

临床实用补液治疗手册丛书
LINCHUANG SHIYONG BUYE ZHILIAO SHOUCHE CONGSHU

总主编 王斌全 赵和平

CHUANRANKE
JIBING
BUYE ZHILIAO SHOUCHE

传染科疾病 补液治疗手册



主编 张繅云 赵和平



军事医学科学出版社

☆临床实用补液治疗手册丛书☆

总主编/王斌全 赵和平

传染科疾病补液治疗手册

主 编 张繻云 赵和平

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

传染科疾病补液治疗手册/张燎云,赵和平主编.

-北京:军事医学科学出版社,2007.1

(临床实用补液治疗手册丛书/王斌全,赵和平总主编)

ISBN 978-7-80121-922-0

I. 传… II. ①张… ②赵… III. 传染病-输液疗法-手册 IV. R510.5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第016677号

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,86702315,86702759

86703183,86702802

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmssp.cn>

印装:三河佳星印装有限公司

发行:新华书店

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:7.125

字数:180千字

版次:2007年6月第1版

印次:2007年6月第1次

全套定价:144.00元 每册定价:18.00元

本社图书凡有缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书主要内容有常见传染病的诊治原则和补液治疗,重点是治疗、补液的原则和方案;常用的辅助检查,涉及到与传染病诊断有关的实验室和器械检查,以备用时查看;常用肝病药物,例举了最常用的最新使用药物的有关信息,包括药理作用、用法、用量和用药注意事项等。

本书可供医务工作者临床使用参考。

《临床实用补液治疗手册丛书》

编委会

主	编	王斌全	赵和平		
副	主 编	徐计秀	常杉林		
编委会主任		吕吉元	于翠荣		
编	委	(按姓氏笔画排列)			
		于翠荣	王晓卉	王斌全	吕吉元
		李 莉	张伟华	张繚云	武明虎
		赵和平	徐计秀	贾林山	徐建英
		常杉林	谢龙昌		
策	划	贾林山	王国晨		

丛书前言

随着科学技术的发展,临床医学诊疗技术亦发生了巨大变化,相应的治疗手段也随之发生变化。而在医学实践中,补液是很常见的,尤其是水与电解质平衡,是每一位临床医师做好临床工作的重要条件之一。随着新药品的临床应用,临床的补液方案也有了显著变化,然而,每一位临床医师却可能开出不同的液谱,不同的医院也有区别,因此,使用规范的补液医学图书实为临床必要。鉴于此,特组织临床一线的各科专家,结合自己多年的临床经验,历时近2年,几经修改编写了此套丛书。本书特点力求临床实用,尤其对补液治疗方案、注意事项、临床应用进行了详细阐述。此书适合于广大基层医院、社区医院医护人员和医学院校学生阅读,是临床实践的实用参考书。

由于水平有限,加之临床工作紧张,虽然广大作者克服重重困难,利用自己的业余时间完成了本书的编写,但仍感不尽人意,缺点错误在所难免,敬请广大读者斧正。

《临床实用补液治疗手册丛书》编委会

2007年3月18日

目 录

第一章 病毒性肝炎	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 急性病毒性肝炎	(4)
第三节 慢性病毒性肝炎	(9)
第四节 重型病毒性肝炎	(16)
第五节 淤胆型病毒性肝炎	(24)
第六节 肝炎肝硬化	(25)
第二章 流行性出血热	(36)
第三章 流行性乙型脑炎	(47)
第四章 细菌性腹泻	(55)
第五章 细菌性食物中毒	(65)
第六章 细菌性痢疾	(73)
第七章 霍乱	(80)
第八章 伤寒	(88)
第九章 流行性脑脊髓膜炎	(96)
第十章 猩红热	(105)
第十一章 传染科疾病辅助检查	(109)
第十二章 肝病药物治疗	(118)
附录 心电图诊断标准及临床意义	(140)
第一节 正常心电图与正常变异心电图	(140)
第二节 窦性节律	(148)
第三节 房性节律	(153)
第四节 交界性心律	(163)
第五节 室性心律	(167)

第六节	传导阻滞·····	(174)
第七节	预激综合征·····	(180)
第八节	P 波异常·····	(186)
第九节	QRS 波群异常·····	(190)
第十节	ST-T 异常·····	(201)
第十一节	心肌梗死·····	(203)
第十二节	起搏心律·····	(208)
第十三节	其他·····	(211)

第一章 病毒性肝炎

第一节 概 述

病毒性肝炎(viral hepatitis)是由多种肝炎病毒引起的,以肝脏炎症和坏死病变为主的一组传染病。主要通过粪-口、血液或体液而传播。临床上以疲乏、食欲减退、肝肿大、肝功能异常为主要表现,部分病例出现黄疸,无症状感染常见。病毒性肝炎是法定乙类传染病,具有传染性强、传播途径复杂、流行面广和发病率较高等特点。

一、分 类

按病原分类,目前已确定的病毒性肝炎共有5型,即甲、乙、丙、丁、戊型(HAV、HBV、HCV、HDV及HEV)病毒性肝炎,其中甲型和戊型主要表现为急性肝炎,乙、丙、丁型主要表现为慢性肝炎并可发展为肝硬化和肝细胞癌。此外,最近还发现第6型和第7型肝炎病毒,暂定名为庚型肝炎病毒和输血传播病毒(TTV),但其致病性尚未明确。

按临床表现可分五型:急性肝炎、慢性肝炎、重型肝炎、淤胆型肝炎及肝炎肝硬化。

二、诊 断

应包括流行病学资料、临床诊断及实验室诊断三方面内容,尤其是后两者虽有联系,但不能互相代替。

(一) 流行病学资料

上述7种病毒中,除乙型肝炎病毒和TTV属DNA病毒外,其余均属RNA病毒。甲肝、戊肝的传染源主要是急性患者,尤其在潜伏期后期和急性期早期传染性最强,主要通过密切生活接触,如污染手、水、食物和餐具等,经粪-口途径传播。当水源或食物被严重污染时可导致暴发流行,甲肝主要发生在儿童及青少年,戊肝主要发生在青壮年,孕妇感染戊肝病死亡率较高。甲肝感染后可获得持久的特异性免疫力,可防止再感染。乙肝的传染源主要是急、慢性患者和病毒携带者,传播途径以血源性传播为主,其他传播为次,输入患者或病毒携带者的血制品或使用被HBV病毒污染、消毒不严的医疗用品均可感染。经口传播必须通过口腔或消化道黏膜的破损或溃疡面而致感染。母婴垂直传播在乙肝感染上非常重要,主要是分娩时接触母血或羊水引起,少数为宫内直接感染。我国是肝炎高发区,乙肝病毒携带者超过1亿多人。丙肝、丁肝的传播方式与乙肝相似。

(二) 各型肝炎临床表现的异同

各型肝炎的临床表现基本相同,但各型之间仍有差异,主要不同点有:①潜伏期不同,甲型肝炎为15~45天,平均30天;乙型肝炎30~

180 天,平均 70 天;丙型肝炎 15 ~ 150 天,平均 50 天;血制品引起的和医院内传播的丙型肝炎潜伏期较短,一般为 7 ~ 33 天,平均 19 天;戊型肝炎 10 ~ 70 天,平均 40 天;丁型肝炎的潜伏期尚未确定,可能相当于乙型肝炎的潜伏期。②预后不同,甲型及戊型无慢性化,乙型及丙型较易转为慢性。③甲型及戊型发病急者较多,发热者较多,黄疸型相对较多。乙型和丙型发病较缓,发热者较少,无黄疸型的比例较高。④乙型在黄疸前期可有血清病样的表现,甲型多无。有关各型肝炎的临床诊断见各分节。

(三) 实验室诊断

1. 血常规 急性肝炎时白细胞稍低或正常,淋巴细胞相对增多,偶可见异型淋巴细胞。重型肝炎时白细胞可升高,红细胞下降,血红蛋白下降。肝炎肝硬化伴脾功能亢进者可有血小板、红细胞、白细胞减少的“三少”现象。

2. 尿常规 尿胆红素和尿胆原的检测是早期发现肝炎的简易有效方法,同时有助于黄疸的鉴别诊断。肝细胞性黄疸时两者均阳性,溶血性黄疸时以尿胆原为主,梗阻性黄疸以尿胆红素为主。

3. 肝功能检查 主要包括血清酶测定如 ALT、AST、GGT 及 ALP,血清蛋白、胆红素以及凝血酶原活动度(PTA)、肝纤维化指标,如透明质酸(HA)、血清Ⅲ前胶原肽(PⅢP)、C-Ⅳ型胶原(C-Ⅳ)、层粘连蛋白(LN)等,对急性肝炎、慢性肝炎以及肝纤维化的诊断和病情的发展有一定参考价值。

4. 病原学检查 主要有抗 HAV-IgM、乙型肝炎抗原抗体、抗-HCV、丁型肝炎抗原抗体及抗-HEV, 和 HBVDNA、HCVRNA。

三、治 疗

病毒性肝炎目前还缺乏可靠的特效治疗, 一般采取综合治疗, 绝大多数患者都可恢复健康。治疗原则以足够的休息, 合理营养为主, 辅助适当药物。应避免酗酒、过劳和使用损害肝脏的药物。

第二节 急性病毒性肝炎

急性病毒性肝炎是病毒性肝炎的一种, 可由以上甲、乙、丙等各种肝炎病毒引起。临床上呈现急性过程。

一、临床表现

急性甲型黄疸型肝炎临床表现可分为三期: 黄疸前期、黄疸期、恢复期。总病程 2~4 个月。部分甲肝患者恢复期后, 可再次出现病情反复, 少数呈慢性经过, 病程可迁延一年之久。

急性乙型肝炎起病较缓, 常无发热, 在黄疸前期可有免疫复合物病样表现, 如皮疹、关节痛, 其余与甲型肝炎相似, 部分病例可转为慢性肝炎。

急性丙型肝炎的表现与乙型肝炎相似而较轻, 黄疸发生率及转氨酶升高程度较乙型肝炎为低, 多为亚临床无黄疸型, 常见单项转氨酶升

高,长期持续不降或反复波动。但慢性型发生率很高,有 50% 患者转为慢性,25% 发展为肝硬化,其余为自限性经过。

急性丁型肝炎的表现有两种形式:①协同感染,与 HBV 同时感染,临床表现与急性乙型肝炎相似,转为慢性者 <5%。②重叠感染,在 HBV 感染基础上感染 HDV,急性 HDV 重叠 HBV 感染时病情往往加重,容易转为重型肝炎,恢复后 70% 转为慢性。病情呈进行性,迁延不愈,发展为肝硬化、肝功能衰竭等。有些患者表现为急性肝炎症状,如果过去乙肝病史不明,往往误诊为急性肝炎。

急性戊型肝炎临床表现与甲型肝炎相似,多数为急性黄疸型,淤胆症状较常见,病情较严重,重症者较多,尤其是妊娠后期合并戊型肝炎者,容易发展为重型肝炎。不转为慢性。

急性无黄疸型肝炎远较急性黄疸型为多,占急性肝炎病例 90% 以上。可发生于任何一型肝炎。主要症状为乏力、食欲减退、肝区痛和腹胀等症状。体征以肝肿大为主,脾肿大少见,肝功能损害不如黄疸型明显。

二、诊 断

急性肝炎起病急,近期内出现持续几天以上的无其他原因可解释的消化道症状,如食欲不振、恶心、呕吐,病初可有畏寒、发热、肝肿大,并有肝区压痛及叩击痛。化验 ALT 增高。可诊断为急性无黄疸型肝炎,如同时伴有黄疸,血清胆红素 $> 17.1 \mu\text{mol/L}$,或尿胆红素阳性,并

排除其他原因引起的黄疸,可诊断为急性黄疸型肝炎。

病原学检查某一型或其以上肝炎病毒标志阳性。

三、治疗原则

(一) 一般治疗

急性肝炎以保肝、支持治疗为主,强调早期卧床休息,这是治疗的关键措施。休息至症状明显减退,可逐步增加活动。出院标准为:隔离期满,临床症状消失,肝功正常。出院后继续休息1~3个月,1~2年内需定期复查。

清淡饮食,保证热量,呕吐严重、进食过少者静脉补充葡萄糖及维生素C,蛋白摄入争取达到 $1 \sim 1.5 \text{ g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$,适当补充维生素B和C,不强调高糖和低脂肪饮食。急性肝炎是一种自限性疾病,如能早期诊断,采取适当休息、营养和一般支持治疗,多数患者在3~6个月能自愈。对临床症状重,黄疸深的患者可静点门冬氨酸钾镁或茵栀黄等药物治疗或加用清热利湿中药治疗,如茵陈蒿汤等治疗。

(二) 抗病毒治疗

对急性丙型肝炎应进行抗病毒治疗,干扰素300万单位,隔日皮下或肌肉注射,3~6个月1个疗程,早期应用干扰素可取得较高疗效,同时加服利巴韦林(ribavirin)800~1000 mg/d,可提高疗效。

四、补液治疗

1. 肝太乐 0.6 g、10% 氯化钾 10 ml、维生素 C 2.0 ~ 4.0 g、ATP 40 mg、CoA 100 U 加入 5% ~ 10% 葡萄糖液 250 ~ 500 ml 中静脉滴注, 1 次/d。

2. 门冬氨酸钾镁 30 ml、甘利欣 150 mg 加入 5% ~ 10% 葡萄糖液 250 ml, 静脉滴注, 1 次/d。

3. 还原型谷胱甘肽(古拉定) 1.2 ~ 1.8 g 加入 5% ~ 10% 葡萄糖 100 ~ 250 ml 静脉滴注, 1 次/d。

4. 茵栀黄液稀释后静脉注射。

五、配伍禁忌

1. 本组药物为一般普通药, 临床使用过敏等不良反应并不多见, 但仍应注意药物间的相互作用, 不可交叉混配。

2. 门冬氨酸钾镁是含钾制剂, 稀释液体不可过少。

3. 甘利欣有轻微的钠水潴留作用, 在使用中应注意禁忌证。

六、典型病例

患者, 女性, 11 岁, 城市小学生, 患者发热、乏力、食欲差、恶心、呕吐一周, 尿黄、眼黄 3 天, 于 2000 年 2 月 26 日入院。既往无肝炎史, 无用药史, 无输血及手术史。最近学校有同学患“黄疸肝炎”, 详细情况不明。

注意事项: 以上葡萄糖液体的浓度及液量可根据患者的进食多少进行调整, 做到既保证热量的供给又能将药物输入。

体检:发育正常,营养中等,皮肤、巩膜中度黄染,肝肋下1 cm,有触痛,脾肋下未及。腹水征阴性,双下肢无水肿。

化验:ALT 1 200 U/L,AST 720 U/L,TBIL 62 $\mu\text{mol/L}$ 。

本病诊断为急性黄疸型肝炎,以甲型可能性大。主要依据:

(1)临床表现:有黄疸前期症状,发热、乏力、明显消化道症状,继而出现皮肤、巩膜中度黄疸,肝大、有压痛。

(2)肝功能明显异常:ALT、AST 和 BIL 升高。结合发病季节为冬春季,患儿为学龄儿童,故以甲型的可能性大。可进一步查抗 - HAV IgM 以确诊。

治疗原则和措施:

(1)消化道隔离:甲肝和戊肝患者仅从粪便中排出病原体。甲肝患者在起病前2周和起病后1周从粪便中排出甲肝病毒的数量最多,但至起病后30天仍有少数患者从粪便中排出病毒。故应做好消化道隔离,防止疫情扩散。

(2)卧床休息:病后劳累,或未注意休息均是病情加重的主要因素。

(3)可静滴葡萄糖液500 ml加入维生素C 2~4 g,肝太乐针0.6 g,亦可加入甘草甜素制剂,有改善症状、降黄和改善肝功能的作用。

(4)1~2周复查肝功能。

第三节 慢性病毒性肝炎

一、临床表现

肝炎病情反复发作或迁延不愈超过半年临床上定为慢性肝炎,目前将慢性肝炎分为3型。

(一)轻度慢性肝炎

由于急性肝炎迁延不愈,病程超过半年而形成,或起病隐匿,待临床发现时已成慢性。患者的症状、体征及肝功能改变均不严重。常见症状为乏力、头晕、食欲不振、肝区不适,多无黄疸,肝脏轻度肿大,轻微压痛,少数患者可有脾肿大,ALT升高或反复升高,其他肝功能试验及蛋白代谢大致正常,预后良好。病情不稳定,反复发作,但总的趋势是逐渐好转。少数患者可转为中度慢性肝炎。肝活检符合轻度慢性肝炎改变。

(二)中度慢性肝炎

病程超过半年,症状、体征及肝功能异常较明显,其中尤以体征及肝功能变化意义较大。可有明显的消化道症状,如厌食、恶心、呕吐、腹胀、腹泻等,精神症状如乏力、萎靡、头晕、失眠及肝区痛。肝肿大,质地中等以上,肝病面容,面部毛细血管扩张、肝掌、血管痣、脾肿大、轻度黄疸。实验室检查肝功能持续异常,血浆白蛋白降低,球蛋白升高,肝脏纤维化指标升高。亦可有肝外器官表现如关节炎、肾炎、脉管炎、皮疹或干燥综合征等,免疫球蛋白及自身抗体、抗