

## · 短篇论著 ·

## 重型流行性乙型脑炎临床分析

韩俊梅 张燕霞

2010 年 8 月 27 日至 2010 年 9 月 28 日本院共收治 7 例乙型脑炎患者,血清乙型脑炎病毒 IgM 抗体检测均为阳性。7 例乙型脑炎患者中男性 2 例,女性 5 例;6 例为重型,1 例为暴发型;年龄为 31 ~ 65 岁;综合分析以上病例,报道如下。

## 一、流行病学特点

本病多见于 7 ~ 9 月份,南方流行稍早,北方稍迟。近年由于乙脑疫苗的接种,儿童及青少年发病率降低。本院收治的 7 例患者年龄为 31 ~ 65 岁,均为成年人,除 1 例 31 岁的青年女性,其余患者年龄为 55 ~ 65 岁,属中老年患者。

## 二、传播途径

本病主要传染源是猪,蚊子是主要传播媒介。动物感染后 3 ~ 5 d 为病毒血症期,致使蚊虫受染传播。7 例患者中,除 2 例居住在城市,其余 5 例均居住在农村,居住地附近有养猪农户,符合以上传播途径。

## 三、易感人群

人群普遍易感,但有基础疾患、免疫力低下者更容易感染。本研究 7 例患者中 1 例无基础疾病,2 例患有高血压及陈旧性脑梗塞,1 例患高血压及慢性支气管炎,1 例患风湿性心脏病,1 例患糖尿病合并酮症酸中毒,1 例患高血压、脑出血后遗症和右侧股骨颈骨折,2 月前行外科手术。乙型脑炎病毒可致血管内皮受损,脑膜及脑实质小血管扩张、充血、出血及血栓形成,血管周围套式细胞浸润。中老年患者患高血压及糖尿病者,存在动脉硬化,在此疾病基础上,感染乙型脑炎病毒后,脑部病变较重,预后差<sup>[1]</sup>。本研究中 7 例均为重型病例,4 例患有高血压,1 例糖尿病,符合以上病变特征。

## 四、实验室检查

乙型脑炎病毒感染后,血象升高,白细胞总数( $10 \sim 20$ )  $\times 10^9/L$ ,中性粒细胞 80% 以上,脑脊液为无色透明,白细胞计数 50 ~ 500/ml,部分 1000/ml 以上;糖正常或偏高,蛋白质轻度增高,氯化物基本正常。血液中特异性 IgM 抗体在感染后第 4 天出现,3 周内阳性率为 70% ~ 90%,可作为早期诊断指标。此 7 例患者,白细胞总数为( $7 \sim 22$ )  $\times 10^9/L$ ,脑脊液检查符合以上表现,血清特异性 IgM 抗体均为阳性。

## 五、临床表现

重型乙型脑炎患者体温持续 40℃ 以上,神志昏迷,可有反复或持续抽搐。浅反射消失,深反射先消失后亢进,并有病理反射,可出现中枢性呼吸衰竭,病程约 2 周以上。恢复期往往有不同程度的精神异常和瘫痪等表现,部分留有后遗症。入组 7 例患者均有不同程度的昏迷,抽搐,体温 39 ~ 40℃,3 例患者出现中枢性呼吸衰竭,予以气管插管,呼吸机

辅助呼吸,其中 1 例患者拔管后行气管切开。

## 六、治疗

目前针对乙型脑炎尚无特殊治疗措施。此 7 例患者以综合治疗为主,注意补液量与脱水降颅压之间的平衡关系,量出为入。对症治疗主要应处理好 3 个关键点,即呼吸衰竭、高热和抽搐,这 3 大主要症状互为因果,形成恶性循环。高热增加耗氧量,加重脑水肿和神经细胞病变,使抽搐加重,抽搐又加重脑组织缺氧,导致呼吸衰竭并进一步加重脑组织病变,使体温升高,因此应强调对患者的早期诊断和及时有效的治疗。高热降温应以物理降温尤其降低头部温度为主<sup>[1]</sup>,药物降温为辅,目前采用颅脑降温仪选择性头部降温,使头部处于亚低温状态,尽可能使体温保持在 38℃ 以下<sup>[2]</sup>。昏迷患者鼻饲饮食,营养均衡搭配。尽早应用广谱抗病毒药利巴韦林,预防性应用可透过血脑屏障的抗菌药物,如青霉素、三代头孢类药物,辅以中药治疗,如痰热清可清热、化痰、解毒,醒脑静可清热解毒、醒脑开窍。部分患者应用地塞米松以抗炎、退热、保护血脑屏障、减轻脑水肿、抑制免疫复合物形成,保护溶酶体膜。免疫功能低下患者常发生乙型脑炎,可适当运用免疫调节剂如胸腺五肽。对有呼吸系统疾患的患者,因其极易合并感染,应根据痰培养结果积极应用敏感抗菌药物,注意定时拍背吸痰。痰液较多不易咳出的昏迷患者,尽早行气管插管,必要时行呼吸机辅助呼吸,以改善气道通气,改善脑组织缺氧,促进脑功能恢复,从而使患者顺利度过危及生命的呼吸衰竭阶段,进入康复期。

## 七、护理

昏迷患者的基础护理至关重要,每 2 小时翻身、拍背、吸痰 1 次,注意口腔、尿道、皮肤护理,预防褥疮感染。呼吸衰竭及脑疝的护理尤为重要。呼吸衰竭是本病的主要死亡原因。密切观察患者的呼吸频率、节律、意识状态、瞳孔大小、对光反应和血压变化。若出现呼吸困难、发绀、叹息样呼吸,则为呼吸衰竭的表现,立即给予吸氧;持续吸氧并严密观察病情变化,做到一听、二摸、三看,即听痰鸣,摸体温、摸脉搏,看面色、看呼吸、看瞳孔变化。及时清理呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。采用雾化吸入,气管内交替滴药。拍背,体位引流,必要时气管切开。若同时伴有烦躁、喷射性呕吐、双侧瞳孔大小不等和血压升高等症状,多合并脑疝,应立即通知医生做好急救及护理<sup>[3]</sup>。本研究中 7 例患者均有不同程度昏迷,其中 3 例行气管插管,1 例行气管切开。气道开放后,气道不显性失水大约 500 ml/d,要注意定时湿化气道,做好气管导管的消毒,同时吸痰时要保持无菌,防止发生医源性感染。加强肢体活动,以减少深静脉血栓形成。

## 八、预防

接种乙脑疫苗是保护易感人群的有效措施,效果良好。全程完成接种的保护率为 70% ~ 90%。初次免疫的年龄为

1 岁以内,采用皮下注射 2 次,间隔 7~10 d,在第 2 年加强 1 次,连续 3 次加强后不必再注射,可获持久免疫力。疫苗接种的不良反应很少,可有注射处红肿及发热<sup>[4]</sup>。免疫剂量因年龄不同而异;1~7 岁 0.5 ml/次,8~12 岁 1 ml/次,成人 2 ml/次。应在流行季节前 1 个月完成免疫。

#### 参 考 文 献

- 1 于晓燕,龚君佐. 流行性乙型脑炎 42 例临床分析. 中国民族民间医药,2010,19(23):182-183.
- 2 选择性头部亚低温治疗新生儿缺氧缺血性脑病多中心协作组. 选择性头部亚低温治疗新生儿缺氧缺血性脑病安全性临床研究. 中国循证儿科杂志,2006,1(1):20-26.
- 3 白丽敏,王淑清,刘雪静. 流行性乙型脑炎的护理. 吉林医学,2010,31(26):4534-4535.
- 4 陈灏珠. 实用内科学. 12 版. 北京:人民卫生出版社,2005:348-351.

(收稿日期:2011-05-10)

(本文编辑:孙荣华)

韩俊梅,张燕霞. 重型流行性乙型脑炎临床分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2012,6(1):54-55.

