

临床医疗护理常规

2012年版

感染科诊疗常规

GANRANKE ZHENLIAO CHANGGUI

王贵强 主编

北京医师协会 组织编写



北京市各级各类医疗机构医务人员日常诊疗护理工作规范

各类专科医师应知应会的基本知识与技能

北京市执业医师定期考核唯一指定用书

中国医药科技出版社

临床诊疗指南

第2版

感染科诊疗常规

中华医学会感染病学分会 中华医学会肝病分会 中华医学会肾脏病学分会 共同编写

王卫平 主编

人民卫生出版社



《临床诊疗指南》是中华医学会组织编写、出版、发行的一套临床诊疗指南，旨在为临床医生提供规范化的诊疗方案，提高诊疗水平。

《临床诊疗指南》是中华医学会组织编写、出版、发行的一套临床诊疗指南，旨在为临床医生提供规范化的诊疗方案，提高诊疗水平。

《临床诊疗指南》是中华医学会组织编写、出版、发行的一套临床诊疗指南，旨在为临床医生提供规范化的诊疗方案，提高诊疗水平。

人民卫生出版社

临床医疗护理常规

感染科诊疗常规

王贵强 主 编
北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求,由北京医师协会组织全市感染科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性及可操作性等特点。既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书,也是北京市感染病专科领域执业医师“定期考核”业务水平的惟一指定用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目(CIP)数据

感染科诊疗常规 / 王贵强主编.

—北京:中国医药科技出版社,2012.11

(临床医疗护理常规)

ISBN 978-7-5067-5571-9

I. ①感… II. ①王… III. ①感染-疾病-诊疗 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第184318号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲22号

邮编 100082

电话 发行:010-62227427 邮购:010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787×1092mm $\frac{1}{16}$

印张 14 $\frac{3}{4}$

字数 306千字

版次 2012年11月第1版

印次 2012年11月第1次印刷

印刷 北京市密东印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-5571-9

定价 68.00元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《临床医疗护理常规》

编委会

名誉主任	方来英				
主任	金大鹏				
执行主任	邓开叔				
常务副主任	吕鹏				
副主任	王澍寰	高润霖	邱贵兴	赵玉沛	邱大龙
	项小培	吴少楦			
办公室主任	许朔				
办公室副主任	路明	赵艳华			
办公室成员	陈平	许东雷	李尊	徐殿祥	
编委	(以姓氏笔画排序)				
	马辛	王杉	王茂斌	王宝玺	王保国
	王贵强	王澍寰	邓开叔	申文江	邢小平
	吕鹏	许朔	孙正	李简	李汉忠
	李仲智	李春盛	李淑迦	杨仕明	杨庭树
	吴念	吴永浩	邱大龙	邱贵兴	何权瀛
	应岚	张兆光	张奉春	张国安	陈杰
	林三仁	金大鹏	周纯武	项小培	赵玉沛
	赵艳华	赵家良	赵继宗	胡大一	姜玉新
	高润霖	黄晓军	崔巍	崔丽英	谌贻璞
	路明	魏丽惠			

《感染科诊疗常规》

编委会

- 主 审 斯崇文 (北京大学第一医院)
盛瑞媛 (中国医学科学院北京协和医院)
- 主 编 王贵强 (北京大学第一医院)
- 副 主 编 李太生 (中国医学科学院北京协和医院)
李兴旺 (北京地坛医院)
孟庆华 (首都医科大学附属北京佑安医院)
- 编 委 (按姓氏笔画排序)
于岩岩 (北京大学第一医院)
马小军 (中国医学科学院北京协和医院)
王 艳 (北京大学第一医院)
刘正印 (中国医学科学院北京协和医院)
刘 刚 (首都医科大学附属北京儿童医院)
阴赅宏 (首都医科大学附属北京友谊医院)
李 真 (北京积水潭医院)
李雅静 (北京市大兴区人民医院)
吴 昊 (首都医科大学附属北京佑安医院)
吴 疆 (北京市疾病预防控制中心)
陈志海 (北京地坛医院)
郑 波 (北京大学第一医院)
赵 敏 (中国人民解放军第 302 医院)
赵 鸿 (北京大学第一医院)
胥 婕 (北京大学第三医院)
徐光福 (北京中医药大学东直门医院)
徐 潜 (中日友好医院)
高 燕 (北京大学人民医院)
曹 彬 (首都医科大学附属北京朝阳医院)
董建平 (北京市海淀区医院)
鲍中英 (北京世纪坛医院)
- 秘 书 王 艳 (北京大学第一医院)

序 言

我非常高兴地向各位推荐北京医师协会亲力亲为与北京地区35个医学专科的专家们具有历史意义合作的一个象征——北京市《临床医疗护理常规》正式出版。其宗旨仍然是致力于全市医疗质量与患者安全的持续性改进和提高。

提高质量的医疗服务，需要有效的领导，这种领导支持来自于医疗机构的许多方面，包括治理层领导们、临床与管理部門的负责人，以及其他处于领导职位的人的支持；质量与安全更扎根于每位医务人员和其他工作人员的日常工作生活中，当医生与护士评估患者的需要并提供医疗服务的时候，本书的内容毫无疑问有助于帮助他们理解和如何做到切实改进质量，以帮助患者并降低风险。同样，管理者、辅助人员，以及其他人员通过北京市《临床医疗护理常规》的学习并应用于日常工作中，也有助于提高工作效率，改善资源利用率，从而达到质量持续改进与医疗安全的目的。

我们热切地展望未来，与我们的医学同道们一起合作，在朝着医疗护理质量持续改进的历程中互相学习，为首都乃至中国的医药卫生体制改革和促进人民的健康，不失时机地做出我们的努力！

金大鹏
2012年4月

编写说明

10年前，北京医师协会受北京市卫生局委托，组织北京地区几十家医院的数百名医学专家、学科带头人及中青年业务骨干，以现代医学理论为指导，参考国内外相关版本，结合临床实践经验，编写了北京市《临床医疗护理常规》，并于2002年正式出版。

10年来，《临床医疗护理常规》对规范各级各类医院的医疗质量，规范医护人员在医疗护理实践中的诊疗行为，保障患者的健康产生了重要的作用。但是随着医疗卫生改革的深化和临床医学的发展、临床学科的细化，北京市《临床医疗护理常规》已经不能充分体现北京地区的医疗水平。

北京医师协会根据卫生部有关专业分类的规定，组织本协会内34个专科的专家委员会对北京市《临床医疗护理常规》进行修编。在编写过程中，力求体现北京地区的医疗水平，尽量保持原来的体例和风格，经反复修改定稿。

尚需说明：

1. 北京市《临床医疗护理常规》修编是根据卫生部颁布的18个普通专科和16个亚专科分类，加上临床护理专业。18个普通专科是：内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、神经内科、皮肤科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、小儿外科、康复医学科、麻醉科、医学检验科、临床病理科、口腔科、全科医学科、医学影像科。16个亚专科是：心血管内科、呼吸内科、消化内科、内分泌科、血液内科、肾脏内科、感染科、风湿免疫科、普通外科、骨科、心血管外科、胸外科、泌尿外科、整形外科、烧伤科、神经外科。

2. 北京市《临床医疗护理常规》的本次修编有较大幅度的调整，由2002版的11个分册调整为现行版的35个分册。其中由于外科与普通外科、儿科与小儿外科相通颇多故各自合并为一个分册，医学影像科以放射科、超声科和放射治疗三个分册分别论述。

3. 为进一步完善我市医师定期考核工作，保证医师定期考核取得实效，2012年，北京市卫生局将根据专科医师发展情况试点开展按专科进行业务水平测试的考核方式。修编后的北京市《临床医疗护理常规》旨在积极配合专科医师制度的建设，各专科分册独立程度高、专科性强，为各专科医师应知应会的基本知识和技能。

《临床医疗护理常规》将成为在各专科领域内执业的临床医师“定期考核”业务水平测试的内容。

4. 北京市《临床医疗护理常规》的修编出版仍然是一项基础性的工作，目的在于为各级医护人员在诊疗护理工作中提供应参照的基本程序和方法，有利于临床路径工作的开展，并不妨碍促进医学进展的学术探讨和技术改进。

5. 本次修编仍不含中医专业。

北京医师协会
2012年3月

Preface

前言

传染病 (communicable diseases) 一直是严重危害人类健康、导致突发公共卫生事件的主要问题, 人类发展的历史, 也是和传染病作斗争的历史。

感染性疾病 (infectious diseases) 是指由各种病原生物 (病毒、细菌、真菌、寄生虫等) 导致的人体疾病, 包括法定传染病与其他感染性疾病。传染病是指传染性较强、社会危害大的疾病。目前我国法定传染病有 37 种。随着社会经济的发展、生活水平的提高和医疗卫生条件的改善, 法定传染病发病率明显下降, 患者数量减少, 传染病疾病谱和类型也有了较大变化。部分传染病发病率有所下降但仍然流行, 如病毒性肝炎、细菌性痢疾、肾综合征出血热等; 部分曾被控制的传染病有增加和扩散趋势, 如肺结核、性病、血吸虫病等; 有些新发传染病已在我国出现并造成危害, 如艾滋病、传染性非典型肺炎 (SARS) 等; 还有一些潜在的新发传染病传入的可能, 包括埃博拉出血热、西尼罗脑炎等。近年来细菌耐药性的迅速增加, 使感染性疾病治疗面临困境, 医院感染成为威胁患者安全的重要公共卫生挑战。

针对我国感染性疾病特点, 综合医院感染病学学科定位也发生了改变, 除了继续担任法定传染病和新发传染病的诊治工作外, 还负责发热待查鉴别诊断、各种感染性疾病的诊断和治疗、抗菌药物合理应用指导、医院感染的防控等。在 2012 年 5 月 8 日卫生部发布的《抗菌药物临床应用管理办法》中, 明确“二级以上医院应当设置感染性疾病科, 配备感染性疾病专业医师。感染性疾病科和感染性疾病专业医师负责对本机构各临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导, 参与抗菌药物临床应用管理工作”, 也反映了感染疾病科的学科定位变化。

《感染科诊疗常规》是北京市各级医疗机构感染性疾病相关科室医务人员日常诊疗工作的技术规范, 也是卫生行政部门检查医疗质量的依据。本书的编写立足于科学、规范、系统和适用, 定位于感染性疾病专科医师需要掌握的基本内容, 增加了新发传染病如新型布尼亚病毒感染导致的发热伴血小板减少综合征、人粒细胞无形体病, 以及感染和发热性疾病、抗菌药物合理应用、医院感染控制等内容。希望《感染科诊疗常规》能够有助于北京地区专科医师规范感染性疾病的诊疗行为, 促进感染科医师综合业务能力的提升, 提高临床救治水平, 使广大患者受益。

编者

2012 年 8 月

第一部分 病毒性疾病 / 1

第一章 病毒性肝炎	(2)
第二章 艾滋病	(10)
第三章 流行性感冒和人高致病性禽流感	(14)
第一节 流行性感冒	(14)
第二节 人高致病性禽流感	(15)
第四章 传染性非典型肺炎	(18)
第五章 布尼亚病毒感染	(21)
第一节 肾综合征出血热	(21)
第二节 新型布尼亚病毒感染	(23)
第六章 麻疹	(26)
第七章 风疹	(28)
第八章 流行性腮腺炎	(30)
第九章 水痘 - 带状疱疹病毒感染	(32)
第十章 流行性乙型脑炎	(34)
第十一章 登革热病毒感染	(36)
第十二章 狂犬病	(39)
第十三章 人巨细胞病毒感染	(41)
第十四章 EB 病毒感染	(43)
第十五章 肠道病毒感染	(45)
第一节 手足口病	(45)
第二节 脊髓灰质炎	(47)
第十六章 诺如病毒性胃肠炎	(49)
第十七章 轮状病毒感染	(51)

第二部分 细菌性疾病 / 53

第十八章 流行性脑脊髓膜炎	(54)
第十九章 白喉	(57)
第二十章 百日咳	(59)
第二十一章 猩红热	(61)
第二十二章 人感染猪链球菌病	(63)
第二十三章 霍乱	(65)
第二十四章 伤寒、副伤寒	(68)
第一节 伤寒	(68)
第二节 副伤寒	(70)
第二十五章 细菌性痢疾	(71)
第二十六章 非痢疾杆菌感染性腹泻	(73)
第二十七章 细菌性食物中毒	(76)
第二十八章 鼠疫	(78)
第二十九章 炭疽	(81)
第三十章 布鲁菌病	(83)
第三十一章 脓毒症和脓毒性休克	(86)
第三十二章 细菌性肝脓肿	(91)

第三部分 螺旋体感染 / 93

第三十三章 钩端螺旋体病	(94)
第三十四章 莱姆病	(96)

第四部分 立克次体感染 / 99

第三十五章 斑疹伤寒	(100)
第一节 流行性斑疹伤寒	(100)
第二节 地方性斑疹伤寒	(101)
第三十六章 恙虫病	(103)
第三十七章 人粒细胞无形体病	(105)
第三十八章 Q 热	(107)

第五部分 真菌病 / 109

第三十九章 深部真菌病	(110)
-------------------	-------

第一节	念珠菌病	(110)
第二节	曲霉病	(111)
第三节	隐球菌病	(112)
第四节	组织胞浆菌病	(113)

第六部分 寄生虫病 / 115

第四十章	阿米巴病	(116)
第一节	肠阿米巴病	(116)
第二节	肝阿米巴病	(117)
第四十一章	疟疾	(119)
第四十二章	内脏利什曼病	(122)
第四十三章	弓形虫病	(124)
第四十四章	肺孢子虫病	(126)
第四十五章	血吸虫病	(129)
第四十六章	华支睾吸虫病	(131)
第四十七章	并殖吸虫病	(133)
第四十八章	丝虫病	(136)
第四十九章	旋毛虫病	(139)
第五十章	囊虫病	(141)
第五十一章	包虫病	(143)
第五十二章	广州管圆线虫病	(145)

第七部分 巴尔通体病 / 149

第五十三章	巴尔通体病	(150)
-------	-------------	-------

第八部分 临床病症或综合症的诊断分析及治疗 / 153

第五十四章	不明原因发热	(154)
第五十五章	黄疸待查	(158)
第一节	溶血性黄疸	(158)
第二节	肝细胞性黄疸	(158)
第三节	胆汁淤积性黄疸	(159)
第四节	先天性非溶血性黄疸	(160)
第五十六章	中枢神经系统感染	(162)
第五十七章	肝硬化并发症	(165)
第一节	腹水	(165)

第二节	自发性腹膜炎	(167)
第三节	肝肾综合征	(169)
第四节	肝性脑病	(170)
第五节	肝肺综合征	(173)
第六节	胃食管静脉曲张及出血	(173)
第七节	原发性肝癌	(176)

第九部分 感染及抗菌药物使用 /177

第五十八章	常见细菌的感控特点	(178)
第五十九章	粒细胞减少或免疫缺陷患者感染	(182)
第一节	粒细胞减少患者的感染	(182)
第二节	其他免疫缺陷患者的感染	(185)
第六十章	抗菌药物合理应用	(186)

第十部分 消毒、隔离和传染病预防控制 / 191

第六十一章	消毒与隔离	(192)
第六十二章	传染病预防控制	(195)
附录一	中华人民共和国传染病防治法	(197)
附录二	抗菌药物临床应用管理办法	(211)
附录三	突发公共卫生事件应急条例	(219)

第一部分

病毒性疾病

第一章 病毒性肝炎

病毒性肝炎（viral hepatitis）是由多种肝炎病毒引起的以肝脏损害为主的全身性疾病，根据病原不同分为甲型、乙型、丙型、丁型及戊型。临床上以疲乏、食欲减退、肝肿大、肝生化检查异常为主要表现，部分病例可出现黄疸，无症状者常见。除肝炎病毒外，很多其他病毒，如巨细胞病毒、EB 病毒、黄热病毒、风疹病毒、单纯疱疹病毒、柯萨奇病毒、出血热病毒、艾柯（ECHO）病毒等，也可引起肝脏损害，但同时有其他脏器、系统损害，且各有特点，不包括在病毒性肝炎中。

五型病毒性肝炎的特点见表 1-1。

表 1-1 五型病毒性肝炎的特点

	甲型	乙型	丙型	丁型	戊型
病毒核酸及直径	RNA, 27nm	DNA, 42nm	RNA, 30~60nm	RNA, 36nm	RNA, 27~38nm
主要传播途径	粪-口	血液、体液、母婴	血液、体液	血液、体液	粪-口
流行性	散发或流行	散发	散发	散发	散发或流行
季节性	秋冬	无	无	无	雨季或洪水后
潜伏期（天）	30（15~45）	70~80（28~160）	52（30~83）	4~20 周	36（15~75）
发病	急性起病	多缓慢	多缓慢	多缓慢	急性起病
黄疸	有黄疸者较多	多无黄疸	多无黄疸	多无黄疸	黄疸常较重
慢性化	无	有	有	有	无
预防要点	水、粪管理，饮食卫生，个人卫生，疫苗接种	疫苗为主，阻断母婴及医源性传播	控制医源性（主要血液）传播	控制医源性（主要血液）传播	水、粪管理，饮食卫生，个人卫生

【诊断标准】

一、临床诊断与分型

（一）急性肝炎

1. 急性无黄疸型肝炎

- （1）流行病学资料 有与确诊的病毒性肝炎患者密切接触史；或接受输血、血液制品及消毒不严格的注射和针刺史；或接受血液透析、脏器移植史。
 - （2）症状 近期内出现持续数天无其他原因可解释的乏力、食欲减退、恶心、厌油、腹胀、肝区痛等；小儿尚可出现呕吐、腹痛、腹泻、精神不振及发热。
 - （3）体征 肝肿大并有压痛、肝区叩击痛，部分患者可有轻度脾肿大。
 - （4）实验室检查 主要为血清 ALT 增高。
 - （5）病原学检测阳性。
- 凡化验阳性并且流行病学资料、症状、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,并已排除其他疾病者可诊断为急性无黄疸型肝炎。

凡单项血清 ALT 增高,或仅有症状、体征,或仅有流行病学史及(2)~(4)三项中之一项,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(包括肝活体组织检查)作出诊断。疑似病例如病原学诊断为阳性,且能除外其他疾病者可以确诊。

2. 急性黄疸型肝炎

凡符合急性无黄疸型诊断条件,且血清胆红素大于 $17.1\mu\text{mol/L}$,或尿胆红素阳性,并能排除其他原因引起的黄疸,可诊断为急性黄疸型肝炎。

(二) 慢性肝炎

既往有乙型、丙型、丁型肝炎或 HBsAg 携带史或急性肝炎病程超过半年,而目前仍有肝炎症状、体征及肝功异常者可诊断为慢性肝炎。发病日期不明或虽无肝炎病史,但影像学、腹腔镜或肝组织学检查符合慢性肝炎改变,或根据症状、体征、化验综合分析亦可作出相应诊断。

(三) 重型肝炎(肝衰竭)

1. 急性重型肝炎(急性肝衰竭)

急性黄疸型肝炎患者如有严重的消化道症状、极度乏力,同时出现昏迷前驱症状者,即应考虑本病;若肝浊音界进行性缩小,黄疸急剧加深,肝功能明显异常(特别是血清胆红素大于 $171\mu\text{mol/L}$),且起病后 14 天内迅速出现精神神经症状(肝性脑病Ⅱ度以上)、凝血酶原活动度低于 40% 并可排除其他原因者,即可诊断为急性重型肝炎。

2. 亚急性重型肝炎(亚急性肝衰竭)

急性黄疸型肝炎患者凝血酶原活动度低于 40%,起病 15 天~26 周,具备以下指征之一者,可诊断为亚急性重型肝炎:①出现Ⅱ度以上肝性脑病症状;②数日内血清胆红素升至 $171\mu\text{mol/L}$ 以上,酶胆分离,白/球蛋白比例倒置;③高度乏力及明显食欲减退或恶心、呕吐,重度腹胀或腹水,可有明显出血现象。

3. 慢性重型肝炎(慢加急性肝衰竭)

临床表现同亚急性重型肝炎但有慢性肝炎、肝硬化或乙肝病毒表面抗原携带史,或虽无上述病史,但影像学检查、腹腔镜检查或肝组织学检查支持慢性重型肝炎者,可诊断为慢性重型肝炎。

(四) 淤胆型肝炎

起病类似急性黄疸型肝炎,但自觉症状常较轻,常有肝肿大,皮肤瘙痒,大便呈白陶土样;实验室检查为梗阻性黄疸,且黄疸持续 3 周以上并能除外其他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。

(五) 肝炎肝硬化

凡慢性肝炎患者具有肯定的门脉高压证据,且可除外其他能引起门脉高压的原因,或影像学证实或肝组织学检查证实者,可诊断为肝硬化。

1. 活动性肝硬化

慢性肝炎的表现依然存在,特别是 ALT 或 AST 升高、黄疸、白蛋白减低,肝脏质地变硬,脾进行性增大,且伴有门脉高压症。

2. 静止性肝硬化

ALT 和 AST 正常;无黄疸,肝质硬,脾大,伴门脉高压症,血清白蛋白降低。

二、病原学诊断、病原学分型

(一) 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。

(二) 乙型肝炎

有以下任何一项阳性,可诊断为现症 HBV 感染:①血清 HBsAg 阳性;②血清 HBV DNA 阳性;③血清抗-HBc-IgM 阳性;④肝内 HBcAg 和(或)HBsAg 阳性,或 HBV DNA 阳性。

1. 急性乙型肝炎诊断

须与慢性乙型肝炎急性发作鉴别,可参考下列动态指标:①HBsAg 滴度逐渐下降,消失后抗-HBs 阳转;②急性期抗-HBc-IgM 滴度大于 1:1000。

2. 慢性乙型肝炎诊断

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 携带者诊断

无任何临床症状和体征,肝生化正常,HBsAg 持续阳性 6 个月以上者。

(三) 丙型肝炎

诊断须血清 HCV RNA 阳性;或抗-HCV 阳性者,需检测 HCV RNA 阳性。仅抗-HCV 阳性,检测 HCV RNA 阴性者,不能作为现症 HCV 感染。

1. 急性丙型肝炎诊断

急性肝炎患者,血清或肝内 HCV RNA 阳性;无其他型肝炎病毒的急性感染标志。

2. 慢性丙型肝炎诊断

临床符合慢性肝炎,血清和(或)肝内 HCV RNA 阳性。

(四) 丁型肝炎

HDV 为缺陷病毒,只在 HBsAg 阳性患者中复制,表现为 HBV 与 HDV 混合感染,可分以下几型。

1. 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 HDAg、HDV RNA 阳性。

2. HDV-HBV 重叠感染

慢性乙型肝炎患者或慢性 HBsAg 携带者,血清 HDV RNA 和(或)HDAg 阳性,或抗-HD-IgM 和(或)抗-HD-IgG 高滴度阳性,肝内 HDV RNA 和(或)HDAg 阳性。

3. 慢性丁型肝炎诊断

临床符合慢性肝炎,血清抗-HD-IgG 持续高滴度,HDV RNA 持续阳性,和(或)肝内 HDV RNA 和(或)HDAg 阳性,且 HBsAg 阳性。

(五) 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-IgM 阳性或斑点