

(一) 登革熱臨床症狀

1. 典型的登革熱將會顯現下列的臨床症狀以及病程：

(1) 潛伏期：3~8 天。

(2) 前驅症狀：在發燒的數小時至12 小時前，可能有頭痛、厭食、背痛、僵硬、違和、臉部潮紅、蕁麻疹等前驅症狀。

(3) 發燒：體溫驟然升高至39°~40°C，而持續3~6 天。有時會呈現雙峰型的發燒（所謂馬鞍狀發燒），即約於第3 天起體溫下降1~2 天後，再度發燒2~3 天。開始發燒時，會伴隨有惡寒。

(4) 疼痛：與發燒同時，頭痛將更劇烈。在首24 小時內，病患將訴苦極度的骨痛、關節痛、肌肉痛、背痛，而這些疼痛會使病患極為難受。所謂斷骨熱(breakbone fever)之稱就是為了形容這種劇型的疼痛而來。轉動眼球或按住眼球時，眼窩後部會感覺特別的痛。

(5) 發疹：約於第4 或第7 病日，明顯的疹子將出現，先從手腳開始，進而擴散至軀幹。有時像斑狀丘疹，有時似猩紅熱紅斑，有的發疹會引起搔癢。有些病患會有非典型的發疹，也有不發疹的。皮疹將於發燒末期，或退燒後消退。

2. 登革出血熱與登革休克症候群

若病人以前曾感染過其他型之登革病毒，再次感染時可能因抗原—抗體反應而引起急遽的病況惡化。另有一說，因登革病毒突變，使毒性增加，也可能導致登革出血熱或登革休克症候群。這時候病人顯得不安、腹痛、四肢冰冷和發紺，並且出現明顯的出血現象，脈搏加快、血壓下降、甚至休克，這就是極具震撼的登革出血熱和登革休克症候群。

典型登革熱的病人，經過適當的治療預後很好，不過，先前如有慢性病，例如：肝硬化、尿毒症、慢性阻塞性肺病、心臟衰竭、狹心症、消化性潰瘍、多年糖尿病等，有致命的危險性。

(二) 小兒登革熱之臨床表徵

小兒登革熱的臨床表徵不典型，而且因表達能力尚未建立，在診斷上相對的困難許多，一歲以下的小孩大多數只有發燒，也有一些表現出呼吸道感染的症狀，如咽喉發紅或輕微的流鼻水、咳嗽等，病程也較典型的登革熱短，除非是登革出血熱，否則嚴重度遠較大人輕，臨床上，小病人多在3 到5 天內即恢復正常。

隨著年齡增長，學齡前的幼兒，表現出來的症狀仍以發燒和皮疹為主，全身酸痛和倦怠無力均不明顯。國小年紀的學童若感染登革熱，臨床症狀會漸趨明顯，除發燒外，會有倦怠感和手腳無力，第3~4 天後皮疹出現，這中間也會有腸胃道不舒服，包括噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉和食慾不振。國小高年級以後，其症狀接近成人的典型表現，診斷上已較為容易。因此，在沒有做血清流行病學調查以前，往往會以為小孩子之感染率較低，事實上，小孩的罹病率與成人是相似的。

整體言之，小孩感染登革熱的症狀不會像成人那麼痛苦，包括骨頭痛、關節痛和肌肉痛的程度，倦怠感和病後虛弱也不似大人嚴重，同時也少有心情鬱悶的現象，急性期和恢復期的時間較短。但是，小孩因高燒和食慾不振的關係，容易導致熱性痙攣、脫水和電解質不平衡等併發症。

登革出血熱的發生，根據文獻上的記載，東南亞的泰國和菲律賓等國家，5到9 歲兒童

之發生率遠高於成人，致死率也高，但是台灣過去15年來的經驗顯示，登革出血熱多發生在成年人，小孩所佔的比率非常低，此現象有別於東南亞國家的報告，有關這方面，應再做進一步的研究。

(三) 治療

本病的治療有三個原則：第一是臥床休息，第二是解熱和鎮痛，第三是適當地補充體液。罹患登革熱的痛苦是刻骨銘心的，再加上極度的疲勞，臥床休息是必需的。解除或減輕肢體的痛苦當然得靠解熱和鎮痛劑。不可使用阿斯匹靈以及非類固醇抗發炎藥物 (NSAIDS)，否則將引起出血，加重病情。體液的補充在典型登革熱只要多喝水，保持不口渴即可，若有出血、休克、或脫水現象時，則以靜脈輸液為宜，大量出血時，應輸血治療。至於類固醇的使用，對登革熱治療沒有幫助。