



新世纪高等中医药院校中西医结合系列教材

XINSHIJI
GAODENGZHONGYIYAOYUANXIAO
ZHONGXIYIJIEHE
XILIEJIAOCAI

中西医结合 传染病学

◎ 供各类高等中医、中西医结合临床专业用

主编◎郭会军 杨建宇 刘志斌

ZHONGXIYIJIEHECHUANRANBINGXUE



中医古籍出版社

新世纪高等中医药院校中西医结合系列教材

中西医结合传染病学

(供各类高等中医、中西医结合临床专业用)

郭会军 杨建宇 刘志斌 主编

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合传染病学/郭会军, 杨建宇, 刘志斌主编. - 北京: 中医古籍出版社, 2014. 2

新世纪高等中医药院校中西医结合系列教材

ISBN 978-7-5152-0563-2

I. ①中… II. ①郭…②杨…③刘… III. ①传染病-中西医结合疗法-中医学院-教材 IV. ①R51

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 010250 号

新世纪高等中医药院校中西医结合系列教材 中西医结合传染病学

郭会军 杨建宇 刘志斌 主编

责任编辑 刘从明

封面设计 陈娟

出版发行 中医古籍出版社

社址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印刷 北京金信诺印刷有限公司

开本 787mm × 1092mm 1/16

印张 39.5

字数 950 千字

版次 2014 年 2 月第 1 版 2014 年 2 月第 1 次印刷

印数 0001 ~ 2000 册

书号 ISBN 978-7-5152-0563-2

定价 72.00 元

新世纪高等中医药院校
中西医结合系列教材编委会

中西医结合传染病学

主 编 郭会军 杨建宇 刘志斌

副主编 (以姓氏笔画为序)

王丹妮 王志刚 王宏猷 刘华宝

许文学 李 芹 李领娥 沈安明

张晓伟 陈秀敏 姜丽娟 徐 芳

编 委 王春成 李杨(彦知) 李政伟

李鹏宇 陈莉华 杨剑峰

杨建强 张 炜 吴 涛

魏素丽

秘 书 易 珊 陆锦锐

新世纪高等中医药院校 中西医结合系列教材编审委员会

主任委员 邱德文

副主任委员 刘从明 吴元黔

委 员 (以姓氏笔画为序)

王世平	王农银	王庆福	王兆石	王承炎
刘从明	朱映祥	杨燕玲	吴元黔	邱德文
钟 华	鹿 涛	彭绍虞	彭雪红	虞广跃
翟厚明	黎 梅			

办公室主任 吴元黔 (兼)

办公室成员 吴元黔 彭雪红

前 言

为适应培养新世纪面向基层和农村的中西医结合本科及高等专科层次人才的需要,认真贯彻第三次全国教育工作会议精神,全面推进素质教育,我们在国家中医药管理局科技教育司的大力支持下,经有关办学单位共同协商,根据教育部《关于“十五”期间普通高等教育教材建设与改革的意见》精神,并结合我国中西部内陆省区的实际情况,决定组织编写本套系列教材,供各类高等中医、中西医结合临床专业本科及高等专科层次教学的需要。

2001年7月中旬,编写单位在贵州省贵阳市召开第一次工作会议,正式建立了本套教材的编审委员会,通过了实施方案,确立了编写本套教材的指导思想和目标是:

以邓小平教育理论为指导,配合“西部大开发”战略的实施,适应我国中西部内陆省区基层和农村卫生事业发展的需要,快速培养具有必备的中医药基础理论知识和较强实际工作能力的复合型实用人才,是组织编写本系列教材的指导思想。

教材是体现教学内容和教学方法的知识载体,是开展教学活动的基本工具,也是深化教育教学改革,全面推进素质教育,培养合格人才的重要保证。本系列教材要求保证质量,突出特色,强调在“必备”和“实用”上下功夫,在不破坏学科体系完整性的前提下,强调创新意识和实际应用能力的培养,尽可能体现中西医结合的方针。中、西医两套理论体系能够沟通的地方应尽量沟通,但也不要牵强附会。

本系列教材要有较宽的适应面,满足如本科及高中起点三年制农村中西医结合大专、初中起点五年制农村中西医结合大专、高等职业技术教育和成人教育中西医结合大专及自学考试培训、在职培训等多种形式中西医结合多层次人才培养的需要。

会议决定本套教材的编写教材科目为:《中医学基础》《中医诊断学》《方剂学》《中药学》《正常人体解剖学》《生理学》《病理学》《药理学》《免疫学与病原生物学》《诊断学基础》《中西医结合内科学》《中西医结合外科学》

《中西医结合妇产科学》《中西医结合儿科学》《中西医结合骨伤科学》《中西医结合五官科学》《针灸推拿学》《中药栽培学》《中药鉴定学》《中药炮制学》等共 20 部。

会后，编审委员会办公室按会议决定的工作计划向各参编单位发出通知，按规定的编写人员遴选条件要求请各单位推荐各门教材的主编、副主编、编委等编写人员，经反复协商和通讯评审，确定了各门教材的编写人员人选。

2001 年 10 月中旬，参编单位在贵州省贵阳市召开了第二次工作会议暨主编会议，由全国高等中医教育学会秘书长刘振民教授做了重要的报告，出版单位和编审委员会就有关事宜介绍了情况，全体主编副主编对有关事宜及《中西医结合骨伤科学》《中西医结合外科学》《生理学》《中医诊断学》等几门教材的编写计划、体例要求及样稿进行了认真细致的讨论，就有关具体问题的处理商定了统一的办法。

为了保证教材的编写质量和按时完成，本套教材决定实行主编负责制，并有部份教材由编审委员会聘请同行专家担任主审进行把关。为了适应教学的实际需要，我们对编写内容的确定、体例的设计等都做了一些改革，这些在各门教材中都有体现。教材改革是一个不间断的探索过程，不可能毕其功于一役。我们虽然尽可能地进行了一些试验性的探索，但由于学术水平，以及其他条件的限制，各门教材的水平还不完全一致，不可避免地还存在不少不足乃至错误之处，敬请广大师生及同行专家在使用过程中提出宝贵意见，以便在今后的修订中改进。

新世纪高等中医药院校

中西医结合系列教材

编审委员会 2002 年 3 月

编写说明

《中西医结合传染病学》是高等医药院校的临床基础课程，是对医药学本科和专科学学生进行临床素质教育的主要必修课程，尤其是对当今高等中医药院校的教育，更是不可或缺！

由于诸多原因，中医药学在急性传染病学学科上的学术优势和临床优势走向式微，几乎濒于失传成为绝学之危险困境，在慢性传染病学学科上的优势，也不被医药界认同和看好，并且似乎已经成为中医药学临床“软肋”。然而，中医药在新世纪初救治肆虐全世界的“非典”中，以其确切的、高效的、低死亡率的临床疗效，赢得了世界医学界对中医药学的尊重与首肯；中医药在当今救治漫延全球之艾滋病的显著疗效，得到了世界卫生组织的赞许，并且在全世界进行推广应用。为了使医药学大学生更全面了解、系统掌握中医药防治传染病的学科优势，以便将来能更好地服务于传染病的临床，编写本教材成为了必需，并且是应运而生！

本教材分总论、各论、附篇。总论是基本概念和基本理论，各论是中西医诊疗常见传染病的基础理论和基本操作，附篇是教学参考大纲和参考文献汇编。

在内容的编排方面，有一点是本教材的靓点。“非典”即“传染性非典型肺炎”，排在了本教材“各论”部分第一章的第一节，即是本书的“第一病”，第二病就是“人禽流感”，第三病是“艾滋病”，这在其他传染病类书中几乎是见不到的。这3个传染病恰恰是中医药治疗临床疗效显著，并且是彰显中医传染病学学科优势的病种，这样编排也体现了本书及时把握中西医结合诊疗传染病科研前沿，吸收最新理论、最新成果的编写思路和原则，对提高广大高等医药院校学生对中医防治传染病的认知有积极的促进作用。

本教材可供全国高等医药院校西医临床、西药、预防医学、口腔医学、中医、中药、针灸推拿、正骨、中西医结合等专业学生选择使用。考虑到目前高等医药院校教学的实际情况，建议使用本教材参考教学时数以60~160课

时为宜，应根据不同专业，考虑安排学生重点自学不同的内容，也可以通过专题讲座和讨论等不同的教学形式，以保证教学效果。由于《中西医结合传染病学》是临床基础课程，因此，与临床融合之教学方式，也是值得探讨的。

值得说明的是，由于我国医学临床分科和教学的课程设置，有许多医药大学生对传染病知识的了解十分欠缺，甚至对传染病有恐惧感，对传染病人更是“退避三舍”，这严重影响了我国传染病学学科的发展，中医药院校欠缺更多，自新中国创立中医药高等教育以来，由于传染病学学科没有被独立分列，相关知识被分散在“温病学”、“内科学”、“伤寒杂病论”中讲授，而大多没被重视，中医药几乎被拒绝在防治传染病大门之外，中医药院校的学生几乎都不会诊疗传染病，中医传染病学学科这种被动的发展困境必须尽快得到扭转和改善，否则，将会严重影响中医药学科的发展。

近年来，由于中医药在防治传染病方面屡建奇功，中医药学得到空前发展，中医传染病学学科发展的春天来到了！中医传染病学学科的壮大发展指日可待！学科发展，人才先行。因此，编写教材是培养中医传染病学学科人才之必需。在“新世纪高等中医药院校中西医结合系列教材”编审委员会的支持、领导下，在刘从明副主任、社长的直接指挥下，编写了这本集众多中西医临床医学专家智慧和多所中西医院校教学经验为一体的《中西医结合传染病学》，以适用于中医药院校和西医院校之教学试用。

编写《中西医结合传染病学》教材，既没有现成的模式，又没有足够的资料，加之，参加编写的人员来之全国各高等中医药院校及附属医院和科研机构，都是利用教学、科研、临床之余，放弃休息时间，加班加点编写，时间紧迫，任务繁重，再加之各编写人员水平不一，书中肯定存在不少问题，敬请各位同仁和广大师生在教学、临床中，发现问题，提出意见，批评指正，以便进一步修订和完善，为中医传染病学学科的发展增砖添瓦！

中西医结合传染病学编委会

2012年12月

目 录

总 论

第一节	概述	(1)
第二节	感染与免疫	(5)
第三节	传染病的发病机制	(8)
第四节	传染病的流行过程及影响因素	(9)
第五节	传染病的特征	(10)
第六节	传染病的诊断	(12)
第七节	传染病的治疗	(22)
第八节	传染病的预防	(36)

各 论

第一章	病毒感染	(44)
第一节	传染性非典型肺炎	(44)
第二节	人禽流感	(51)
第三节	艾滋病	(56)
第四节	流行性感冒	(64)
第五节	病毒性肝炎	(74)
第六节	病毒性胃肠炎	(98)
第七节	流行性乙型脑炎	(105)
第八节	脊髓灰质炎	(117)
第九节	狂犬病	(127)
第十节	麻疹	(134)
第十一节	水痘及带状疱疹	(148)
第十二节	流行性腮腺炎	(157)
第十三节	肾综合征出血热	(164)
第十四节	登革热	(181)
第十五节	传染性单核细胞增多症	(191)

第二章 立克次体病	(200)
第一节 流行性斑疹伤寒	(200)
第二节 地方性斑疹伤寒	(207)
第三节 恙虫病	(211)
第三章 细菌感染	(217)
第一节 鼠疫	(217)
第二节 霍乱	(223)
第三节 细菌性痢疾	(234)
第四节 伤寒与副伤寒	(244)
第五节 细菌性食物中毒	(255)
第六节 弯曲菌肠炎	(268)
第七节 布氏杆菌病	(273)
第八节 炭疽	(281)
第九节 白喉	(287)
第十节 百日咳	(297)
第十一节 猩红热	(307)
第十二节 流行性脑脊髓膜炎	(317)
第十三节 肺结核	(328)
第四章 螺旋体病	(346)
第一节 钩端螺旋体病	(346)
第二节 回归热	(357)
第五章 原虫感染	(363)
第一节 疟疾	(363)
第二节 阿米巴病	(376)
第三节 黑热病	(390)
第四节 弓形虫病	(398)
第六章 蠕虫感染	(406)
第一节 血吸虫病	(406)
第二节 并殖吸虫病	(418)
第三节 华支睾吸虫病	(423)
第四节 肠绦虫病	(432)
第五节 姜片虫病	(435)
第六节 丝虫病	(441)
第七节 钩虫病	(452)
第八节 蛔虫病	(459)
第九节 蛲虫病	(467)
第十节 旋毛虫病	(471)

第十一节 囊尾蚴病	(477)
第十二节 棘球蚴病	(484)
第十三节 蠕虫幼虫移行症	(491)
第七章 性传播疾病	(499)
第一节 淋病	(499)
第二节 梅毒	(514)
第三节 滴虫病	(533)
第四节 阴虱	(538)
第五节 生殖器疱疹	(543)
第六节 生殖器念珠菌病	(550)
第七节 腹股沟肉芽肿	(555)
第八节 软下疳	(562)
第八章 医院内感染	(574)
附录	(580)
附录一 中西医结合传染病学教学大纲	(580)
附录二 中华人民共和国传染病防治法	(589)
附录三 突发公共卫生事件应急条例	(601)
附录四 突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法	(607)
附录五 传染病的潜伏期、隔离期与观察期	(613)
附录六 卫生部关于法定传染病疫情和突发公共卫生事件信息发布方案	(616)
参考文献	(619)

总 论

第一节 概 述

一、“疫病”与“传染病”的概念

传染病 (communicable diseases) 是由各种病原微生物 (朊毒体、病毒、衣原体、支原体、立克次体、细菌、螺旋体等) 和寄生虫 (原虫、蠕虫) 感染人体后产生的一组具有传染性的疾病。病原微生物和寄生虫统称为病原体, 其所致疾病为感染性疾病 (infectious diseases), 其中有传染性的疾病称为传染病。传染病流行, 对人民的生命健康和国家经济建设有极大危害性。

古代称传染病为疫、疫病、温疫、温病、伤寒等。疫病是指感受疫疠之邪而引起的具有传染性并能造成流行的一类疾病, 属外感病的范畴。中医学认为瘟疫的病因是疫毒, 与“非时暴寒”“非节之气”密切相关, 多认为是受到“时行乖戾之气”, 也就是带有致病因素不正常的邪气伤害所致。

二、中医疫病发展概况

据史料记载, 从先秦到民国时期发生的疫病流行不计其数。最早的文献记载见于公元前 243 年的先秦时期。公元 16 年西汉时期疫病流行, 死亡者达到十之六七, 汉代曹植在《说疫气》中真实、生动地描述了疫病流行的悲惨情景, 如“疠气流行, 家家有僵尸之痛, 室室有号泣之哀。”1232 年战乱后发生的疫病流行是我国历史上疫病死亡人数最多的一次, 据记载这次流行共造成了约百万人的死亡。据不完全统计, 清代发生疫病流行达 300 多次, 平均不到 1 年就有 1 次, 而每次疫病的发生都会有成千上万人的死亡。直到中华人民共和国成立以前, 我国传染病的流行仍然十分严重, 如 1932 年霍乱的流行, 患病者达 10 多万人, 死亡者达 3 万人以上。

在与疫病的不懈斗争过程中, 我国历代医家都取得了巨大的成就。如东汉著名医家张仲景, 勤求古训, 博采众方, 著成《伤寒杂病论》十六卷。东汉时期社会动荡, 战争频繁, 疫病流行。张仲景之宗族亦遭此横祸, 有“向余二百, 建安纪年以来, 犹未十稔, 其死亡者, 三分有二, 伤寒十居其七”的记载。晋代葛洪 (公元 278 ~ 339 年) 所著《肘后方》指出: “伤寒、时行、温疫三名同一耳。”隋代巢元方《诸病源候论》(公元 610) 则指出: “时行病者, 是春时应暖而反寒, 夏时应热而反冷, 秋时应凉而反热, 冬时应寒而反温, 此非其时而有其气, 是以一岁之中, 病无长少, 率相似者, 此则时行之气也。”金元时期, 刘完素 (字守真, 公元 1120 ~ 1200 年) 根据当时热性病流行的特点, 提出伤寒与温病不同的见解。

清代叶天士 (名桂, 号香岩, 公元 1667 ~ 1746 年), 在总结前人的基础上提出了完整的温病学说, 为清代温病学发展作出了巨大贡献。叶氏在《温热论》中论述了其辨别

卫气营血外，还对舌诊、验齿、斑疹等有独到见解。吴鞠通（名瑭，公元 1736 ~ 1820 年）所著《温病条辨》对温病的发病原理及辨证论治加以充实和完善，使温病学说更加完整和系统。我国传统的医学文献对多种传染病，如天花、麻疹、鼠疫等均有较为详细的记载。我国医家早已认识到诸多传染病，如疹、痘、斑毒等是由于感染时行之气和厉气所致；许多肠道传染病是由于食用不洁的食物、水或病死的兽肉所致；皮肤传染病是由虫、风所致，并有其一套完整的理论体系、诊断方法和辨证论治法则，且至今仍然行之有效。如早在《神农本草经》中就有常山治疗疟疾，白头翁、黄连治疗痢疾，水银和硫磺治疗癣等皮肤病的记载。除此之外，中医对人工主动免疫法也作出了巨大的贡献。据清代俞茂鲲《痘科金镜赋集解》记载：“又闻种痘法起于明朝隆庆年间（公元 1567 ~ 1572 年）。”可见我国很早已经用种痘法预防天花，此法在 17 世纪传入欧洲，比英国医师琴纳（Jenner）在 1798 年发明用牛痘预防天花早 200 年。

三、中西医结合治疗传染病的概述

症、病、证是中医学中重要的医学概念，从发生学的角度而言，中医首先认识的是零散的症候即症状和体征，随着临床实践的不断积累，人们逐渐认识到症候之间的内在联系和发展规律，从而逐步建立起中医“疾病”、“证候”的概念。症是指疾病具体的临床表现（症状和体征），即在疾病过程中患者自我感觉不适的主诉和医者通过诊察而获取的客观体征，如发热、咳嗽、头痛、眩晕、腰酸和疲乏无力等等；病是指具有特定病因、病机、发病形式、发展规律及转归的一个完整病理过程，如感冒、痢疾、疟疾、麻疹等等；证是指在疾病发展过程中，某一阶段的病理概括，它包括病的病位、病性、病因、邪正关系等，反映了疾病发展过程中该阶段的病理变化。由于病是指疾病的全过程，而证是反映疾病在某一特定阶段的病理变化实质，所以证比病更具体、更贴切、更具有可操作性。至于症，仅仅是疾病的外在表现，对疾病的反映，不如证深刻和准确，因而证比症更能反映疾病的实质。疾病是一纵向的时空综合体，证候则是疾病某一时相的横断面。疾病状态下，病的本质从根本上规定着证的变动和表现形式，而证仅代表病变某一阶段的主要矛盾。所谓“辨证”，就是将四诊（望、闻、问、切）所获得的资料（症状和体征），通过分析、综合，辨清疾病的原因、性质、部位以及邪正之间的关系，概括判断为某种性质的“证”，它能够更具体、更全面、更深刻地提示出疾病的本质，为临床治疗提供可靠的信息和依据。“辨病”即辨别疾病的种属，确定一个相应的病名。“病”是“证”的基础，“证”是“病”的产物和病机的真实反映；“病”带有普遍性，“证”带有特殊性。“辨病”是对疾病发展整个过程中纵向的宏观认识，从而有利于抓住疾病的基本病理变化；辨证是对疾病发生发展过程中某一阶段横断面的微观认识，以便于掌握疾病在特定时期的内在病机。因此，病可以概括证，证能够说明病，二者密切相连，不可分割。

由于历史的局限性，中医传统的传染病病名多以主诉症状命名，疾病概念互有交叉，病、症、证难以区分，现有病名存在诸如分类甚多、方法不一、病名繁杂等现象，不利于中医传染病的进一步发展。西医传染病临床多借助于现代医学先进技术手段，运用生化、放免、影像、分子生物学等方法，对病变机体的病理生理状态进行更精确和直观的认识，对疾病有了更加直观的了解，对于疾病的系统诊疗及预后把握性增强。很多疾病在其临床症状显现之前，其理化检测指标已发生了明显的变化，这也为许多疾病的早期发现、

早期治疗提供了有利时机。利用现代医学丰富的诊断方法做到对疾病客观准确的认识,确定疾病的病因,从而对病人情况做到全面掌握,即为现代医学意义上的诊病。西医诊病拓宽和延伸了传统“四诊”的视野,而且在某种程度上提高了中医临床诊治水平。历来中医治病,不是通过辨病来决定处方,也不以咳嗽、发热等个别症状去对症治疗,而是通过辨证分析疾病而确定为何证来处方遣药。临床上辨证的正确与否,直接关系到治疗的效果,然而,辨证论治自身存在着复杂的多重因素,定量性可检测的参数较少,它易受假象干扰,易受主观因素的影响。辨证论治对人体微观层次的认识受有一定限制,对某些已有器质性变化的疾病,因代偿而尚未表现出功能异常或者尚无症状者,在法律诊断上、劳动力鉴定上尚缺乏明确标准,难以适应当前临床诊疗学的需求。这些问题具体表现在无证可辨,即有些疾病的早期,已有器质性病变,却表现为隐匿状态而无法获知。如乙型肝炎表面抗原阳性,若无化验诊断,依靠四诊无以确立,又如慢性肝炎、慢性肾炎等病经过治疗,症状消失,但化验仍有阳性指标。在传染病诊疗过程中,西医诊病尤为重要,尤其是明确病原微生物、疾病分期等,对传染病的防治是必不可少的。

在传染病临床诊断上,中医所谓“痢疾”是以“下利红白,里急后重”为主症而立,因此,包括西医的某些疾病,如“直肠癌”等也可出现此症,而西医诊断“痢疾”则通过症状分析,大便检验或培养找到“痢疾杆菌”后才能诊断。又如中医所谓“黄疸”是以“目黄、身黄、小便黄”为主症而立,也包括西医的某些病,如“病毒性肝炎急性黄疸型”等均可出现此症,因此“黄疸”西医指症状,中医则指病名。中西医显然对疾病的诊断不同,但各有所长。如对某些疾病如癌症、结核病的早期发现,或慢性病毒性肝炎临床治疗效果的评定等必须借助于西医的特殊检查方法才能实现,从而弥补中医诊断上的不足。因此,只有通过中医辨证与西医诊病相结合才能解决这些矛盾。取西医之长,补中医之短,既能提高中医疗效,又可避免中医病名诊断带来的不便。中医可以在临床中运用西医病名进行诊断,启示中医辨证的方向,用辨证论治来弥补西医诊病的不足,为治疗新发传染病及疑难病症,打开希望之门,使病人无论患有多么难治的疾病,都可以得到合理的治疗。此外,传统中医辨证是建立在“脉症”基础之上,如果病人尚未出现病理性脉象和症状,就会无证可辨。传统的辨证论治对于这种情况往往束手无策,这是由传统中医长于宏观而拙于微观的历史局限所造成,这说明深入微观领域是中医传染病学现代化的必由之路。目前,在中医界借助现代医学检测手段进行诊断,如果明确诊断患者所患的疾病,则虽无证可辨,至少可依据该病的基本矛盾所反映出的疾病的基本性质而施治。例如,当慢性肝炎患者的临床症状不明显时,可以根据其正气亏虚、湿热毒邪损伤肝胆,犯及脾胃的基本病理性质而给予扶助正气、清利湿热毒邪、疏肝补脾之法治疗。又如乙肝或乙肝病毒携带者,初期很大一部分病人无证可辨,须根据西医微观检查来诊断疾病,之后再从中医角度审视其基本病机,按病论治,应用扶正祛邪、清热解毒法而取效,故西医诊病与中医辨证相结合诊治传染病,方能得到满意效果。

西医诊病与辨证论治结合诊治传染病最常用的方法是西医予以诊断,中医辨证分析,得出客观、正确结论,而后制定相应的治疗方案。中医辨证是以六经、卫气营血、三焦辨证纲领为主,结合病因、八纲、脏腑辨证等综合方法来完成传染病的分期、分型辨证的。西医诊病是用某些生理、生化指标作为描述证的客观指标。以艾滋病为例,该病可见不明原因的发热及呼吸系统、消化系统、中枢神经系统的多种症候,病理过程可概括为外感疾

病及内伤疾病两种情况，外感疾病即是感受疫毒之邪导致卫气营血及三焦所属脏腑功能失常和实质损害所产生的病理变化。证型可有阳明热盛、热陷营血、热盛痰蒙、肝风内动等。内伤疾病即是脏腑、气血、阴阳虚衰的传变过程。证型可有肺胃阴虚、心脾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、肾阴阳两虚等。同时检测抗-HIV 抗体及血 T_4 减少、 T_4 与 T_8 比例倒置及免疫球蛋白 G 和 A 升高均为艾滋病的诊断要点。再如各型病毒性肝炎是现代医学病名，其认识是建立在细胞学、组织学、免疫学等微观研究的基础之上，在按中医湿热疫毒蕴结肝胆进行辨证的同时，依据微观检测指标使用降酶、改善蛋白代谢、抗纤维化、抗病毒、调节免疫功能的药物常可提高疗效。在治疗重症肝炎时，依据检测微循环障碍而重用活血化瘀药，治愈率及存活率可明显提高。不同的传染病常可出现同样的症候，如湿热性泄泻可见于轮状病毒（HRV）引起的婴幼儿腹泻、艾滋病的顽固性腹泻及某些肝炎患者的病程中；疯牛病及艾滋病均可见神昏及四肢抽搐等热陷心包、肝风内动证等，则又应辨证与诊病相结合，一方面异病同治，一方面采用专病、专方、专药进行针对性治疗，常可收到事半功倍之效。

传染病临床诊疗辨证论治固然重要，而诊病的重要性可以说在“证”之上，有病才有证，证是在病之后才产生的。即使异病而同证，它的病理变化、发展转归也是有差别的，因此用药也不相同。如临床常见的湿热黄疸，是属于中医“黄疸”病中的湿热证型，但从现代微观诊病中又可有肝胆疾病及其他疾病引起之不同，其证虽同，但病不一，根据微观检测，他们的基本病机有所不同，所以用药也就不同。若因肝炎引起的黄疸则多用茵陈、栀子、黄柏等清热利湿退黄药；若因胆囊炎、胆石病引起的黄疸则要重用金钱草、大黄、枳壳、郁金、黄芩等清热利胆排石退黄方。所以，传染病的用药既要根据辨证，又要根据诊病才能取得更好的疗效，微观诊病的重要性也由此可略见一斑。但须指出，诊病与辨证相结合不是简单的西医诊病中医辨证分型的相结合，而是通过现代医学微观检查、观察，来判断和辨别疾病。诊病的目的主要在于从微观的水平上认识疾病的基本病因和发展的总趋势，然后根据中医基本病机确定该病的基本治则，并在此基础上配合传统的宏观辨证区别患者的个体差异进行个体化治疗。所以，将中医的辨证与西医的诊病相结合应用于传染病的诊治，两种医学取长补短，互相渗透，互相补充。只有这样才能更准确地把握病情，提高治疗效果。

总之，单纯强调中医辨证而忽视西医诊病的中医治疗模式显然不能适应当今诊治疾病的需要和医学发展的形势。因此，在发展中医传染病学过程中，必须对传统中医诊治疾病的方法进行拓升，以适应当今临床实际的需要。其中尤为重要，是将西医诊病与中医辨证结合起来，这是中医临床工作的趋向。中医完全可以借用现代医学病名进行诊病，在明确了疾病的基本矛盾（包括中、西医学所认识的基本病理性质）之后再行辨证论治，或在专病专方的基础上随证加减治疗。这是当今中医临床工作行之有效的方法。这样，既掌握了反映疾病基本矛盾的“病”，又把握了反映疾病主要矛盾的“证”；既重视了微观层次，又强调了宏观联系；既明确了局部要素的细节，又注意了机体作为系统整体的特性；既有利于中医现代化，又促进了中西医学的结合，提高了中西医临床研究的质量和水平。

第二节 感染与免疫

一、感染的概念

病原体侵入机体，削弱机体防御机能，破坏机体内环境的相对稳定性，且在一定部位生长繁殖，引起不同程度的病理过程，称为感染（infection）。表现有临床症状者为传染病。感染在机体内的发生、发展与转归的过程，称为感染过程。构成感染过程需要三个条件，即病原体的致病性、机体的反应性、外界环境的影响。

二、感染过程的表现

在人出生后的一生中所发生无数次感染，每一次病原体侵入机体，都会引起机体不同程度的反应，在机体与病原体相互作用中，可出现5种不同程度的表现。

1. 病原体被消灭或排出体外 病原体侵入人体后，在入侵部位被消灭，如皮肤粘膜的屏障作用，胃酸的杀菌作用，组织细胞的吞噬及体液的溶菌作用。或通过局部的免疫作用，病原体从呼吸道、肠道或泌尿道排出体外，不出现病理损害和疾病的临床表现。

2. 病原携带状态（Carrier infection） 包括带菌、带病毒及带虫状态。这些病原体侵入机体后，存在于机体的一定部位，虽可有轻度的病理损害，但不出现疾病的临床症状。病原携带有两种状态，一是无症状携带，即客观上不易察觉的有或无轻微临床表现的携带状态；二是恢复期携带，亦称病后携带，一般临床症状已消失，病理损伤得到修复，而病原体仍暂时或持续寄生于体内。由于携带者向外排出病原体，成为具有传染性的重要传染源。

3. 隐性感染（inapparent infection） 亦称亚临床感染（Subclinical infection）是指机体被病原侵袭后，仅出现轻微病理损害，而不出现或出现不明显的临床症状，只能通过免疫检测方能发现的一种感染过程，流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、登革热、乙型肝炎等均有大量隐性感染的存在。

4. 潜在性感染（latenceinfection） 是指人体内保留病原体，潜伏一定部位，不出现临床表现，病原体也不被向外排出，只有当人体抵抗力降低时，病原体则乘机活跃增殖引起发病。疟疾、结核有此等表现。麻疹后，病毒可长期潜伏于中枢神经系统，数年后发病，成为亚急性硬化性全脑炎。

5. 显性感染（apparent infection） 病原体侵入人体后，因免疫功能的改变，致使病原体不断繁殖，并产生毒素，导致机体出现病理及病理生理改变，临床出现传染病特有的临床表现，则为传染病发作。

三、感染过程中病原体的作用

感染过程中，病原体起重要作用，它的致病作用表现如下几方面。

1. 病原体的毒力（Virulence） 病原体的毒力是指病原体的侵袭力，即是病原体在机体内生长，繁殖，蔓延扩散的能力。有的通过细菌的酶如金葡球浆凝固酶，链球菌的透明质酸酶，产气荚膜杆菌的胶原酶等起作用；有的通过荚膜阻止吞噬细胞的吞噬；有的通过菌毛粘附宿主组织。病原体产生内外两种毒素，通过毒素产生杀伤作用。外毒素包括神