2个月,双肺囊腔样改变	149
第六节 咳嗽、双肺多发团絮状阴影	152
第七节 发热、右上肺实变1个月	157

第八节	发热、咳嗽、胸痛4个月	161
第九节	反复发热4个月,加重伴胸痛2周	164
第十节	持续发热、脾脏占位	166

第五章 真菌感染:正待拨开的迷雾

综述评	170
第一节 持续高热、声音嘶哑、双肺多发性结节和实变影	172
第二节 长期接触花草，发热、咳嗽、咳痰4天，胸痛、呼吸困难1天	175
第三节 高热、咳嗽、脓血痰	178
第四节 发热、消瘦、双肺多发片状阴影伴空洞	187
第五节 反复咳嗽、喘憋20余年，加重伴咳痰1年	193
第六节 发热、气促、双肺阴影	196
第七节 发热、咳嗽、咳铁锈色痰	200
第八节 发热7月余，腹痛3个月，腹泻2个月	202
第九节 头痛、呕吐、发热、颅内占位性病变	204
第十节 头痛、鼻塞、右眼视物模糊渐失明	210
第十一节 吸入污水，高热伴双肺弥漫性结节空洞影、头痛、视力丧失、关节痛及腰痛	213
第十二节 四肢深筋膜切开减压术后2周，寒战、高热、心内赘生物	217
第十三节 发热、咳嗽、皮肤脓疱、肺渗出性病变和纵隔淋巴结肿大	220
第十四节 脑出血术后反复发热、咳嗽、肺部空洞伴意识障碍	224
第十五节 咳嗽、咳痰伴间断发热1年，加重2个月	230
第十六节 呛入塘水，高热伴双肺弥漫性病变、多发性脑部损害	234
第十七节 胸背部疼痛1年余，右上、下肢感觉减退4个月余	238
第十八节 发热、咳嗽1个月	241
第十九节 侧脑室引流术后并发颅内复合性真菌感染	245

第六章 免疫缺陷患者的感染:内外交困的难局

综述评	248
第一节 肝移植术后2周高热, 双肺斑片影	249
第二节 斑秃2年, 发热、咳嗽、头痛、双肺阴影4天, 呼吸困难1天	251
第三节 糖尿病2年, 发热、咯血、左上肺阴影伴空洞6个月	255
第四节 白血病4年, 发热、呼吸困难、双肺弥漫性浸润影7天	258
第五节 发热、咳嗽2个月	261

第六节	体重下降、胸闷气急、双肺弥漫浸润影	264
第七节	发热、消瘦、双肺波浪起伏磨玻璃影改变	269
第八节	发热1个月、消瘦、血象三系进行性降低	274
第九节	确诊急性髓细胞白血病2个月, 发热伴干咳3天	276
第十节	异基因骨髓移植后发热、黄疸、急进性肺部浸润性改变	279
第十一节	肺叶切除术后, 发热、大量脓血痰、肺部空洞影	282
第十二节	发热伴头痛1个月, 加重1天	284
第十三节	肝移植术后间断发热、腹泻、胸腹腔积液、腹腔淋巴结增大	286
第十四节	纳差、转氨酶升高、高热、呼吸困难	293

第七章 社区获得性肺炎：明明白白治肺炎

综述评	297
第一节 发热、咳嗽、咳黄痰、右肺大片实变	298
第二节 发热、胸痛、气促、双肺阴影、胸腔积液	301
第三节 畏寒、高热、皮肤脓疱、低血压	306
第四节 发热、咳嗽、咳痰3天	311
第五节 发热伴咳嗽1周, 呼吸困难2天	314
第六节 发热、肌肉酸痛、进行性呼吸困难、快速进展的肺部阴影	317
第七节 发热、结膜充血、黄疸、呼吸困难	322
第八节 发热10天, 咳嗽5天, 呼吸困难3天	325

第八章 耐药菌院内感染：治疗棘手依然

综述评	329
第一节 咳嗽、咳痰1周,加重伴发热1天	331
第二节 高龄患者住院6天后出现高热、呼吸困难,万古霉素无效	335
第三节 发热、胸痛、不能平卧	337
第四节 多重耐药菌混合感染的特殊联合治疗	340
第五节 应用PK/PD理论治疗多重耐药菌血行感染	343

第九章 心内膜炎：常被遗漏的疾病

综述评.....	346
第一节 寒战高热持续1年、白细胞增高、肺间质炎症	347

第二节	不规则发热、弥散性血管内凝血·····	350
第三节	安装心脏起搏器后,反复发热、持续菌血症、抗生素效果不佳·····	353
第四节	发热、腹痛、血小板进行性降低·····	355

第十章 其他部位感染:病象各异

综述评·····	358
第一节 “胆囊切除术”后4天腹痛、发热,万古霉素无效·····	360
第二节 高热、寒战、右上腹痛·····	362
第三节 外伤后寒战、高热、低血压、多器官功能衰竭·····	364
第四节 开颅手术后高热、万古霉素敏感治疗失败·····	368
第五节 右膝关节肿痛伴咳嗽、咯血、发热·····	371
第六节 间断寒战、高热4年·····	374
第七节 发热、头痛,共济失调,肺内多发斑片影·····	376

第十一章 感染中毒症:认识不断深化

综述评·····	379
第一节 高热、腹胀、气急、少尿·····	381
第二节 发热、咳嗽、全身湿冷、右上肺实变·····	384
第三节 糖尿病,发热、休克、双肺阴影并胸腔积液·····	387
第四节 发热,厌氧血培养阳性·····	391

1

第一章 感染病有别于传染病

综 述 评

感染性疾病广义的包括传染病与感染性疾病,传染病(communicable diseases)是狭义的,是由各种致病性的病原体引起的,具有流行性与传染性的常见病、多发病,可迅速传播造成全球大流行,如流感和 SARS。而感染性疾病其中有些亦具有传染性,如医院内的一些感染。通过医务人员的双手、污染了的器械、血液、飞沫和食品传播,但比较局限,常只在病室或病区有限的范围内传播,一般不会引起大流行,有别于传染病。传染病只包含国家规定的甲、乙、丙3类,至今共计38个病种,而感染病(infectious diseases)将细菌、病毒、真菌、螺旋体、支原体、衣原体和立克次体等致病菌或原虫引起的疾病全包括在内,既含有传染病还有各种院内、外的感染性疾病,涉及内、外、妇、儿、神经、五官等各科。在众多的各级医院中,大量的感染性疾病,如肿瘤或血液病化疗后白细胞降低、老年患者或有原发病者、免疫功能低下合并各种细菌性感染者,常选择广谱抗生素,剂量大、时间长,其后将出现真菌感染;而且不合理地应用抗生素,又造成耐药菌株的迅速产生,虽然抗生素不断升级但死亡率居高不下。

我国人口多,过去经济条件差,居住拥挤,非常重视传染病,如结核病在城市有区一级的结核病防治所,血吸虫有县和公社级的血防站,开放性结核病和血吸虫病在流行区目前治疗都是免费的。这些所和站作出了很大贡献。但感染病在我国一直未受到重视。因为感染病分散在内、外、妇、儿等各专业,中华医学会过去只有传染病学会(不包括感染病),目前仅将名字改成感染病学会,但其组成结构未改,重点仍然在传染病。临床医师责任很重,既要正确判断病情又要合理应用抗生素。国外感染病(infectious diseases)学会则包括传染病。我国由于很长时间无感染病学会,抗生素无专业学会支持和管理,造成了临床不合理应用抗生素的现象,以致细菌对抗生素产生严重的耐药性。

我国目前不仅在医学界对抗生素的应用无准则,畜牧业、水产业、农业包括果园业,单纯考虑增产,大量应用抗生素的情况普遍存在,国外如英国报道一个鲑鱼养殖场,每亩可加抗生素50~60kg。我国可以说存在类似的情况。人们吃了带有各种不同抗生素的鸡、鸭、鱼和肉,抗生素进入人体内,与肠或呼吸道内的细菌相互作用,结果诱导细菌产生对各种抗生素的耐药性。医学以外的其他行业应用抗生素缺乏部门统一管理,在医学领域则应由从事感染病学的专业人员带头进行管理和制订抗生素的使用规则,尽量减少盲目滥用,减慢耐药性的产生,延长有效抗生素的寿命,提倡轮流使用抗生素,必要时再加用新的抗生素,目的是用最低的医疗费用来治疗危重的感染性疾病。此外,目前国际会议只有感染性疾病的会议,其中包括了传染病,除艾滋病与肝炎外没有单独的国际传染病会议。为了更好地与国际接轨,我国应该采取相应措施。

现今,国内有些大医院的传染病科或传染病院所诊治的病种很单一,几乎80%为病毒性肝炎,很少收治其他病种,培养出来的学生、研究生和住院医师知识面比较窄。教学医院应该和传染病院有区别,自新中国成立以来,传染病院一贯收治传染病,而各大教学医院应该收治其他感染性疾病。基层需要全科医师,我们不能满足于只掌握病毒性肝炎,所有传染科或感染科医师都应该开阔思路、增加知识面。我们不可能要求每个医师都是全科医师,特别是在城市,但对本专业范围内的各类病种,应该有一定的了解。国内大城市的感染内科,除了了解传染病以外,还应掌握各种感染性疾病的诊治,包括各种新的感染病和传染病;要有病原学和抗生素临床应用的基本概念,更要了解细菌产生的各种酶,特别是超广谱酶(extended spectrum beta lactamases, ESBLs)等。临床资料应包括临床微生物学检测结果,医院应该重视临床微生物实验室的建设,提高临床微生物检测水平的新技术,对诊断和治疗有极其重要的影响。临床医师要和临床微生物医师共同合作,为早期确诊,合理应用抗生素,攻克耐药菌株和超广谱酶而努力。基层医院应逐步建立临床微生物的检测,可以相邻几个医院先建一个检测点,收检医院的标本,通过网络发报告。

下一步要抓紧各级医师学习抗微生物药物在临床中的合理应用,可以通过上网自学、听课(讲座)或参加有关研讨会提高认识,接受继续教育。教学相长,可通过备课、学生提问和解答,或咨询进一步学习。各医院如果收治各种感染病,病毒性肝炎和艾滋病则应该由传染病科和专业的传染病院收治。目前各医院所谓的感染内科的医师们应边学习边提高,需熟练掌握基本功,单从书本上只能得到一部分,而且常常是不全面的,临床经验必须从实际工作中累积起来。感染性疾病,尤其是院内感染常涉及内、外、妇、儿、神经、五官等多个科室,因此就必须学习各科感染病的特点。各医院可结合具体情况增设感染病病床,收治一些感染病,当然,不同部位的感染病也可以收治于相关的专业病区内。还可以利用参加国际会议、上网或阅读国外的医学期刊,从中获取有关感染性疾病的新信息、新技术和新动态。目标很明确,即为了发展我国的感染性疾病临床诊治新技术,赶超国际水平。

(王爱霞 aixia_wang@tom.com)

第一节 发热、皮疹、低血压、血小板减少

【病情介绍】

患者,男,47岁,北京人,汉族,画家。因“高热6天”,于2007年5月3日收住院,6天前患者从印度尼西亚回国,到广州时出现发热,体温39~40℃,伴头痛、乏力,肌肉酸痛,无咳嗽、咳痰,无关节痛,无腹泻、腹痛,无皮疹出血点。

次日到北京一所大医院就诊,查 WBC $3.1 \times 10^9/L$, PLT $76 \times 10^9/L$, Hb 138g/L 给予感冒药治疗,效果不佳。先后转诊2家大医院查血登革热、流行性出血热及其他病毒9项,次日报检测结果:排除登革热,其余均为阴性。复查血常规:WBC $1.55 \times 10^9/L$, PLT $52 \times 10^9/L$, Hb 153g/L, ALT 43IU/L, AST 67IU/L, TBIL 35.5mmol/L, 血钠133mmol/L, 血钾 3.32mmol/L, 尿蛋白(+), 疟原(-), HBsAg(-), 胸片双肺纹理稍强。

既往史:有高血压史10年,最高160/110mmHg,长期服口服降压药。病前在印度尼西亚开画展,工作1个月,住处有蚊虫,居住的隔壁有登革热患者。

入院查体: T 38.6℃, P 96次/分, R 20次/分, BP 116/77mmHg, 面、颈、上胸充血, 呈醉酒貌, 咽充血, 扁桃体无肿大, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音, 腹平软, 无压痛, 肝肋下1cm, 脾未触及, 双腋下皮肤见抓痕样出血点, 双颈部各及一枚0.3cm × 0.3cm 大小的淋巴结, 无触痛、活动, 双下肢无水肿。化验检查: 外周血 WBC $1.6 \times 10^9/L$, 中性粒细胞正常, PLT $77 \times 10^9/L$, Hb 150g/L。血涂片: 白细胞减少, 白细胞分类, 杆状15/50, 杆状细胞增多, 血小板减少, 异常淋巴细胞6%。给予头孢米诺和更昔洛韦0.25g q12h 治疗, 辅以升白细胞药治疗。

入院诊断: 发热并且血小板减少, 待查: 传单核细胞增多症?

诊疗经过: 入院后因血压低, 停用降压药。但血压始终较低, 波动在90~110/60~70mmHg, 5月4日患者上身、下肢、双手掌心可见红色皮疹, 有出血性瘀点, 有斑丘疹, 很快蔓延双臂、前胸、腹部, 散在分布斑疹, 无痛痒, 面红充血, 结膜充血, 上胸部红, 双腋下体侧、腋后见较多粗大出血性抓痕, 血压90/60mmHg, 束臂试验阳性。复查 PLT $1.6 \times 10^9/L$, ALT 66~99IU/L, AST 66~99IU/L, TBIL 23mmol/L, ALB 35.5g/L, CK 756IU/L, LDH 340IU/L, 血压90/60mmHg, 尿少量红、白细胞, 尿蛋白3g, 肾功能大致正常, 血钠130mmol/L, 登革热 IgM 和 IgG 均阴性。多次鼻出血, 每次出血量 >100ml。9日再请感染科会诊, 临床诊断为登革热, 并要求复查登革热抗体。继续补液, 抗病毒治疗, 体温逐渐下降。

最终诊断: 登革出血热。

转归: 5月10日痊愈出院。出院后复查登革热抗体阳性。总病程12天。

重要提示 >>>

1. 中年男性, 急性起病, 高热6天;
2. 病前在印度尼西亚工作1个月, 住处有蚊虫, 居住隔壁有登革热患者;
3. 血压低, 面、颈、上胸充血, 呈醉酒貌, 皮疹、出血点, 双腋下皮肤见抓痕样出血点, 鼻出血, 肝肿大;
4. 外周血白细胞低, 血小板减少, 异常淋巴细胞6%;
5. 病初出血热、登革热、疟原虫化验检查均阴性。

【析评】

登革热(Dengue fever, 简称 DF)/登革出血热(Dengue hemorrhagic fever, 简称 DHF)是以蚊为传播媒介由登革病毒(简称 DV)引起的急性传染病。以高热, 头痛, 全身肌肉、骨、关节痛, 淋巴结肿大, 白细胞、血小板降低为主要临床特征。主要流行于热带和亚热带。

雌性伊蚊在吸食登革热患者和隐性感染者血液时获得病毒, 被感染的蚊子叮咬时使易感者感染。病毒侵入人体在单核-巨噬细胞中复制后入血, 引起病毒血症, 再次感染单核-巨噬细胞后入血, 引起2次病毒血症, 导致发热, 人感染病毒产生的抗体与病毒形成免疫复合物, 激活补体系统, 病毒还可损害内皮细胞, 引起血管通透性增加和骨髓抑制, 白细胞、血小板减少出血等, 再次感染常导致病重。登革热常突然发病, 高热, 可退热1~2天再发, 形成马鞍热, 醉酒貌, 严重头痛、眼球后疼痛、全身肌肉和关节痛, 淋巴结肿大, 肝脾大, 出血性皮疹或斑丘疹, 登革出血热是一种有可能导致死亡的并发症, 高热可达41℃, 中毒症状严重, 出血明显, 严重患者在高热几天以后病况会突然恶化, 体温下降, 然后出现循环系统衰竭的征兆,

患者能很快进入致命休克状态并在12~24小时内死亡,或在适当医护处理后很快恢复。

因病毒分离鉴定较费时烦琐,登革热常用间接免疫荧光(IFA)、酶免疫斑点试验、补体结合、血凝抑制等测定病毒抗原、抗体或核酸杂交、PCR等检测病毒核酸确诊。

该例患者虽有较典型的临床症状,但由于本地区少见,缺乏认识而延时诊断。近年来因全球气候变暖、城市人口密度增高、废物等储水导致蚊虫滋生,加速其传播速度使DF迅猛增加,引起国际医学界高度重视。世界卫生组织估计全世界有五分之一的人,即约25亿人面临罹患登革热危险。每年有5000万登革热感染病例,20 000多人死亡。登革热已成为分布最广、发病人数最多的虫媒病毒病。北京地区非DF疫区,仅偶见少数国外输入性病例,该例是我们发现的第一例土生土长的本地人,因去国外举办画展感染。该例后不久,我科又发现去泰国旅游感染的患者、因商务去越南短期工作感染的患者、去厄瓜多尔感染的患者等,说明在全球化的今天,国际交往、贸易、旅游、劳务输出日益增多,尤其是现代化交通的便利,许多传染病早已无国界、无地区局限。北京改革开放后早已成为国际都市,病例会不断见到,而新疫区常常对该病缺少认识,易漏诊误诊,对患者危险更大。WHO曾调查显示,如果得不到适当治疗,登革出血热死亡率可超过20%,而能正确诊疗可降至1%。可见早期正确认识、及时诊治该病的重要性。

通过本例我们意识到,及时了解患者传染病和流行病学史十分重要,同时要不断了解国际流行趋势才能及时认识、发现和作出正确诊断。

(徐潜 xuqian356@sohu.com)

参 考 文 献

1. World Health Organization. Dengue haemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control. 2nd ed. Geneva: WHO, 1997
2. Gubler DJ. Dengue/dengue haemorrhagic fever: history and current status. Novartis Found Symp, 2006, 277: 3-16
3. Gubler DJ. Dengue and dengue hemorrhagic fever. Clin Microbiol Rev, 1998, 11 (3): 480-496
4. 蒙中秋. 全球登革热/登革出血热的流行态势及我国口岸检测管理. 中国热带医学杂志, 2005, 17 (7): 1465

第二节 不明原因高热伴腰腿痛

【病情介绍】

患者,男,46岁。因“高热伴腰腿痛40多天”入院,在门诊医生示意坐下时,因腰痛说:“我可否躺下看病,回答问题”。患者于2006年5月30日发热,起病无明显诱因,发热多发生于下午和午夜,体温39℃左右,最高达42℃,伴寒战、头痛、腰痛,放射至下肢,体温下降时大汗,无鼻塞、流嚏、咽痛、咳嗽、胸痛、呼吸困难,也无恶心、呕吐、腹痛、腹泻,轻度尿频、尿急,尿常规示:WBC 1~3/HP, PRO + ~ ++。当地诊断为感冒时,服中西药(不详)治疗,服退热药后体温可降至正常,头痛2~3天后缓解,但停服退热药体温仍高,抗感染治疗(静脉滴注抗生素,具体药物不详)10余天病情无明显缓解,后经中医药治疗(具体不详),尿频、尿急症状消失,复查尿常规正常,但发热、腰痛症状从无缓解,且渐加重,行走困难,1个多月病程中仅有2日