

现代急诊内科

诊治关键

王光磊 ◎ 著

天津出版传媒集团




天津科学技术出版社

现代急诊内科诊治关键

王光磊 著

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据


现代急诊内科诊治关键 / 王光磊著. --天津:天津科学技术出版社, 2018.2
ISBN 978-7-5576-4733-9

I. ①现… II. ①王… III. ①内科-急诊 IV.
①R505.97

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第039408号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332372

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 23.75 字数 620 000

2018年2月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷

定价: 118.00元

前 言

急诊医学是一门跨专业的学科,是以诊治和研究创伤、内科危重病、严重感染、心肺复苏、中毒和灾害医学为主要任务的科学。而内科急诊常占医院急诊就诊病人的半壁江山。近年来各项监测和急救治疗技术的日新月异,使得急诊内科危重患者的生存率大大增加。

全书共八章,分别从感染性疾病、神经系统疾病、呼吸系统疾病、心血管疾病、消化系统疾病、血液系统疾病、泌尿系统疾病和急性中毒等方面,详细阐述了临床内科常见急诊的诊断与治疗在编写中力争把近年来相关疾病的诊疗指南与专家共识的精髓贯穿于其中,以突出新颖性、实用性、科学性和权威性。

由于编写时间仓促,书中难免有疏漏之处,期望各位专家和同道们给予批评指正,以便再版时充实提高。

编 者

目 录

第一章 感染性疾病急诊	(1)
第一节 流行性感冒	(1)
第二节 人禽流感	(2)
第三节 流行性腮腺炎	(4)
第四节 麻疹	(6)
第五节 流行性乙型脑炎	(9)
第六节 狂犬病	(12)
第七节 肾综合征出血热	(15)
第八节 伤寒	(18)
第九节 细菌性痢疾	(22)
第十节 霍乱	(25)
第十一节 流行性脑脊髓膜炎	(28)
第十二节 破伤风	(31)
第十三节 细菌性食物中毒	(35)
第十四节 细菌感染性腹泻	(37)
第十五节 急性血吸虫病	(39)
第二章 神经系统疾病急诊	(42)
第一节 颅高压危象	(42)
第二节 高血压脑病	(44)
第三节 短暂性脑缺血发作	(45)
第四节 脑梗死	(48)
第五节 脑出血	(59)
第六节 蛛网膜下隙出血	(62)
第七节 脑静脉系统血栓形成	(66)
第八节 癫痫持续状态	(68)
第九节 脑膜炎	(71)
第十节 急性单纯疱疹病毒性脑炎	(78)
第十一节 急性播散性脑脊髓炎	(80)
第十二节 急性脊髓炎	(81)
第十三节 吉兰-巴雷综合征	(83)
第十四节 重症肌无力及其危象	(86)

第十五节	周期性瘫痪	(90)
第三章	呼吸系统疾病急诊	(94)
第一节	急性上呼吸道感染	(94)
第二节	急性气管-支气管炎	(95)
第三节	支气管哮喘	(96)
第四节	慢性阻塞性肺疾病	(100)
第五节	自发性气胸	(107)
第六节	肺炎	(111)
第七节	肺血栓栓塞症	(115)
第八节	肺性脑病	(121)
第九节	呼吸衰竭	(123)
第十节	急性呼吸窘迫综合征	(126)
第四章	心血管系统疾病急诊	(129)
第一节	心脏骤停与心肺复苏	(129)
第二节	急性心力衰竭	(139)
第三节	慢性心力衰竭	(143)
第四节	高血压急症	(150)
第五节	心律失常急诊	(158)
第六节	感染性心内膜炎	(183)
第七节	急性心包炎	(188)
第八节	急性病毒性心肌炎	(191)
第九节	稳定型心绞痛	(193)
第十节	急性冠状动脉综合征	(199)
第十一节	主动脉夹层	(218)
第五章	消化系统疾病急诊	(222)
第一节	急性胃炎	(222)
第二节	消化性溃疡	(223)
第三节	急性胆囊炎	(226)
第四节	急性重症胆管炎	(228)
第五节	急性出血性坏死性肠炎	(230)
第六节	急性胰腺炎	(233)
第七节	消化道出血	(238)
第八节	肝性脑病	(248)
第九节	肝功能衰竭	(251)

第六章	血液系统疾病急诊	(256)
第一节	白细胞减少和粒细胞缺乏症	(256)
第二节	原发性免疫性血小板减少症	(257)
第三节	血栓性血小板减少性紫癜	(260)
第四节	过敏性紫癜	(262)
第五节	重型再生障碍性贫血	(264)
第六节	急性溶血、溶血危象和再生障碍危象	(267)
第七节	弥散性血管内凝血	(269)
第八节	急性白血病	(273)
第九节	输血与输血反应	(279)
第七章	泌尿系统疾病急诊	(286)
第一节	急性肾小球肾炎	(286)
第二节	急进性肾小球肾炎	(287)
第三节	肾病综合征	(290)
第四节	急性间质性肾炎	(293)
第五节	急性尿路感染	(293)
第六节	急性肾损伤	(297)
第七节	慢性肾衰竭	(302)
第八章	急性中毒	(308)
第一节	急性药物中毒	(308)
第二节	急性农药中毒	(323)
第三节	窒息性毒物中毒	(336)
第四节	刺激性气体中毒	(340)
第五节	有机毒物中毒	(341)
第六节	金属中毒	(350)
第七节	植物性毒物中毒	(357)
第八节	动物性毒物中毒	(362)
第九节	强酸强碱类中毒	(367)

第一章 感染性疾病急诊

第一节 流行性感

流行性感(mfluenza,简称流感)是由流行性感病毒引起的急性呼吸道传染病。其临床特点为起病急,全身中毒症状明显,如发热、头痛、全身酸痛、软弱无力,而呼吸道症状较轻。主要通过飞沫传播,传染性强,但病程短,常呈自限性。婴儿、老年人及体弱者易并发肺炎及其他并发症,可导致死亡。

【诊断要点】

1.流行病学特点

本病为突发性流行性疾病,在同一地区,1~2天内即有大量患者同时出现,邻近地区亦可同时暴发和相继发生。在散发流行时以冬、春季较多,大流行时则无明显季节性。

2.临床表现特点

本病潜伏期1~3天,短者仅数小时。突然起病,主要以全身中毒症状为主,而呼吸道症状轻微或不明显。依临床表现不同,可分为以下几种类型:

(1)典型流感(单纯型流感):最常见。急性发病,患者畏寒、发热,体温可达39~40℃,有明显头痛、乏力、全身酸痛等症状,同时亦可有咽痛、鼻塞、流涕、咳嗽等上呼吸道感染症状。一般全身症状重而呼吸道症状相对较轻,少数患者可有腹泻呈水样便。体检可见眼结膜轻度充血、咽部充血、肺部可有干啰音。病程4~7天,但咳嗽和乏力可持续数周。病程中可并发呼吸道细菌感染,以流感嗜血杆菌、肺炎球菌、金黄色葡萄球菌为常见。

(2)肺炎型流感:为流感病毒向下呼吸道蔓延引起。主要发生在老年人、婴幼儿、有慢性心、肾、肺等慢性疾病及用免疫抑制剂治疗者。病初与典型流感相似,但发病1~2天后病情加重,持续高热、咳嗽,胸痛较剧,咳片块状淡灰色黏痰。体检可发现双肺呼吸音低,满布哮鸣音,但无实质性病变体征。X线检查可见两肺广泛小结节性浸润,近肺门较多,肺周围较少。一般可在1~2周后症状逐渐消失,炎症消散。重症者持续高热,病情日益恶化,并可出现气急、发绀、咯血等,于5~10天内可因心力衰竭或周围循环衰竭而死亡。病程可延长至3~4周,易并发细菌感染,尤其是葡萄球菌感染。

(3)轻型流感:体温不高,全身症状及呼吸道症状较轻,一般病程2~3天。

(4)其他类型:流感流行期间,患者还可伴其他肺外表现,特殊类型主要有以下几种:胃肠型伴呕吐、腹痛、腹泻等胃肠道症状;脑膜脑炎型表现为意识障碍、脑膜刺激征等神经系统症状;若病变累及心肌、心包,分别为心肌炎型和心包炎型。还有以横纹肌溶解为主要表现的肌炎型,仅见于儿童。

3. 辅助检查

(1) 外周血象: 白细胞总数不高或偏低, 中性粒细胞显著减少, 淋巴细胞相对增加, 大单核细胞也可增加, 此种特殊血象在发病最初数日即出现, 常持续 10~15 天。合并细菌性感染时, 白细胞总数及中性粒细胞增加。

(2) 胸部影像学检查: 重症患者胸部 X 线检查可显示单侧或双侧肺炎, 少数可伴有胸腔积液。

【治疗要点】

1. 一般治疗

① 加强支持治疗和预防并发症: 休息、多饮水、注意营养, 饮食要易于消化, 特别对于儿童和老年患者更应重视。密切观察和监测并发症, 抗生素仅在明确或有充分的证据提示继发细菌感染时才考虑应用。② 及早应用抗流感病毒药物治疗: 抗流感病毒药物治疗只有早期(起病 1~2 天内)使用, 才能取得最佳疗效。③ 合理应用对症治疗药物: 病程已晚或无条件应用抗病毒药物时, 可对症治疗, 应用解热药(对乙酰氨基酚、阿司匹林、布洛芬)、缓解鼻黏膜充血药物(伪麻黄碱、萘甲唑啉、羟甲唑啉)、抗组胺药(氯苯那敏、苯海拉明、氯雷他定)、止咳祛痰药物等。儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林药物以及其他水杨酸制剂, 因为此类药物与流感的肝脏和神经系统并发症, 即 Reye 综合征相关, 偶可致死。

2. 抗流感病毒药物治疗

(1) 神经氨酸酶抑制剂: 国内使用的是奥司他韦, 能特异性抑制甲、乙型流感病毒的神经氨酸酶, 从而抑制病毒的释放, 减少病毒传播。应及早使用。国内外研究均证明它能有效治疗和预防甲、乙型流感, 在普通人群和患有慢性心、肺基础疾病的高危人群, 于流感发病 48 小时内早期使用均可以明显缩短症状持续时间和减轻症状严重程度, 降低并发症发生率, 并显示明显减少家庭接触者流感二代发病率。成人 75mg, 每日 2 次, 连服 5 天。儿童按体重给药: 体重 ≤ 15kg 者用 30mg; 16~23kg 者用 45mg; 24~40kg 者用 60mg; >40kg 者用 75mg。1 岁以下儿童不推荐使用。

(2) 离子通道 M2 阻滞剂: 代表药物是金刚烷胺, 但只对甲型流感病毒有效。推荐用量: 成人 200mg/d, 老年人 100mg/d, 小儿 4~5mg/(kg·d)(最高 150mg/d), 分 2 次口服, 疗程 3~4 天。

(3) 中医中药治疗: 早期用药, 辨证施治。可按辨证分别选择清热、解毒、化湿、扶正祛邪等不同治则和处方及中成药。

第二节 人禽流感

人禽流感(human avian influenza)是由甲型流感病毒某些感染禽类亚型中的一些毒株引起的急性呼吸道传染病。主要表现为高热、咳嗽和呼吸急促, 病情轻重不一, 其中高致病性禽流感(highly pathogenic avian influenza, HPAI)常由 H5N1 亚型引起, 病情严重, 可出现毒血症、感染性休克、多脏器功能衰竭以及 Reye 综合征等多种并发症。病死率 30%~80%。

【诊断要点】**1. 流行病学特点**

人禽流感的传染源是感染禽流感病毒的各种家禽,主要是鸡和鸭(包括火鸡、珍珠鸡和鹅)。主要经呼吸道传播,通过密切接触感染的禽类及其分泌物、排泄物,受病毒污染的水等被感染。人群普遍易感。从事家禽养殖业者,在发病前1周内去过家禽饲养、销售及宰杀等场所者以及接触禽流感病毒感染材料的实验室工作人员为高危人群。

2. 临床表现特点

潜伏期一般在7天内,通常为2~4天。不同亚型的禽流感病毒感染人类后可引起不同的临床症状。感染H₂N₂亚型的患者通常仅有轻微的上呼吸道感染症状,部分患者甚至无任何症状;感染H₇N₇亚型的患者主要表现为结膜炎;重症患者一般均为H₅N₁亚型病毒感染。患者起病急,早期表现类似普通型流感,主要为发热,大多持续39℃以上,热程1~7天,多为3~4天。可伴有流涕、鼻塞、咳嗽、咽痛、头痛、肌肉酸痛、全身不适。常在发病1~5天后出现呼吸急促及明显的肺炎表现。重症患者病情发展迅速,发病1周内出现ARDS,肺出血,胸腔积液及Reye综合征,肾衰竭,脓毒症及休克而很快死亡。部分患者可有恶心、腹痛、腹泻、稀水样便等消化系统症状。极少数患者只有腹泻及昏迷的表现。

3. 实验室检查

①外周血象:白细胞总数一般不高或降低,但淋巴细胞常减少,部分患者白细胞总数及淋巴细胞数均减少。②病毒抗原及基因检测:早期取患者鼻咽分泌物等呼吸道标本,采用免疫荧光或酶联免疫法检测甲型流感病毒核蛋白抗原(NP)、M₁蛋白抗原及禽流感病毒H亚型抗原。还可用A(H₅N₁)特异血凝素基因以RT-PCR法检测禽流感病毒亚型特异性H及N抗原基因。③病毒分离:从患者呼吸道标本(如鼻咽分泌物、口腔含漱液、气管吸出物或呼吸道上皮细胞)中用鸡胚或MDCK细胞分离禽流感病毒。④血清学检查:用血凝抑制试验或酶联免疫等血清学方法检查发病初期和恢复期双份血清,抗禽流感病毒抗体呈4倍或以上升高有助于回顾性诊断。

4. 胸部影像学检查

H₅N₁亚型病毒感染者可出现肺部浸润,肺内片状影。重症患者肺内病变进展迅速,呈大片毛玻璃状影及肺实变影像。病变后期为双肺弥漫性实变,少数可合并胸腔积液。

5. 诊断标准

根据流行病学史(即:①发病前1周内曾到过禽流感暴发疫点;②与被感染的家禽及其分泌物、排泄物等有密切接触者;③从事禽流感病毒实验室工作人员)、临床表现及实验室检查结果,排除其他疾病后,可做出人禽流感的诊断。

(1)医学观察病例:有流行病学史,1周内出现流感样临床表现者定为医学观察病例。

(2)疑似病例:有流行病学史和临床表现,患者呼吸道分泌物或尸检肺标本甲型流感病毒H亚型抗原检测阳性或核酸检测阳性者。

(3)临床诊断病例:疑似病例排除其他诊断,无法进一步取得实验室证据,与其有共同接触史的患者已被诊断为确诊病例者。

(4)确诊病例:有流行病学史和临床表现,从患者呼吸道分泌物或尸检肺标本中分离出特

定病毒或采用 RT-PCR 法检测到禽流感 H 亚型病毒基因,且发病初期和恢复期双份血清抗禽流感病毒抗体滴度 4 倍或以上升高者。

6. 诊断注意事项

临床应注意与流感,普通感冒,细菌、支原体、衣原体、军团菌性肺炎,传染性单核细胞增生症, SARS, 巨细胞病毒等病毒性肺炎进行鉴别,鉴别主要依靠病原学检查。

【治疗要点】

1. 隔离治疗

对疑似病例、临床诊断病例和确诊病例均应进行隔离治疗。

2. 对症治疗

可应用解热药、缓解鼻黏膜充血药、止咳祛痰药等。儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林以及其他水杨酸制剂的药物,避免引起儿童 Reye 综合征。

3. 抗病毒治疗

应在发病 48 小时内试用抗流感病毒药物。包括神经氨酸酶抑制剂奥司他韦(达菲)和离子通道 M2 阻滞剂金刚烷胺,用法见本章第 1 节“流行性感冒”部分。

4. 中医药治疗

5. 加强支持治疗和预防并发症

注意休息、多饮水、增加营养,给易于消化的饮食。密切观察,监测并预防并发症。抗菌药物应在明确继发细菌感染时或有充分证据提示继发细菌感染时使用。

6. 重症患者的治疗

处理要点:①营养支持;②氧疗与呼吸支持;③防治继发细菌感染;④防治其他并发症等。

第三节 流行性腮腺炎

流行性腮腺炎(mumps, epiderruc parontis)是由腮腺炎病毒所引起的急性呼吸道传染病。以腮腺非化脓性炎症、腮腺区肿痛为临床特征。好发于儿童、青少年甚至成人中的易感者。腮腺炎病毒除侵犯腮腺外,尚能侵犯神经系统及各种腺体组织,引起脑膜炎、脑膜脑炎、睾丸炎、卵巢炎和胰腺炎等。患儿易并发脑膜脑炎,成人患者易并发睾丸炎或卵巢炎以及其他涎腺的非化脓性炎症。预后良好,病死率为 0.5%~2.3%,主要死于重症腮腺炎病毒脑炎。患病后免疫力持久,再感染者偶见。

【诊断要点】

1. 流行病学特点

早期患者及隐性感染者均为传染源。全年均可发病,但以冬春季为高峰,呈流行或散发,于 2~3 周前有与流行性腮腺炎患者接触史。

2. 临床表现特点

潜伏期 14~25 天,平均 18 天。多数病例无前驱症状而以耳下部肿大为最早表现。少数患者有前驱症状如畏寒、发热、头痛、食欲不振、全身不适等,数小时或 1~2 天后腮腺即逐渐明

显肿大,此时体温可上升达 39°C 以上,甚至 40°C ,成人患者症状一般较重。腮腺肿大以耳垂为中心,向前、后、下发展,边缘不清,同时伴有周围组织水肿,局部皮肤紧张发亮,但无明显发红,无化脓,具有弹性感,表面灼热并有触痛,张嘴、咀嚼或进酸味饮食时疼痛加重。通常一侧腮腺肿大后2~4天又累及对侧,但也有双侧同时肿大。肿胀于2~3天达高峰,再持续4~5天后逐渐消退,全程10~14天。颌下腺和舌下腺亦可被累及。颌下腺肿大时颈部明显肿胀,颌下可扪及柔软而具轻触痛的椭圆形腺体;舌下腺肿大时可见舌及颈部肿胀,严重者引起吞咽困难。腮腺四周的组织也呈水肿,可上达颞部及颧骨弓,下达颌部及颈部,甚至波及胸锁乳突肌。有时可伴胸骨前水肿,因而使面貌变形。腮腺管口(位于上颌第二白齿对面黏膜上)在早期可红肿,有助于诊断。

少数不典型病例可始终无腮腺肿胀,而以单纯脑膜脑炎、睾丸炎的症状出现,也有仅见颌下腺或舌下腺肿胀者。

本病可有以下几种并发症:

(1)神经系统并发症:①脑膜炎、脑膜脑炎:有症状的脑膜炎发生在15%的病例,为小儿患者中最常见的并发症,可发生于腮腺肿大前6~7天至腮腺肿大后2周内,大多数在腮腺肿大后1周内出现。有的患者脑膜炎先于腮腺炎。主要表现为头痛、嗜睡和脑膜刺激征,一般症状在1周内消失,预后良好。脑膜脑炎或脑炎患者,常有高热、谵妄、抽搐、昏迷,重症者可致死亡。可遗留耳聋、视力障碍等后遗症。②多发性神经炎:偶于腮腺炎后1~3周内发生。此外尚可有暂时性面神经麻痹、平衡失调、三叉神经炎、偏瘫、截瘫、上升性麻痹等。预后多良好。

(2)胰腺炎:成人中约占5%,儿童中较少见。常发生于腮腺肿大后3~7天内。因腮腺炎本身可引起淀粉酶增多,故测定血清脂肪酶价值更大。

(3)生殖系统并发症:成人男性14%~35%可并发睾丸炎,常见于腮腺肿大开始消退时患者又出现发热,睾丸明显肿胀和疼痛,可并发附睾炎、鞘膜积液和阴囊水肿。睾丸炎多为单侧,约1/3的病例为双侧。急性症状持续3~5天,10天内逐渐好转。部分患者睾丸炎后发生不同程度的睾丸萎缩,这是病毒引起睾丸细胞坏死所致,但很少引起不育症。幼年患者很少发生睾丸炎。成人女性中5%~7%合并卵巢炎,一般不影响生育能力。

(4)肾炎:轻者仅有少量蛋白尿或血尿,重者与急性肾炎的表现及过程相同,多数预后良好。个别严重者可发生急性肾损伤甚至死亡。

(5)心肌炎:约4%~5%患者发生心肌炎,多见于病程的5~10天,严重者可致命。但大多数仅有心电图改变而无明显临床症状。

(6)其他:乳腺炎、甲状腺炎、胸腺炎、血小板减少、荨麻疹、急性滤泡性结膜炎等均少见。关节炎发生率为0.44%,主要累及肘、膝关节等大关节,可持续2天至3个月不等,能完全恢复。多发生于腮腺肿大后1~2周内,也有无腮腺肿大者。

3. 实验室检查

①血象:白细胞总数多正常或稍增加,淋巴细胞相对增多。②血淀粉酶:90%的患者血清淀粉酶在早期有轻至中度增高。③血清学检查:补体结合试验和血凝抑制试验,双份血清效价增高4倍以上有诊断价值。④病毒分离:早期病例,唾液、尿液、血、脑脊液以及脑、甲状腺等其他组织中可分离出病毒。

4. 诊断注意事项

本病尚应与化脓性腮腺炎(本病常为一侧性,肿大的腮腺表现红、肿、痛、热均明显,严重时可有波动感,挤压腮腺时腮腺导管口常可见到脓液流出),颈、耳前或颌下淋巴结炎,其他病毒所致的腮腺肿大,症状性腮腺肿大等疾病进行鉴别。

【治疗要点】

1. 一般治疗

呼吸道隔离及卧床休息,应隔离至热退、腮腺肿大完全消失之后。饭后用生理盐水漱口,保持口腔清洁。饮食以流质软食为宜,应避免进酸味饮料及食物,以减少唾液腺的分泌。高热不退可用物理降温,或用退热药物如 APC 片等。

2. 中医中药治疗

以清热解毒、软坚消痈治疗为主。局部用紫金锭或青黛散调醋外敷 1 日数次;或金黄散、芙蓉叶各 30g 研末,菊花 9g 浸汁加蜜糖适量拌和,每日 2 次外敷;或蒲公英、鸭跖草、水仙花根、马齿苋等捣烂外敷,可减轻疼痛。内服普济消毒饮方为主,随症加减。也可口服板蓝根冲剂 1~2 袋,每日 2~3 次。

3. 氦氛激光局部照射

能减轻局部胀痛,并可缩短局部肿胀时间。

4. 抗病毒治疗

早期可使用利巴韦林(病毒唑),成人每日 0.75~1.0g,儿童 15mg/kg 静脉滴注,疗程 5~7 天,可缩短病程及减少并发症发生。亦有报道应用干扰素治疗成人腮腺炎合并睾丸炎患者,有较好效果。

5. 肾上腺皮质激素

一般患者尽量不用,但对重症患者如有高热不退,或合并严重中枢神经系统并发症、心肌炎、严重的睾丸炎或胰腺炎等,可考虑短期(5~7 天)应用。

6. 并发症的治疗

①脑膜脑炎时按病毒性脑炎处理。②合并睾丸炎时应以丁字带将睾丸托起,以减轻疼痛,局部间歇冷敷,必要时可用镇痛剂。③心肌炎时应绝对卧床休息,并按心肌炎常规治疗。④并发胰腺炎时应禁食,并按胰腺炎常规处理。⑤预防睾丸炎:男性成人患者在本病早期应用己烯雌酚(乙蔗酚),每次 1mg,每日 3 次口服,有预防睾丸炎发生的作用。

第四节 麻疹

麻疹(measles)是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病,临床以发热、咳嗽、流涕、眼结膜充血、颊黏膜有麻疹黏膜斑及皮肤出现红色斑丘疹等为主要表现。

【诊断要点】

1. 流行病学资料

儿童多见。任何季节均可发病,以冬、春季为最多。急性期患者为本病最重要的传染源。

出疹前后 5 天均有传染性。病后免疫力持久,2 次发病者罕见。

2. 临床表现特点

潜伏期约 10 天(6~21 天),接受过麻疹疫苗者可延长至 3~4 周。

(1) 典型麻疹:疫苗接种免疫失败和未接种疫苗者几乎全部表现为典型麻疹,继发性免疫失败者中约有 1/6 左右的人也表现为典型麻疹。可分为以下 3 期:①前驱期(卡他期):从发病到出疹为前驱期,一般持续 3~4 天。此期主要为上呼吸道感染及眼结合膜炎所致的卡他症状。表现为急性起病,发热、咳嗽、喷嚏、流涕、流泪、畏光、结膜充血、咽痛、全身乏力等。起病后第 2~3 天约 90% 患者于双侧近臼齿颊黏膜处出现细小灰白色小点(0.5~1mm 大小),周围有微血管扩张的红晕,称麻疹黏膜斑(Koplik spots),为本病早期特征。初起时仅数个,很快增多,且融合扩大成片,似鹅口疮,一般持续到出疹后 1~2 天内消失。也可见于下唇内侧及牙龈黏膜,偶见于上腭。偶见颈、胸、腹部出现风疹样或猩红热样皮疹,数小时后即消失,称前驱疹。有时在悬雍垂、扁桃体、咽后壁、软腭处见红色斑点,出疹期开始消退,称黏膜疹。②出疹期:发热 3~4 天后,当呼吸道症状及体温达高峰时开始出现皮疹。皮疹先见于耳后发际,逐渐波及头面部、颈部,一日内自上而下蔓延到胸、背、腹及四肢,约 2~3 天内遍及手心、足底,此时头面部皮疹已可开始隐退。皮疹初为淡红色斑丘疹,大小不等,直径约 2~5mm,散在分布,继而增多,呈鲜红色,以后逐渐融合成暗红色、形态不规则或小片状斑丘疹,疹间皮肤正常。皮疹为充血性,压之褪色,少数病例皮疹呈出血性。出疹时全身中毒症状加重,体温高达 40℃ 左右,精神萎靡、咳嗽频繁,声音嘶哑,畏光、结膜红肿、眼睑水肿。重者可有谵妄、抽搐。全身浅表淋巴结与肝脾可轻度肿大。肺部常有干湿性啰音。本期约 3~5 天。③恢复期:皮疹出齐后按出疹顺序消退,由红色转为棕褐色,全身症状随着体温下降而迅速减轻,精神与食欲开始好转,皮疹消退后留下特征性的棕褐色色素沉着及糠麸样脱屑,以躯干为多,约 1~2 周消失。这种色素沉着斑在麻疹后期有诊断价值。无并发症者整个病程约 10~14 天。

(2) 非典型麻疹:①轻型麻疹:多见于具有对麻疹病毒有一定的免疫力者,如 6 个月以内婴儿尚留存来自母体的被动免疫抗体,近期接受过免疫制剂(如丙种球蛋白)或接种过麻疹疫苗者,或第二次患麻疹者。其潜伏期较长(3~4 周),临床症状轻,麻疹黏膜斑不典型或缺如,皮疹步而色淡,出疹期短,不留色素沉着,一般无并发症,病程在 1 周左右。病后所获免疫力与典型麻疹者相同。②重型麻疹:多见于全身情况差、免疫力低下或继发严重感染者。起病急骤,高热 40℃ 以上,严重中毒症状,谵妄或昏迷,反复抽搐,呼吸急促,唇、指发绀,脉细速,皮疹密集,呈暗红色且融合成片(中毒性麻疹);有时皮疹呈出血性,形成紫斑,伴内脏出血(出血性麻疹);有时皮疹呈疱疹样,可融合成大疱(疱疹性麻疹);皮疹少或皮疹突然隐退,遗留少数皮疹呈青紫色,面色苍白或青灰色,大多因心功能不全或循环衰竭引起(休克性麻疹)。预后差。③成人麻疹:目前成人麻疹发生率已明显上升,与小儿相比中毒症状较重,但并发症较少。临床特点起病急,可无卡他症状,发病第 1 天即高热,伴有头痛、全身乏力、萎靡不振、纳呆等;而后热型不规则或为稽留热,咳嗽较剧,发病后 3~4 天出现粗大的斑丘疹,融合,自上而下顺序出现,3~4 天后逐渐消退,但留有色素沉着。麻疹黏膜斑十分常见但不典型,消失较晚。妊娠初期发病可致流产,孕期中得病可致死胎。孕妇产前 7~10 天感染麻疹,则小儿娩出时可无任何症状,而出生后可与母亲同时发生症状;若孕妇产前 2 周受感染,产时正患麻疹,则小儿出生时

可见麻疹,称为先天性麻疹。④异型麻疹:主要发生于接种麻疹灭活疫苗后4~6年,再接触麻疹患者时出现。表现急起高热、头痛、肌痛、腹痛、乏力等,中毒症状重而卡他症状少,罕见麻疹黏膜斑。起病2~3天后出现皮疹,但从四肢远端开始,逐渐波及躯干与面部,皮疹为多形性,有斑丘疹、疱疹、紫癜或荨麻疹,一般可同时见于2~3种皮疹形态。常伴有四肢水肿、肺炎,肝、脾均可肿大。异型麻疹病情较重,但多为自限性。其最重要的诊断依据为恢复期麻疹抗体呈现高滴度,但病毒分离阴性。一般认为其无传染性。

3. 并发症

年幼体弱、营养不良及免疫力低下者,患麻疹后极易发生并发症,常见的有肺炎、喉炎、心肌炎、心功能不全、脑炎等。

4. 实验室检查

①血象:前驱期周围血象白细胞计数正常或稍高,出疹期稍减少,淋巴细胞相对增加。②分泌物涂片检查多核巨细胞:鼻咽、眼分泌物及尿沉渣涂片,以瑞氏染色,显微镜下可见脱落的上皮多核巨细胞。在出疹前后1~2天即可阳性,比麻疹黏膜斑出现早,有早期诊断价值。③血清麻疹IgM抗体测定:酶联免疫吸附试验(ELISA)测定血清特异性IgM抗体是诊断麻疹的标准方法,且在发病后2~3天即可测到,因此还具有早期诊断价值。

5. 诊断注意事项

典型麻疹依据流行病学资料及临床表现即可诊断。麻疹黏膜斑对出疹前早期诊断极有帮助,上呼吸道卡他症状及皮疹形态分布特点均有助诊断,麻疹后色素沉着及糠麸状脱屑在恢复期有诊断意义。出疹期麻疹需与其他出疹性疾病如风疹、猩红热、幼儿急疹、药物疹等鉴别。

【治疗要点】

重点在于精心护理、对症治疗和防治并发症。

1. 护理与对症治疗

患者应单间呼吸道隔离,卧床休息直至体温正常或至少出疹后5天。居室空气新鲜,保持适当温度和湿度,衣被不宜过多,眼、鼻、口腔、皮肤保持清洁。如结合膜炎可用4%硼酸溶液或生理盐水清洗,再涂红霉素或四环素眼膏,防止继发感染。及时清除鼻腔分泌物及干痂,保持鼻腔通畅。给予足够水分及易消化富营养的食物,切不可“忌口”。高热时(39.5~40℃)可给小剂量退热剂,以免骤然退热引起虚脱。剧咳时可服适量的镇咳剂。体弱病重者可早期给丙种球蛋白肌注或静脉注射。近年报告给麻疹患者补充维生素A,一次口服10万~20万U,可减轻病情,使病死率下降。

2. 中医中药治疗

祖国医学认为麻疹系热毒侵犯肺、脾两经所致。治则为初热期(前驱期)应驱邪外出,宜辛凉透表,可用宣毒发表汤或升麻葛根汤加减,外用透疹药(生麻黄、莞荑子、西河柳、紫浮萍各15g)放入布袋中煮沸后在床旁蒸熏,或稍凉后以药汁擦面部、四肢,以助出疹。见形期(出疹期)宜清热解毒透疹,用清热透表汤或银翘解毒丸;热症重者可用三黄石膏汤或牛角地黄汤;虚弱肢冷者用人参败毒饮或补中益气汤。收没期(恢复期)宜养阴清热,可用沙参麦冬汤或竹叶石膏汤加减。

3. 治疗并发症

包括肺炎、喉炎、心肌炎和脑炎等,参见有关章节。

第五节 流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎(epidemic encephalitis B,简称乙脑),亦称日本乙型脑炎,是由乙脑病毒引起的、以脑实质炎症为主要病变的中枢神经系统急性传染病。本病经蚊媒传播,多发生于夏秋季,患者一般以儿童较多。临床以发病急骤、高热、意识障碍、抽搐、呼吸衰竭、脑膜刺激征等为主要特征。

【诊断要点】

1. 流行病学资料

本病在热带地区全年均可发生,在亚热带和温带地区有严格的季节性,好发于夏末秋初,80%~90%集中在7~9月份。10岁以下儿童多见,尤以2~6岁儿童发病率最高。儿童接种乙脑疫苗后发病减少,但成人及老人发病有增加。当夏秋季节(7~9月份),起病前3周内流行地区有蚊虫叮咬史,尤其是儿童突然发热、头痛、呕吐、嗜睡或烦躁等现象,且在短期内逐渐加重而无明显上呼吸道炎症表现者,应首先考虑本病。

2. 临床表现特点

乙脑病毒侵入人体约经4~21天(一般为10~14天)潜伏期后出现神经症状。按病程可分为以下4个时期。

(1)初期:为病初的1~3天。起病急,1~2天内体温升高达39~40℃,伴有头痛、恶心、呕吐、嗜睡、烦躁、结合膜及咽部充血。部分患者可有颈项强直及抽搐,但神志尚清楚。极重型患者本期经过甚短,于起病1~2天内就出现高热、频繁抽搐、深度昏迷而进入极期。

(2)极期:病程4~10天。患者除全身毒血症状加重外,突出表现为脑损害症状更为明显。主要表现有:①高热:为本病必有表现。体温稽留于39~40℃以上,并持续不退直至极期结束,一般持续7~10天,重症者达3周以上。发热越高,热程越长,病情越重。②意识障碍:多发生于第3~8日,轻者嗜睡,重者出现昏迷,成年患者偶有谵妄、定向力障碍、狂躁等。意识障碍通常持续1周左右。③抽搐:抽搐或惊厥大多发生于病程第2~5天。从轻度的手、足、面部的抽搐,到出现肢体阵挛性或全身强直性抽搐。一般均伴有意识障碍,重者可伴有发绀和呼吸暂停。④呼吸衰竭:是本病最主要的死亡原因。中枢性呼吸衰竭表现为呼吸表浅、节律不齐、叹息样呼吸、潮式呼吸、呼吸暂停、抽泣样呼吸及下颌呼吸等,最后呼吸停止。外周性呼吸衰竭表现为呼吸困难、发绀、呼吸减弱。⑤颅内压增高和脑膜刺激征:本病多有不同程度的颅内压增高,较大儿童及成人均有不同程度的脑膜刺激征。重症患者可发生脑疝,以钩回疝(小脑幕切迹疝)较为多见,表现为昏迷突然加深,呼吸节律异常,疝侧瞳孔散大和上睑下垂,对侧肢体瘫痪和锥体束征阳性。⑥其他神经系局灶症状:由于本病常有广泛的中枢神经系损害,因而可出现各种神经反射异常和神经系体征。大脑锥体束受损可出现肢体痉挛性瘫痪、肌张力增强和病理征阳性。大脑半球损害表现为去大脑强直。丘脑下部损害可出现体温调节障碍。如延

脑受损可发生延髓性麻痹。前庭小脑受损害可有眼球震颤及瞳孔变化。自主神经受累可出现面赤、发热、偏侧出汗、大小便失禁、尿潴留、直肠麻痹等。乙脑的神经系症状常在病程第1周内达高峰,第2周后极少出现新的神经系症状。

(3)恢复期:极期(持续1周左右)过后,体温多在2~5天内降至正常。神经精神症状日渐好转,一般于2周左右完全恢复,部分患者恢复较慢需数月。恢复期可有低热、多汗、言语障碍、吞咽困难、肢体麻痹、不自主动作、抽搐发作、表情缺失等。少数患者有智能障碍或精神异常。

(4)后遗症期:发病半年后仍留有神经精神障碍者称为后遗症。占5%~20%。以失语、瘫痪及精神失常最常见,重症病例可有肢体强直、角弓反张、不自主动作、视力障碍及痴呆等。

3. 临床分型

(1)轻型:患者神志清楚,可有轻度嗜睡。体温在39℃以下,仅在高热时才可能有抽搐。可有轻度脑膜刺激征。大多在1周左右恢复。

(2)中型(普通型):体温39~40℃,有不同程度的意识障碍,脑膜刺激征明显,有轻度抽搐,病理反射阳性,浅反射减弱或消失,或有脑神经麻痹、运动障碍等。病程10天左右,大多无恢复期症状。

(3)重型:神志昏迷,持续高热40℃以上,有反复或持续性抽搐,深反射先亢进后消失,浅反射消失,病理反射阳性。脑膜刺激征明显,肢体瘫痪或出现呼吸衰竭。病程多在2周以上,恢复期常有明显的神经精神症状,部分患者可有后遗症。

(4)极重型(暴发型):起病急骤,体温迅速于病后1~2天内上升到40℃以上。深昏迷,反复或持续抽搐,迅速出现脑疝及中枢性呼吸衰竭。本型常于短期内(一般3天左右)出现呼吸循环衰竭而死亡,幸存者多有严重后遗症。

4. 辅助检查

①血象:血白细胞增多,常达 $(10\sim30)\times 10^9/L$,中性粒细胞增多为主,1~2天后,淋巴细胞占优势。部分患者血象始终正常。②脑脊液检查:外观无色透明或微混,压力增高,白细胞数轻度增高,多在 $(50\sim500)\times 10^6/L$ 之间,个别患者可达 $1000\times 10^6/L$ 以上,起病后2~5天以中性粒细胞为主,以后则以淋巴细胞占多数。蛋白轻度增高,大多不超过1.0g/L,糖正常或稍高,氯化物正常。细菌检查阴性。极少数患者脑脊液常规与生化正常。自脑脊液测乙脑特异性IgM抗体较血清抗体出现早,有早期诊断价值。③血清学检查:乙脑的确诊有赖于血清学诊断。最常用的是特异性IgM抗体测定。特异性IgM抗体于感染后第4天即可出现,2~3周达到高峰,故单份血清即可做出早期诊断。④病毒分离:对疑诊死亡病例取脑组织或延髓穿刺取脑组织,病毒分离阳性率较高,作为回顾性诊断。

5. 诊断注意事项

应注意与中毒型菌痢、化脓性脑膜炎(化脑)、脑型疟疾、钩端螺旋体病脑膜脑炎型、其他病毒性脑炎及脑膜炎等疾病相鉴别。

【治疗要点】

1. 一般治疗与护理

患者应隔离于有防蚊和降温设施的病房,室温控制在30℃以下。保持安静,避免刺激。定期观察患者的神志、体温、血压、呼吸、瞳孔及肌张力的变化。对昏迷者应定时翻身、拍背、吸