

● 临床用药技巧 丛书

LINCHUANG YONGYAO JIQIAO CONGSHU

感染科疾病

临床治疗与合理用药

GanRanKe JiBing LinChuang ZhiLiao yu
HeLi YongYao

主编 盛吉芳 朱肖鸿

 科学技术文献出版社



临床用药技巧

LINCHUANG YONGYAO JIQIAO CONGSHU

感染科疾病 临床治疗与合理用药

主 编 盛吉芳 朱肖鸿

田 科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

感染科疾病临床治疗与合理用药/盛吉芳,朱肖鸿主编.-北京:科学技术文献出版社,2008.11

(临床用药技巧丛书)

ISBN 978-7-5023-6121-1

I. 感… II. ①盛… ②朱… III. ①感染-疾病-治疗 ②感染-疾病-用药法
IV. R45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 118502 号

出 版 者 科学技术文献出版社

地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话 (010)51501739

图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)

邮 购 部 电 话 (010)51501729

网 址 <http://www.stdph.com>

E-mail: stdph@istic.ac.cn

策 划 编 辑 李 洁

责 任 编 辑 李 洁

责 任 校 对 梁桂芬

责 任 出 版 王杰馨

发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者 北京国马印刷厂

版 (印) 次 2008 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

开 本 787×1092 16 开

字 数 315 千

印 张 14

印 数 1~4000 册

定 价 29.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

编委会

主 编 盛吉芳 朱肖鸿

编 者 (以姓氏笔画为序)

朱 东 浙江中医药大学附属第一医院

朱肖鸿 浙江中医药大学附属第一医院

吴 炜 浙江大学附属第一医院

俞海英 浙江大学附属第一医院

施维群 浙江中医药大学附属第二医院

夏 琦 浙江大学附属第一医院

唐翠兰 浙江中医药大学附属第二医院

盛吉芳 浙江大学附属第一医院

前 言

传染病是严重危害我国人民身心健康的常见病、多发病。我国目前一些老传染病死灰复燃,有些传染病发病率仍居高不下,一些新传染病不断发现。随着现代医学科学技术的迅速发展,新技术、新疗法、新药不断涌现,对疾病的防治发挥了积极的作用。临床上许多疾病需要药物进行治疗,而且是多种药物联合治疗。但是由于药物使用不当导致治疗失败甚至出现严重毒副作用的情况屡见不鲜,因此要想获得最好的疗效,又避免药物的副作用,主要取决于合理用药。本书结合国内外经验以及现行的传染性疾病诊治规范,重点介绍了病毒、衣原体、立克次体、支原体、细菌、螺旋体、原虫和蠕虫等病原体感染的传染性疾病的治疗手段和用药规范,便于读者全面了解及掌握传染性疾病治疗过程中合理用药的技巧和方法,有较强的实用性,尤其是对提高感染科中青年医师的临床治疗水平会有较大的帮助。

本书由浙江大学附属第一医院感染科,浙江中医药大学附属第一医院感染科,浙江中医药大学附属第二医院感染科具有丰富临床经验的医师们共同参与完成。但由于各自条件局限、工作繁忙,在编写过程中难免有认识片面、阐述肤浅之处,望专家和读者提出宝贵意见。

戚吉芳 朱霄陆

目 录

第 1 章 总论	(1)
第 1 节 传染病的特征	(1)
第 2 节 感染与免疫	(3)
第 3 节 传染病的发病机制	(4)
第 4 节 传染病的诊断	(5)
第 5 节 传染病的治疗	(7)
第 6 节 传染病的预防	(9)
第 2 章 病毒性疾病	(10)
第 1 节 流行性感冒	(10)
第 2 节 非典型性肺炎	(11)
第 3 节 流行性腮腺炎	(17)
第 4 节 麻疹	(18)
第 5 节 风疹	(20)
第 6 节 水痘和带状疱疹	(20)
第 7 节 单纯疱疹	(22)
第 8 节 传染性单核细胞增多症	(22)
第 9 节 巨细胞病毒感染	(23)
第 10 节 病毒性肝炎	(25)
第 11 节 柯萨奇病毒感染	(40)
第 12 节 埃可病毒感染	(41)
第 13 节 病毒性胃肠炎	(42)
第 14 节 新型肠道病毒感染	(43)
第 15 节 慢性疲劳综合征	(43)
第 16 节 甲型脑炎	(45)
第 17 节 流行性乙型脑炎	(46)
第 18 节 森林脑炎	(50)

第 19 节	淋巴细胞脉络丛脑膜炎	(51)
第 20 节	肾综合征出血热	(51)
第 21 节	登革热与登革出血热	(58)
第 22 节	黄热病	(61)
第 23 节	口蹄疫	(62)
第 24 节	人乳头瘤病毒感染	(63)
第 25 节	狂犬病	(64)
第 26 节	艾滋病	(66)
第 27 节	人感染高致病性禽流感	(73)
第 28 节	朊毒体病	(75)
第 3 章	衣原体感染	(77)
第 1 节	鹦鹉热	(77)
第 2 节	肺炎衣原体感染	(78)
第 4 章	立克次体感染	(80)
第 1 节	流行性斑疹伤寒	(80)
第 2 节	地方性斑疹伤寒	(82)
第 3 节	恙虫病	(82)
第 5 章	支原体肺炎	(84)
第 6 章	细菌性疾病	(86)
第 1 节	猩红热	(86)
第 2 节	流行性脑脊髓膜炎	(87)
第 3 节	白喉	(89)
第 4 节	沙门菌感染	(91)
第 5 节	细菌性痢疾	(94)
第 6 节	细菌性食物中毒	(97)
第 7 节	霍乱	(99)
第 8 节	布鲁菌病	(101)
第 9 节	炭疽	(103)
第 10 节	鼠疫	(104)
第 11 节	败血症	(106)
第 12 节	结核病	(108)
第 13 节	麻风	(111)
第 14 节	丹毒	(114)
第 15 节	巴通体病	(116)
第 16 节	感染性休克	(118)
第 17 节	抗菌药物的临床应用	(122)



第 7 章 螺旋体病	(132)
第 1 节 钩端螺旋体病	(132)
第 2 节 梅毒	(134)
第 3 节 莱姆病	(137)
第 4 节 鼠咬热	(138)
第 5 节 雅司病	(138)
第 8 章 深部真菌病	(140)
第 1 节 组织胞浆菌病	(140)
第 2 节 球孢子菌病	(142)
第 3 节 念珠菌病	(144)
第 4 节 隐球菌病	(149)
第 5 节 曲霉病	(153)
第 6 节 毛霉病	(155)
第 7 节 卡氏肺孢菌病	(157)
第 9 章 原虫病	(160)
第 1 节 阿米巴病	(160)
第 2 节 贾第虫病	(163)
第 3 节 疟疾	(163)
第 4 节 黑热病	(166)
第 5 节 弓形虫病	(167)
第 6 节 隐孢子虫病	(168)
第 7 节 锥虫病	(170)
第 10 章 蠕虫病	(172)
第 1 节 日本血吸虫病	(172)
第 2 节 并殖吸虫病	(174)
第 3 节 华支睾吸虫病	(175)
第 4 节 姜片虫病	(176)
第 5 节 丝虫病	(178)
第 6 节 钩虫病	(180)
第 7 节 蛔虫病	(183)
第 8 节 鞭虫病	(186)
第 9 节 蛲虫病	(188)
第 10 节 线虫病	(189)
第 11 节 旋毛虫病	(192)
第 12 节 肠绦虫病	(193)

第 13 节	囊尾蚴病	(194)
第 14 节	棘球蚴病	(196)
第 15 节	曼氏裂头蚴病	(199)
第 16 节	棘头虫病	(200)
第 11 章	医院感染的预防与控制	(202)

第 1 章

总 论

第 1 节 传染病的特征

传染病是指能在正常人群中引起流行的感染性疾病,由各种致病性的病原微生物(病原体)所引起。它在人体发生发展的过程与其他致病因素所造成的疾病有本质上的区别,传染病所具有的基本特征和临床特点是其他疾病所不具备的。

一、基本特征

1. 有病原体

每种传染病都有相应的病原体,这是传染病最基本的特征。

2. 有传染性

所有传染病都具有不同程度的传染性,这是传染病与其他感染性疾病的主要区别。病原体致病力大小及人体免疫力的强弱是能否引起显性感染的决定性因素。如果排除人工免疫的干预,有些病原体引起显性感染的概率极高,如麻疹;有些则主要表现为隐性感染,发病者占极少数,如流行性乙型脑炎。

3. 有流行性、地方性、季节性

(1)流行性:若按流行的强度来分,可有以下几种特征。

①散发:指某传染病在当地常年发病数。

②暴发:指某一个局部地区或集体单位中,短期内突然出现很多同类疾病的患者。

③流行:一个地区某传染病的发病率显著超过该病常年发病数或为散发发病率的数倍。

④大流行:指某传染病在一定时间内迅速传播,播及全国各地,甚至超出国界,在世界范围内传播。

(2)季节性:有些传染病发病数,每年出现季节性升高,这与气温、雨量、湿度的增加及昆虫媒介繁殖旺盛有关。

(3)地方性:有些传染病因其病原体要求特定的栖息地,气候地理条件不同、居民生活习惯差异等原因,常集中于某一地区发病。

4. 有免疫性

患传染病后,人体对该传染病产生不再感染性,称免疫性。其免疫力大小在不同传染病中差异很悬殊,有的几乎为终生免疫,如麻疹;有的免疫力很短暂,如菌痢、普通感冒等。临床上可以出现下列现象。

(1)复发:有些传染病已进入恢复期或痊愈初期,体温复常已有一段时间,原有症状再度出现,病原体在体内再度繁殖,体温复升,见于伤寒、菌痢等。

(2)再燃:当初发病刚进入缓解期,体温并未降到正常而又上升,再度发病,见于伤寒。

(3)再感染:同一种传染病在痊愈后,经长短不同的时间隙,再度感染,见于病毒性肝炎、菌痢、流行性感胃等。

(4)重复感染:某些传染病尚在病中,同一病原体从外界再度入侵,形成重复感染,见于某些寄生虫病等。

二、临床特征

1. 病程发展中的规律性

传染病的发展过程具有一定的规律性,每个传染病从发生、发展及恢复,大致可分成几个时期。

(1)潜伏期:指自病原体侵入人体起,到最初症状出现为止的这段时间。其长短不一,有的传染病潜伏期仅数小时到几日,如菌痢、细菌性食物中毒、霍乱、流行性感胃等;有的为数日到数月,如病毒性肝炎;甚至长达数年者,如狂犬病;多数传染病潜伏期界于数日至十余日之间。每种传染病的潜伏期是相对恒定的,因此可对确定传染病的诊断和检疫期提供依据。

(2)前驱期:是在潜伏期后,从起病至症状明显开始为止,常出现的头痛、发热、乏力、食欲差等非特异性症状。一般持续1~2日,有些传染病起病急,可无前驱期。

(3)发病期:此期内传染病所特有的症状和体征大多出现,病情由轻变重而达到高潮,此期的临床表现是传染病诊断最有利的时期。

(4)恢复期:临床症状基本消失,食欲、全身状况趋于恢复,直至完全康复,有些传染病则可出现后遗症。

2. 颇具特色的临床表现

(1)发热:是几乎所有传染病共有的症状。某种传染病常出现某特定的热型,如伤寒可出现稽留热,败血症常出现弛张热,疟疾则表现为间歇热等。

(2)出疹:据统计,常见传染病中约有半数在其病程中出现皮疹或黏膜疹,这在诊断上有重要意义。各种传染病的出疹日期、出疹顺序、部位分布及皮疹的形态均不相同,但每种传染病则是恒定的。如玫瑰疹见于伤寒,红斑疹见于猩红热,出血疹见于流行性脑脊髓膜炎等。水痘、风疹出疹在发病第1日,猩红热在第2日,麻疹在第4日,伤寒在第6日等。

(3)病原体引发的独有表现:

①毒血症:指病原体的毒素或其代谢产物进入血流引起的全身中毒症状。

②菌血症:指病原体直接进入血流中引起的全身症状。

③败血症:指病原体侵入血流后,并在血中生长繁殖,引起急性感染,出现严重的临床表现。

④脓毒血症:指病原体在各组织和器官中引起转移性、多发性脓肿。

⑤感染中毒性休克:是病原体及其毒素引起人体微循环障碍和细胞损伤而表现为休克的危重急症。

第2节 感染与免疫

微生物无处不在,其中大量微生物是无害的,但有时会造成机会性感染;某些寄生于生物(包括人)并引起疾病,称为病原微生物。反之,生物体的免疫系统能识别和排除、杀灭病原微生物,以防御感染,维护机体完整性。

宿主免疫防御功能分为非特异性免疫和特异性免疫两大类。非特异性免疫是来自遗传的一般生理防卫功能,无需诱导、无针对性,主要包括生理屏障、细胞因素和体液因素。特异性免疫是机体在生命过程中接受抗原性异物刺激后产生的系列免疫防御功能,具有获得性、多样性、特异性和记忆性。其特点是针对性强,只对引发免疫力的相同病原体或抗原起作用;不能遗传给后代,须个体自身接触抗原后形成,因此产生特异性免疫一般需10~14天,再次接触相同抗原,其免疫强度可增加。特异性免疫包括细胞介导免疫和体液免疫两大类。

特异性免疫应答可大体分为识别、反应和效应三个阶段。免疫系统对抗原性异物的特异识别是由抗原提呈细胞和淋巴细胞承担的。抗原提呈细胞将抗原加工为适当片段并与自身MHC分子一起呈递给淋巴细胞,而T、B淋巴细胞各自通过自己的特异性抗原受体与之结合。反应阶段是抗原提呈细胞、T细胞、B细胞通过直接接触与分泌的细胞因子的相互作用而活化、分化、产生效应细胞与记忆细胞的过程。在效应阶段免疫系统调动一切手段杀灭、排除病原微生物,最终恢复正常生理平衡。此过程中B细胞分泌大量抗体,可直接与抗原结合使之失活,还可以激活补体,调理吞噬细胞,以及通过ADCC作用杀伤靶细胞。T细胞中的TCL可直接杀伤靶细胞。TD细胞可通过分泌因子引起免疫炎症。由B细胞分泌抗体介导的免疫称为体液免疫,由T细胞介导的免疫称为细胞免疫。与此同时T、B淋巴细胞都分化出记忆细胞,使机体免疫系统长期保持对该抗原的免疫记忆,甚至维持终生。TH细胞启动、促进B细胞

胞和 CTL、TD 的活化与分化并发挥效应,在特异性免疫中具有重要作用。

一般而言,免疫是机体中的一种保护性反应,但某些情况下也会起病。当由于各种原因引起免疫应答过强或反应异常,造成机体损伤或功能障碍时,称为超敏反应。当免疫系统的自身耐受被打破而对自身成分产生免疫应答时,会发生自身免疫病。

第3节 传染病的发病机制

一、传染病的发生和发展

传染病的发生和发展有一个共同的特点,就是疾病发展的阶段性。

1. 入侵门户

病原体的入侵门户与发病机制有密切关系,入侵门户适当,病机体内定位病原体入侵成功,在入侵部位繁殖、分泌毒素、在远离入侵部位引起病变(如白喉),或进入血液循环引起靶器官病变(如病毒性肝炎),或者经过一系列的生活史阶段,最后在某脏器定居(如蠕虫病)。总之,每个感染性疾病都有其本身的规律。

2. 排出途径

排出病原体的途径称为排出途径,是病人、病原携带者和隐性感染者有传染性的重要因素。

二、组织损伤的发生机制

在感染性疾病中导致组织损伤的方式有下列三种。

1. 直接侵犯

病原体入侵宿主组织的第一步是黏附作用。微生物产生黏附素,介导微生物和宿主之间的黏附或结合。此外,病原体可以通过分泌蛋白酶直接破坏组织,或通过细胞病变使细胞溶解,或通过诱发炎症过程而引起组织坏死。

2. 毒素作用

按毒素的靶细胞分类可分为肠毒素、神经毒素、白细胞毒素等。按作用机制可分为腺苷二磷酸核糖化毒素(如霍乱毒素、白喉毒素),以及腺苷环化酶毒素。按主要生物效应可分为皮肤

坏死毒素、溶血毒素、促进淋巴细胞增多毒素等。如霍乱毒素通过激活细胞腺苷环化酶,增加cAMP含量而促进氯化物和水的分泌;破伤风毒素,对神经组织具有高度的选择性,抑制神经递质的释放,引起破伤风所特有的痉挛。还有其他毒力因子,如克服正常菌群的毒力因子,入侵体表的毒力因子,对抗体液免疫的毒力因子,对抗吞噬细胞的毒力因子也都参与了组织损伤的发生机制。

3. 免疫机制

许多传染病的发病机制与免疫应答有关。有些传染病能抑制细胞免疫(如麻疹)或直接破坏T细胞(如艾滋病),更多的病原体通过变态反应而导致组织损伤,以Ⅱ型反应及Ⅳ型反应最为常见。

第4节 传染病的诊断

对传染病必须在早期作出正确的诊断,正确诊断是及时隔离和采取有效治疗的基础,从而防止其扩散。特别是鼠疫、霍乱等烈性传染病,对首例的诊断具有重要意义。

一、临床特点

包括详询病史及体格检查的发现加以综合分析。依其潜伏期长短,起病的缓急,发热特点、皮疹特点、中毒症状、特殊症状及体征可作出初步诊断。如猩红热的红斑疹,麻疹的口腔黏膜斑,百日咳的痉挛性咳嗽,白喉的假膜,流行性脑脊髓膜炎的皮肤淤斑,伤寒的玫瑰疹,脊髓灰质炎的肢体弛缓性瘫痪、流行性出血热的“三红”(颜面、颈、胸部位皮肤充血)及球结膜渗出等。

二、流行病学资料

包括发病地区、发病季节、既往传染病情、接触史、预防接种史,还包括年龄、籍贯、职业、流行地区旅居史等,结合临床资料的归纳分析,有助于临床诊断。

三、实验室检查

1. 常规检查

(1)血常规:大部分细菌性传染病白细胞总数及中性粒细胞增多,唯伤寒减少,布鲁氏菌病

减少或正常。绝大多数病毒性传染病白细胞计数减少且淋巴细胞比例增高,但流行性出血热、流行性乙型脑炎总数增高。血中出现异型淋巴细胞,见于流行性出血热、传染性单核细胞增多症。原虫病白细胞总数偏低或正常。

(2)尿常规:流行性出血热、钩端螺旋体病患者尿内有蛋白、白细胞、红细胞、且前者尿内有膜状物。黄疸型肝炎尿胆红素阳性。

(3)粪常规:菌痢、肠阿米巴病,呈黏脓血便和果浆样便;细菌性肠道感染多呈水样便或血水样便或混有脓及黏液。病毒性肠道感染多为水样便或混有黏液。

2. 病原体检查

(1)直接检查:脑膜炎双球菌、疟原虫、微丝蚴、溶组织阿米巴原虫及包囊,血吸虫卵,螺旋体等病原体可在镜下查到及时确定诊断。

(2)病原体分离:依不同疾病取血液、尿、粪、脑脊液、骨髓、鼻咽分泌物、渗出液,活检组织等进行培养与分离鉴定。细菌能在普通培养基或特殊培养基内生长,病毒及立克次体必须在活组织细胞内增殖,培养时根据不同的病原体,选择不同的组织与培养基或动物接种。

3. 免疫学检查

免疫学检查是一种特异性的诊断方法,广泛用于临床检查,以确定诊断和流行病学调查。血清学检查可用已知抗原检查未知抗体,也可用已知抗体检查未知抗原。抗体检查抗原称反向试验,抗原抗体直接结合称直接反应,抗原和抗体利用载体后相结合称间接反应。测定血清中的特异性抗体需检查双份血清,恢复期抗体滴度需超过病初滴度4倍才有诊断意义。免疫学检查包括以下两项。

(1)特异抗体检测:直接凝集试验,间接凝集试验,沉淀试验,补体结合试验,中和试验,免疫荧光检查,放射免疫测定,酶联免疫吸附试验。

(2)细胞免疫功能检查:常用的有皮肤试验,E玫瑰花形成试验,淋巴细胞转化试验,血液淋巴细胞计数,T淋巴细胞计数及用单克隆抗体检测T细胞亚群以了解各亚群T细胞数和比例。

4. 分子生物学检测

近年发展起来的聚合酶链反应技术(polymerase chain reaction,PCR)是利用人工合成的核苷酸序列作为“引物”,在耐热DNA聚合酶的作用下,通过变化反应温度,扩增目的基因,用于检测体液,组织中相应核酸的存在,在扩增循环中DNA片段上百万倍增加是很特异和非常灵敏的方法。随着分子生物学技术的进步发展,可以设想分子生物学技术在传染病诊断方面有着广阔的前景。

5. 其他

有气相色谱、鲎试验、诊断性穿刺、乙状结肠镜检查、活体组织检查、生物化学检查、X线检查、超声波检查、同位素扫描检查、电子计算机体层扫描(CT)等检查。

第5节 传染病的治疗

一、治疗原则

1. 治疗与预防相结合

一经确诊就应早期彻底治疗,有利于防止转为慢性,有助于消灭病原体,控制传染病的流行。治疗本身也是控制传染源的重要预防措施之一,在治疗患者的同时,必须做好隔离、消毒、疫情报告、接触者的检疫与流行病学的调查。

2. 病原治疗与支持、对症治疗相结合

消灭病原体、中和毒素是最根本的有效治疗措施。支持与对症治疗是增强病原治疗提高治愈率,促使病人早日恢复的重要措施,亦是实施病原治疗的基础。

3. 中西医治疗相结合

中医学几千年来对传染病的治疗积累了丰富的经验,近几十年来可谓日新月异发展,两者结合必然起着互为补充,促进疗效,甚至可对某些单用西药不能解决的疾病,中药可表现出治疗结果。

二、治疗方法

1. 一般治疗

一般治疗是指非针对病原而对机体具有支持与保护的治疗。

(1)隔离:根据传染病传染性的强弱,传播途径的不同和传染期的长短,收住相应隔离病室。隔离分为严密隔离、呼吸道隔离、消化道隔离、接触与昆虫隔离等。隔离的同时要做好消毒工作。

(2)护理:病室保持安静清洁,空气流通新鲜,使病人保持良好的休息状态。良好的基础与临床护理,可谓治疗的基础。对休克、出血、昏迷、抽风、窒息、呼吸衰竭、循环障碍等专项特殊护理,对降低病死率,防止各种并发症的发生有重要意义。

(3)饮食:保证一定热量的供应,根据不同的病情给予流质、半流质软食等,并补充各种维生素。对进食困难的病人需喂食,鼻饲或静脉补给必要的营养品。

2. 病原与免疫治疗

(1) 抗生素疗法: 病原疗法中抗生素的应用最为广泛。选用抗生素的原则是: ① 严格掌握适应证, 先用针对性强的抗生素。② 病毒感染性疾病抗生素无效不宜选用。③ 用抗生素前需要作病原培养, 并按药敏试验选药。④ 多种抗生素治疗无效的未明热患者, 不宜继续使用抗生素, 因抗生素的使用发生菌群失调或严重副作用者, 应停用或改用其他合适的抗生素。⑤ 对疑似细菌感染又无培养结果的危急病人, 或免疫力低下的传染病患者可试用抗生素。⑥ 预防性应用抗生素必须目的明确。

(2) 免疫疗法: ① 抗毒素(sntitoxin)用于治疗白喉、破伤风、肉毒杆菌中毒等外毒素引起的疾病。② 免疫调节剂(immunomodulator), 用于临床的有左旋咪唑, 胎盘肽, 白细胞介素- α 等。

(3) 抗病毒疗法: ① 金刚烷胺、金刚烷乙胺可改变膜表面电荷, 阻止病毒进入细胞, 用于甲型流感的预防。② 碘苷(疱疹净)、阿糖腺苷、病毒唑等用于疱疹性脑炎、乙脑炎、乙型肝炎、流行性出血热等治疗, 此类药可阻止病毒基因的复制。③ 干扰素、骤肌胞等药用于乙型肝炎、流行性出血热等疾病的治疗, 此类药物通过抑制病毒基因起作用。

(4) 化学疗法: 常有磺胺药治疗流行性脑脊髓膜炎, 氯化喹啉、伯氨喹啉治疗疟疾, 吡喹酮治疗血吸虫病和肺吸虫病, 灭滴灵治疗阿米巴病, 海群生治疗丝虫病。喹诺酮类药物如吡哌酸、甲氟哌酸、丙氟哌酸、氟嗪酸、氟啶酸等对沙门氏菌, 各种革氏阴性菌、厌氧菌、支原体、衣原体有较强的杀菌作用。

3. 对症与支持治疗

(1) 降温: 对高热病人可用头部放置冰袋, 酒精擦浴, 温水灌肠等物理疗法, 亦可针刺合谷、曲池、大椎等穴位, 超高热病人可用亚冬眠疗法, 亦可间断肾上腺皮质激素。

(2) 纠正酸碱失衡及电解质紊乱: 高热、呕吐、腹泻、大汗、多尿等所致失水、失盐中毒等, 通过口服及静脉输注及时补充纠正。

(3) 镇静止惊: 因高热, 脑缺氧, 脑水肿, 脑疝等发生的惊厥或抽风, 应立即采用降温, 镇静药物, 脱水剂等处理。

(4) 心功能不全: 应给予强心药、改善血循环、纠正与解除引起心功能不全的诸因素。

(5) 微循环障碍: 补充血容量、纠正酸中毒, 调整血管舒缩功能。

(6) 呼吸衰竭: 去除呼吸衰竭的原因, 保持呼吸道通畅, 吸氧, 呼吸兴奋药, 人工呼吸器等。

4. 中医中药治疗

传染病在中医学属温病范畴。卫、气、营、血分别代表传染病的病期, 病程发展的不同阶段。依次用解表宣肺、清气泻下、清营开窍及滋阴化淤的治则施以治疗。