

援外医务人员疟疾诊治要点

疟疾是严重危害人类健康的重要传染病，是世界卫生组织确定的全球三大公共卫生问题之一。全球有 107 个国家和地区，约 32 亿人口受到疟疾的威胁，每年 3.5-5 亿疟疾病例，有 100 多万人死于恶性疟。疟疾主要流行于非洲撒哈拉沙漠以南的大部分国家以及东南亚、中南美洲等热带国家或地区，非洲国家最为严重，95% 为恶性疟原虫感染。

疟疾的病原体为疟原虫，疟疾通过蚊虫传播，但是只有按蚊属的少数蚊种才能传播疟疾。人群对疟原虫普遍易感。感染人体的疟原虫有四种，即恶性疟、间日疟、三日疟和卵形疟原虫，目前三日疟和卵形疟比较罕见。

我国对亚、非、拉发展中国家的援助项目日益增多，这些地区的大多数国家存在疟疾流行，为提高援外医务人员对疟疾的诊治和防护能力，特编写疟疾诊治要点，供参考。

一、临床表现

有规律的发冷、发热、出汗是疟疾发病的典型特征：多数病例在发热前有时长短不一的寒战或畏寒，体温在短时间内很快上升，持续数小时后下降并伴有不同程度的出汗。病人有溶血性贫血症状，白细胞不增加。间日疟每 2 天发作 1 次，多见于中午前后或下午，但恶性疟一般 1 天 1 次或无明显规律，有时出现消化道、神经系统症状，尤其见于重症恶性疟患者。

1. 发冷期：患者始感四肢和背部发冷、继而周身寒颤、面色苍白、口唇等发绀，同时伴剧烈头痛、肌肉和关节酸痛，有时有恶心、呕吐，常持续数分钟至 2 小时不等，体温开始迅速上升。

2. 发热期：患者的体温常可达 40℃ 以上，脸色潮红，结膜充血，周身燥热，口渴，头痛加剧，呼吸急促。儿童、特别是 5 岁以下的患儿甚至出现谵妄、惊厥

等症。此期一般持续 2~4 小时。

3. 出汗期：始为面颊部和双手微汗，继而波及全身，体温迅速下降，甚至有降至 35℃者。发热时的各种症状随之消失，患者顿感通体舒适，惟乏力疲劳，常安然入睡。此期一般持续 2~4 小时。

4. 间歇期：病人感疲劳、乏力，无其他明显症状。

二、诊断要点

根据流行病学史、临床表现以及实验室检测结果等予以诊断。

1. 流行病学史

即病人是否到过疟疾流行区。接诊医生询问病人是否有疟疾传播季节在疟疾流行区住宿、夜间停留的历史。

2. 临床表现

典型的临床表现呈周期性发作，每天或隔天发作一次。发作时有发冷、发热、出汗等症状。发作多次后可出现脾大和贫血。重症病例出现昏迷等症状。

3. 实验室检查

血涂片染色显微镜检查疟原虫是确诊疟疾的常规手段，查到疟原虫是最可靠的病原学证据。近年发展的疟疾快速诊断方法也可作为病原学诊断依据。

4. 假定性治疗

有些发热病人虽然临床表现疑似疟疾，但感染史不明，镜检也没发现疟原虫，可以给予抗疟药作为假定性治疗。

三、治疗要点

（一）治疗原则

治疗的原则是及时、全程、足量、联合用药。

由于疟原虫容易对药物产生抗药性，必须短时间血液中达到足够治疗量才能取得良好效果而不致产生抗药性。

（二）间日疟的治疗

氯喹 1.5 克分三天服，第一天 0.6 克，第 2、3 天 0.4 克。加服伯喹 180mg，分八天服（每日 22.5mg）。儿童酌减。

（三）恶性疟的治疗(选用以下一种疗法)

1. 蒿甲醚:口服总剂量 640mg。分 7 天服，每天 1 次，每次 80mg，首剂加倍。
2. 青蒿琥酯:口服总剂量 800mg。分 7 天服，每天 1 次，每次 100mg，首剂加倍。
3. 双氢青蒿素:口服总剂量 480mg。分 7 天服，每天 1 次，每次 60mg，首剂加倍。
4. 咯萘啶:口服总剂量 1600 mg。分 3 天服，第 1 天服 2 次，每次 400 mg，间隔 8 小时；第 2、3 天各服 1 次，每次 400 mg。

以上 4 种药物需加服伯氨喹，口服总剂量 45mg，分 2 天服，每次 22.5mg。

5. 青蒿琥酯片加阿莫地喹片：口服总剂量青蒿琥酯和阿莫地喹各 12 片（青蒿琥酯每片 50mg，阿莫地喹每片 150mg），每天服青蒿琥酯片和阿莫地喹片各 4 片，连服 3 天。

6. 双氢青蒿素哌喹片剂：口服总剂量 8 片（每片含双氢青蒿素 40mg，磷酸哌喹 320mg），首剂 2 片，首剂后 6—8 小时、24 小时、32 小时各 2 片。

7. 复方磷酸萘酚喹片：口服总剂量 8 片（每片含萘酚喹 50mg，青蒿素 125mg），一次服用。

8. 复方青蒿素片：口服总剂量 4 片（每片含青蒿素 62.5mg，哌喹 375mg），首剂 2 片，24 小时后 2 片。

（四）重症疟疾的治疗(选用以下一种疗法)

1. 蒿甲醚：每天肌注 1 次，每次 80mg，连续 3—5 天，首剂加倍。若原虫密度大于 15 万/ μ l，首剂给药后 4—6 小时，再给予 80mg 肌注。

2. 青蒿琥酯：每天静脉注射 1 次，每次 60mg，连续 3—5 天，首剂加倍。若原虫密度大于 15 万/ μ l，首剂给药后 4—6 小时，再给予 60mg 静脉注射。注射时，需先将 5% 碳酸氢钠注射液 1ml 注入含青蒿琥酯 60mg 粉针剂中，反复振摇 2—3 分钟，待溶解澄清后，再注入 5ml 等渗葡萄糖或生理盐水，混匀后缓慢静脉注射。配制后的溶液如发生混浊，则不能使用。

上述两种疗法，待患者病情缓解后，应改用口服剂型完成所需的疗程。

3. 咯萘啶：肌内注射或静脉滴注。总剂量均 480mg。每天 1 次，每次 160mg，连续 3 天。

静脉滴注时，将 160mg 药液注入 500ml 的 5% 葡萄糖或 0.9% 生理盐水溶液中摇匀，静滴速度不超过 60 滴/分。需加大剂量时，总剂量不得超过 640mg。

（五）重症疟疾的对症处理

应尽快控制高热和抽搐，促进病人清醒。同时及早发现及时处理并发症，则是提高治愈率，减少死亡的关键。

1. 退热镇静

可用氯丙嗪和异丙嗪各 0.5~1mg/kg 体重、安乃近 10~15mg/kg 体重肌内注射。隔 6 小时可反复使用，务求把体温控制在 38℃ 以下。反复使用退热药时，应慎重，要密切注意观察。

2. 脑水肿

使用脱水剂甘露醇；体温要降至 37℃ 以下；液体维持负平衡。

3. 中枢性呼吸衰竭

使用脱水剂；使用呼吸中枢兴奋剂；超高热并呼吸衰竭者，必须快速物理降温；保持呼吸道畅通，氧气吸入。

4. 心力衰竭

减轻心脏负荷；使用强心药洋地黄丙甙；防止肺水肿。

5. 休克

补充血容量；注意纠正酸中毒和心功能不全；酌情选用血管活性药物多巴胺、阿拉明等。

6. 代谢性酸中毒

用 5% 碳酸氢钠溶液 5ml/kg 体重静脉滴注，时隔 4~6 小时后以半量给予。

7. 溶血

停止使用可能引起溶血的药物，如奎宁、伯氨喹、砒类或退热药等；使用肾上腺皮质激素；输入 5% 碳酸氢钠 5ml/kg 体重，以后酌情以半量重复给 1~2 次；充足输液和利尿，严重贫血者输血。

8. 肾功能衰竭

早期少尿而怀疑肾衰时，可使用甘露醇静注；确诊肾衰后，应严格限制液体入量；透析疗法。

9. 重度贫血

病人未清醒而红细胞数在 200 万个/ μ l 以下者，应予以输血。

四、预防要点

目前还没有可应用的有效疟疾疫苗，预防疟疾主要依靠个体防护。预防的方法有：

(1) 加强健康教育 加强防疟知识的宣传教育，提高个人防护意识，改变户外露宿的习惯。

(2) 减少人蚊接触 使用蚊帐、安装纱门纱窗、蚊香熏蚊、涂抹驱蚊剂，从事野外作业穿长袖衣裤，防止蚊子叮咬。

(3) 预防服药 在疟疾严重流行地区，根据不同情况，可对高危人群进行预防服药，但一般使用不超过三个月，可在以下两种方案中任选一种：

1. 磷酸哌喹：每次服 600mg，每月 1 次，睡前服。
2. 氯喹：每次服 300mg，每 7—10 天服 1 次。

浙江省疾病预防控制中心寄防所

浙江省全球基金疟疾项目办