

输入性疟疾 2 例报道并文献复习

刘雪艳, 吕圣秀[△](重庆市公共卫生医疗救治中心 400036)

【关键词】 疟疾; 输入性; 发热

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.060 文献标志码: B 文章编号:1672-9455(2016)08-1150-02

疟疾是由人类疟原虫感染引起的寄生虫病, 主要由雌性按蚊叮咬传播。典型的临床表现为间歇发作性寒战、高热、大量出汗、贫血和脾大。该病在全球致死的寄生虫病中居第 1 位^[1]。本院于 2013 年 5~12 月共收治 2 例输入性疟疾患者肌注蒿甲醚后, 短期内全部临床治愈, 现报道如下, 并就相关文献进行复习。

1 临床资料

病例 1, 男性, 39 岁, 重庆酉阳人, 因“间断的畏寒、发热 8 d, 神志恍惚半天”于 2013 年 5 月 21 日入院, 11 个月前患者前往非洲安哥拉务工, 务工期间拉曾感染数次疟疾, 相关治疗后症状好转。10 d 前归国, 8 d 前患者无明显诱因出现畏寒、发热, 体温最高 39 °C 左右。自觉“感冒”, 自服“感冒药”, 大量出汗后热退, 症状消失; 间隔 1 d 后, 患者再次出现畏寒、发热症状。3 d 前于当地人民医院“以发热待查”收入住院治疗。行相关检查后, 未明确发热原因。1 d 前患者就诊于某三甲医院, 因血涂片疑似查见“疟原虫滋养体”, 故建议患者来本院进一步诊治。半天前, 患者出现神志恍惚, 呼之有反应, 伴尿失禁、失语, 本院急诊血涂片“查疟原虫滋养体”阳性, 以“疟疾”收治入院。入院查体: 平车推入病房, 查体欠合作, 失语, 皮肤巩膜轻度黄染。颈阻阳性, 唇色苍白, 腹部稍膨隆, 触软, 移动性浊音阳性, 余无明显异常。血常规: WBC $6.57 \times 10^9/L$, N 84.8%, RBC $3.13 \times 10^{12}/L$, Hb 94 g/L, PLT $24 \times 10^9/L$; 肝功能: ALT 28 U/L, AST 55 U/L, ALP 82 U/L, GGT 76 U/L, LDH 677 U/L, TP 50.5 g/L, ALB 26.6 g/L, TBIL 64.1 $\mu\text{mol}/L$, DBIL 36.4 $\mu\text{mol}/L$, IBIL 27.7 $\mu\text{mol}/L$; 肾功能正常; 电解质: Na 128.1 mmol/L; PCT 49.45 ng/mL。尿常规, HBV 和 HCV 标志物均正常。外院腹部彩超提示: 右肝可疑稍减弱可疑回声。本院心电图示窦速; 腹部 B 超提示脾大; 左侧胸腔腔少量积液。头颅平扫加增强 CT 示: 左侧颞叶脑沟增宽, 软脑膜增厚。给予蒿甲醚抗疟原虫, 并进行保肝、降颅压、补充水电解质、补充能量等对症支持治疗。患者病情明显好转, 5 d 后查体颈阻阴性, 皮肤巩膜无黄染。复查血涂片找疟原虫阴性, 除血常规提示轻度贫血外, 肝肾功能、电解质正常。患者抗疟疾疗程已结束, 症状明显好转, 于 2013 年 5 月 30 日出院。

病例 2, 男性, 33 岁, 重庆铜梁人, 因“反复发热伴寒战 5 d”于 2013 年 11 月 26 日入院。2 年前患者前往非洲几内亚务工, 务工期间曾感染疟疾数次, 相关治疗后症状好转。1 个月前前归国。5 d 前患者无诱因突发寒战、高热, 于当地人民医院住院, 具体诊治不详(未查明原因), 症状无明显缓解, 遂就诊于本院。门诊血涂片查疟原虫阳性。故以“疟疾”收治入院。入院后查体: 除体温 38.1 °C 外, 余未见明显异常。辅助检查: 急查动脉血气分析、肾功正常; 电解质示钾 3.2 mmol/L, 血常规示 WBC $5.5 \times 10^9/L$, N 90.0%, L 5.9%, PLT $44 \times 10^9/L$ 。

查尿常规示橘红色、酮体 2⁺; D 二聚体及凝血 4 项正常, PCT 5.66 ng/mL, 糖化血红蛋白正常, 肝功能示 LDH 488 U/L, TBIL 32.8 $\mu\text{mol}/L$, DBIL 17.2 mmol/L; CRP 123.9 mg/L, 血脂示总胆固醇 2.28 mmol/L、高密度脂蛋白 0.4 mmol/L; 心电图示窦速; 胸片示双肺纹理增粗; 腹部彩超示: 左肝钙化, 第一肝门实性减弱回声, 考虑淋巴结肿大, 脾大。住院期间予蒿甲醚抗疟原虫, 同时予补充电解质、护肝及对症治疗。5 d 后患者体温恢复正常, 复查血涂片找疟原虫阴性, 尿常规、肝功能、电解质正常, PCT 2.41 ng/mL, 血常规 PLT $74 \times 10^9/L$ 。患者病情明显好转, 于 2013 年 12 月 2 日出院。

2 讨论

疟疾是一种广泛流行于热带、亚热带甚至温带边缘的经按蚊叮咬传播由疟原虫感染引起的严重危害人类健康的重要虫媒传染病。它可以反复发作, 以导致贫血等疾病, 重症患者可出现昏迷、谵语等, 甚至危及生命。它与艾滋病、结核病一起被世界卫生组织(WHO)列为全球急需治疗、控制和重点防控的 3 种传染病之一^[2]。

疟疾是由疟原虫引起的一种寄生虫疾病。疟原虫能够在人体内长期存在, 而且不同阶段疟原虫的抗原具有多样性, 故使其不易被宿主完全清除。所以血液中残存的疟原虫可引起再燃。再燃可多次出现, 多见于病愈后 1~4 周。而寄生于肝细胞内的间日疟或卵形疟的迟发型孢子可引起复发。复发多见于病愈后 3~6 个月^[1]。

输入性疟疾指由疟疾流行区或境外带回的疟疾。我国疟疾流行曾经十分严重, 但自 2010 年实施消除疟疾行动计划以来, 全国疫情总体呈持续明显下降趋势。但近年来由于赴非洲、东南亚等疟疾高流行区劳务输出、旅游等出入境人员数量明显增加和其自身缺乏防范意识, 从而导致本国输入性疟疾病例逐年增多。文献报道的 118 例患者均为曾赴非洲务工的返乡人员^[3-7]。而且 2012 年全国疟疾疫情分析, 输入性病例占总数的 91%^[8]。本文的 2 例患者在非洲务工期间均曾多次感染疟疾, 临床症状得到控制, 回国后短期内再次发病, 故均考虑为输入性疟疾再燃所致。

疟疾的临床表现是由疟原虫在红细胞内进行裂体增殖所致。故当受感染的红细胞破裂时, 可释放出大量的裂殖子及代谢产物。若反复多次发作, 最终会导致血细胞减少。所以血小板减少是疟疾最常见、最早出现的血象改变。疟原虫直接破坏红细胞及脾脏巨噬细胞吞噬红细胞的功能亢进, 也可引起贫血^[9]。本文 2 例患者均出现 PLT 减低及贫血的临床症状。该病主要诊断方法是通过血液的厚、薄涂片查找疟原虫, 从而确诊。韩乐强^[9]提出可以把胞体较大的多嗜红细胞作找疟原虫的靶细胞, 较容易找到疟原虫。此外, 如临床高度怀疑而血涂片多次阴性, 还可进行骨髓穿刺涂片查找疟原虫。本文 2 例患

[△] 通讯作者, E-mail: lvshengxiu@163.com。

者均在血涂片查找疟原虫阳性,故均为确诊病例。

疟疾治疗重点是杀灭红细胞内的疟原虫,青蒿素类抗疟药为当前的一线用药^[10]。蒿甲醚为青蒿素衍生物,作用于疟原虫红细胞内期,干扰疟原虫表膜原线粒体功能,使其膜结构发生变化,阻断疟原虫的营养摄取,从而杀灭疟原虫,能迅速控制疟疾发作^[11]。本文 2 例患者均肌注蒿甲醚进行治疗,短期内症状明显好转,全部临床治愈。特别是其中 1 例患者已进展为脑型疟,出现神志恍惚,但经蒿甲醚治疗后,第 3 天已神志清楚,口齿清晰,最终临床治愈。由此可见,及时有效的抗疟治疗十分重要,可避免后遗症的发生,提高患者生活质量。

疟疾虽十分可怕,但可防可治。在输入性疟疾防控工作上,医务工作人员可以做到以下几点:首先,加强对出国务工、经商和旅游等重点人群的疟疾危害和防治知识宣传,如非洲、东南亚、中南美洲的一些国家和地区是疟疾高度流行区,赴这些地区工作、学习和生活时,应提高防疟意识:睡觉时使用蚊帐、户外活动时穿长袖长裤、抹驱蚊剂等。其次,还应加强临床医生自身的疟疾诊治能力培训,以保证及时发现和救治疟疾患者,避免误诊、漏诊而延误患者病情,造成不可估量的损失。

综上所述,虽然重庆本地疟疾流行已被控制,但近年来输入性疟疾不容忽视。对自疟疾高流行区归国的人员,如出现不明原因的寒战、发热,不管发生于任何季节,症状是否典型,应首先考虑是否并发疟疾感染,详细询问其流行病学史,尽早进行实验室检查,及早明确诊断,进行治疗,以免延误病情。

参考文献

[1] 杨绍基,任红. 传染病学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版

社,2008:267.

[2] Vitoria M, Granich R, Gilks CF, et al. The global fight against HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria: current status and future perspectives[J]. Am J Clin Pathol, 2009, 131(6):844-848.

[3] 王冰倩,陈霜,唐晓霞,等. 输入性恶性疟 1 例报告[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(5):638-639.

[4] 胡婷,刘伟,廖立新. 输入性疟疾 1 例报告[J]. 实用临床医学, 2012, 13(11):28-50.

[5] 陈亚军. 输入性恶性疟疾 4 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(10):1233.

[6] 童学成,黄和冲,徐天敏. 输入性恶性疟疾 8 例临床分析[J]. 中国现代医药杂志, 2011, 13(8):72-73.

[7] 苑晓冬,段淑红,鲍中英. 非洲输入性恶性疟疾 104 例临床分析[J]. 中国全科医学, 2011, 14(20):2317-2318.

[8] 夏志贵,丰俊,周水森. 2012 年全国疟疾疫情分析[J]. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志, 2013, 31(6):413-418.

[9] 韩乐强. 疟疾临床血液学特征[J]. 中国社区医师:医学专业, 2012, 14(2):103-105.

[10] 吕金兰. 成人恶性脑型疟疾 2 例临床分析并相关文献复习[J]. 临床医学, 2011, 31(4):51-52.

[11] 钟惠澜. 热带医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011: 115.

(收稿日期:2015-10-18 修回日期:2016-01-15)

椎管内麻醉后单肢瘫痪 1 例

刘宗英,张 莉,章 庆,钟廷惠,刘小平,朱宏伟(四川省泸州市人民医院麻醉科 646000)

【关键词】 椎管内麻醉; 脊髓出血; 单肢瘫痪

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2016)08-1151-02

1 临床资料

患者,女,67 岁,因“左股骨粗隆间骨折”入院,行“左股骨粗隆间骨折闭合复位髓内钉内固定术”。伴有(1)陈旧性 T₁₂ 椎体压缩性骨折;(2)L_{4~5} 椎间盘膨出症;(3)腔隙性脑梗塞;(4)重度骨质疏松症。反复腰背痛超过 10 年,加重伴双下肢及足趾疼痛 3 年以上。近 3 年常自服“三七粉”,术前 5 d 一直使用“血栓通”及“三七最细粉”。术前 CT 报告:(1)T₁₂ 椎体压缩性骨折(压缩约 1/4);(2)双侧脑室旁散在腔隙性脑梗塞,双侧基底区腔隙性脑梗塞或血管周围间隙扩大,脑白质脱髓鞘改变;(3)L_{1~2}、L_{2~3}、L_{3~4}、L_{4~5} 椎间盘膨出,L₅ 椎体骶化,为变异,腰椎退行性改变。颅脑 MRI 平扫结果:(1)双侧半卵圆中心、侧脑室旁、基底节区、右侧脑室三角旁多发性腔隙性脑梗死及缺血灶;(2)轻度老年脑改变,双侧脑室周围脑白质轻度脱髓鞘改变。术前腰椎 MRI 平扫结果(图 1):(1)T₁₂ 椎体压缩性骨折(压缩约 1/4 椎体),并椎体下缘莫氏结节形成;(2)腰椎退行性变、骨质增生并疏松,T₉~S₁ 椎间盘髓核不同程度变性,L_{3~4} 椎间盘突出(右侧椎间孔型),L_{4~5} 椎间盘膨出,L_{3~5} 层面黄韧带增厚,同层面椎管前后径变窄;(3)L₅ 椎体骶化。术前心脏超声结果:(1)动脉硬化,主动脉瓣钙化;(2)左前壁运动减弱;(3)左室收缩功能正常,舒张功能减低。术前彩色多普勒

血流显像结果:二、三尖瓣及主动脉瓣反流(轻度)。术前心功能测定结果:心率 77 次/分,左室射血分数(EF)63%,左室室缩短分数(FS)34%。在腰硬联合麻醉下行左股骨粗隆间骨折闭合复位髓内钉内固定术。

患者取左侧卧位,行 L_{3~4} 穿刺,穿刺过程顺利,无异感;蛛网膜下腔缓慢推注 0.5%布比卡因 1.7 mL;在硬膜外腔置入硬膜外导管并保留硬膜外导管 3 cm,回抽无血液或脑脊液;平卧后测麻醉平面 T₈~S₅。55 min 后手术开始。蛛网膜下腔注射药物 60 min 后,硬膜外腔追加 0.894%甲磺酸罗哌卡因 5 mL;距第 1 次硬膜外腔注射药物约 120 min 后,硬膜外腔再次追加 0.894%甲磺酸罗哌卡因 5 mL,手术历时 4 h,术中呼吸循环稳定。出血约 400 mL,尿量 350 mL,术中输入胶体液 1 000 mL,乳酸林格液 500 mL。术后给予硬膜外连续镇痛,镇痛液为:0.9%生理盐水 69 mL+0.894%甲磺酸罗哌卡因 20 mL+芬太尼 0.5 mg+地佐辛 5 mg。术后第 2 天回访发现患者右下肢(健侧)不能活动。体格检查结果:右侧腹股沟区域以下无痛觉,除右脚趾及小趾有触觉外,右下肢其他部位无触觉;右下肢(健侧)肌力 0 级,肌张力低,跟腱反射、膝反射未引出。左下肢感觉正常,运动因手术受限。随后拔出硬膜外导管,取消硬膜外镇痛。术后第 3 天右下肢症状体征无好转,颅