

输入性^① 新发传染病 防治手册

主 编 吴 凡 副主编 郭常义 袁政安

SHURUXING JI XINFA CHUANRANBING FANGZHI SHOUC

上海文化出版社

输入性^① 新发传染病 防治手册

主 编 吴 凡 副主编 郭常义 袁政安

上海文化出版社

图书在版编目(CIP)数据

输入性及新发传染病防治手册/吴凡主编. —上海:上海文化出版社,2010.4

ISBN 978 - 7 - 80740 - 508 - 5

I. ①新… II. ①吴… III. ①传染病防治 - 手册

IV. ①R183 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 055241 号

出 版 人

陈鸣华

责任编辑

熊仕华

装帧设计

许 菲

书名

输入性及新发传染病防治手册

出版、发行

上海文化出版社

地址:上海绍兴路 74 号

网址:www.shwenyi.com

印刷

上海市印刷十厂有限公司

开本

787 × 1092 1/32

印张

4.00

字数

60 千字

版次

2010 年 4 月第 1 版 2010 年 4 月第 1 次印刷

印数

1 - 10 500 册

国际书号

ISBN 978 - 7 - 80740 - 508 - 5/R · 119

定价

9.00 元

告读者 本书如有质量问题请联系印刷厂质量科

T: 021 - 65410805

内容提要

本书对疟疾与恶性疟疾、登革热和登革出血热、黄热病、西尼罗河病毒病、基孔肯雅热、埃博拉出血热、马尔堡出血热、拉沙热、裂谷热、尼帕病毒脑炎、朊粒病等 15 种输入性及新发传染病,从病原学特点、流行特征、临床表现与体征、诊断与鉴别诊断、实验室检查、治疗、预防控制措施等角度,进行了简明扼要的阐述。它对提高医疗和公共卫生人员对输入性及新发传染病的防治水平,促进诊疗与防控措施的及时实施,将起到积极的作用。

本书编者名单

主 编 吴 凡

副主编 郭常义 袁政安

编 者 (按姓氏拼音为序)

蔡 黎 董 晨 顾宝柯 郭 翔

何永超 何 懿 冷培恩 李明珠

李燕婷 潘俊锋 沈 冰 沈 鑫

王海银 王海英 吴寰宇 宿 飞

章 洁 张 曦 钟培松

审 校 孙晓冬 潘 浩

前 言

上海世界博览会(以下简称上海世博会)将于 2010 年 5 月 1 日至 10 月 31 日在我国上海举办,届时参展的国家、地区和国际组织将达 240 多个,国内外参观游客预计达 7000 多万人次。在上海世博会举办期间,由于各国、各地游客的大量涌入,增高了输入性及新发传染病如登革热、鼠疫、西尼罗河病毒病等发生的风险;而上海市卫生机构的广大医疗与公共卫生人员在诊疗与预防控制这些输入性及新发传染病方面,普遍缺乏经验,更缺乏能够随时查阅的相关资料。如何应对输入性及新发传染病对上海世博会造成的冲击,已成为摆在我们面前的巨大挑战。

上海市疾病预防控制中心依据上海市卫生局的要求,结合上海世博会公共卫生风险评估结果,组织专业人员编写了《输入性及新发传染病防治手册》(以下简称《手册》),包括登革热与登革出血热、基孔肯雅热、西尼罗河病毒病等 15 种输入性及新发传染病。《手册》紧扣疾病的关键信息,从病原学特点、流行特征、临床表现与体征、诊断与鉴别诊断、实验室检查、治疗、预防控制措施等角度,对这些疾病进行了简明扼要的阐述,

力求为服务上海世博会的医疗与公共卫生专业人员提供便捷而准确的疾病相关信息。我们相信该《手册》对提高应对输入性及新发传染病的防治水平,促进诊疗与防控措施的及时实施,将起到积极的作用,为确保上海世博会的成功举办奠定良好的基础。

由于编写时间有限,《手册》文字如有不妥之处,敬请读者指正。

上海市疾病预防控制中心

2010年3月10日

目 录

疟疾与恶性疟疾 /1
登革热和登革出血热 /10
黄热病 /17
西尼罗河病毒病 /23
基孔肯雅热 /29
埃博拉出血热 /36
马尔堡出血热 /43
拉沙热 /50
裂谷热 /57
尼帕病毒脑炎 /63
猴痘 /69
鼠疫 /76
耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染性疾病 /85
耐多药结核和严重耐药结核 /89
朊粒病 /94
附录 上海市新发传染病报告及处置工作方案 /100

疟的传染期为 1~3 年,恶性疟在 1 年以内,三日疟在 3 年以上,偶达数十年;卵形疟为 2~5 年。除三日疟外,其他 3 种均专性寄生于人体。

3.2 传播途径

媒介为按蚊,人被有传染性的按蚊叮咬后即可感染。通过输血或使用注射器也可传播疟疾,通过胎盘感染胎儿的情况比较罕见。

3.3 人群易感性

人对疟疾普遍易感。在高疟区,成人发病率较低,儿童和外来人口发病率较高。营养好的儿童易发生重症疟疾。

3.4 流行特征

疟疾分布广泛,战争、灾荒等可造成大流行。

(1) 我国大陆地区分布 除青藏高原外遍及全国,以云贵、两广及海南等省为主,三日疟和卵形疟散在发生,少见。

(2) 世界流行状况 目前全球疟疾流行主要在非洲、南太平洋、美洲、中东、亚洲等区域的 109 个国家和地区,其中 45 个是非洲国家。非洲撒哈拉沙漠以南、南太平洋地区主要流行恶性疟,而美洲、中东、亚洲大部分地区主要流行间日疟或其他疟疾。在非洲多数流行区,孕妇、

5 岁以下儿童均是疟疾的高危人群。

4. 临床表现

4.1 潜伏期

间日疟、卵形疟的潜伏期为 14 日,恶性疟为 12 日,三日疟为 30 日。

4.2 传染期

病人出现临床表现时具有传染性。

4.3 临床表现

(1) 间日疟 多起病急,初期常乏力、头痛、四肢酸痛、不规则低热等,一般持续 2~3 日,随后转为典型发作。典型发作分为 3 期:①发冷期,畏寒,全身发冷;②发热期,面色转红,体温迅速上升($>40^{\circ}\text{C}$),持续 2~6 小时;③出汗期,2~3 小时内体温降低。之后进入间歇期,一般间歇 48 小时发作 1 次。

(2) 三日疟 发作过程与间日疟相似,但间隔 2 日发作 1 次,发作多在早晨,持续 4~6 小时。

(3) 卵形疟 与间日疟相似,我国仅云南及海南有个别报道。

(4) 恶性疟 起病缓急不一,临床表现多变。其特点为:①多数无发冷期;②体温高且热型不规则,发热期可长达 20 多个小时,甚至一

次刚结束,接着另一次又发作;③出汗不明显或不出汗;④脾大、贫血严重;⑤可致凶险发作;⑥前驱期血液中即可检出疟原虫;⑦无复发。

(5) 凶险型疟疾 多由恶性疟引起。

1) 脑型疟 这是凶险型疟疾中最常见的一种,其特点包括:①常在初次发作的2~5日后出现,少数突然昏迷;②剧烈头痛,恶心呕吐;③意识障碍,烦躁不安,进而嗜睡、昏迷;④多半可出现抽搐,儿童更多;⑤易发展成脑水肿;⑥肝脾肿大;⑦转归不好,多有死亡病例。

2) 胃肠型 除发冷发热外,尚有恶心呕吐、腹痛腹泻,泻水样便或血便,可似痢疾伴里急后重;吐泻重者可发生休克、肾功能衰竭而死。

3) 过高热型 发作时,体温迅速上升达42℃或更高;病人气急、谵妄、抽搐、昏迷,常于数小时后死亡。

(6) 其他类型 有输血疟疾、婴幼儿疟疾、孕妇疟疾等。

5. 临床诊断与鉴别诊断

5.1 诊断

(1) 诊断原则 疟疾的诊断依据于流行病

学史、临床表现、实验室检查。

1) 流行病学史 曾于疟疾传播季节在疟疾流行区居住,或有输血史。

2) 临床表现 有间歇性定时发作,每日、隔日或隔2日发作1次。发作时有发冷、发热、出汗等临床症状。发作多次可出现脾肿大和贫血。重症病例出现昏迷等症状。

3) 假定性治疗 对怀疑疟疾病人给予抗疟治疗,3日内症状得到控制。

4) 实验室检查 间接荧光抗体试验或ELISA等血清学检测,或开展血涂片检查见疟原虫。

(2) 诊断的判别 当病人有流行病学史及临床表现时,可诊断为疟疾的疑似病例;对疑似病例经治疗有效或血清学检测出现阳性者,可判为临床诊断病例;在病人的血片中发现疟原虫,即可判为确诊病例,但需确定疟原虫的种类。

5.2 鉴别诊断

一般非典型疟疾应与败血症、钩端螺旋体病、伤寒、副伤寒相鉴别。脑型疟疾应与流行性乙型脑炎、中毒性痢疾、中暑等相鉴别。

6. 治疗

6.1 治疗原则

抗疟药的使用应遵循安全、有效、合理和规范的原则。

6.2 用药方案

(1) 间日疟的治疗 氯喹加伯氨喹 8 日疗法。氯喹口服,总剂量为 1200mg:第 1 日 600mg 顿服,或分 2 次服,每次 300mg;第 2、3 日各服 1 次,每次 300mg。伯氨喹口服,总剂量为 180mg:从服用氯喹的第 1 日起,同时服用伯氨喹,每日 1 次,每次 22.5mg,连服 8 日。

此疗法也可用于卵形疟和三日疟的治疗。

(2) 恶性疟的治疗(选用以下一种方案)

1) 青蒿琥酯片加阿莫地喹片 口服总剂量为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):每日顿服青蒿琥酯片和阿莫地喹片各 4 片,连服 3 日。

2) 双氢青蒿素哌喹片 口服总剂量为 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 小时再各服 2 片。

3) 复方磷酸萘酚喹片 口服总剂量为 8 片(每片含萘酚喹 50mg,青蒿素 125mg),1 次服用。

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

(3) 重症疟疾的治疗(选用以下一种方案)

1) 蒿甲醚注射剂 肌注每日 1 次, 每次 80mg, 连续 7 日, 首剂加倍。若病情严重时, 首剂给药后 4~6 小时, 可再肌注 80mg。

2) 青蒿琥酯注射剂 静脉注射每日 1 次, 每次 60mg, 连续 7 日, 首剂加倍。若病情严重时, 首剂给药后 4~6 小时, 可再静脉注射 60mg。

采用上述两种注射疗法治疗, 病人病情缓解并且能够进食后, 改用 ACT(青蒿素类复方药)口服剂型, 再进行一个疗程治疗。

3) 咯萘啶注射剂 肌注或静脉滴注, 总剂量均为 480mg: 每日 1 次, 每次 160mg, 连续 3 日。需加大剂量时, 总剂量不得超过 640mg。

(4) 预防性服药(选用以下一种方案)

1) 磷酸哌喹片 每月 1 次, 每次服 600mg, 睡前服。

2) 氯喹 每 7~10 日服 1 次, 每次服 300mg。

(5) 治疗注意事项

治疗时应注意成人、儿童等不同的用药量。

采用磷酸哌喹片进行预防性服药时,连续服药时间不宜超过4个月。孕妇、1岁以下婴儿、有溶血史者或其家属中有溶血史者应禁用伯氨喹。

7. 预防和控制措施

7.1 报告

发现疟疾病例,24小时内进行传染病网络直报。

7.2 病例发现

(1) 国境检疫 出入境检验检疫局已制定了相关的制度,加强了对入境人员的健康检查,最大限度地发现疟疾病例。

(2) “三热”血片检查 对门诊“三热”病人(即疟疾病人、疑似疟疾病人、不明原因发热病人)开展血涂片疟原虫检查。

7.3 病例处置

规范地治疗带虫者和各类病人,减少传染源。

7.4 隔离制度

对疟疾病例不采取强制性的隔离措施,可给予避免蚊子叮咬的预防措施,如控制蚊媒密度、使用蚊帐和驱蚊剂等。

7.5 疫点处理

有病人的地方如有传疟媒介的存在,即可被认定为疫点。疫点的范围以病家为中心 50 米直径的范围。疫点内需对 2 周内发热者进行疟原虫检查,并预防性服药。

7.6 疫苗及药物

至今尚无实用的疟疾疫苗,但是,预防性服药对疟疾的防治具有重要的意义。

7.7 控制人蚊接触

(1) 控制媒介密度 在高度流行区或疫点,用 DDT 滞留喷洒住屋和牲畜棚;在普遍使用蚊帐地区,用溴氰菊酯或二氯苯醚菊酯浸泡(或喷洒)蚊帐。通过填平坑洼、排除积水、平整田地、修整沟渠,可减少孳生地。

(2) 减少接触 提倡使用蚊帐、蚊香,利用蒿、艾等野生植物烟熏驱蚊,有条件的住户装置纱窗、纱门,尽量不露宿,必要时使用驱避剂,减少人蚊接触。

登革热和登革出血热

1. 疾病概述

登革热和登革出血热是由登革病毒经蚊媒传播引起的急性传染病。登革热主要表现为高热和疼痛,发展为登革出血热后病死率较高。主要在东南亚、南美洲等区域流行。

2. 病原学特点

登革病毒属黄病毒科黄病毒属,单股正链RNA病毒,包括4个血清型。登革病毒不耐热,60℃30分钟或100℃2分钟均可灭活;易被甲醛、紫外线照射灭活。

3. 流行病学特征

3.1 传染源

病人和隐性感染者是主要传染源,发病前3日至发病后10日内传染性最强。蝙蝠、猴子及某些低等灵长类动物是贮存宿主。

3.2 传播途径

主要通过蚊媒传播,人与人之间不会通过呼吸道、消化道或接触等传播。