

国家卫生和计划生育委员会办公厅

国卫办医函〔2014〕746号

国家卫生计生委办公厅关于印发 登革热诊疗指南(2014年版)的通知

各省、自治区、直辖市卫生计生委(卫生厅局),新疆生产建设兵团卫生局:

近年登革热疫情呈现上升趋势,为进一步加强登革热病例诊疗工作,指导医疗机构做好登革热医疗救治,保护人民群众身体健康和生命安全,我委组织制定了《登革热诊疗指南(2014年版)》(可从国家卫生计生委网站下载)。现印发给你们,供医疗机构在临床诊疗工作中参考使用。



(信息公开形式:主动公开)

登革热诊疗指南(2014 年版)

登革热是由登革病毒引起的急性传染病,主要通过埃及伊蚊或白纹伊蚊叮咬传播。登革热广泛流行于全球热带及亚热带地区。为指导临床医生诊断治疗登革热,参考世界卫生组织 2009 年《登革热诊断、治疗、预防与控制指南》,结合我国登革热疫情及临床特点,特制定本指南。

一、病原学

登革病毒属黄病毒科黄病毒属。登革病毒颗粒呈球形,直径 45~55nm。登革病毒共有 4 个血清型(DENV-1、DENV-2、DENV-3 和 DENV-4),4 种血清型均可感染人。

登革病毒对热敏感,56℃ 30 分钟可灭活,但在 4℃ 条件下其感染性可保持数周之久。超声波、紫外线、0.05% 甲醛溶液、乳酸、高锰酸钾、龙胆紫等均可灭活病毒。病毒在 pH 7~9 时最为稳定,在 -70℃ 或冷冻干燥状态下可长期存活。

二、流行病学

(一)传染源。登革热患者、隐性感染者和登革病毒感染的非人灵长类动物以及带毒的媒介伊蚊。

(二)传播途径。主要通过伊蚊叮咬传播。传播媒介主要为埃及伊蚊和白纹伊蚊。

(三)易感人群。人群普遍易感,但感染后仅有部分人发病。

登革病毒感染后,人体可对同型病毒产生持久免疫力,但对异型病毒感染不能形成有效保护,若再次感染异型或多个不同血清型病毒,机体可能发生免疫反应,从而导致严重的临床表现。

(四)流行特征。登革热流行于全球热带及亚热带地区,尤其是在东南亚、太平洋岛屿和加勒比海等 100 多个国家和地区。我国各省均有输入病例报告,广东、云南、福建、浙江、海南等南方省份可引发本地登革热流行,主要发生在夏秋季,居家待业和离退休人员较多。

三、临床表现

登革热的潜伏期一般为 3~15 天,多数 5~8 天。

登革病毒感染可表现为无症状隐性感染、非重症感染及重症感染等。登革热是一种全身性疾病,临床表现复杂多样。典型的登革热病程分为三期,即急性发热期、极期和恢复期。根据病情严重程度,可将登革热感染分为普通登革热和重症登革热两种临床类型。

(一)急性发热期。患者通常急性起病,首发症状为发热,可伴畏寒,24h 内体温可达 40℃。部分病例发热 3—5 天后体温降至正常,1—3 日后再度上升,称为双峰热型。发热时可伴头痛,全身肌肉、骨骼和关节疼痛,明显乏力,并可出现恶心,呕吐,腹痛,腹泻等胃肠道症状。

急性发热期一般持续 2~7 天。于病程第 3~6 天在颜面四肢出现充血性皮疹或点状出血疹。典型皮疹为见于四肢的针尖样出

血点及“皮岛”样表现等。可出现不同程度的出血现象,如皮下出血、注射部位瘀点瘀斑、牙龈出血、鼻衄及束臂试验阳性等。

(二)极期。部分患者高热持续不缓解,或退热后病情加重,可因毛细血管通透性增加导致明显的血浆渗漏,严重者可发生休克及其他重要脏器损伤等。

极期通常出现在疾病的第3~8天。出现腹部剧痛、持续呕吐等重症预警指征往往提示极期的开始。

在血浆渗漏发生前,患者常常表现为进行性白细胞减少以及血小板计数迅速降低。不同患者血浆渗漏的程度差别很大,如球结膜水肿、心包积液、胸腔积液和腹水等。红细胞比容(HCT)升高的幅度常常反映血浆渗漏的严重程度。

如果血浆渗漏造成血浆容量严重缺乏,患者可发生休克。长时间休克患者可发生代谢性酸中毒、多器官功能障碍和弥散性血管内凝血。

少数患者没有明显的血浆渗漏表现,但仍可出现严重出血如皮下血肿、消化道大出血、阴道大出血、颅内出血、咯血、肉眼血尿等;患者还可出现脑炎或脑病表现(如剧烈头痛、嗜睡、烦躁、谵妄、抽搐、昏迷、颈强直等),ARDS、急性心肌炎,急性肝衰竭,急性肾功能衰竭等。

(三)恢复期。极期后的2~3天,患者病情好转,胃肠道症状减轻,进入恢复期。部分患者可见针尖样出血点,下肢多见,可有皮肤瘙痒。白细胞计数开始上升,血小板计数逐渐恢复。

多数患者表现为普通登革热,少数患者发展为重症登革热,个别患者仅有发热期和恢复期。

四、重症登革热的预警指征

(一)高危人群。

1. 二次感染患者;
2. 伴有糖尿病、高血压、冠心病、肝硬化、消化性溃疡、哮喘、慢阻肺、慢性肾功能不全等基础疾病者;
3. 老人或婴幼儿;
4. 肥胖或严重营养不良者;
5. 孕妇。

(二)临床指征。

1. 退热后病情恶化;
2. 腹部剧痛;
3. 持续呕吐;
4. 血浆渗漏表现;
5. 嗜睡,烦躁;
6. 明显出血倾向;
7. 肝肿大 $> 2\text{ cm}$;
8. 少尿。

(三)实验室指征。

1. 血小板快速下降;
2. HCT 升高。

五、并发症

可出现中毒性肝炎、心肌炎、输液过量、电解质及酸碱失衡、二重感染、急性血管内溶血等。

六、实验室检查

1. 血常规：白细胞总数减少，多数病例早期开始下降，第4~5天降至最低点，白细胞分类计数以中性粒细胞下降为主。多数病例有血小板减少，最低可降至 $10 \times 10^9/L$ 以下。

2. 尿常规：可见少量蛋白、红细胞等，可有管型出现。

3. 血生化检查：超过半数的患者转氨酶、乳酸脱氢酶升高，部分患者心肌酶、尿素氮和肌酐升高等。丙氨酸氨基转氨酶(ALT)和天门冬氨酸氨基转氨酶(AST)呈轻中度升高，少数患者总胆红素升高，血清白蛋白降低。部分患者可出现低钾血症等电解质紊乱；出凝血功能检查可见纤维蛋白原减少，凝血酶原时间和部份凝血活酶时间延长，重症病例的凝血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅸ和Ⅹ减少。

4. 病原学及血清学检测：可采集急性期及恢复期血液标本送检。有病原学检测条件的医疗机构应尽快检测，无病原学检测条件的医疗机构应留取标本送指定机构检测。

急性发热期可应用登革热抗原(NS1)检测及病毒核酸检测进行早期诊断，有条件进行病毒分离。

初次感染患者，发病后3~5天可检出IgM抗体，发病2周后达到高峰，可维持2~3月；发病1周后可检出IgG抗体，IgG抗体可维持数年甚至终生；发病1周内，在患者血清中检出高水平特异

性 IgG 抗体提示二次感染,也可结合捕获法检测的 IgM/IgG 抗体比值进行综合判断。

七、影像学检查

CT 或胸片可发现一侧或双侧胸水,部分患者有间质性肺炎表现。B 超可见肝脾肿大,重症患者还可表现胆囊壁一过性增厚,并出现心包、腹腔和盆腔积液表现。CT 和核磁共振可发现脑水肿、颅内出血、皮下组织渗出等。

八、诊断与鉴别诊断

(一)登革热的诊断。

根据流行病学史、临床表现及实验室检查结果,可做出登革热的诊断。在流行病学史不详的情况下,根据临床表现、辅助检查和实验室检测结果作出诊断。

1. 疑似病例:符合登革热临床表现,有流行病学史(发病前 15 天内到过登革热流行区,或居住地有登革热病例发生),或有白细胞和血小板减少者。

2. 临床诊断病例:符合登革热临床表现,有流行病学史,并有白细胞、血小板同时减少,单份血清登革病毒特异性 IgM 抗体阳性。

3. 确诊病例:疑似或临床诊断病例,急性期血清检测出 NS1 抗原或病毒核酸,或分离出登革病毒或恢复期血清特异性 IgG 抗体阳转或滴度呈 4 倍以上升高。

(二)重症登革热的诊断。

有下列情况之一者:

1. 严重出血包括皮下血肿、呕血、黑便、阴道流血、肉眼血尿、颅内出血等；

2. 休克；

3. 重要脏器功能障碍或衰竭：肝脏损伤（ALT 和/或 AST > 1000 IU/L）、ARDS、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病（脑炎、脑膜脑炎）等。

（三）鉴别诊断。

登革热的临床表现多样，注意与下列疾病相鉴别。与发热伴出血疾病如基孔肯雅热、肾综合征出血热、发热伴血小板减少综合征等鉴别；与发热伴皮疹疾病如麻疹、荨麻疹、猩红热、流脑、斑疹伤寒、恙虫病等鉴别；有脑病表现的病例需与其它中枢神经系统感染相鉴别；白细胞及血小板减低明显者，需与血液系统疾病鉴别。

九、治疗

目前尚无特效的抗病毒治疗药物，主要采取支持及对症治疗措施。治疗原则是早发现、早治疗、早防蚊隔离。重症病例的早期识别和及时救治是降低病死率的关键。重症登革热诊疗流程图见附件。

（一）一般治疗。

1. 卧床休息，清淡饮食；
2. 防蚊隔离至退热及症状缓解；
3. 监测神志、生命体征、尿量，血小板，HCT 等。

（二）对症治疗。

1. 退热：以物理降温为主；
2. 补液：口服补液为主；
3. 镇静止痛：可给与安定、颅痛定等对症处理。

(三)重症登革热的治疗。

除一般治疗中提及的监测指标外，重症登革热病例还应进行电解质的动态监测。对出现严重血浆渗漏、休克、ARDS、严重出血或其他重要脏器功能障碍者应积极采取相应治疗。

1. 补液原则：重症登革热补液原则是维持良好的组织器官灌注。可给予平衡盐等晶体液，渗出严重者应及时补充白蛋白等胶体液。根据患者 HCT、血小板、电解质情况随时调整补液的种类和数量，在尿量达约 0.5 ml/kg/h 的前提下，应尽量减少静脉补液量。

2. 抗休克治疗：出现休克时应尽快进行液体复苏治疗，输液种类及输液量见补液原则，同时积极纠正酸碱失衡。液体复苏治疗无法维持血压时，应使用血管活性药物；严重出血引起的休克，应及时输注红细胞或全血等。有条件可进行血流动力学监测并指导治疗。

3. 出血的治疗：

(1) 出血部位明确者，如严重鼻衄给予局部止血。胃肠道出血者给予制酸药。尽量避免插胃管、尿管等侵入性诊断及治疗；

(2) 严重出血者，根据病情及时输注红细胞；

(3) 严重出血伴血小板显著减少应输注血小板。

4. 其他治疗:在循环支持治疗及出血治疗的同时,应当重视其他器官功能状态的监测及治疗;预防并及时治疗各种并发症。

十、中医辨证治疗

(一)辨证选择口服中药汤剂。

1. 卫气同病证

临床表现:发热恶寒,头痛,身骨疼痛,颜面潮红,四肢倦怠,口微渴。舌边尖红,苔白或黄而浊,脉浮数或濡数。

治法:清暑化湿,透表解肌。

参考方药:新加香薷饮合柴葛解肌汤加减。葛根、金银花、连翘、柴胡、黄芩、淡竹叶、香薷、甘草、白扁豆等。

2. 热郁气分证

临床表现:壮热面赤,皮肤斑疹,烦渴汗多,肌肉酸痛,小便短赤。舌红苔黄,脉洪数。

治法:清热保津,宣郁透邪。

参考方药:白虎汤合栀子豉汤加减。生石膏、知母、栀子、淡豆豉、青蒿、甘草等。

3. 邪伏膜原证

临床表现:寒战壮热,或但热不寒,头痛而重,面目红赤,肢体沉重酸楚,纳呆,胸脘满闷,呃逆或呕吐,小便短赤。舌赤,苔白厚腻浊或白如积粉,脉濡数。

治法:疏利透达,辟秽化浊。

参考方药:达原饮加减。槟榔、黄芩、白芍、青蒿、知母、厚朴、

草果、半夏、金银花等。

4. 瘀毒交结证

临床表现：发热或身热已退，头晕乏力，纳呆欲呕，腹痛拒按，肌肤瘀斑，便下脓血或并见其他出血证。舌暗红，苔少，脉细涩。

治法：凉血止血，解毒化瘀。

参考药物：犀角地黄汤加减。水牛角、山栀子、生地黄、赤芍、丹皮、大小蓟、紫珠草、侧柏炭、地榆、槐花、仙鹤草等。

5. 阳气暴脱证

临床表现：身热骤降，面色苍白，气短息微，大汗不止，四肢湿冷，烦躁不安或神昏谵语，肌肤斑疹或见各种出血。舌质淡红，脉微欲绝。

治法：益气固脱。

参考方药：生脉散合四逆汤加减。红参（另煎兑入）、麦冬、五味子、熟附子、干姜、肉桂等。

6. 毒陷心包证

临床表现：身热灼手，神昏谵语，颈项强直，肌肤瘀斑，或四肢抽搐。舌绛，苔黄燥，脉细滑数。

治法：清营养阴，豁痰开窍。

参考方药：清宫汤加减。水牛角、羚羊角、元参、麦冬、莲子心、竹叶、连翘、石菖蒲、郁金等。

7. 余邪未净证

临床表现：疲倦乏力，皮肤发疹，脘痞纳呆，小便短少。舌苔未

净,脉细略数。

治法:益气养阴,解毒透疹。

参考方药:竹叶石膏汤加减。竹叶、石膏、麦冬、人参、佩兰、芦根、赤芍、紫草、生地、扁豆、甘草等。

(二)辨证选择口服中成药或静脉滴注中药注射液。

可选择清热解毒、凉血化瘀、益气固脱、醒脑开窍类制剂。

十一、预后

登革热是一种自限性疾病,通常预后良好。影响预后的因素包括患者既往感染登革病毒史、年龄、基础疾病、并发症等。少数重症登革热病例可因重要脏器功能衰竭死亡。

十二、解除防蚊隔离标准

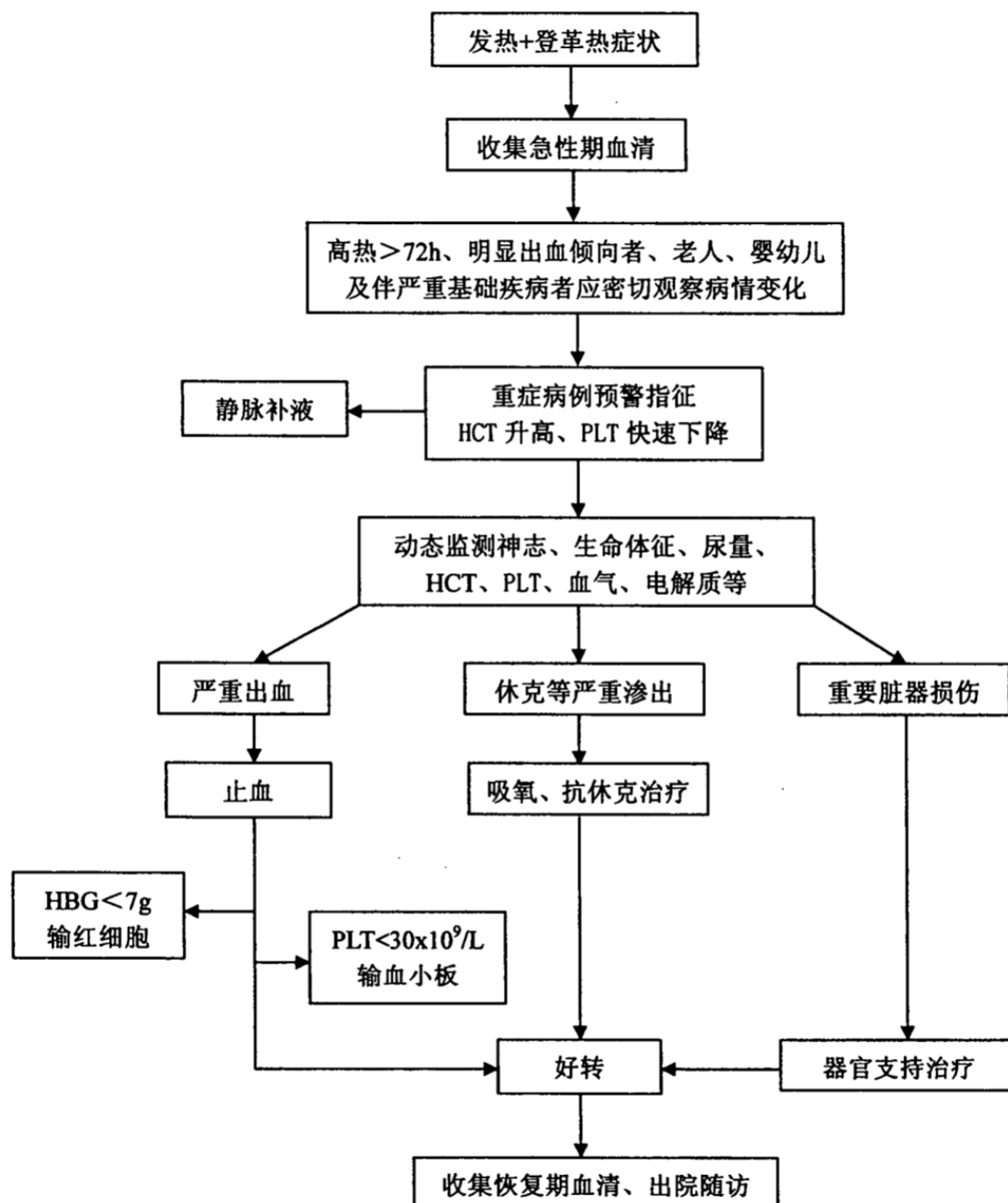
病程超过 5 天,并且热退 24 小时以上可解除。

十三、出院标准

革热患者热退 24 小时以上同时临床症状缓解可予出院。

附件:重症登革热诊疗流程图

重症登革热诊疗流程图



注：抗休克参照感染性休克治疗原则，血浆渗漏严重者可早期给予血浆或白蛋白等。

重症预警指征：热退后病情加重，出现腹痛、持续呕吐、明显渗出征、烦躁不安等表现。

抄送：委直属有关单位，有关大学医院管理部门，委管医院。

国家卫生计生委办公厅

2014 年 8 月 22 日印发

校对：王 毅