

临床医师诊疗丛书

名誉总主编 夏穗生 黄光英
总 主 编 陈安民 徐永健

传 染 病

诊疗指南

第二版

主编 魏镜龙 宋佩辉



科学出版社
www.sciencep.com

临床医师诊疗丛书

名誉总主编 夏穗生 黄光英
总 主 编 陈安民 徐永健

传染病诊疗指南

(第二版)

主 编 魏 镜 宏 宋 佩 辉

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书结合近几年来国内外本学科的新进展,系统介绍各种传染病、寄生虫病的病因、病理、流行病学、临床表现、诊断、治疗和预防。分为四篇:常见症候的鉴别诊断,常见疾病诊疗,诊断技术,医院内感染。附录收入抗菌药物的选择与应用,肾上腺皮质激素在感染性疾病中的应用,常见传染病的消毒方法,急性传染病的潜伏期和隔离期。全书内容新而实用,编排规范,查阅方便,是临床医师理想的工具书。

图书在版编目(CIP)数据

传染病诊疗指南/魏镜龙,宋佩辉主编.—2版.—北京:科学出版社,2005.6

(临床医师诊疗丛书/陈安民,徐永健总主编)

ISBN 7-03-013178-9

I. 传… II. ①魏… ②宋… III. 传染病—诊疗
IV. R51

中国版本图书馆CIP数据核字(2004)第034915号

责任编辑:李国红 郑 红 黄 敏/责任校对:刘小梅

责任印制:刘士平/封面设计:陈 敬 黄华斌

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双 青 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

1999年8月第 一 版 开本:787×960 1/32

2005年6月第 二 版 印张:14 3/4

2005年6月第三次印刷 字数:396 000

印数:6 001—10 000

定价:29.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

临床医师诊疗丛书

名誉总主编 夏穗生 黄光英

总 主 编 陈安民 徐永健

《传染病诊疗指南》(第二版)编委

主 编 魏镜龙 宋佩辉

副主编 田德英 石淑仙

编 者 (按姓氏笔画排序)

石淑仙 田德英 申正义

齐俊英 宋佩辉 宋建新

沈汉馨 张东绅 杨道锋

赵西平 高美英 黄元成

黄加权 魏镜龙

第一版序言

临床医学参考书籍可谓浩如烟海。从大型的学术专著到简明的临床应用手册,内容和形式层出不穷。然而对大多数工作在临床一线的中青年医师来说,尚缺一类便携式专科参考书。这类书在内容上应介乎前述两类参考书之间,既不像大型学术专著那样从基础到临床,庞杂繁复,查阅不便,又不至于像综合性的临床手册过于简单,不能满足临床诊断治疗细则的需要。有鉴于此,我们组织各临床专业科室的专家编撰了这套《临床医师诊疗丛书》。

同济医科大学建校已近百年,一直是国家卫生部直属重点高等医科院校。同济医院是同济医科大学的附属医院,为卫生部第一批评定的三级甲等医院,也是全国文明窗口十家示范医院之一。我们编撰这套《临床医师诊疗丛书》是以这所综合性大型教学医院多年来不断修订的临床诊疗常规为依据,博采各临床专业专家学者们的经验及心得,集临床医学精髓之大成,以现代性、实用性为特色,面向临床一线专业医师和技术人员。

全书由32个分册组成,包括26个临床医学二、三级专业学科和6个临床诊疗辅助专业分册。各分册结合综合性医院的诊疗常规,自临床的一般性问题到专科性疾病,从病因、病理至诊断、治疗,从常用的诊疗技术到高新专科手术及疗法,层次分明地予以阐述,重点在于实用性强的临床诊断、鉴别诊断及治疗方式、方法。

我们的目的及愿望是既为综合性大型医院提供一

套全面系统的诊疗常规参考书,又能为临床主治医师、住院医师、研究生、实习医师奉献一套“新、全、实用”的“口袋”书。

全书编写历经一年,全体参编人员付出了艰辛的劳动,经过科学出版社编辑同志们的精心雕琢,全书各分册得以先后面世,我们谨对上述同仁的勤奋工作致以衷心的感谢。本书参编人员达数百人之多,故文笔文风殊难一致;限于编写者的水平,加之时间紧迫,疏误之处在所难免,祈望读者不吝赐教,以便再版时予以订正。

夏穗生 黄光英 张良华

同济医科大学附属同济医院

1998年9月

第二版前言

《临床医师诊疗丛书》1999年出版了第一版,共32个分册,本次对32个分册进行了全面的修改,另外增加了“老年疾病诊疗指南、临床病理诊断指南、临床护理指南”三个分册。第二版共35个分册,保持了第一版的编写风格,重在临床“使用方便”四字。本次修改过程中,突出了近几年来疾病诊断与治疗的一些新理论、新技术、新方法。

本书自出版以来,受到了广大读者的欢迎。各个分册都进行了重印,不少分册多次重印。我们感谢大家对本书的厚爱,同时也恳求广大读者再次提出宝贵意见,以便再版时修正。编委会对原总主编夏穗生、黄光英、张良华三位教授对本丛书第一版所做出的贡献,对科学出版社的精心编辑一并表示感谢。

陈安民 徐永健

华中科技大学同济医学院附属同济医院

2005年5月

第二版编写说明

《传染病治疗指南》自 1999 年出版以来得到广大临床医务工作者的好评,近几年来随着医学各学科的迅速发展,对传染病防治工作又提出新的要求。本书再版除增加严重急性呼吸综合征(SARS)等新增传染病外,还对本书内容做了修改补充,突出内容的实用性和可操作性。因笔者水平有限,书中定然存在不少错漏,深望读者提出宝贵意见和建议,对不妥之处予以批评指正。

魏镜龙 宋佩辉

2004 年 8 月

目 录

第一篇 常见症状的鉴别诊断

第一章 发热	(1)
一、发热的定义	(1)
二、发热的临床意义	(2)
三、发热性疾病的病因分类	(3)
四、发热病人的诊断步骤	(5)
五、发热患者的对症处理	(10)
第二章 黄疸的鉴别诊断	(12)
一、溶血性黄疸	(13)
二、肝细胞性黄疸	(15)
三、梗阻性黄疸	(17)
四、先天性非溶血性黄疸	(20)
第三章 感染性腹泻的鉴别诊断	(24)
一、病因、病理及发病机制	(24)
二、感染性腹泻的诊断	(25)
三、各种感染性腹泻的诊断与鉴别诊断	(27)
第四章 发疹性疾病的鉴别诊断	(35)
一、皮疹的病理	(35)
二、出疹病史及体检	(36)
三、皮疹的临床表现	(36)
四、出疹病的病原	(37)
五、出疹病的鉴别诊断	(38)

第五章 感染性休克	(54)
一、病因及发病机制	(54)
二、感染性休克的诊断	(57)
三、感染性休克的治疗	(60)

第二篇 常见疾病诊疗

第六章 病毒感染	(64)
一、病毒性肝炎	(64)
二、病毒性胃肠炎	(87)
三、流行性乙型脑炎	(92)
四、脊髓灰质炎	(97)
五、狂犬病	(102)
六、流行性感冒	(104)
七、麻疹	(107)
八、水痘和带状疱疹	(109)
九、流行性腮腺炎	(112)
十、流行性出血热	(115)
十一、登革热	(121)
十二、传染性单核细胞增多症	(125)
十三、巨细胞病毒感染	(127)
十四、病毒性脑膜炎	(130)
十五、病毒性脑炎	(133)
十六、艾滋病	(137)
十七、TTV 感染	(140)
十八、严重急性呼吸道综合征	(145)
十九、人微小病毒感染	(149)
第七章 支原体病	(152)
一、肺炎支原体肺炎	(152)
二、泌尿生殖道支原体病	(153)
第八章 立克次体病	(156)
一、流行性斑疹伤寒	(156)

二、地方性斑疹伤寒	(159)
三、恙虫病	(161)
第九章 细菌性感染	(165)
一、伤寒与副伤寒	(165)
二、细菌性食物中毒	(173)
三、细菌性痢疾	(178)
四、霍乱	(182)
五、弯曲菌肠炎	(186)
六、耶尔森菌肠炎	(189)
七、布氏菌病	(191)
八、鼠疫	(194)
九、炭疽	(198)
十、白喉	(200)
十一、百日咳	(204)
十二、猩红热	(207)
十三、化脓性脑膜炎	(210)
十四、军团病	(223)
十五、破伤风	(225)
十六、鼠咬热	(228)
十七、猫抓病	(231)
十八、败血症	(236)
十九、抗生素相关性腹泻	(242)
二十、厌氧菌感染	(247)
第十章 螺旋体病	(254)
一、钩端螺旋体病	(254)
二、莱姆病	(259)
三、回归热	(262)
第十一章 深部真菌感染	(266)
一、真菌性肠炎	(266)
二、深部真菌病	(270)
三、新型隐球菌病	(273)

第十二章 原虫感染	(278)
一、阿米巴病	(278)
二、隐孢子虫病	(283)
三、疟疾	(286)
四、黑热病	(290)
五、弓形虫病	(294)
第十三章 蠕虫感染	(298)
一、日本血吸虫病	(298)
二、卫氏并殖吸虫病	(304)
三、华支睾吸虫病	(309)
四、姜片虫病	(311)
五、丝虫病	(313)
六、钩虫病	(317)
七、蛔虫病	(319)
八、蛲虫病	(321)
九、旋毛虫病	(323)
十、肠绦虫病	(325)
十一、猪囊尾蚴病	(326)
十二、棘球蚴病	(329)

第三篇 诊断技术

第十四章 实验室及影像学诊断	(335)
一、病原学诊断	(335)
二、免疫学在感染性疾病中的应用	(359)
三、分子生物学检测技术在感染性疾病中的应用	(373)
四、影像医学诊断技术在感染性疾病中的应用	(386)
第十五章 临床常用诊疗技术	(395)
一、腹腔穿刺术	(395)
二、腰椎穿刺术	(397)
三、骨髓穿刺术	(398)

四、肝活体组织穿刺术	(400)
五、肝脏穿刺抽脓术	(402)
六、胸膜腔穿刺术	(403)
七、十二指肠液引流术	(405)
八、乙状结肠镜检查术	(406)

第四篇 医院内感染

一、医院感染概念	(409)
二、医院感染病原学特征	(410)
三、常见医院感染部位	(412)
四、医院感染的流行病学特征	(414)
五、医院感染控制	(416)
六、医院感染控制现状与发展	(421)
附录	(424)
一、抗菌药物的选择与应用	(424)
二、肾上腺皮质激素在感染性疾病中的应用	(439)
三、常见传染病的消毒方法	(446)
四、急性传染病的潜伏期、隔离期	(455)

第一篇 常见症状的 鉴别诊断

第一章 发 热

一、发热的定义

发热是指体温高过正常限度,是临床上常见的症状。一般而言,腋部测温时间 6~7 分钟 37°C 以上,舌下测温时间 3 分钟 37.3°C 以上,直肠内测温时间 3 分钟超过 37.5°C 以上,或者一昼夜体温波动在 1°C 以上者,均谓之发热。按发热的高低可分为:①低热:体温超过正常范围,但在 38°C 或 38°C 以下。②中度发热: $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 或 39°C 以下。③高热: $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ 。④超高热: 41°C 以上。

按体温变动的特点,可分为不同的热型。热型是疾病的重要特征,有时具有鉴别诊断意义。常见的热型有:①稽留热:持续发热 40°C 左右,但 24 小时体温变动不超 1°C ,常见于未经治疗的大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等。②弛张热:体温可达 39°C 以上,高低不一,昼夜体温高峰波动很大,但最低体温未达正常,多见于伤寒的缓解期、流行性出血热等。③间歇热:体温突然上

升数小时,又突然下降至正常,间歇数小时或1~2日又突然上升,持续几小时又突然下降,如此反复发作,如疟疾、淋巴瘤、肾盂肾炎等。④消耗热:体温的最高峰与体温的最低点变化很大(4~5℃之间)称为消耗热或败血型热,病情严重,多见于败血症、淋巴瘤、粟粒性结核等。⑤回归热:体温在很短时间内升至高峰,持续数日,经数日体温降至正常,发热期与无热期各持续若干天,交替出现,多见于回归热、布氏菌病、淋巴瘤等。⑥双峰热:一日内出现两次高热曲线,形成双峰,见于黑热病、粟粒性肺结核等。⑦颠倒热:上午发热,下午退热,或白天无热,夜间发热,见于疟疾、绦虫病、严重结核病。⑧不规则热:热型完全不规则,时高时低,见于结核病、风湿热等。⑨波状热:体温逐渐上升,达高峰后逐渐下降至低热或正常,反复发作,体温曲线似波浪,可连续数月,见于布氏菌病等。

二、发热的临床意义

体温变化是人体生理状态的一个简单、客观而准确的指标,比起其他体征(如脉搏、呼吸及血压等)更少受环境及情绪的影响。因此,体温在观察疾病严重程度及判定药物疗效方面,更具决定性意义。

发热对机体的有利作用:在某些感染性疾病,发热显然对人体有利,如神经性梅毒、某些慢性关节炎及某些肿瘤。另如眼色素层炎及类风湿关节炎,经发热疗法后可有好转。实验证明,发热引起机体释放内源性致热原,激活T淋巴细胞而增强机体的抵抗力。年老人及身体衰弱者患感染性疾病时,发热很低或者不发热往往是预后不良的征象,但在大多数感染性疾病,也无理由相信发热能促进吞噬作用、抗体形成或其他抵抗力机制。

发热的害处:发热促进新陈代谢、体重丧失及蛋白质消耗,增加心脏的负担,心率加快。出汗增多导致水、盐丧失。病人感觉不舒服,头痛,畏光,全身软弱无力或全身不适。高热可引起抽搐、寒战,大汗病人特别不适。有心脑血管病的老年人,发热特别有害。

三、发热性疾病的病因分类

(一) 感染性疾病

感染性疾病约占发热性疾病的 40% ~ 50%。病原体种类极广泛,细菌(包括 L 型细菌)、螺旋体、病毒、立克次体、衣原体、支原体、真菌、原虫、蠕虫等均可感染人体引起发热。感染可为急性或慢性,感染部位可为全身性或局灶性。这类病因在发热中最为常见。如有下列特征,则高度提示感染是发热的原因:①急性起病。②高热为 39~41℃,或伴有寒战。③白细胞计数高达 $12 \times 10^9/L$ 或低于 $5 \times 10^9/L$ 。④呼吸道症状,如咽喉炎、咳嗽、鼻炎。⑤严重不适、肌肉关节痛、畏光、眼球活动时疼痛、头痛。⑥恶心、呕吐、腹泻。⑦淋巴结或脾脏急性肿大并触痛。⑧脑膜刺激征,脑脊液细胞数改变。⑨尿频、尿急及腰背痛。

1. 细菌性疾病 在感染性发热疾病中占据重要地位。大部分由感染引起的发热均由细菌所致,如细菌性肺炎、结核病、伤寒及副伤寒、急性细菌性痢疾、细菌性脑膜炎、细菌性心内膜炎、细菌性腹膜炎、败血症、猩红热、丹毒、各种局灶性细菌感染等。另应注意, L 型细菌感染用普通培养基不能分离到细菌。

2. 病毒性疾病 常见流行性感冒、急性病毒性肝炎、流行性腮腺炎、病毒性脑炎、流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、传染性单核细胞增多症、流行性出血热、登革热、艾滋病及近来流行的非典型肺炎(severe acute respiratory syndrome, SARS)等。

3. 螺旋体 如钩端螺旋体病、回归热、莱姆病等。

4. 立克次体病 如流行性斑疹伤寒、地方性斑疹伤寒、恙虫病等。

5. 衣原体病 沙眼衣原体感染及生殖泌尿系统、呼吸系统感染等。

6. 支原体感染 呼吸系统感染而致支原体性肺炎。

7. 真菌 常为使用抗生素或免疫抑制剂后发生的二重感染,发展为真菌性败血症、真菌性肺炎、心内膜炎、脑膜炎、口腔炎、胃肠炎、泌尿系感染、阴道炎等。

8. 原虫感染 如阿米巴病(即阿米巴肝脓肿及可能出现的其他部位的阿米巴感染,如阿米巴性脑膜脑炎)及疟疾(是间歇型发热的典型例子)。

9. 蠕虫病 如急性血吸虫病、并殖吸虫病、华支睾吸虫病。此外,丝虫病、旋毛虫病亦以发热为突出症状。

(二) 肿瘤性疾病

肿瘤性疾病约占发热性疾病的 20%。发热可由实体性肿瘤本身坏死、出血、产生肿瘤抗原或致热原引起。肿瘤转移、肿瘤阻塞或合并感染也是发热原因。身体各部位的肿瘤、恶性血液病可能以发热为突出的早期表现,恶性组织细胞病常表现为不规则高热,病程可拖延数月。深部淋巴瘤常以发热为首发症状或主要症状,可以无明显浅表淋巴结肿大,成为发热不明原因的重点问题。如其有特征性的周期热(Pel-Ebstein 型热,发热期与无热期交替)常为霍奇金病的典型热型。肝癌、肾癌、肾上腺肿瘤、结肠癌均可引起长期发热。

(三) 结缔组织病、血管性疾病

结缔组织病与血管性疾病约占发热性疾病的 20%~30%。许多疾病如系统性红斑狼疮、风湿病、类风湿关节炎、Still 病(变应性亚败血症)、结节性动脉周围炎、皮炎、硬皮病等临床上常以发热为主要表现。实验室检查往往能发现免疫球蛋白改变,血清抗核抗体、抗线粒体抗体、类风湿因子及其他自身抗体阳性。

(四) 其他

其他原因引起的发热约占 10%。

1. 药物热 实质是过敏性血管炎,常与过敏体质有关。除发热外,常有皮疹、关节痛、嗜酸粒细胞增多。感染性疾病使用抗菌药物治疗,于用药 7~10 天后体温又上升,病人一般情况较好,停药 2~3 天可退热,则高度考虑药物热。

2. 组织损伤 如心肌梗死、脑梗死、肺梗死等组织损伤也常发热。

3. 内分泌系统疾病 如甲状腺功能亢进危象、艾迪生病危象,有时以发热为主要临床表现。间脑综合征可致颠倒热,上午