

好上第一线
马思聪

部队卫生防疫学讲义

(试用)

中国人民解放军第四军医大学

1970.8

最 高 指 示

备战、备荒、为人民。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，粉碎敌人的细菌战争。

革命战争是群众的战争，只有动员群众才能进行战争，只有依靠群众才能进行战争。

前 言

战无不胜的毛泽东思想是我们编写新教材最强大的思想武器。遵照伟大领袖毛主席“**学制要缩短，教育要革命**”、“**课程设置要精简。教材要彻底改革**”的教导，我们狠批了叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在我校代理人所推行的反革命修正主义教育路线，狠批了旧教材片面强调“系统性”、“完整性”、“科学性”的形而上学观点。并通过向部队调查学习，更进一步体会到：必须彻底改变旧教材严重地脱离无产阶级政治、脱离部队实际需要和基础与临床脱节、预防和治疗分家的现象。为了更好地贯彻理论联系实际、少而精的原则，把原传染病学、军队流行病学，军队卫生及寄生虫学的有关部分合编为《部队卫生防疫学》。

本教材共分两篇。第一篇为临床部分，是按病组单元编写的，有利于从对比中认识事物，比较适合临床诊治的需要。第二篇为卫生防疫部分，按传染病的传播途径编写，便于掌握各类传染病的流行规律、预防原则及措施。由于我们活学活用毛泽东思想不够，教材中一定存在着不少缺点和错误，还必须在教学实践中边教边改，不断充实、提高，为编写一本具有革命性、实践性、先进性的好教材而继续努力。

部队卫生防疫学编写组

1970. 10.

目 录

第一篇 傳染病的临床特征、診斷与治疗.....	1
第一章 傳染病概述.....	1
第一节 傳染病的临床特征.....	2
第二节 傳染病的診斷.....	4
第三节 傳染病的治疗.....	6
第二章 发热伴腹泻病組.....	9
第一节 細菌性痢疾.....	9
第二节 阿米巴痢疾.....	15
第三节 血吸虫病.....	16
第四节 細菌性食物中毒.....	21
第五节 发热伴腹泻病組鉴别診斷.....	23
第三章 发热伴黄疸、肝大病組.....	25
第一节 傳染性肝炎.....	25
第二节 发热伴黄疸、肝大病組鉴别診斷.....	31
第四章 急发高热伴流感样症状病組.....	34
第一节 流行性感胃(流感).....	34
第二节 上呼吸道感染.....	36
第三节 疟疾(打摆子、瘧气).....	37
第四节 鉤端螺旋体病.....	41
第五节 恙虫病.....	44
第六节 流行性出血热.....	46
第七节 高热伴流感样症状病組鉴别診斷.....	49
第五章 长程发热伴肝脾肿大病組.....	50
第一节 伤寒.....	50
第二节 流行性斑疹伤寒.....	55
第三节 回归热.....	56
第四节 波浪热.....	58
第五节 长程发热伴肝脾肿大病組鉴别診斷.....	59
第六章 高热伴中樞神經系統症状病組.....	61

第一节 流行性脑脊髓膜炎.....	61
第二节 流行性乙型脑炎.....	66
第三节 脊髓灰质炎.....	69
第四节 森林脑炎.....	72
第五节 高热伴中枢神经系统症状病组鉴别诊断.....	73
第七章 其他.....	75
第一节 麻疹.....	75
第二节 流行性腮腺炎.....	78
第三节 百日咳.....	80
第四节 白喉.....	81
第五节 炭疽病.....	84
第六节 丝虫病.....	86
第八章 感染性休克的处理.....	89
第一节 脱水性休克的处理原则.....	89
第二节 中毒性休克的处理原则.....	91
附：感染性休克的处理病例介绍.....	94
附录一、发热伴休克鉴别表.....	95
附录二、发热伴昏迷鉴别表.....	96
附录三、发热伴出疹病鉴别表	
附录四、急性传染病的潜伏期、隔离期和检疫期	
第二篇 卫生防疫保障.....	97
第一章 传染病的流行过程.....	97
第二章 预防传染病的一般措施.....	105
第一节 传染病管理概述.....	105
第二节 传染源的管理.....	107
第三节 消毒.....	109
第四节 提高集体免疫力.....	113
第五节 流行病学调查及分析.....	116
第六节 卫生流行病学侦察及观察.....	123
第三章 消化道传染病的预防.....	125
第一节 流行特点.....	125
第二节 预防措施.....	128

第四章 呼吸道傳染病的預防.....	137
第五章 虫媒傳染病的預防.....	140
第一节 概述.....	140
第二节 蚊媒傳染病的預防.....	142
第三节 虱媒傳染病的預防.....	148
第四节 蚤媒傳染病的預防.....	151
第五节 蜱媒傳染病的預防.....	154
第六节 恙虫病的預防.....	157
第七节 医学昆虫的防除(灭虫).....	160
一、灭虫的方法.....	161
二、防护的方法.....	168
第六章 經皮傳染病的預防.....	169
第一节 血吸虫病.....	170
第二节 鈎端螺旋体病.....	172

最高指示

動員起來，講究衛生，減少疾病，提高健康水平，粉碎敵人的細菌戰爭。

學好本領好上前綫去。

第一篇 傳染病的臨床特征、診斷與治療

第一章 傳染病概述

傳染病具有傳染性，在一定條件下能造成流行，對軍民健康危害甚大。解放前由於國民黨反動派的黑暗統治和殘酷剝削，天花、鼠疫、霍亂流行，“五大寄生蟲病”猖獗，造成“千村薜蘿人遺矢，萬戶蕭疏鬼唱歌”的悲慘景象。

解放後，在黨和毛主席的親切關懷和指示下，制定了“面向工農兵，預防為主，團結中西醫，衛生工作與群眾運動相結合”的衛生工作方針。1952年毛主席發出了“動員起來，講究衛生，減少疾病，提高健康水平，粉碎敵人的細菌戰爭”的偉大號召，全國軍民和廣大醫務衛生工作者遵循毛主席的偉大教導，意氣風發，鬥志昂揚，開展了以除害滅病為中心的群眾性愛國衛生運動。天花、鼠疫、霍亂、黑熱病等危害人民健康最嚴重的傳染病已被消滅或基本消滅；血吸蟲病、疟疾等許多主要傳染病亦大大減少。全國出現了“春風楊柳萬千條，六億神州盡舜堯”的繁榮景象。這充分說明：傳染病的流行與否，社會制度起着決定性的作用，社會主義社會具有無比的優越性。

偉大領袖毛主席教導我們：“整個過渡時期存在着階級矛盾、存在着無產階級和資產階級的階級鬥爭、存在着社會主義和資本主義的兩條道路鬥爭。”叛徒、內奸、工賊劉少奇及其代理人曾利用他們篡奪的那一部分權力，公開對抗毛主席的醫療衛生路線，造成廣大農村“一無醫，二無藥”，嚴重地影響了廣大勞動人民健康。無產階級文化大革命的革命風暴，打倒了劉少奇，砸爛了“城市老葛衛生部”。廣大的醫務衛生工作者，懷着對毛主席革命路線的無限忠心，正以豪迈的步伐，創造出人間奇蹟來。被資產階級學術“權威”判為“不治之症”的疾病，現在能治了；被斷定為不能預防的疾病，現在能防了。這是經過無產階級文化大革命鍛煉的革命群眾掌握了毛澤東思想所產生的巨大成果。但是我們必須注意到，有些傳染病還未徹底消滅，部隊由於負擔着戰鬥和訓練等任務，有可能進入傳染病流行區，有些

傳染病还可能自国外傳入，敌人还阴谋使用細菌武器。因此，我們必須提高警惕，繼續努力，为彻底消灭傳染病而奋斗。

第一节 傳染病的临床特征

傳染病是以生物病原为致病因素的并具有傳染性的一类疾病。由于每种傳染病各有不同的病原体，机体在与之作斗争的过程中就产生了各自的特殊表现。但由于任何傳染病的致病因素均为生物病原，因此，它們之間又有許多共同点。毛主席教导我們：“由于特殊的事物是和普遍的事物联結的，由于每一个事物内部不但包含了矛盾的特殊性，而且包含了矛盾的普遍性，普遍性即存在于特殊性之中”。我們掌握了傳染病的普遍的規律，对于認識各种傳染病将有很大帮助。

一、病程发展的規律性

傳染病在其发展过程中常常表现出一定的阶段性，每个阶段都具有一定的临床特征。每个傳染病从发生、发展到恢复，大致可分为以下几个阶段：

1. **潜伏期：**自病原体侵入体内到最初症状出现前为止，称为潜伏期。潜伏期长短依各病而异，有的几天，几十天，甚至长达年余，有的仅数小时。例如細菌性痢疾一般为1—2天，傳染性肝炎平均为一月左右，細菌性食物中毒一般在2—24小时以内。

2. **前驱期：**此期开始出现一些輕微的症状如乏力、微热、头痛等，为很多傳染病所共有。各病的特征，此时尚未表现出来。本期一般为1—2天。有些傳染病起病急驟，可无前驱期。

3. **发病期：**出现明显的临床症状并逐步表现出某种傳染病所特有的症状。在此期，病情由輕到重，然后再減輕緩解，是机体在病原体的作用下，内部矛盾激化，病情表现最明显阶段。在此阶段最易发生并发症。本期的時間根据病种的不同，由数日至数月不等。

4. **恢复期：**机体战胜了疾病，消灭了病原体，症状逐漸消失，体力逐漸恢复以至痊愈。

上述各期的划分，說明了傳染病在发展过程中从量变到质变的过程。但是任何事物都不是绝对的、一成不变的，有的傳染病各个时期的界限并不一定表现的非常明显，也不是所有的病人都一定按各期的順序发展，每一期的持續時間也不一定相同。这是由于机体条件和病原体侵入体内的数量、部位、繁殖程度、毒力强弱不同所致。

二、发热

发热是傳染病的突出症状，也是共同的症状，几乎所有傳染病都有发热。但不同的傳染病，有其自身特有的发热規律，表现为不同的热型和热程。

1. 热型：

(1) 稽留热型：多見于伤寒、斑疹伤寒等。

(2) 弛张热型：多見于伤寒緩解期及其他化膿性疾病。

(3) 間歇热型：多見于疟疾。

(4) 回归热型：見于回归热。

(5) 波状热型：見于波浪热。

(6) 不規則热型：見于流感等。

2. 热程：短期发热，如麻疹、水痘、流感、流行性腮腺炎、流行性出血热、白喉、痢疾、傳染性肝炎、鉤端螺旋体病等，发热常不超过一周。

长期发热，发热常在二周以上。見于伤寒、付伤寒、波浪热、斑疹伤寒、急性血吸虫病、阿米巴肝膿肿、結核病等。

三、发疹

包括皮疹及粘膜疹，是很多傳染病的特征。但不同傳染病皮疹的类型、出疹時間，都不相同，具有一定的特殊性，对診斷有很大价值。

1. 疹型：

(1) 斑疹：不高出皮肤，呈小片状暗紅色疹子，常互相融合，压之退色。見于麻疹。

(2) 玫瑰疹：呈玫瑰色，为略高出皮肤，表面平坦的斑丘疹，不互相融合，压之退色。見于伤寒。

(3) 紅斑疹：为广泛的成片状的充血性紅斑，压之退色，見于猩紅热。

(4) 出血点、出血斑：散在点状皮下出血，称出血点或瘀点。如为片状出血則称为出血斑或瘀斑。压之不退色。見于流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热等。

(5) 疱疹：高出皮肤，內含有浆液性液体，見于水痘。

(6) 风疹块：又称荨麻疹，見于急性血吸虫病。

(7) 粘膜疹：如麻疹斑(費一柯氏斑)，見于麻疹患者之口腔粘膜。

2. 出疹時間：出疹時間在傳染病中有一定的規律性，大致如下：水痘第一日，猩紅热第二日，天花第三日，麻疹第四日，斑疹伤寒第五日，伤寒第二周(6—15病日)。但是任何事物都不是絕对的、一成不变的，虽是同一种傳染病，在不同病人身上，是会有前后差异的。在診斷时还必须結合其他临床表现，加以綜合分析，才不致于犯主观、片面的錯誤。

四、临床类型

由于机体抵抗力的不同，以及侵入体内的病原体的数量、在体内繁殖的程度、毒素强弱的不同，因此，傳染病在其发生和发展过程中常出現不同的类型。根据起病与病程发展的快慢，有急性、亚急性和慢性的区别；根据临床表现和病情經過，可分为典型与非典型。前者具有該病最常見的临床症状和病情經過，后者則缺乏一种或几种主要症状及常見的病情經過。

过。根据病情的輕重，又可分为輕型、中型、重型及暴发型。以上各种类型，在診斷、預防、治疗上具有不同的意义。例如非典型患者，可能造成誤診，未及时进行隔离治疗，成为病原体的播散者。对暴发型病例，就必须及时采取搶救措施，使病人轉危为安。

第二节 传染病的診斷

毛主席教导我們：“指揮員的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的偵察，和对于各种偵察材料的联貫起来的思索。”

正确的診斷，是早期隔离病人，施行正确治疗措施的依据。对防止扩散傳染，早期恢复健康，具有重要意义。傳染病的診斷主要依据以下四个方面所获得的資料，进行綜合分析，从而作出正确的結論。

一、临床表现

在全面掌握临床資料的基础上，注意以下几点：

1. **热型：**不同的傳染病常有不同的热型，可供診斷上的参考。
2. **抓住主要症状：**主要症状常为診斷某种傳染病的綫索。本教材把主要症状相类似的傳染病排列在一起成为病組，便于在临診中根据这些症状立即联想到有那些病的可能，进行对比、鉴别，进一步求得确诊。

(1) 以腹瀉为主的傳染病：細菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病、細菌性食物中毒等。

(2) 以黄疸为主的傳染病：傳染性肝炎、鉤端螺旋体病（黄疸型）、傳染性单核細胞增多症（黄疸型）等。

(3) 高热伴流感样症状的傳染病：流行性感冒、疟疾、鉤端螺旋体病、恙虫病、流行性出血热等。

(4) 长程发热伴肝脾肿大傳染病：伤寒、付伤寒、流行性斑疹伤寒、回归热、波浪热等。

(5) 以神經系統症状为主的傳染病：流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、森林脑炎、脑型疟疾、肉毒杆菌食物中毒等。

3. **掌握各种傳染病的特征性的表現：**許多傳染病各具某种特征，可作为診斷上重要依据。如麻疹的麻疹斑，恙虫病的焦痂潰瘍，白喉的假膜，流行性腮腺炎的腮腺肿大，百日咳的陣发性痉咳等。有些傳染病可出現特殊的皮疹，也可供診斷上的参考。如麻疹、猩紅热、水痘、天花、伤寒、流行性斑疹伤寒、恙虫病等均可出疹。流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热常有皮肤出血的表現。

但是許多傳染病都可有全身性的变化，而以某一系統或某一症状为突出，是区别于别的疾病的一种外部特征，对認識和診斷疾病有参考价值；但不应认为病变仅限于該系統的局部。

二、化驗檢查

1. 白細胞总数及分类:

(1) 病毒性傳染病: 白細胞总数一般正常或降低, 淋巴細胞相对增多。但乙型脑炎、脊髓灰质炎、流行性出血热等則白細胞总数常增高。

(2) 菌毒体(立克次氏体)性傳染病: 白細胞总数正常, 少数增高或降低。

(3) 細菌性傳染病: 白細胞总数及嗜中性粒細胞均明显增高。但伤寒、波浪热降低。百日咳的白細胞总数及淋巴細胞显著增高。

(4) 寄生虫性傳染病: 如血吸虫病、絲虫病等白細胞总数及嗜酸性粒細胞增高。

2. 尿檢查:

(1) 急性黄疸型肝炎: 尿三胆試驗阳性。

(2) 流行性出血热: 尿中出現蛋白, 鏡檢可見紅細胞、白細胞及顆粒管型, 有时可見膜样或纖維样組織。

3. 大便:

膿血便見于細菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病; 水样便見于急性胃腸炎、食物中毒; 米湯样便見于霍乱、付霍乱。显微鏡檢查: 細菌性痢疾可見膿細胞、紅細胞及吞噬細胞; 阿米巴痢疾可見溶組織阿米巴包囊和滋养体; 血吸虫病可发现血吸虫卵。

4. 脑脊液特点: 常見的几种脑膜炎脑脊液的特点見下表:

脑膜炎性质	外观	細胞数	分类	蛋白	糖	氯化物	涂片或培养
化膿性	混浊	数千以上	嗜中性粒細胞为主	明显增多	明显降低	明显降低	可检出病原体
結核性	透明或微混	数十至数百	淋巴細胞为主	增多	降低	降低	可检出結核杆菌
病毒性	透明	数十至数百	*淋巴細胞为主	微增	正常	正常	阴性

* 流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎的早期, 脑脊液中以嗜中性粒細胞占多数。

5. 血液涂片: 找疟原虫、微絲蚴。

6. 假膜涂片: 找白喉杆菌。

7. 血清学檢查: 常用的有伤寒、斑疹伤寒、恙虫病及波浪热的凝集反应, 肝炎的肝功能檢查。病毒性傳染病的补体結合試驗、中和試驗、紅細胞凝集試驗因操作复杂, 不常应用。

8. 病原体分离: 凡細菌引起的傳染病可分別采取痰、假膜、咽拭子、血、尿、粪、骨髓或局部分泌物作培养, 分离病原体。菌毒体与病毒分离因需特殊条件, 极少应用。

三、流行病学史

主要注意以下几点：疾病发生的季节，是否到过流行区，当地有无该病的流行，有无与该病的接触史，以及预防接种史。

四、特殊检查

1. **抗原皮肤过敏试验：**常用于血吸虫病。
2. **乙状结肠镜检查：**用于细菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病。肠粘膜压片镜检用于血吸虫病。
3. **超声波检查：**用于传染性肝炎、血吸虫病等。

上面介绍了传染病的临床诊断方法。在对每一具体病人的诊断时，必须深入临床实际，调查研究，充分占有客观资料，然后进行“去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里”的分析，综合比较，抓住对诊断具有决定意义的临床资料，排除其他疾病的可能，从而得出正确的诊断。因为每一种传染病都由一种病原体所引起，因此，如果查出了病原体，即可确诊。有的传染病病原体的检查需有特殊条件，临床上不常应用，根据特有的临床征候及其他化验结果，也可确诊。例如麻疹的麻疹斑，恙虫病的焦痂；伤寒、恙虫病、波浪热的阳性凝集反应等等。如果暂时不能确诊，应根据临床征候、流行病学及化验结果，按可能性最大或对患者危害最大的疾病进行隔离治疗，以防止病情的进一步恶化和扩散传染，在治疗的同时，再进一步地观察和检查，以求最后确诊。

第三节 传染病的治疗

一、指导思想

1. **人的因素第一：**在治疗过程中，必须遵循毛主席的教导：“武器是战争的重要因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物。”医务人员和病人是共同向疾病作斗争的战斗集体。药物在病人体内能否充分发挥治疗效果，是要通过人起作用的。因此人的思想状态如何，直接影响到治疗效果。林副主席指示我们：“毛泽东思想是在任何工作中永远是第一位的，是起决定作用的，是灵魂，是命根子。有了它就一通百通，旗帜鲜明，方向正确。”有了毛泽东思想，医务人员对病人就有深厚的无产阶级感情，就能千方百计，全心全意，“完全”、“彻底”为病人服务；有了毛泽东思想，病人就能树立为革命养病的思想，就有战胜疾病的坚强意志。

2. **集中优势兵力，解决主要问题：**在治疗过程中我们要善于在复杂的临床现象中，抓住对病情起主导作用的主要矛盾，然后针对主要问题采取有效措施，从而促使病情向好的方面转化。例如治疗普通型流脑是最快的消灭其病原菌；治疗暴发型脑膜脑炎主要是解除脑水肿；对于流感主要则是采取预防措施，消灭和防止扩大流行。但是病情是发展的，我们必须治疗过程中不断分析总结，及时发现新的矛盾，采取新的治疗措施。例如伤寒恢复期合并

腸出血或腸穿孔；白喉合并心肌炎。矛盾轉化了，我們的治疗措施也要随之改变。当然在解决主要矛盾的同时，还要注意对次要矛盾的处理。只有这样才不致于犯主观片面的錯誤。

3. 抓特殊矛盾：許多傳染病，在治疗上虽有共同性的一面，但更重要的要抓住其特殊性。例如：流行性脑脊髓膜炎、猩紅热和白喉均采用青霉素治疗，但是青霉素不易透过血脑屏障，故治疗流行性脑脊髓膜炎还必须加用易透入脑脊液的磺胺嘧啶，治疗白喉还必须加用抗毒血清以中和其外毒素。

二、治疗措施

对傳染病的治疗首先必須做到三早：即早診斷、早隔离、早治疗，从而杜絕扩散傳染，防止病情进一步恶化和并发症发生，使患者早期恢复健康。其次，应采取綜合性治疗措施，除病因治疗外，还必须注意基础治疗，以提高机体的抗病能力，加速病情好轉。例如，肝炎病人急性期应注意休息，适当增加营养，在恢复期則应逐渐增加体力活动；急性細菌性病疾患者应注意补充水分与电解质和給易消化食物，以減輕腸道的負担和刺激；伤寒患者应进流质或半流质飲食，以防止腸道并发症发生；白喉患者应臥床休息，防止并发心肌炎等等。

1. 基础治疗：包括早期臥床休息，适当增加营养和維生素，維持水与电解质平衡以及解除病人痛苦的对症治疗措施。

2. 祖国医学治疗：祖国医学具有几千年的历史，治疗傳染病方面积累了丰富的經驗，解放后，尤其在文化大革命的几年来，广大医务工作者彻底批判和肃清了叛徒、內奸、工賊刘少奇“中医不科学”的謬論和余毒，遵照毛主席关于“中国医药学是一个偉大的宝庫，应当努力发掘，加以提高”的教导，大力研究和开展了中医中药的治疗，取得了偉大成就。关于对傳染病的治疗可采用：

(1) 中草药治疗：就地取材，既方便又經濟。中药辨证治疗、单方、驗方均可根据情况选用。例如“6511”合剂、茵陈金錢草湯治疗肝炎；白喉合剂治疗白喉等等。

(2) 新医疗法：具有簡便、節約、疗效快的特点，可根据临床需要选择应用。例如用“0”号、水針疗法治疗急性細菌性病疾；新針疗法、穴位結扎或强刺激疗法治疗脊髓灰质炎等等。

3. 病因疗法：主要采用化学药物或抗菌素治疗，以消灭患者体内的病原体。根据病原体的性质归类如下：

(1) 細菌性傳染病主要采用抗菌药物治疗。見下表。

細菌性傳染病的抗菌藥物治療

抗菌 藥物	青 霉 素	鏈 霉 素	氯(合)霉素	四 土 金 環 霉 素 素 素 素	紅霉素	黃 連 素 呋喃西林 類	新 霉 素 卡那霉素	磺 胺 類
敏 感 菌 種	对阳性球 菌*、阳性 杆菌、阴 性球菌有 效。对阴 性杆菌无 效	对阳性及阴 性細菌均 有效，但 对阴性杆 菌如伤寒 、付伤寒 、痢疾、 百日咳等 杆菌效果 較差	对阳性与阴 性細菌均 有效，特 別对阴性 杆菌如痢 疾、伤寒 、百日咳 等杆菌效 果尤佳	对阳性与阴 性細菌、 阿米巴有 效	同青霉 素。但 对阴性 杆菌也 有效	痢疾杆 菌等	对阳性 与阴性 細菌有 效	痢疾杆 菌、脑 膜炎 双球菌 等
临 床 应 用	猩紅热、白 喉、炭疽、 流行性脑脊 髓膜炎以及 肺炎球菌、 葡萄球菌引 起的感染等	主要与其他 抗菌素如青 霉素联合应 用；治疗波 浪热时可与 金霉素或磺 胺嘧啶联合 应用	主要用于細 菌性痢疾、 伤寒、付伤 寒、百日咳 、波浪热等	主要用于細 菌性痢疾、 阿米巴痢 疾、波浪热 、百日咳， 及其他抗菌 素有抗药性 的病例	同青霉 素。細菌 性痢疾、 百日咳、 波浪热等	主要用 于細菌 性痢疾	主要用 于阴性 杆菌引 起的疾 病如細菌 性痢疾， 或其他細 菌引起的 并发症	細菌 性痢 疾、流 行性 脑脊 髓膜 炎等

* 指紫一碘一紅染色阳性或阴性細菌。表列內容只限于傳染病範圍。

(2) 菌毒性傳染病如恙虫病，斑疹伤寒，主要用氯(合)霉素治疗。四环素族抗菌素也有效。

(3) 病毒性傳染病目前尙无特效的藥物，临床上主要采用中医中药、新医疗法和对症治疗。有并发症时也采用抗菌藥物治疗。

(4) 螺旋体傳染病如回归热、鉤端螺旋体病，主要采用青霉素治疗。紅霉素也有效。

(5) 寄生虫性傳染病采用各自特效的藥物。如疟疾用奎宁、氯喹；絲虫病用海群生、卡巴松；血吸虫病用酒石酸錫鉀等。

4. 解除毒素療法：可采取以下措施：

(1) 补充足够水分，以增加尿量，促进毒素的排泄。

(2) 补充激素：主要采用氢化考地松靜脉滴注，以減輕机体对毒素的反应性和一定的解毒作用。

(3) 抗毒血清療法：如白喉抗毒血清，肉毒杆菌食物中毒用抗肉毒血清等。

但是任何事物都是一分为二的，各种藥物不但有治疗作用，而且有一定的付作用或毒性反应。如氯霉素引起白細胞降低；鏈霉素、新霉素、卡那霉素引起听神經損害；呋喃西林类藥物引起末梢神經炎；酒石酸錫鉀引起心脏与肝脏的損害；血清療法可发生过敏反应等等。因此在治疗中必須很好观察，及时发现，进行适当处理。

最高指示

应当积极地預防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

第二章 发热伴腹泻病組

腹泻的原因很多，属傳染病的主要有：細菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病、細菌性食物中毒、霍乱、付霍乱等。須与本組病相鉴别的疾病主要有：腸套叠、非特异性潰瘍性結腸炎、腸結核、滴虫性腸炎、直腸癌等。

本章着重介紹：細菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病及細菌性食物中毒等四种傳染病，它們多具有以下共同特点：

- 一、多发生于夏秋季节；
- 二、局部病变的定位主要在腸道，常有发热、腹痛、腹泻等症狀；
- 三、常有不洁飲食史或疫水接触史（后者指血吸虫病而言）；
- 四、粪便中可检出病原体，血液中白細胞总数常可增高。

第一节 細菌性痢疾

細菌性痢疾（简称菌痢）为部队中最常見的傳染病，在部队卫生防疫工作中占重要位置。我軍广大卫生工作者，在偉大領袖毛主席的无产阶级医疗路綫指引下，坚决貫徹“預防为主”的卫生工作方針，面向連队，充分发动群众，在防治菌痢方面，取得了优异成绩，发病率逐年下降。但是，还应当看到，菌痢在一些单位发病率还較高。我們要坚决貫徹执行偉大領袖毛主席“要准备打仗”的偉大教导，繼續加强对菌痢的防治工作。

急、慢性菌痢病人均为本病的傳染源，痢疾杆菌（分为佛氏、宋內氏、鮑氏、志賀氏等菌型，除志賀氏型产生外毒素外，其他均产生內毒素）为本病的病原体，通过污染的手、食物及水，經口傳染。

一、临床表現

痢疾杆菌侵入胃腸道后，如机体不能将其全部消灭，細菌就可能在肠内繁殖，其毒素經腸壁吸收入血，作用于各个系統。經過1—7天的潛伏期后，产生临床症状。根据临床表現的不同及其在防治上的特点，我軍規定将菌痢分为二期六型。

(一) 急性菌痢：可分为典型、非典型及中毒型三种。

1. 急性典型菌痢：

(1) 全身症状：主要为发热、头痛、食欲不振及疲乏无力等；

(2) 结肠炎症状：可有腹泻，粘液、脓血便，腹痛、下腹部压痛，肛门下坠感和里急后重。

毛主席教导我们：“我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法。”菌痢为什么会产生以上的症状呢？这主要是由于痢疾杆菌的毒素作用于中枢神经，导致体温调节功能障碍，因而引起发热及全身症状。毒素作用于结肠肠壁，引起肠粘膜充血、水肿，加以肠内细菌的作用，使粘膜腺体分泌亢进并发生坏死，坏死物与渗出的纤维蛋白混合在一起，形成假膜。假膜脱落后，成为表浅溃疡，因而引起腹泻。开始时，大便呈稀糊状或水样，带少许粘液，以后变成粘液、脓血便，呈红、白相杂的胶冻状。大便每日可达数次至数十次。毒素作用于肠壁神经丛，导致肠肌痉挛而产生腹痛。腹痛以左下腹为明显，这是因为病变主要在降结肠的缘故。病人的肛门部常有下坠感和里急后重，这是由于炎症对直肠的不断刺激和引起肛门括约肌收缩和痉挛所致。

2. 急性非典型菌痢：有些菌痢的临床症状较轻，可无明显发热，便次较少，腹痛及下坠感也不明显，大便呈糊状或水样，肉眼看不见脓血，但显微镜下可见少数红、白细胞及脓细胞，偶见吞噬细胞，临床上称之为非典型菌痢。此型病人易被误诊，以致延误隔离和治疗，应予注意。

3. 急性中毒型菌痢：少数病人，主要是幼儿，由于对痢疾杆菌毒素高度敏感，产生严重的毒血症和中枢神经症状，临床上称为急性中毒型菌痢。其特点是：局部病变轻微，全身反应较重。急起高热，体温迅速上升至 40°C 以上，精神萎靡、嗜睡、谵妄、抽风、意识不清。进一步发展可出现呼吸不规律、暂停或叹息样呼吸等呼吸衰竭症状。这可能与脑血管痉挛或发生脑水肿等病变有关。有的病人则可出现面色苍白、口唇发青、四肢发凉、脉搏细速、血压下降等休克现象，这主要是由于全身血管痉挛，回心血量减少，从而引起循环衰竭。以上症状发展迅速，常在发病 24 小时内出现，此时结肠炎的病变轻微，一般无溃疡形成，故病人的腹痛、腹泻等症状并不明显，甚至可无腹泻，因而易造成诊断上的困难；但用冷盐水灌肠洗出粪水，如查见大量脓细胞、白细胞及红细胞，可以帮助诊断。

(二) 慢性菌痢：一般急性菌痢，如得到早期诊断及合理治疗，以及机体内产生了抵抗力，很快可获痊愈。但如果机体抵抗力降低以及诊疗不及时、不合理或不彻底，则可能转为慢性。病后恢复期内饮食不当和受凉，以及并存有肠道寄生虫病（如蛔虫）或其它肠道疾病，均可能成为复发或转为慢性之诱因。遵照毛主席关于“我们的责任，是向人民负责”的教导，一定要做到早期诊断，彻底治疗，以防止急性菌痢转为慢性。

慢性菌痢的临床表现分为以下三型：

有些慢性菌痢病人常有腹痛、腹泻，大便为脓血便或粘液便等症状，长期迁延不愈，称为慢性迁延型；有的于急性菌痢的症状暂时控制后，但未根治，经过若干时期后，由于某些诱因，如饮食不当、受凉或其他原因而使机体抵抗力降低时，又发生典型的痢疾症状，称为慢性菌痢急性发作型；有的病例虽症状早已消失，但乙状结肠镜检查可发现肠粘膜仍有病变，或大便培养仍可检出痢疾杆菌，称为慢性潜伏型。

慢性菌痢有时可多年不愈，不但影响健康，并可长期地作为传染源。

二、診 断

我们必须遵循毛主席“要过细地做工作。要过细，粗枝大叶不行，粗枝大叶往往搞错”的教导，在诊断时，对病情要进行细致的调查、分析和研究，从而作出正确的诊断。

对菌痢的诊断，主要依据以下几点：

（一）流行病学史

多发生于夏秋季节，可流行或散发。患者多有不洁饮食史或接触史。

（二）临床特点

1. 急性菌痢：

急性典型菌痢：有急性发作之腹痛，腹泻，伴以里急后重，大便呈脓血样，镜检有大量的脓细胞及红细胞、白细胞，且可找见吞噬细胞。血液中白细胞总数增多，嗜中性粒细胞百分比增高。

急性非典型菌痢：有急性发作之腹泻，但症状较轻，便次较少，大便为糊状或水样，里急后重及腹痛多不明显。大便镜检10个高倍视野平均每视野白细胞在5个以上，或大便培养阳性。

中毒型菌痢：急起高热、抽风、昏迷，病情进展迅猛，可有循环、呼吸衰竭。冷盐水灌肠所得之粪水镜检可查见大量白细胞或脓细胞。

2. 慢性菌痢：

慢性迁延型：过去有菌痢病史，多次典型或不典型症状发作，时发时愈；或病程超过两个月以上者。

慢性急性发作型：半年内有菌痢病史，本次复发有急性症状，且无再感染之可能。

慢性潜伏型：过去有菌痢病史，但症状早已消失（至少两个月），大便培养阳性或肠粘膜有病变。

（三）乙状结肠镜检查

急性菌痢：肠粘膜多呈弥漫性充血、水肿、表面有大量炎性渗出物复盖，重者可有弥漫性溃疡。但此期如进行乙状结肠镜检查可加重患者的痛苦，故不宜作此检查。可于症状基本消失后进行。