

农村

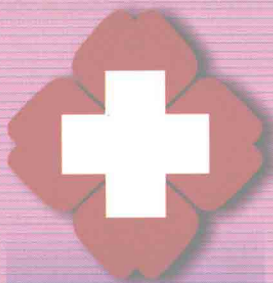
临床诊疗适宜技术丛书

传染病篇

CHUANRANBING PIAN

中日合作

安徽省初级卫生保健技术培训项目办公室



合肥工业大学
出版社

传染病篇

中日合作

安徽省初级卫生保健技术培训项目办公室

合肥工业大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

农村临床诊疗适宜技术丛书. 6, 传染病篇/中日合作安徽省初级卫生保健
技术培训项目办公室编. —合肥: 合肥工业大学出版社, 2004. 7

ISBN 7-81093-103-2

I. 农… II. 中… III. ①临床医学②传染病—诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 071298 号

传 染 病 篇

责任编辑 权 怡

出 版: 合肥工业大学出版社
地 址: 合肥市屯溪路 193 号
电 话: 总编室: 0551-2903038 发行部: 0551-2903198
版 次: 2004 年 8 月第 1 版 2004 年 8 月第 1 次印刷
开 本: 889×1194 1/32
总 印 张: 84(本册印张: 6)
总 字 数: 2100 千字(本册字数: 151 千字)
发 行: 全国新华书店
印 刷: 安徽国文彩印有限公司
邮 编: 230009
网 址: www.hfutpress.com.cn E-mail: press@hfutpress.com.cn
标准书号: ISBN 7-81093-103-2/R·8
本套定价: 144.00 元(共 12 册) 本册定价: 12.00 元

如有影响阅读的印装质量问题, 请与出版社发行部联系调换

《农村临床诊疗适宜技术丛书》

编审委员会

主 任：高开焰

副主任：权循珍 福原毅文

委 员：(以姓氏笔画顺序排列)

王宇铭	尹惠萍	叶宜德	孙敬武
仲学锋	李 旭	杨 斌	沈佐君
罗 珏	钱元太	徐伏牛	曹云霞
都鹏飞	颜雨春		

主 编：李 旭

编写人员：(以姓氏笔画顺序排列)

李 旭 李家斌

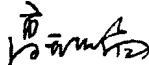
序(一)

从1999年8月开始,在我国科学技术部和卫生部的积极支持下,我省与日本政府通过JICA(日本国际协力机构)开展了为期五年的“安徽省初级卫生保健培训项目”的技术合作。项目的重点是对农村卫生人才的培训,包括师资的培训和管理人员、技术人员的培训。培训对象是已经在岗的卫生管理和技术人员,目的是进一步提高他们的工作能力和水平,使农村居民能够享受到较高水平的初级卫生保健服务。

在项目的实施过程中,安徽省卫生厅与JICA长期专家组共同组织专家编写了一套适合项目培训使用的系列教材。在五年的使用过程中,我们广泛地听取了教师和学员们的意见和建议,并组织有关专家进行了必要的修改和完善,现正式出版。

我们希望本套书的出版能满足广大农村基层卫生管理干部和卫生技术人员学习的需求,有助于读者巩固基本理论、提高基本技能、更新专业知识结构、提高管理能力和服务能力,并能为推进新一轮初级卫生保健工作做出一定的贡献!

日本驻安徽省的长期专家、短期专家和省内、国内的一些知名临床及公共卫生专家教授都为这套教材的编写倾注了大量心血。日本JICA为这套教材的编写、印刷和出版提供了必要的经费支持,省科学技术厅的有关同志也为这套教材的编写献计献策,在此,我代表编审委员会,向他们表示衷心的感谢!

安徽省卫生厅 

2004年4月于合肥

序(二)

日本国际协力机构(JICA)与中国安徽省合作的初级卫生保健培训项目实施以来,取得了很多成果,如编写培训教材;培训农村卫生技术骨干和管理干部;改善农村卫生院的诊疗设备;开展健康教育等。其中,合作编写的这套系列教材是项目中最重要、最显著的成果之一。这套教材2000年时就已经编成讲义,经过五年的使用,在不断听取学员和授课教师意见的基础上,做了大量的修改,结合中国农村卫生改革的新形势和新政策,进行了重新编写。目前,已经比较完善,故正式出版。

我作为日方的专家组长,对教材的编写和修改工作,提出了一些适用的意见。同时,我也深深感受到中国专家和安徽省卫生厅的相关领导对这项工作的重视。所以,这套教材的水平还是可以的,内容上比较适合安徽省甚至全中国农村卫生技术人员和管理人员学习。

希望安徽省甚至全中国农村卫生技术人员和管理人员都喜欢使用这套教材,在学习中不断吸取有用知识,掌握适用的技术,并对教材提出宝贵意见和建议。

我代表日方专家组对教材的出版表示祝贺,对编写人员的劳动表示感谢!

日方专家组长 福原毅文

2004年4月于合肥

前 言

我国大部分人口在农村,全民的健康重点和卫生工作重点也应该在农村。而我国目前的国情是农村与城市的医疗设备与技术水平差距较大,因此,编写一套适合农村医疗服务人员的实用参考书籍显得尤为重要和迫切。安徽省卫生厅与日本国际协力机构(JICA)合作,组织我省各级医院与高校的医学界有关专家与教授,编写了这套农村临床诊疗适宜技术丛书。编写这套丛书的宗旨是:用简洁明了,通俗易懂的写作方法,使图书内容具有实用性、针对性与可操作性,适合作为乡、镇、村级医疗机构人员学习与参加职业医师考试的参考书籍。

传染病仍然严重威胁着广大人民群众的健康,新发生的传染病也是我们面临的严重的公共卫生问题。本书按常见病、多发病为主的原则,增加了部分新内容,尤其是近年来有关传染病诊断和治疗的新进展。

全书共分四章,按病毒性传染病、细菌性传染病、其他传染病、寄生虫病顺序编写,基本上涵盖了传染病的常见病与多发病。

由于编写时间仓促,遗漏、错误和不足之处在所难免,希望读者批评指正。

李 旭
2004 年 5 月

目 录

第一章 病毒性传染病	(1)
第一节 病毒性肝炎.....	(1)
第二节 流行性感冒	(12)
第三节 流行性腮腺炎	(15)
第四节 麻疹	(19)
第五节 水痘	(24)
第六节 流行性乙型脑炎	(26)
第七节 流行性出血热	(34)
第八节 狂犬病	(49)
第九节 艾滋病	(52)
第十节 风疹	(55)
第十一节 传染性非典型肺炎	(59)
第二章 细菌性传染病	(63)
第一节 霍乱	(63)
第二节 细菌性痢疾	(68)
第三节 细菌性食物中毒	(77)
第四节 流行性脑脊髓膜炎	(82)
第五节 白喉	(90)
第六节 百日咳	(95)
第七节 猩红热	(97)
第八节 伤寒与副伤寒.....	(101)
第九节 肺结核病.....	(109)
第十节 败血症.....	(124)

第三章 其他传染病	(133)
第一节 疟疾.....	(133)
第二节 阿米巴痢疾.....	(143)
第三节 钩端螺旋体病.....	(146)
第四章 寄生虫病	(154)
第一节 血吸虫病.....	(154)
第二节 肺吸虫病.....	(162)
第三节 肝吸虫病.....	(163)
第四节 姜片虫病.....	(165)
第五节 丝虫病.....	(166)
第六节 钩虫病.....	(170)
第七节 蛔虫病.....	(173)
第八节 蛲虫病.....	(174)
第九节 绦虫病.....	(177)
第十节 鞭虫病	(179)



第一章 病毒性传染病

第一节 病毒性肝炎

病毒性肝炎(viral hepatitis)是由多种不同肝炎病毒,包括甲型肝炎(hepatitis A)、乙型肝炎(hepatitis B)、丙型肝炎(hepatitis C)、丁型肝炎(hepatitis D)及戊型肝炎(hepatitis E)病毒等引起的一组以肝脏损害为主的传染病。临床表现主要是食欲减退、疲乏无力及肝功能异常,部分病例出现发热及黄疸,但多数为无症状感染者。乙型肝炎和丙型肝炎易发展为慢性,少数患者可发展为肝硬化,极少数病例可呈重型肝炎的临床过程。乙型肝炎病毒(HBV)感染及丙型肝炎病毒(HCV)感染均与原发性肝细胞癌的发生有着密切关系。

一、诊断标准

病毒性肝炎的临床表现复杂,切忌主观片面地只依靠某一项或某一次检查异常即作出诊断,应根据流行病学史、临床症状和体征、实验室及影像学检查结果,并结合患者具体情况及动态变化进行综合分析,做好鉴别。然后根据肝炎病毒学检测结果做出病原学诊断,最后确诊。

【临床诊断】

1. 临床分型

- (1)急性肝炎 分为急性无黄疸型和急性黄疸型。
- (2)慢性肝炎 分为轻度、中度和重度。



(3)重型肝炎 分为急性重型肝炎、亚急性重型肝炎和慢性重型肝炎。

(4)淤胆型肝炎。

(5)肝炎肝硬化。

2. 各型肝炎的临床诊断依据

(1)急性肝炎：

①急性无黄疸型肝炎：应根据流行病学史、临床症状、体征、化验及病原学检测结果综合判断，并排除其他疾病。

A. 流行病学史：如密切接触史和注射史等。密切接触史是指与确诊病毒性肝炎患者（特别是急性期）同吃、同住、同生活或经常接触肝炎病毒污染物（如血液、粪便）或有性接触而未采取防护措施。注射史是指在半年内曾接受输血、血液制品及未经严格消毒的器具注射药物、免疫接种和针刺治疗等。

B. 症状：指近期内出现的、持续几天以上但无其他原因可解释的症状，如乏力、食欲减退、恶心等。

C. 体征：指肝肿大并有压痛、肝区叩击痛，部分患者可有轻度脾肿大。

D. 化验：主要指血清 ALT 升高。

E. 病原学检测阳性：化验阳性，且流行病学史、症状和体征三项中有两项阳性或化验及体征（或化验及症状）均明显阳性，并排除其他疾病者可诊断为急性无黄疸型肝炎。单项血清 ALT 升高，或仅有症状、体征，或有流行病学史及 B、C、D 三项中有一项阳性者，均为疑似病例。对疑似病例应进行动态观察或结合其他检查（包括肝组织病理学检查）做出诊断。疑似病例如病原学诊断阳性，且除外其他疾病者可确诊。

②急性黄疸型肝炎：符合急性肝炎诊断条件，血清胆红素大于 $17.1\mu\text{mol/L}$ ，或尿胆红素阳性，并排除其他原因引起的黄疸时，可诊断为急性黄疸型肝炎。

(2)慢性肝炎：急性肝炎病程超过半年，或原有乙型、丙型、丁



型肝炎或 HBsAg 携带史,本次又因同一病原再次出现肝炎症状、体征及肝功能异常者可以诊断为慢性肝炎。发病日期不明或虽无肝炎病史,但肝组织病理学检查符合慢性肝炎,或根据症状、体征、化验及 B 超检查综合分析,亦可作出相应诊断。为反映肝功能损害程度,慢性肝炎临床上可分为:

①轻度:临床症状、体征轻微或缺如,肝功能指标仅 1 项或 2 项轻度异常;

②中度:症状、体征、实验室检查居于轻度和重度之间;

③重度:有明显或持续的肝炎症状,如乏力、纳差、腹胀、尿黄、便溏等,伴有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、脾大,并排除其他原因,且无门静脉高压症者。实验室检查血清 ALT 和(或)AST 反复或持续升高,白蛋白降低或 A/G 比值异常、丙种球蛋白明显升高。

除前述条件外,白蛋白 $<32\text{g/L}$,胆红素大于 5 倍正常值上限、凝血酶原活动度 $60\%\sim40\%$,胆碱酯酶 $<2\,500\text{U/L}$,四项检测中有一项达上述程度者即可诊断为重度慢性肝炎。

B 超检查结果可供慢性肝炎诊断的参考:

①轻度:B 超检查肝脾无明显异常改变。

②中度:B 超可见肝内回声增粗,肝脏和/或脾脏轻度肿大,肝内管道(主要指肝静脉)走行多清晰,门静脉和脾静脉内径无增宽。

③重度:B 超检查可见肝内回声明显增粗,分布不均匀;肝表面欠光滑,边缘变钝,肝内管道走行欠清晰或轻度狭窄、扭曲;门静脉和脾静脉内径增宽;脾脏肿大;胆囊壁增厚,有时可见“双环状”。

(3)重型肝炎:

①急性重型肝炎:以急性黄疸型肝炎起病,2 周内出现极度乏力,消化道症状明显,迅速出现 II 度以上(按 IV 度划分)肝性脑病,凝血酶原活动度低于 40% 并排除其他原因,肝浊音界进行性缩小,黄疸急剧加深;或黄疸很浅,甚至尚未出现黄疸,但有上述表现者均应考虑本病。

②亚急性重型肝炎:以急性黄疸型肝炎起病,15 天至 24 周出



现极度乏力,消化道症状明显,同时凝血酶原时间明显延长,凝血酶原活动度低于 40% 并排除其他原因,黄疸迅速加深,每天上升 $17.1\mu\text{mol/L}$ 或 $17.1\mu\text{mol/L}$ 以上,或血清总胆红素大于正常值的 10 倍。首先出现Ⅱ度以上肝性脑病者,称脑病型(包括脑水肿、脑疝等);首先出现腹水及其相关症候(包括胸水等)者,称为腹水型。

③慢性重型肝炎:其发病基础有:

A. 慢性肝炎或肝硬化病史;

B. 慢性乙型肝炎病毒携带史;

C. 无肝病史及无 HBsAg 携带史,但有慢性肝病体征(如肝掌、蜘蛛痣等)、影像学改变(如脾脏增厚等)及生化检测改变者(如丙种球蛋白升高,白/球蛋白比值下降或倒置);

D. 肝穿刺检查支持慢性肝炎;

E. 慢性乙型或丙型肝炎,或慢性 HBsAg 携带者重叠甲型、戊型或其他肝炎病毒感染时要具体分析,应排除由甲型、戊型和其他型肝炎病毒引起的急性或亚急性重型肝炎。慢性重型肝炎起病时的临床表现同亚急性重型肝炎,随着病情发展而加重,达到重型肝炎诊断标准(凝血酶原活动度低于 40%,血清总胆红素大于正常值的 10 倍)。

为便于判定疗效及估计预后,亚急性重型和慢性重型肝炎可根据其临床表现分为早、中、晚三期:

①早期:符合重型肝炎的基本条件,如严重乏力及消化道症状,黄疸迅速加深,血清胆红素大于正常 10 倍,凝血酶原活动度小于 40%,但大于 30%;或经病理学证实,但未发生明显的脑病,亦未出现腹水。

②中期:有Ⅱ度肝性脑病或明显腹水、出血倾向(出血点或淤斑),凝血酶原活动度小于 30%,但大于 20%。

③晚期:有难治性并发症如肝肾综合征、消化道大出血、严重出血倾向(注射部位淤斑等)、严重感染、难以纠正的电解质紊乱或Ⅱ度以上肝性脑病、脑水肿、凝血酶原活动度小于 20%。



(4)淤胆型肝炎:起病类似急性黄疸型肝炎,但自觉症状常较轻,皮肤瘙痒,大便灰白,常有明显肝脏肿大,肝功能检查血清胆红素明显升高,以直接胆红素为主,凝血酶原活动度大于 60%或应用维生素 K 肌注一周后可升至 60%以上,血清胆汁酸、 γ 谷氨酰转肽酶,碱性磷酸酶、胆固醇水平可明显升高,黄疸持续 3 周以上,并排除其他原因引起的肝内外梗阻性黄疸者,可诊断为急性淤胆型肝炎。在慢性肝炎基础上发生上述临床表现者,可诊断为慢性淤胆型肝炎。

(5)肝炎肝硬化:

①肝炎肝纤维化:主要根据组织病理学检查结果诊断,B 超检查结果可供参考。B 超检查表现为肝实质回声增强、增粗,肝脏表面不光滑,边缘变钝,肝脏、脾脏可增大,但肝表面尚无颗粒状,肝实质尚无结节样改变。肝纤维化的血清学指标如透明质酸(HA)、Ⅲ型前胶原(PC-Ⅲ)、Ⅳ型胶原(Ⅳ-C)、层连蛋白(LN)四项指标与肝纤维化分期有一定相关性,但不能代表纤维沉积于肝组织的量。

②肝炎肝硬化:是慢性肝炎发展的结果,肝组织病理学表现为弥漫性肝纤维化及结节形成,二者必须同时具备,才能诊断。

A. 代偿性肝硬化:指早期肝硬化,一般属 Child - Pugh A 级,虽可有轻度乏力、食欲减少或腹胀症状,尚无明显肝功能衰竭表现。血清白蛋白降低,但仍大于 35g/L,胆红素小于 35 μ mol/L,凝血酶原活动度多大于 60%。血清 ALT 及 AST 轻度升高,AST 可高于 ALT, γ -谷氨酰转肽酶可轻度升高。可有门静脉高压征,如轻度食管静脉曲张,但无腹水、肝性脑病或上消化道出血。

B. 失代偿性肝硬化:指中晚期肝硬化,一般属 Child - Pugh B、C 级。有明显肝功能异常及失代偿征象,如血清白蛋白小于 35g/L,A/G 小于 1.0,明显黄疸,胆红素大于 35 μ mol/L,ALT 和 AST 升高,凝血酶原活动度小于 60%。患者可出现腹水、肝性脑病及门静脉高压症引起的食管、胃底静脉明显曲张或破裂出血。



根据肝脏炎症活动情况,可将肝硬化区分为:

A. 活动性肝硬化:慢性肝炎的临床表现依然存在,特别是 ALT 升高,黄疸、白蛋白水平下降,肝质地变硬,脾进行性增大,并伴有门静脉高压征。

B. 静止性肝硬化:ALT 正常,无明显黄疸,肝质地硬,脾大,伴有门静脉高压征,血清白蛋白水平低。肝硬化的影像学诊断:B 超见肝脏缩小,肝表面明显凹凸不平,锯齿状或波浪状,肝边缘变钝,肝实质回声不均、增强,呈结节状,门静脉和脾静脉内径增宽,肝静脉变细,扭曲,粗细不均,腹腔内可见液性暗区。

【病原学诊断】

1. 病原学分型 目前病毒性肝炎的病原至少有五型,即甲型肝炎病毒(HAV)、乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)、丁型肝炎病毒(HDV)及戊型肝炎病毒(HEV)。

关于庚型肝炎病毒(GBV - C/HGV)和 TTV 的致病性问题尚有争议,且目前国内外尚无正式批准的诊断试剂可供检测,因此,不宜将 GBV - C/HGV 和 TTV 纳入常规病毒性肝炎的实验室检测。

2. 各型病毒性肝炎病原学诊断依据

(1)甲型肝炎:急性肝炎患者血清抗-HAV IgM 阳性,可确诊为 HAV 近期感染。在慢性乙型肝炎或自身免疫性肝病患者血清中检测抗-HAV IgM 阳性时,判断 HAV 重叠感染应慎重,须排除类风湿因子(RF)及其他原因引起的假阳性。接种甲型肝炎疫苗后 2 周~3 周约 8%~20%的接种者可产生抗-HAV IgM,应注意鉴别。

(2)乙型肝炎:有以下任何一项阳性,可诊断为现症 HBV 感染:血清 HBsAg 阳性;血清 HBV DNA 阳性;血清抗-HBc IgM 阳性;肝内 HBcAg 和(或)HBsAg 阳性,或 HBV DNA 阳性。

①急性乙型肝炎:必须与慢性乙型肝炎急性发作鉴别。诊断急性乙型肝炎可参考下列动态指标:



A. HBsAg 滴度由高到低, HBsAg 消失后抗- HBs 阳转;

B. 急性期抗- HBc IgM 滴度高, 抗- HBc IgG 阴性或低水平。

②慢性乙型肝炎: 临床符合慢性肝炎, 并有一种以上现症 HBV 感染标志阳性。

③慢性 HBsAg 携带者: 无任何临床症状和体征, 肝功能正常, HBsAg 持续阳性 6 个月以上者。

(3)丙型肝炎:

①急性丙型肝炎: 临床符合急性肝炎, 血清或肝内 HCV RNA 阳性; 或抗- HCV 阳性, 但无其他型肝炎病毒的急性感染标志。

②慢性丙型肝炎: 临床符合慢性肝炎, 排除其他型肝炎, 血清抗- HCV 阳性, 或血清和(或)肝内 HCV RNA 阳性。

(4)丁型肝炎:

①急性丁型肝炎

A. 急性 HDV、HBV 同时感染急性肝炎患者, 除急性 HBV 感染标志阳性外, 血清抗- HDV IgM 阳性, 抗- HDV IgG 低滴度阳性; 或血清和(或)肝内 HDV Ag 及 HDV RNA 阳性。

B. HDV、HBV 重叠感染慢性乙型肝炎病人或慢性 HBsAg 携带者, 血清 HDV RNA 和/或 HDV Ag 阳性, 或抗- HDV IgM 和抗- HDV IgG 阳性, 肝内 HDV RNA 和/或肝内 HDV Ag 阳性。

②慢性丁型肝炎临床符合慢性肝炎, 血清抗- HDV IgG 持续高滴度, HDV RNA 持续阳性, 肝内 HDV RNA 和/或 HDV Ag 阳性。

(5)戊型肝炎: 急性肝炎患者血清抗- HEV 阳转或滴度由低到高, 或抗- HEV 阳性大于 1: 20, 或斑点杂交法或逆转录聚合酶链反应法(RT-PCR)检测血清和/或粪便 HEV RNA 阳性。目前抗- HEV IgM 的检测试剂尚未标准化, 仍需继续研究, 但抗- HEV IgM 检测可作为急性戊型肝炎诊断的参考。

3. 确立诊断 凡临床诊断为急性、慢性、重型、淤胆型肝炎或



肝炎肝硬化病例,经病原学或血清学特异方法确定为某一型肝炎时即可确诊。两种或两种以上肝炎病毒同时感染者称为同时感染(co-infection)。在已有一种肝炎病毒感染基础上,又感染另一型肝炎病毒称为重叠感染(super-infection)。

确诊的肝炎病例命名是以临床分型与病原学分型相结合的,肝组织病理学检查结果附后。例如:

(1)病毒性肝炎,甲型(或甲型和乙型同时感染),急性黄疸型(或急性无黄疸型)。

(2)病毒性肝炎,乙型(或乙型和丁型重叠感染),慢性(中度),G2 S3(炎症活动程度2;纤维化程度3)。

(3)病毒性肝炎,丙型,亚急性重型,腹水型,早期(或中期或晚期)。

(4)HBsAg携带者近期感染另一型肝炎病毒时可命名如下:病毒性肝炎,甲型(或戊型),急性黄疸型;HBsAg携带者。

对甲、乙、丙、丁、戊五型肝炎病毒标志均阴性者可诊断为:急性肝炎,病原未定;或慢性肝炎,病原未定。

二、治疗原则

病毒性肝炎尚无满意的治疗药物及方法。治疗原则是根据不同病原、不同临床类型及组织学损害区别对待。

【一般处理】

1. 休息 急性肝炎的早期,应住院或就地隔离治疗并卧床休息;恢复期逐渐增加活动,但要避免过劳,以利康复。慢性肝炎活动期应适当休息,病情好转后应注意动静结合,不宜过劳。由急性肝炎或慢性肝炎转重者应卧床休息,住院治疗。

2. 营养 病毒性肝炎患者宜进食高蛋白质、低脂肪、高维生素类食物,碳水化合物的摄取要适量,不可过多,避免发生脂肪肝。恢复期要避免过量饮食。绝对禁酒,不饮食含有酒精的饮料、营养品及药物。