

输入性恶性疟疾 2 例分析及文献复习

黄 铭

(华中科技大学同济医学院附属同济医院检验科, 湖北武汉 430030)

DOI:10.3969/j.issn.1673-4130.2014.05.074KG4文献标识码:C

文章编号:1673-4130(2014)05-0654-01

2008 年以来本院发现 42 例疟疾感染, 其中 34 例恶性疟, 7 例间日疟, 1 例卵形疟。其中 1 例为输血后感染间日疟, 其余均为回归人员输入性感染, 40 例为临床医生通过症状和询问病史得以诊断, 2 例恶性疟为漏诊和误诊但通过检验人员复检后得以诊断。现将 2 例漏诊和误诊病例分析如下。

1 病例 1

男性患者, 42 岁, 援外工程师。3 d 前发热咽痛在社区给予抗菌药物治疗, 无效。与 2009 年 6 月 29 日夜因高热咽痛来本院急诊内科就诊。体格检查: 体温 40.7℃, 脉搏 116 次/分, 心脏听诊无异常, 呼吸 26 次/分, 血压 140/90 mm Hg、意识欠佳, 全身皮肤巩膜无黄染, 浅表无淋巴结肿大, 双肺呼吸音粗糙, 无干湿罗音。辅助检查: X 片无异常, 血常规为白细胞 $8.4\times10^9/L$; 中性粒细胞 $4.2\times10^9/L$; 淋巴细胞 $3.7\times10^9/L$; 红细胞 $4.76\times10^{12}/L$; 血红蛋白 142 g/L; 血小板 $174\times10^9/L$ 。询问病史两周前从缅甸乘机回武汉, 在疟疾防治指定医院已筛查疟原虫阴性, 否认疟疾感染史, 按照卫生部《甲型 H1N1 流感监测方案(第 1 版)》^[1] 诊断疑似 H1N1 感染, 隔离发热门诊进行相关治疗。凌晨内科医师将病情通告相关科室注意防范, 经检验科医师再次询问其病史后复检涂片检出恶性疟原虫阳性。因本院床位紧张, 次日转入市疾控中心救治。

2 病例 2

男性患者, 48 岁, 发热 3 d, 呕吐 2 d。患者 3 d 前受凉后自觉低热, 伴颈部疼痛, 未测体温、寒战和腹泻等情况, 体温可自行恢复正常, 2 d 前出现呕吐, 为胃内容物, 伴头晕, 无鼻塞流涕咳嗽, 咳痰, 无胸闷气促, 无腹痛腹泻, 便秘, 自服藿香正气丸后症状无明显好转, 2 d 前出现发热, 最高 39.3℃, 就诊于某区中医院, 查血常规提示血小板较低为 $24\times10^9/L$, 白细胞及血红蛋白未见异常给予抗感染(克林霉素, 左氧氟沙星)、护胃止吐、补液补钾等治疗后呕吐好转, 但发热未好转, 复查血常规提示血小板低, 为求进一步诊治, 遂就诊本院, 门诊以“发热、血小板减少原因待查”收入血液科。既往史: 2012 年于非洲工作 8 月余, 否认结核、肝炎、寄生虫等急慢性传染病史。体格检查: 体温 39.3℃, 心率 112 次/分, 心率齐, 各瓣膜听诊未闻及病理性杂音, 呼吸 20 次/分, 血压 111/68 mm Hg, 神志清, 精神差, 皮肤巩膜黄染, 浅表淋巴结未触及肿大, 胸骨无压痛, 咽部充血, 扁桃体未见明显肿大双肺呼吸音清, 未闻及明显干湿罗音, 腹平软, 无压痛, 脾区触痛(+) 双下肢无水肿。辅助检查: X 胸片无异常。持有 2013 年 3 月 21 日某区中医院血常规报告单为白细胞 $5.0\times10^9/L$, 中性粒细胞 $4.3\times10^9/L$, 红细胞 $4.19\times10^{12}/L$, 血红蛋白 129 g/L, 血小板 $24\times10^9/L$ 。因完善病例, 当晚在本院住院急查血常规, 检验科当班人员因报告中血小板少复片时无意中看到恶性疟原虫环状小体。次日转入本院感染科病房, 由市疾控中心提供抗疟药进行治疗, 同时进行护肝保肝治疗。8 d 后血小板计数升至 $254\times10^9/L$, 涂片疟原虫未

见, 治愈带药出院, 不适随诊。

3 讨 论

恶性疟疾症状不典型, 热型大都不规则, 以午后及夜间发热多见且热退时伴全身大汗, 许多患者病初发热伴乏力纳差、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等胃肠道症状或头痛、肌肉酸痛、咳嗽、咽痛等症状且实验室检查多缺乏特异性, 临床易误诊为“上呼吸道感染”、“伤寒”、“肠道感染”等^[2]。发作数次后出现肝功能的异常、脾大、贫血、血小板减少等。恶性高原虫血症可造成微血管堵塞, 加上溶血对肾功能有不同程度的损伤, 引起肾功能衰竭^[3]。重症患者可并发弥散性血管内凝血^[4], 发展为脑型疟的可至死亡。

2 例为输入性恶性疟, 均为首次感染, 症状都不典型。医师由于经验不足, 对流行病学史特别是到过疫区的患者没有充分认识复检的必要性。很多基层医院检验人员也未按操作规程进行复片或漏检^[5]。对于患者也未充分认识国外当地流行病学史, 往往漏报既往史, 因而导致漏检和误诊。近几年来, 本地疟疾病例逐年增多, 疟疾流行季节对高疟区和从高疟区及恶性疟流行区回归人员必须开展逢热必查, 最大限度发现疟疾病例, 控制传染源^[6]。

恶性疟疾是一种严重的传染疾病, 要引起足够的重视, 有必要对反复发热、寒战疑似病例反复做镜检以防止漏诊和误诊^[7]。恶性疟疾多为输入性感染, 临床症状不典型, 需结合流行病学史对发热患者反复检查, 才能提高诊断率。确诊为恶性疟疾的患者要尽早实施抗疟的治疗, 减少脑型疟和重症疟病例的发生, 有效地降低疟疾发病。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 卫生部办公厅关于印发《甲型 H1N1 流感诊疗方案(2009 年试行版第一版)》的通知[EB/OL]. <http://www.moh.gov.cn/mohyzs/s3585/200905/40478.shtml>.

[2] 谢琴秀, 韩华, 徐媛媛, 等. 输入性疟疾 56 例临床特征分析[J]. 中华疾病控制杂志, 2011, 6(3): 538-540.

[3] Das BS. Renal. failure in malaria[J]. Vector Borne Dis, 2008, 45(2): 83-97.

[4] 陈霜, 陶岚, 朱蕴玲, 等. 输入性恶性疟疾 2 例流行病学及临床分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(9): 1097-1098.

[5] 叶应妩, 王毓三, 申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 东南大学出版社, 2006: 242-243.

[6] 黄光全, 袁方玉, 陈国英, 等. 湖北省疟疾流行态势与控制的分析[J]. 中国媒介生物学及控制杂志, 2009, 20(3): 240-243.

[7] 刘慧, 魏春, 许建卫, 等. 有发热史人员的疟疾血清流行病学调查[J]. 中国病原生物学杂志, 2008, 3(11): 847-848.