

江门市卫生和计划生育局文件转发表

紧急程度：普通

办文编号：2014 年 617 号

来文单位	省卫计委	收文日期	2014-11-25
来文文号	粤卫办〔2014〕47 号	来文类别	上级
标 题	关于印发广东省登革热诊疗指引（2014 年版）的通知		
主送单位	各市、区卫计局，市直医疗卫生计生单位		
抄送单位			
转发意见	请遵照执行。		
科室审核 意见	拟同意。请办公室审核。 曹克慎 2014-11-25		
办公室 审核意见	已核，请办理电子公文交换。 办公室 陈海连 2014 年 11 月 25 日		

广东省卫生和计划生育委员会 办公室文件

粤卫办〔2014〕47号

关于印发广东省登革热诊疗指引 (2014年版)的通知

各地级以上市及顺德区卫生计生局(委), 部属、省属驻穗医药院校附属医院, 委直属各单位:

为进一步加强我省登革热患者诊疗救治, 保障人民群众健康, 结合2014年登革热诊疗工作情况, 我委组织制定了《广东省登革热诊疗指引》(2014年版)。现印发给你们, 供各医疗机构在临床工作中参考使用。



广东省登革热诊疗指引

(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。主要临床表现为发热,皮疹,全身肌肉、骨骼、关节酸痛,可伴有不同程度的出血表现。少数病例可出现严重出血、休克及器官功能损害等严重表现。

一、病原学

登革病毒(DENV)属于黄病毒科中的黄病毒属。成熟的登革病毒共有4个血清型(DENV-1、DENV-2、DENV-3、DENV-4),4种血清型均可感染人,其中DENV-2型病毒感染病死率及重症发生率高于其他型别。

登革病毒对热敏感,50℃ 30分钟或54℃ 10分钟、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pH7-9环境中最为稳定,在-70℃或冷冻干燥状态下可长期存活。在4℃条件下,患者急性期血清的感染性可保持数周之久。

二、流行病学

(一) 传染源。

登革热患者、隐性感染者、带病毒的非人灵长类动物及媒介伊蚊是登革热的主要传染源。

(二) 传播途径。

主要是经媒介伊蚊叮咬吸血传播。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。感染登革病毒后，人体会对同型病毒产生持久的免疫，但对不同型病毒感染不能形成有效保护。若再次感染不同型或同时感染多个型别的登革病毒，机体可能产生增强性抗体，导致异常免疫反应，出现严重的临床表现。

（四）流行特征。

登革热主要流行于热带及亚热带地区，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。我国主要流行于广东、云南、福建、浙江、海南等地。广东省全年有境外感染输入病例报告，本地病例主要发生于 6-12 月，流行高峰为 8-10 月，居家待业、离退休及商业服务人员多见。

三、临床表现

潜伏期一般为 3-15 天，通常 5-8 天。

根据病情严重程度，登革病毒感染临床上可表现为轻型登革热、普通型登革热及重症登革热。典型临床表现分为三期，即急性发热期、极期和恢复期。

（一）急性发热期。

登革热的临床表现复杂多样，其特征为突起发病，发热是最常见的症状，24 小时体温可达 39℃ 以上，一般持续 3-7 天。部分病例于发热 3-5 天后，体温降至正常 1-3 天后再次升高，表现为“双峰热”。发热时多伴头痛，全身肌肉、骨骼和关节痛，明显乏力，可出现恶心、呕吐、腹泻、食欲不振等消化道症状。病程第 3-6 天全身出现充血性皮疹或点状出血疹等，典型皮疹多见于

四肢的针尖样出血点及“皮岛”样表现。部分病例皮疹伴有皮肤瘙痒。部分病人可出现不同程度的出血表现，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。

极期通常出现在病程的第 3-8 天。

部分患者持续高热，或热退后病情加重，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。极期可因全身毛细血管通透性增加导致球结膜水肿，四肢非凹陷型水肿，胸水、腹水、心包积液、胆囊壁增厚、血液浓缩、低蛋白血症等血浆渗漏表现，严重者可发生休克及重要脏器损伤等表现。

少数患者无明显的血浆渗漏表现，但仍可出现严重出血包括皮肤瘀斑、呕血、黑便、阴道流血、肉眼血尿、颅内出血等。轻型登革热可缺乏极期表现。

（三）恢复期。

极期后的 2-3 天，患者病情好转，胃肠道症状缓解，进入恢复期。患者机体较虚弱，多见乏力倦怠，可有皮肤瘙痒等。

四、重症登革热的高危人群及预警指征

（一）高危人群。

- 1.老人、婴幼儿和孕妇。
- 2.二次感染者（发病一周内，特异性 IgG 抗体强阳性）。
- 3.伴有糖尿病、高血压、冠心病、消化性溃疡、哮喘、血液病、慢性肝病、慢性肾病等基础疾病者。
- 4.肥胖或严重营养不良者。

（二）预警指征。

- 1.持续高热一周不退。

- 2.退热后病情恶化。
- 3.严重腹部疼痛。
- 4.持续呕吐。
- 5.胸闷、心悸。
- 6.少尿。
- 7.昏睡或烦躁不安。
- 8.明显出血倾向（黏膜出血及皮肤瘀斑等）。
- 9.血压下降（ $<90/60\text{mmHg}$,或较基础血压下降 20%）。
- 10.渗出水肿征（球结膜水肿、肢体非凹陷性水肿、多浆膜腔积液）。
- 11.血小板计数 $<50\times 10^9/\text{L}$ 。
- 12.血液浓缩[红细胞比容(HCT)较基础值升高达 20%以上]。

五、实验室及影像学检查

（一）常规检测。

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，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 $10\times 10^9/\text{L}$ 以下，血小板减低的幅度与病情严重程度呈正比。

2.尿常规：可见蛋白、红细胞等，可有管型出现。

3.粪常规：可见大便潜血阳性。

4.血生化检查：半数以上出现丙氨酸氨基转移酶（ALT）和天门冬氨酸氨基转移酶（AST）、乳酸脱氢酶升高，部分病例有心肌酶谱及血尿素氮、血肌酐升高。少数病例可出现总胆红素升高、血清白蛋白降低等。部分病例可出现血钾降低等电解质紊乱。出凝血功能检查可见纤维蛋白原减少，凝血酶原时间和部分

凝血活酶时间延长，重症病例可出现凝血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅸ和Ⅹ减少。

（二）影像学检查。

部分病例 CT 或胸片可有间质性肺炎表现，一侧或双侧胸腔积液。B 超可见肝脾肿大，重症病例可发现胆囊壁增厚，心包、胸腔、腹腔、盆腔积液。CT 和 MRI 可发现脑水肿、颅内出血、皮下组织渗出等。

（三）病原学检测：主要适用于急性发热期血液标本。

1. 抗原检测：一般发病后 7 天内血液标本登革病毒抗原（NS1）检出率高。NS1 抗原阳性可以确诊病毒感染，可用于早期快速诊断。

2. 核酸检测：一般发病后 5 天内血液标本登革病毒核酸检出率高。病毒核酸阳性，可确定病毒感染，并能进行血清分型，可用于早期诊断。

3. 病毒分离：一般发病后 5 天内血液标本登革病毒分离率较高。分离到登革病毒可以确诊，但其耗时长，不适于快速诊断。

（四）血清学检测：主要适用于发病 5 天以后血液样本，但需注意可能与其他黄病毒感染发生交叉反应。

1. 血清特异性 IgM 抗体：初次感染 IgM 抗体在起病 3-5 天后出现阳性，提示患者可能新近感染登革病毒，但单份标本不能确诊。

2. 血清特异性 IgG 抗体：起病 1 周内检测出 IgG 抗体提示二次感染；患者恢复期血清 IgG 抗体滴度较急性期呈 4 倍及以上升高可以确诊。

3. 中和抗体：采用空斑减少中和实验、微量中和实验等方

法检测，可用于血清学分型。患者恢复期血清中和抗体阳转或滴度较急性期呈 4 倍及以上升高可以确诊。

六、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，可作出登革热的诊断。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：急性期血清检测出登革病毒 NS1 抗原或病毒核酸阳性，或分离出登革病毒或恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度呈 4 倍以上升高。

医疗机构和/或疾控机构采集疑似病例血清，检测登革病毒抗原、核酸或特异性抗体。本地首发病例、输入性病例应采用病原学和/或双份标本血清学方法检测阳性，并送省疾控中心进行复核检测。首发病例、重症病例及死亡病例急性期标本应尽量采用 PCR 方法进行核酸分型检测，有条件者可对核酸阳性者分离病毒；病毒抗原和核酸检测阴性的临床诊断病例，应采集恢复期血清进行 IgM、IgG 抗体和/或中和抗体检测予以病原学确诊。登革热疑似病例实验室检测流程见附件。

（二）重症登革热的诊断标准。

有下列情形之一者，可诊断为重症登革热。

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：心动过速、肢端湿冷、少尿或无尿，毛细血管充盈时间延长>3秒、脉搏细弱或测不到、脉压差减小或血压测不到等；

3.重要脏器严重损伤表现：严重肝损伤（ALT和/或AST大于1000 IU/L）、ARDS、急性肾功能不全、急性病毒性心肌炎，脑病和脑炎等。

（三）鉴别诊断。

登革热的临床表现多样性，应在其不同病期与下列疾病细致鉴别，发热期与基孔肯雅热、流感、感冒、钩体病、肾综合征出血热等鉴别；极期与麻疹、荨麻疹、猩红热、流脑、斑疹伤寒、恙虫病、疟疾等鉴别；脑病表现的病例与其它中枢神经系统感染相鉴别；休克的病例与败血症、过敏性休克等鉴别；白细胞、血小板减低明显者，与血液系统疾病、伤寒、立克次体病等鉴别。鉴别诊断主要依靠病原学检查。

七、治疗

治疗原则是早发现、早诊断、早隔离、早治疗。目前尚未有特效的抗病毒治疗药物，主要采取支持及对症治疗措施。

（一）对症支持治疗。

1.卧床休息，清淡饮食；

2.动态监测神志、体温、脉搏、呼吸、血压、尿量、血常规、电解质、血糖、心肌酶、凝血功能及肝肾功能等；

3.对症处理：退热以物理降温为主，以口服补液为主，可给

与安定、颅痛定等对症处理，中毒症状严重者可短期使用糖皮质激素。

（二）重症登革热的治疗。

重症登革热病例应动态监测神志、呼吸、心率、血压、血氧饱和度、尿量、红细胞比容、血小板及血液酸碱度等。对出现严重血浆渗漏伴休克或呼吸窘迫、严重出血、重要脏器功能障碍者应积极采取相应治疗及器官支持治疗。顽固性休克及重要器官功能衰竭者及早转 ICU 治疗。

1.补液原则：重症登革热补液原则是在维持良好的组织器官灌注。根据患者红细胞比容、血小板、电解质、尿量情况等随时调整补液的种类和数量。避免出现补液过量。

2.抗休克治疗：出现休克时尽早液体复苏。初始液体复苏以静脉给予等渗晶体液为主，对初始液体复苏无明显反应的休克可加用血浆或白蛋白等胶体溶液。同时纠正酸碱失衡。液体复苏治疗无法维持血压时，应使用血管活性药物。严重出血引起休克时，应及时输注红细胞。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）严重出血者伴血红蛋白低于 70g/L，可根据病情及时输注红细胞。

（3）出血伴血小板小于 $20 \times 10^9/L$ 者应输注血小板。血小板减少但高于 $20 \times 10^9/L$ 者如有外科或者产科情况需要手术的患者也可以输注血小板或新鲜冰冻血浆预防术中严重出血。

4.其他治疗：在循环支持及治疗出血的同时，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尤其是医院获得性感染。顽固性休克、呼吸衰竭、心功能衰竭、脑炎脑病、急性肾衰和肝衰竭等重要脏器损伤的治疗，可参照《广东省重症登革热诊疗指引（2014年第二版）》及相关诊疗指南。

（三）中医辨证治疗。

登革热属于中医学的“瘟疫”范畴，按温病学的病症辨证论治。可参照国家卫生计生委《登革热诊疗指南（2014年第2版）》中医药辨证论治方案进行诊治。

八、解除隔离标准

患者病程超过5天，并且热退24小时以上可解除防蚊隔离。

九、出院标准

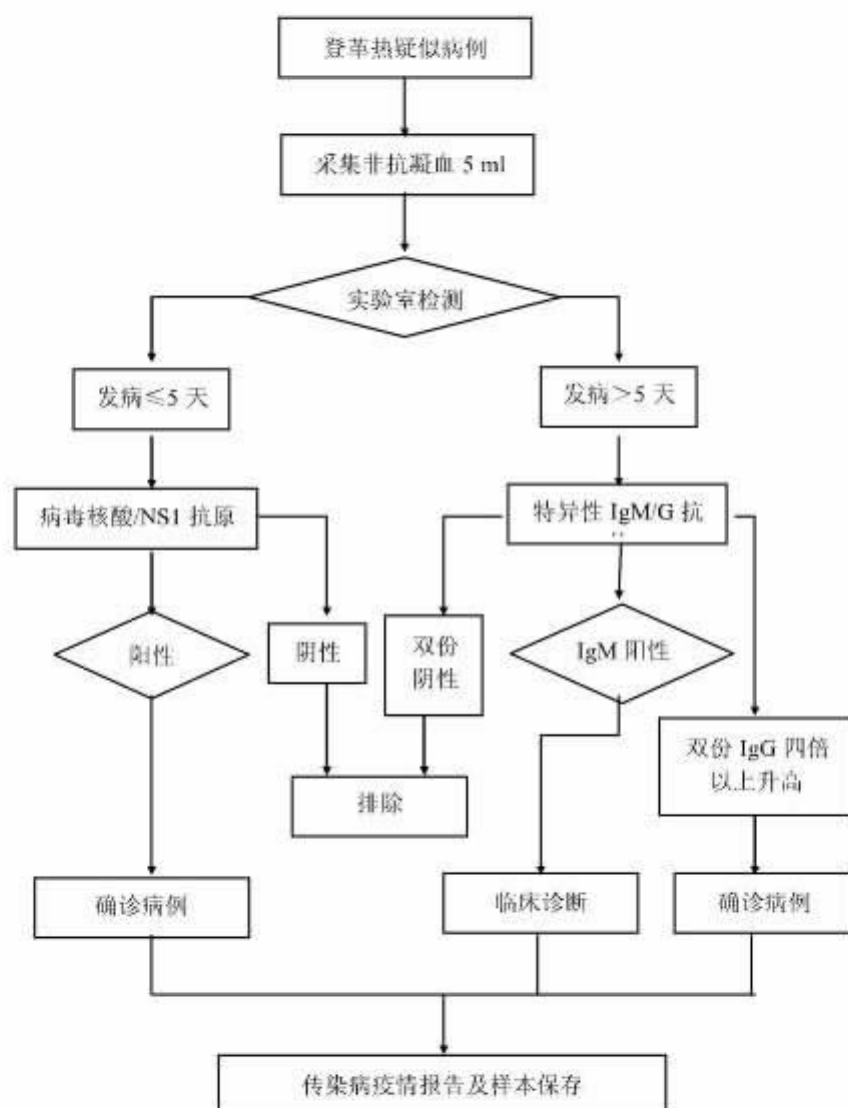
1.登革热病例，热退48小时以上同时临床症状缓解；或病程超过5天，热退24小时以上，症状缓解可予出院。

2.重症登革热病例，热退72小时以上，临床症状明显改善、无出血倾向，血小板恢复至 $50 \times 10^9/L$ 以上，可予出院。

附件：登革热疑似病例实验室检测流程

附件

登革热疑似病例实验室检测流程



公开方式：主动公开

广东省卫生和计划生育委员会办公室

2014年11月24日印发

校对：医政处 陈永嘉

(共印10份)

