

CHUANRANBING

现代 急症传染病学

XIANDAI JIZHENG
CHUANRANBINGXUE

◎主 编 辛绍杰 周先志

◎副主编 张玲霞 朱传琳



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

现代急症传染病学

XIANDAI JIZHENG CHUANRANBINGXUE

主 审 陈菊梅
主 编 辛绍杰 周先志
副主编 张玲霞 朱传琳

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

现代急诊传染病学/辛绍杰,周先志主编. —北京:人民军医出版社,2007.9
ISBN 978-7-80194-078-0

I. 现… II. ①辛…②周… III. 急性病:传染病—诊疗 IV. R510.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 144899 号

策划编辑:姚磊 文字编辑:陈鹏 责任审读:余满松

出版人:齐学进

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)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8022

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:32.5 字数:797千字

版、印次:2007年9月第1版第1次印刷

印数:0001~2500

定价:95.00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

本书由工作在传染病临床第一线的中青年专家共同编写,在总结编著者多年临床经验的基础上,参考近年来国内外大量文献著成本书。全书包括急症传染病症候学、各型传染病急症、病毒性急症传染病、细菌性与其他病原急症传染病以及监测、急救、护理、药物应用等内容。在病毒性急症传染病章节中,系统介绍了各型急症传染病的发病机制、病理、实验室检查、诊断和治疗。本书全面反映了国内外急症传染病学的前沿研究成果,突出临床,注重理论的先进性和内容的实用性。

本书可供从事临床内科、感染科等专业医师参阅,也适用于医学院校学生、研究人员以及从事感染疾病的专科进修人员使用。

编审者名单

主 审 陈菊梅
主 编 辛绍杰 周先志
副主 编 张玲霞 朱传琳
编 委 (以姓氏笔画为序)
于丽莎 王业东 王慧芬 邓晓群
曲 芬 朱传林 庄英杰 周先志
李保森 李跃旗 辛绍杰 张文瑾
张玲霞 陈国凤 陈菊梅 陈黎明
金关甫 赵 军 赵 敏 崔燕萍
魏振满

编 著 者 (以编写章节为序)
游绍莉 辛绍杰 罗生强 赵志海 邓晓群 赵 平
楼 敏 王 军 李立新 李捍卫 朱世殊 陈菊梅
李跃旗 王小明 林 芳 闫 涛 王慧芬 王建军
张晓峰 李永纲 张 敏 苏海滨 赵 敏 周先志
常彬霞 陈黎明 周志平 叶文华 张 伟 姜天俊
赫 兢 范 荣 聂为民 滕光菊 李保森 孙 颖
貌盼勇 石建时 韩玉坤 曾 珍 赵 军 金关甫
秦恩强 段学章 曲 芬 崔恩博 张云辉 张文瑾
蔡少平 陈红梅 魏振满 张 健 陈国凤 邢汉前
刘 泽 韩 军 荣义辉 刘春梓 施建秀 崔燕萍
鲍鹤枚 习 羽 于丽莎 于燕波 唐永红 兰 云
沙花燕 庄英杰
学术秘书 游绍莉 荣义辉

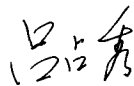
序

FOREWORD

由辛绍杰教授、周先志教授共同主编的《现代急症传染病学》是一部集常见多发传染病急症与急症传染病的诊断、治疗、护理、疫情防控等专业理论和技术为一体的专著,它填补了传染病学中急症医学的空白。

本书作者们深知,自20世纪20年代以来,人类在同传染病斗争中取得了巨大的成绩,特别是抗生素、磺胺药物的问世,各种疫苗的研制成功,使一些传染病的发病率明显下降。但近年来,随着病原体耐药性增强、旧传染病死灰复燃、新发传染病出现以及生物恐怖与生物战争等因素威胁,仍有可能发生新发传染病的流行。1999年WHO在传染病的分析报告中指出:全世界每小时有1500人死于传染病,其病死率处于第一位;即使在发达的美国,其病死率也高居第三位。降低传染病病死率的关键是早诊断、早治疗。《现代急症传染病学》较系统地、科学地论述了急症传染病与传染病急症的救治和护理等相关知识。主编辛绍杰教授、周先志教授长期从事传染病临床、教学、科研、管理工作,在传染病救治方面积累了丰富的临床经验;本书作者阵容强大,都是长期从事一线临床工作的知名学者或优秀中青年专家。该书是在著名的传染病学家陈菊梅教授积极倡导和认真指导下组织编写的,并亲自担任主审;著名的传染病学家张玲霞教授、朱传琳教授担任副主编。这充分体现了老一代专家对本书撰写工作的高度重视和对年轻一代寄予的殷切期望。也充分展示了新一代“三〇二人”不负众望,真诚耕耘传染病医学事业的奉献精神。我作为医院原院长,看在眼里,喜在心中。我被这支热爱传染病事业、热爱传染病专业、关爱传染病病人的老中青相结合的专家队伍所感动,我更被老一代传染病学专家们甘为人梯、无私奉献、锐意进取、勇于创新、团结协作、教书育人的精神境界所感动。

本书有很强的实用性,是传染病专科医师和护理人员临床工作很好的工具书。我相信本书的出版必将对急症传染病学和传染病急症医学技术水平的提高起到积极的推动作用。



2007年6月

20 世纪以来,人类同传染病的斗争取得了巨大成就。但是,近年旧传染病的再燃、局部流行传染病的扩散、新传染病的出现以及病原体耐药性的增强等,使人类仍面临着传染病的重大威胁,全球因传染病致死者约占死亡总数的 25%。随着社会经济的发展,人口老龄化、城市化、环境污染等问题的日益突出,影响我国传染病发生和流行的因素也发生了很大变化,我们面临着新老传染病的双重威胁。2006 年,我国病毒性疾病的发病率为 266.83/10 万人,病死率为 0.81/10 万人。因此,提高传染病急症与急症传染病的救治水平,对降低病死率具有极为重要的意义。20 世纪 80 年代以来,我国专业化急诊医护人员队伍日臻成熟,急症医学专著也日渐增多,但至今尚无从传染病学角度综合反映传染病急症与急症传染病的专著。鉴于此编写了本书,希冀能起到抛砖引玉的作用。在当前知识爆炸的年代,传染病急诊医学的理论与实践日新月异,新技术、新方法不断涌现,为本书提供了大量有益的新素材。本书力求突出实用性,着力反映新观念、新理论、新技术和新疗法,内容涵盖传染病急症与急症传染病的紧急救治及护理等相关基本知识、基本技术。本书作者多为临床一线工作的中青年学者,也不乏老一代传染病专家,每章每节都凝结了作者的心血。

本书在编辑出版过程中得到了解放军三〇二医院领导及老一代传染病学家的高度关注和支持。医院前院长吕占秀教授欣然作序,著名传染病学专家陈菊梅教授亲自担任主审,张玲霞教授、朱传琳教授担任副主编,全军结核病研究所金关甫教授也在百忙中为本书赐稿,充分体现了老一代传染病学家对传染病事业的崇高责任感。感谢人民军医出版社姚磊副总编辑、《人民军医》编辑部王敏主任的大力支持以及出版社陈鹏编辑、我院游绍莉医师、荣义辉医师为编辑、审核文稿付出的辛苦劳动。

书中疏漏和不足,祈请前辈和读者赐教指正。

编者

2007 年 7 月 15 日

第 1 章 急症传染病症候学	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 皮疹	(5)
第三节 呼吸困难	(8)
第四节 咯血	(10)
第五节 呕血	(18)
第六节 少尿和无尿	(21)
第七节 昏迷	(25)
第八节 抽搐	(28)
第九节 腹泻	(32)
第十节 黄疸	(34)
第 2 章 传染病急症	(41)
第一节 休克	(41)
第二节 中毒性休克综合征	(53)
第三节 弥散性血管内凝血	(63)
第四节 多器官功能障碍综合征	(68)
第五节 呼吸衰竭	(74)
第六节 急性呼吸窘迫综合征	(78)
第七节 肝肺综合征	(84)
第八节 喉梗阻	(87)
第九节 急性心力衰竭	(89)
第十节 急性肺水肿	(95)
第十一节 急性肾功能衰竭	(98)
第十二节 肝肾综合征	(103)
第十三节 肝性脑病	(106)
第十四节 上消化道出血	(110)
第十五节 急性脑水肿、脑疝	(116)
第十六节 肠穿孔	(122)
第十七节 溶血性尿毒症综合征	(124)

第十八节 水、电解质和酸碱平衡紊乱	(128)
第十九节 急性肝衰竭	(140)
第3章 病毒性急症传染病	(155)
第一节 严重急性呼吸综合征	(155)
第二节 人禽流行性感冒	(165)
第三节 汉坦病毒肺综合征	(170)
第四节 流行性出血热	(175)
第五节 登革热和登革出血热	(181)
第六节 埃博拉出血热	(184)
第七节 马尔堡出血热	(188)
第八节 拉沙热	(191)
第九节 裂谷热	(194)
第十节 黄热病	(198)
第十一节 流行性乙型脑炎	(203)
第十二节 尼帕病毒脑炎	(209)
第十三节 西尼罗病毒脑炎	(214)
第十四节 金迪普拉病毒感染	(220)
第十五节 狂犬病	(223)
第4章 细菌性与其他病原急症传染病	(231)
第一节 喉白喉	(231)
第二节 军团病	(235)
第三节 肺鼠疫和鼠疫败血症	(241)
第四节 肺结核	(246)
第五节 结核性脑膜炎	(252)
第六节 暴发型流行性脑脊髓膜炎	(257)
第七节 炭疽	(263)
第八节 霍乱	(268)
第九节 伤寒	(274)
第十节 细菌性食物中毒	(278)
第十一节 空肠弯曲菌肠炎	(285)
第十二节 大肠杆菌 O157:H7 感染	(288)
第十三节 中毒型细菌性痢疾	(293)
第十四节 人感染猪链球菌病	(300)
第十五节 钩端螺旋体病	(306)
第十六节 疟疾	(311)
第十七节 败血症	(319)

第 5 章 急症传染病监测	(334)
第一节 血气分析监测	(334)
第二节 心电监测	(337)
第三节 血流动力学监测	(341)
第四节 呼吸监测与肺功能急诊监测	(347)
第五节 药物监测	(357)
第 6 章 传染病急症急救处置	(365)
第一节 呼吸机的临床应用	(365)
第二节 人工肝	(377)
第三节 气管插管术	(386)
第四节 气管切开	(389)
第五节 环甲膜穿刺术	(393)
第六节 腰椎穿刺术	(394)
第七节 腹腔穿刺术	(396)
第八节 胸腔穿刺术	(397)
第九节 静脉和动脉穿刺术	(398)
第十节 静脉切开术	(402)
第十一节 双气囊三腔管压迫术	(403)
第十二节 上消化道内镜急诊检查与治疗	(405)
第 7 章 肾上腺皮质激素的应用	(420)
第 8 章 抗微生物药物的临床应用	(425)
第一节 概述	(425)
第二节 合理使用抗微生物药物	(426)
第三节 特殊患者的合理用药	(435)
第四节 抗微生物药物不合理应用的分析及预防	(438)
第五节 抗微生物药物的耐药性及多重耐药菌感染	(441)
第六节 抗微生物药物的肝毒性	(443)
第七节 抗微生物药物的应用前景与展望	(446)
第 9 章 传染病急症护理	(449)
第一节 休克的护理	(449)
第二节 中毒性休克综合症的护理	(451)
第三节 弥散性血管内凝血的护理	(452)
第四节 多器官功能衰竭综合症的护理	(453)
第五节 呼吸衰竭的护理	(454)

第六节 急性呼吸窘迫综合征的护理·····	(456)
第七节 Reye 综合征的护理·····	(459)
第八节 肝肺综合征的护理·····	(461)
第九节 喉梗阻的护理·····	(462)
第十节 大咯血的护理·····	(463)
第十一节 顽固性心力衰竭的护理·····	(465)
第十二节 急性肺水肿的护理·····	(467)
第十三节 急性肾功能衰竭的护理·····	(468)
第十四节 肝肾综合征的护理·····	(469)
第十五节 肝性脑病的护理·····	(470)
第十六节 上消化道出血的护理·····	(472)
第十七节 脑水肿和脑疝的护理·····	(474)
第十八节 肠穿孔的护理·····	(476)
第十九节 溶血性尿毒综合征的护理·····	(477)
第二十节 酸碱及水、电解质平衡紊乱的护理·····	(479)
第 10 章 传染病突发公共卫生事件的处理·····	(483)
第一节 传染病突发事件的特征·····	(483)
第二节 传染病暴发疫情的调查处理·····	(490)
第三节 传染病突发疫情的信息收集与分析·····	(494)
第四节 实验室生物安全·····	(498)
第五节 传染病疫源地消毒·····	(504)
第六节 传染病突发事件的应急反应机制·····	(505)
第七节 传染病突发事件医务人员的心理卫生·····	(507)

第 1 章 急症传染病症候学

第一节 发 热

致热原(pyrogen)作用于体温调节中枢或体温调节中枢功能障碍等原因,致体温超出正常范围,称为发热(fever)。发热的临床分度一般为:低热 $37.4 \sim 38^{\circ}\text{C}$, 中等度热 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$, 高热 $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$, 超高热 41°C 以上。长期低热是指低热持续 1 个月以上;长期中等度热或高热一般指发热持续 2 周以上。长期发热诊断较困难,容易误诊。

【发生机制】

发热是人体对致病因子的一种病理生理反应或应激反应,引起发热症状常见的因素有生物性、化学性、物理性、精神性等,现代生理学认为发热是在致热原的作用下,体温调节中枢调定点上移的结果,但目前研究认为,发热是正负两种调节机制相互作用的结果,即体温调节性升高的同时也启动着限制发热的机制,使体温上升被限定于一定高度。目前公认的内生致热原(endogenous pyrogen)主要是白介素-1(IL-1)、干扰素($\text{INF-}\alpha$)、肿瘤坏死因子(TNF)、白介素-6(IL-6)、巨噬细胞炎症蛋白(NIP-1)等,内生致热原到达下丘脑后通过中枢发热介质如前列腺素 E_2 (PGE_2)、环磷腺苷(cAMP)发挥作用。

【临床表现】

发热的临床表现一般分为三个阶段:

1. 体温上升期 体温上升一般表现为两种方式:骤升型及缓升型,骤升型体温可在数小时内达 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$,见于疟疾、大叶性肺炎等;缓升型体温于数日内缓慢上升达高峰,可见于结核病、伤寒等。

2. 高热持续期 此期体温达高峰,表现为皮肤潮红、灼热,呼吸脉搏增快,有的伴出汗,可持续数小时、数天,甚至数周。根据体温曲线的特点,一般分以下热型。

(1)稽留热(continued fever):此型体温可持续于 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 数天或数周,24h 波动范围不超过 1°C ,见于伤寒、斑疹伤寒、传染性非典型肺炎等。

(2)弛张热(remittent fever):体温在 39°C 以上,波动幅度大,24h 内温差达 1°C 以上,但体温最低时一般仍高于正常水平,见于重症肺结核、败血症等。

(3)间歇热(intermittent fever):表现为高热期与无热期交替出现,体温波动幅度较大,无热期可持续 1d 或数天,典型疾病见于疟疾。

(4)回归热(recurrent fever):表现为体

温骤升至 39℃ 以上,持续数天又骤降至正常水平,高热期及无热期各持续若干天,即规律交替出现,见于回归热等疾病。

(5)波状热(undulant fever):表现为体温逐渐上升至 39℃ 或 39℃ 以上,数天后又逐步下降到正常水平,再数天后又逐渐升高,如此反复多次,典型疾病见于布氏菌病(布鲁菌病,brucellosis)。

(6)不规则热(irregular fever):表现为发热无一定规律,见于结核性疾病、肿瘤等。

独特的热型有助于诊断和鉴别诊断,但需注意由于抗生素、肾上腺皮质激素的应用可使一些疾病的热型变得不典型,同时热型也与个体差异有关,如老年患者、免疫缺陷患者同样的疾病热型可能表现不一样。

3. 体温下降期 体温下降的方式也分两种,骤降(crisis)及渐降(lysis),骤降可见于疟疾、回归热等;渐降可见于伤寒。

【分类】

1. 感染性发热 是发热的主要原因,见于病毒、细菌、螺旋体、立克次体、寄生虫、真菌等感染。

2. 非感染性发热 见于风湿性疾病、肿瘤、内分泌性疾病、神经源性疾病、物理及化学损伤等。

【诊断】

在临床工作中,发热的诊断强调思维的程序性。首先要详细收集病史,然后综合整理病史要点,认真进行体格检查,仔细、准确地选择实验室检查及辅助检查;区分感染性发热或非感染性发热,如为感染性发热,进一步确定致热原及感染部位,如为非感染性发热,进一步确定病因,最后以治疗效果验证诊断的正确性。

(一)症状

1. 热的急缓 急性起病一般以感染性发热多见,慢性起病常见非感染性发热。

2. 热程、热型 部分发热性疾病,各有

其比较特异的热型和热程,短程热以急性感染多见,长程热以结核性疾病、风湿性疾病、肿瘤多见。

3. 伴随症状

(1)寒战:高热前有寒战者多见于严重的细菌感染;如败血症、钩端螺旋体病、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等。

(2)结膜充血:常见于麻疹、流行性出血热、咽结膜热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病、恙虫病。

(3)皮疹:皮疹的典型表现常常是临床鉴别诊断的重要线索,常见于麻疹、水痘、伤寒、幼儿急疹、猴痘、天花、猩红热、风疹等。

(4)黄疸:可见于所有感染性黄疸疾病,如病毒性肝炎、斑疹伤寒、钩端螺旋体病、败血症等,也可见于外科性黄疸。

(5)出血:黏膜出血常常是病情危重的征象,如流行性出血热、重症病毒性肝炎、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

(6)关节肿痛:见于布氏菌病、莱姆病等。

(7)神经症状:如头痛、呕吐、昏迷、惊厥等中枢神经系统疾病。

(8)咳嗽、胸痛、气急、咯血、咳痰,提示胸膜、肺部疾病。

4. 流行病学特征 对传染病及寄生虫病诊断有重要价值。如流行性乙型脑炎常见于夏、秋季节;流行性脑脊髓膜炎多见于冬、春季节;传染性非典型肺炎主要见于有 SARS 患者接触史的人群;森林脑炎主要见于东北地区蜱活动区域。

5. 服药史 发病前曾服用何种药物应仔细询问,注意排除药物热等。

(二)体格检查

1. 面容 面色苍白提示血液病;表情淡漠提示伤寒;酒醉样面容多见于流行性出血热;蝶形红斑见于系统性红斑狼疮等。

2. 皮肤 特殊皮损表现是提供诊断的重要体征,如麻疹、猩红热等。

3. 巩膜黄染 提示肝胆疾病或溶血性

疾病。

4. 淋巴结肿大 感染性疾病中全身淋巴结肿大多见于传染性单核细胞增多症;局限性淋巴结肿大见于麻疹、风疹、猫抓病、恙虫病、钩端螺旋体病、鼠咬热、布氏菌病、弓形虫病、结核、丝虫病、黑热病、梅毒、获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)等。

5. 肝脾大 常见于病毒性肝炎、传染性单核细胞增多症、疟疾、黑热病、布氏菌病等,肝大、质地硬、表面结节提示肝癌。

6. 神经系统体征 脑膜刺激征提示中枢神经系统感染,见于乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、单纯疱疹性脑炎、森林脑炎等。

7. 呼吸系统体征 胸廓畸形、胸膜摩擦感、湿啰音等提示肺部疾病。

8. 其他系统体征 如心脏杂音、肾区叩痛等对发热的诊断均具有重要价值。

(三)实验室检查

在发热诊断过程中,有较多实验室检查可供选择,一般先行常规检查,然后根据临床资料提供的信息逐步选择检查,其中血常规检查是发热性疾病中最常规的检查。

1. 白细胞总数增高 一般指中性粒细胞增高,多见于细菌感染,但某些细菌感染除外,如伤寒、副伤寒、布氏菌病、结核等,病毒感染一般白细胞总数不增高,但注意除外流行性出血热、流行性乙型脑炎、狂犬病、传染性单核细胞增多症。

2. 嗜酸性细胞增高 明显增高多见于寄生虫病,轻度增高可见猩红热、药物热等,急性传染病时嗜酸性细胞大多减少,见于伤寒、副伤寒。

3. 淋巴细胞增高 主要见于病毒感染,尚见于百日咳杆菌、结核杆菌、布氏杆菌、梅毒螺旋体、弓形虫感染。异形淋巴细胞明显增高见于传染性单核细胞增多症、流行性出血热等。

【治疗】

1. 病因治疗 尽快明确诊断予以病因

治疗是根本上解决高热的有效措施。

2. 退热治疗 退热治疗主要是改善患者身体舒适度,特别是对患儿,高热容易出现惊厥,但是否予退热治疗应权衡利弊,要注意考虑退热药会改变热型,影响对诊断和预后的判断及对治疗效果的评估。某些药物还可引起严重的不良反应,如阿司匹林可引起胃肠损伤,出现胃出血。体温骤然下降伴大量出汗时,可导致虚脱或休克,老年人和体弱者尤应注意,因此退热降温应慎重。有研究证明传统的冷敷、温水浴或酒精浴等物理降温不仅无效,反而导致全身寒战,提倡药物降温,但在某些特定条件下,如体温过高,急需迅速降温,可辅物理降温。对药物降温须注意防止体温骤降,大量出汗而导致脱水或循环衰竭。

3. 人工冬眠疗法 这种特殊降温措施应慎用,一般临床上应用于危重患儿,传染病领域主要应用于急性脑功能衰竭伴高热、惊厥等情况,多主张应用亚冬眠疗法,以氯丙嗪和异丙嗪每次各 0.5~1mg/kg,肌肉注射,每 4~6h 可重复 1 次。因为该治疗方法可抑制呼吸中枢及咳嗽反射,故用药过程应密切监测生命体征的变化。

附录 未明热

1961 年, Petersdorf 和 Beeson 首次提出了原因不明发热(发热待查,未明热, fever unknow origin, FUO)这一临床概念。经典的 FUO 是指发热持续 3 周以上,体温多次超过 38.3℃,经过至少 1 周深入细致的检查仍不能确诊的一组疾病。FUO 其实多数是常见病的非典型表现,而不是罕见病所引起,事实上若能熟悉 FUO 的常见病因构成及特点,详细询问病史,详尽的体格检查及必要的实验室和辅助检查,绝大多数的发热病因是可以查明的。

已报道可引起 FUO 的病因超过 200 种,不同时期、不同地区其疾病谱有所不同,特殊人群的 FUO 病因构成也有其特殊性。

大致来讲可分为以下四大类：

1. 感染性疾病 长期以来一直是引起FUO最主要的病因,以细菌引起占多数,病毒次之。在许多发展中国家该因素仍是引起FUO最常见的原因。

2. 结缔组织、血管性疾病 近年来该组疾病在FUO病因构成中所占的比例有所上升,占20%~30%,常见的有类风湿关节炎(RA)、系统性红斑狼疮、斯蒂尔病(Still disease)、血管炎、多发性肌炎、药物热、混合性结缔组织病等。

3. 肿瘤性疾病 随着CT、MRI等影像学技术的发展,其所占比例有所下降。

4. 其他 约占10%,包括肉芽肿性疾病、栓塞性静脉炎、溶血发作、隐匿性血肿、周

期热、伪装热等。

上述囊括了80%~90% FUO的病因,但是在一些具有一定规模的医院中,经过较丰富临床经验的医师诊治,并且使用了现代医学仪器、分子生物学与生物化学等诊断技术,仍有约10%的发热待查患者始终不能查明原因。

详细采集病史及全面体格检查是诊断的重要线索,一般来讲,热程短,有乏力、寒战等症状者,提示感染性疾病;如热程中等,但呈渐进性消耗、衰竭者,以肿瘤多见;热程长,无明显毒血症症状,发作与缓解交替出现,则有利于结缔组织病的诊断。FUO一般诊断程序,见图1-1。

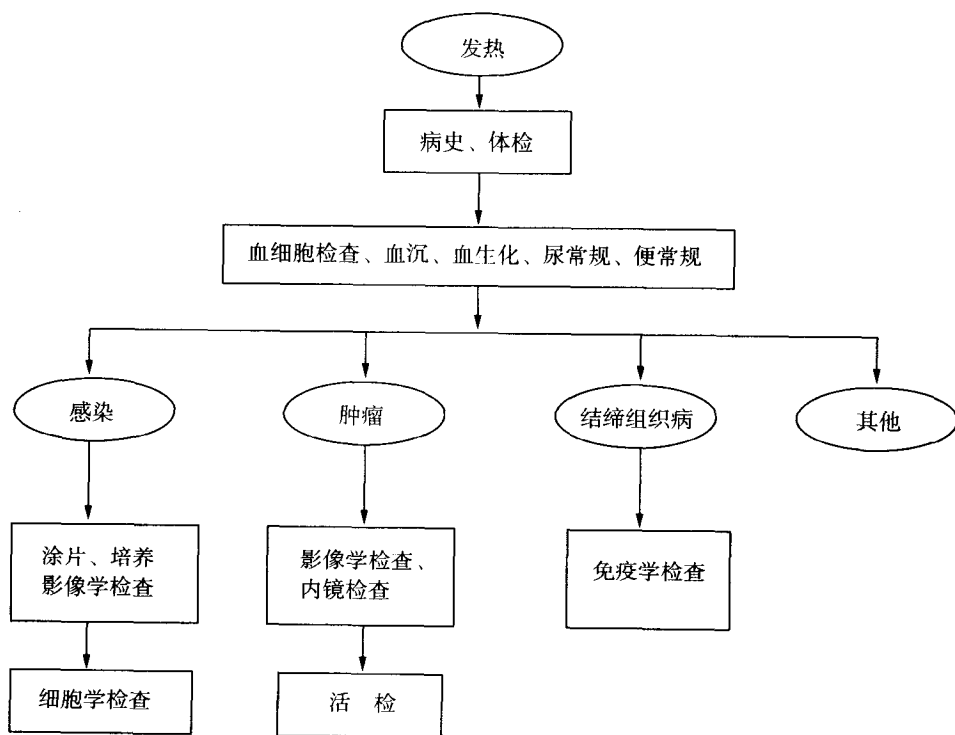


图 1-1 FUO 一般诊断程序

关于FUO的治疗,理论上首先应该纠正发热的原发病,但如果不清楚原因,切勿机

械使用退热药,以免掩盖症状,给诊断带来困难,还可能增加并发症和病死率,一般只有发

热使原病情加重才给予退热药。激素具有良好的退热作用,有的基层医院给予发热患者激素治疗,激素的滥用不仅改变了原有的热型和临床表现,阻碍诊断,长期应用还将加重原有的感染性疾病或诱发二重感染等并发症。因此,一般情况下不主张FUO患者使用糖皮质激素,只有少数患者高度怀疑为药物热、变态反应性疾病等病情紧急时,方可在

有经验的医师指导下谨慎使用。当病因一时难以查明时,在不影响进一步检查的情况下,按可能性较大的病因进行诊断性治疗。诊断性治疗应选用特异性强、疗效确切、安全性大的药物,剂量应充足并保证疗程完整,无特殊情况不得随便更换试验药物,这样的诊断性治疗有效后方可作为临床诊断的依据。

(游绍莉 辛绍杰)

第二节 皮 疹

皮疹(skin eruption)是全身性疾病的表现之一,其种类多,常见于传染病、皮肤病、药物及其他物质过敏,在感染性疾病中常常是相应疾病的特征局部表现,但皮疹也可能是某些疾病偶尔出现的症状。皮疹一般分为感染性及非感染性皮疹,感染性皮疹一般具有相应的特征,但容易与药物、食物等诱发的皮疹混淆,因此不仅需要充分地掌握各种疾病的特征性皮疹表现,而且需要对其他非特异皮疹有丰富的临床认识。

【形态】

1. 斑疹(maculae)及斑丘疹(maculopapulae) 斑疹为局限性皮肤色泽的改变,不高出皮肤,也不凹陷于皮肤,直径一般 $<1\text{cm}$, $>1\text{cm}$ 者称斑片。在斑疹中心出现高于皮肤的扁平隆起,称斑丘疹。根据斑疹不同颜色,可有玫瑰样疹(roseola)、出血性瘀斑、红斑疹、褐色斑等。

2. 丘疹(papules) 由于表皮或真皮浅层的局灶性炎性渗出、浸润或毛囊角化形成。直径一般 $<1\text{cm}$,坚实隆起于表皮呈小丘状。中心有水疱者称丘疱疹。

3. 疱疹(vesicular rash) 由于表皮细胞坏死、空泡变性、细胞内外水肿渗出形成的局限性含液皮疹,呈半球形或不整形,大小不一。根据皮疹内含物不同,分水疱疹、脓疱疹、血疱疹等。

4. 结节(nodules) 为浸润或增生性实

质性损害,见于皮肤或黏膜者称疣,如尖锐湿疣;位于真皮深层或皮下者称皮下结节。

【感染性疾病中的皮疹类型】

1. 斑疹或斑丘疹

(1) 周身性皮疹(麻疹样皮疹):麻疹、风疹、幼儿急疹、斑疹伤寒、传染性单核细胞增多症、梅毒(Ⅱ期)、艾滋病病毒(HIV)感染急性期等。

(2) 弥漫性红斑(猩红热样皮疹):猩红热、金黄色葡萄球菌感染、流行性出血热、川崎病(黏膜皮肤淋巴结综合征,MCLS)、缓症链球菌感染、登革热等。

(3) 玫瑰疹:伤寒、副伤寒、斑疹伤寒。

(4) 瘀斑:流行性出血热、败血症、流行性脑脊髓膜炎。

(5) 多形性红斑:传染性红斑、川崎病。

2. 疱疹

(1) 水疱疹:水痘-带状疱疹、单纯疱疹、天花、手足口病。

(2) 脓疱疹:金黄色葡萄球菌感染、天花。

(3) 血疱疹:可见于天花、带状疱疹。

3. 结节

(1) 疣:尖锐湿疣、梅毒硬下疳、皮肤结核。

(2) 皮下结节:猪囊尾蚴病、卫氏并殖吸虫病(肺吸虫病)。

【发生机制】

皮疹的出现实际上是许多疾病症状、体

征的一部分。发生机制有如下理论基础:①病原体的直接作用或是机体对抗原的一种免疫反应;②病原体的直接播散,导致在皮肤中的增殖,或由于病原体侵入皮肤血管内皮细胞,如疱疹病毒等;③细菌毒素的作用,如中毒性休克综合征;④变态反应,如药物疹、血清病、药物性荨麻疹等;⑤自身免疫现象,如系统性红斑狼疮、皮肌炎、炎性肠病等皮疹。

【诊断】

皮疹是较常见的临床表现,只有对患者病史有全面的了解,对各种疾病皮疹特征有充分的认识,才能对皮疹作出正确的分析和判断。

1. 全面收集病史 了解患者疫苗接种史、传染病接触史、既往病史、药物及食物过敏史,并关注药物应用与皮疹出现的时间关系。

2. 仔细查体,充分认识皮疹特点 皮疹出现的形态、大小、颜色、分布、出现与消失的时间、发展的顺序、压之是否褪色、平坦或隆起,有无瘙痒、脱屑等皮疹相关体征是传染性皮疹疾病诊断的重要线索。

3. 伴随症状 伴随发热时需注意皮疹与发热的时间关系,如发热1d后出现皮疹见于水痘,2d见于猩红热,3d见于天花,4d见于麻疹,5d见于斑疹伤寒,6d见于伤寒。尚需注意是否伴随淋巴结肿大、口腔黏膜是否有麻疹黏膜斑(Koplik斑)、舌相及其他系统疾病症状。

4. 实验室检查 对感染性皮疹最有力的确诊依据是病原学诊断。相应的血清学特异性IgM检查,如麻疹IgM、非洲淋巴细胞瘤病毒(EBV)IgM、巨细胞病毒(CMV)IgM、流行性出血热IgM等;PCR检查方法,如HIVRNA、HBVDNA等;细菌学检查,如流行性脑脊髓膜炎瘀点涂片检查等,特异性诊断可确诊疾病。外斐反应、肥达反应等检测非特异抗体,对疾病诊断有重要参考价值。

【常见皮疹性疾病的临床特点】

1. 麻疹

(1)麻疹病毒。

(2)冬、春季节多见。

(3)多见于儿童。

(4)发热3~4d出疹,出疹期热度较高,为红色斑丘疹,出疹顺序:耳后-面部-颈部-躯干-四肢-手足心,3d出齐,疹间皮肤正常,疹褪有脱屑及色素沉着。

(5)可见Koplik斑。

2. 水痘

(1)水痘-带状疱疹病毒。

(2)冬、春季节多发。

(3)多见于小儿。

(4)发热、咳嗽、皮疹、瘙痒。

(5)发热当日或次日出疹,多形性,向心分布。演变顺序:斑丘疹-疱疹-结痂,几种疹形同时存在。

3. 幼儿急疹

(1)人类疱疹病毒6型。

(2)冬春季节多见。

(3)乳儿期发病。

(4)发热,皮疹,耳后、枕部淋巴结肿大。

(5)高热3~5d,热退出疹,皮疹特点为玫瑰色斑疹,面部及四肢较少,1d内扩散至全身,1~2d退尽,疹退无色素沉着及脱屑,患儿精神好,有的患儿还照常玩耍。

4. 风疹

(1)风疹病毒。

(2)冬、春季多见。

(3)多见幼龄儿童。

(4)发热,皮疹,伴耳后、枕部、颈部淋巴结肿大。

(5)发热约1d出疹。出疹顺序:面部-躯干-四肢,疹间皮肤正常,无脱屑及色素沉着。

5. 流行性出血热

(1)汉坦病毒。

(2)夏、秋季节多见。

(3)青壮年。

(4)发热、“酒醉貌”、休克、少尿。