

普通高等教育中医药类规划教材

内科学

（供中医类专业用）

主 编 王世成

副主编 章如虹 卢丽萍 孙颖立

主 审 曾诚厚



上海科学技术出版社

普通高等教育中医药类规划教材

内 科 学

(供中医类专业用)

主 编: 王世成

副主编: 章如虹 卢丽萍 孙颖立

编 委: 岳庆范 满长龄 魏德煜 戴万亨

主 审: 曾诚厚

上海科学技术出版社

EV45/17

普通高等教育中医药类规划教材

内 科 学

(供中医类专业用)

主编 王世成

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所经销 上海中华印刷厂印刷

开本787×1092 1/16 印张21.25 字数505,000

1996年12月第1版 1996年12月第1次印刷

印数 1—10,000

ISBN 7-5323-4247-6/R·1119 (课)

定价: 12.70元

普通高等教育中医药类规划教材

顾问委员会名单

(按姓氏笔画排列)

王玉川	王绵之	邓铁涛	刘志明	刘弼臣	刘渡舟
江育仁	杨甲三	邱茂良	罗元恺	尚天裕	赵绍琴
施奠邦	祝湛予	顾伯康	董建华	程莘农	裘沛然
路志正					

编审委员会名单

主任委员:张文康

副主任委员:于生龙 李振吉 陆莲舫

委员:(按姓氏笔画排列)

于生龙	于永杰	万德光	马宝璋	马 骥
王永炎	王世成	王和鸣	王洪图	王萍芬
王新华	王韵珊	王耀庭	韦贵康	邓福树
龙致贤	叶传蕙	叶定江	石学敏	丘和明
丘德文	皮持衡	朱文锋	任继学	刘柏龄
刘振民	孙国杰	孙 校	杜 健	杨兆民
杨春澍	李任先	李安邦	李明富	李振吉
李家实	李 鼎	严世芸	严振国	吴敦序
何 珉	肖崇厚	沈映君	陈 奇	陈大舜
陈子德	陆莲舫	陆德铭	张文康	张六通
张安楨	张志刚	张绚邦	张殿璞	范碧亭
罗永芬	周梦圣	郑守曾	尚炽昌	宗全和
孟 如	项 平	柯雪帆	钟 森	段逸山
段富津	施 杞	施顺清	施雪筠	袁 浩
钱 英	徐生旺	高尔鑫	郭诚杰	梁颂名
葛琳仪	彭胜权	傅世垣	曾诚厚	雷载权
黎伟台	戴锡孟	魏 民	魏 稼	魏璐雪

前 言

根据国家教委《全国普通高等教育“八五”期间教材建设规划纲要》“要集中力量抓好本科主要专业主干课程教材建设”的精神,国家中医药管理局统一组织编审出版了普通高等教育中医药类规划教材。本套教材包括中医学、中药学专业的主要课程和针灸、中医骨伤科学专业主要专业课程教材,计有《医古文》、《中医基础理论》、《中医诊断学》、《中药学》、《方剂学》、《中医内科学》、《中医外科学》、《中医妇科学》、《中医儿科学》、《中医急诊学》、《内经选读》、《伤寒论选读》、《金匱要略选读》、《温病学》、《正常人体解剖学》、《生理学》、《病理学》、《生物化学》、《诊断学基础》、《内科学》、《针灸学》、《经络学》、《腧穴学》、《刺法灸法学》、《针灸治疗学》、《中医骨伤科学基础》、《中医骨伤学》、《中医骨病学》、《中医筋伤学》、《中医学基础》、《药用植物学》、《中药化学》、《中药药理学》、《中药鉴定学》、《中药炮制学》、《中药药剂学》、《中药制剂分析》、《中药制药工程原理与设备》等三十八门课程教材及其相关实践教学环节教材。

为了提高教材质量、深化教学领域改革,国家中医药管理局于一九九二年四月在杭州召开了全国中医药本科教材建设工作会议,研究部署了本套教材的建设工作,会后下发了《普通高等教育中医药类规划教材编写基本原则》、《普通高等教育中医药类规划教材组织管理办法》、《普通高等教育中医药类规划教材主编单位招标办法》等文件。通过招标,确定并聘任了各门教材主编。一九九二年十一月在北京召开的普通高等教育中医药类规划教材建设工作会议上,成立了普通高等教育中医药类规划教材编审委员会,讨论了本套教材的改革思路,并组成了各门教材编写委员会,确定了审定人。

为了保证教材的编写质量,先后召开了几次工作会议和教材审定会议,对各部门课程教学大纲、教材编写提纲及教材内容进行了认真审定。最后,还征求了本套规划教材顾问委员会各位名老中医药专家的意见。通过多次会议以及全体编委审定人的共同努力,在名老中医药专家的指导下,使本套教材在前五版统编教材的基础上,在符合本科专业培养目标的实际需要方面,在理论联系实际、保持中医理论的系统性和完整性,反映中医药学术发展的成熟内容和教育改革新成果方面,在明确各门教材的教学目的、确定教材内容的深广度、促进教材体系整体优化等方面有了较大的提高,使本套规划教材内容能具体体现专业业务培养的基本要求和教学质量测试的基本标准。对少数教材根据课程设置的需要,进行了较大幅度的改革,使之更符合教学的需要。根据国家教委有关文件精神,各高等中医药院校、高等医药院校中医药类专业应优先选用这套由国家中医药管理局统一规划组织编审的规划教材。

随着中医药高等教育工作的不断改革与深化,本套教材不可避免地还存在一些不足之处,殷切希望各地中医药教学人员和广大读者在使用过程中,提出宝贵意见,以促使本套教材更臻完善和更符合现代中医药教学的需要。

普通高等教育中医药类规划教材编审委员会

一九九四年十二月

· 1 ·

编写说明

本教材是根据 1991 年国家教育委员会制订的《全国普通高等教育“八五”期间教材建设规划纲要》、国家教委高等教育司发布的《全国普通高等院校临床医学、中医学、药学专业主要课程基本要求》以及国家中医药管理局主持召开的三次全国中医药类规划教材建设工作会议和规划教材审定会议精神组织全国部分中医院校编写的,供中医类专业使用。本教材是按照为中医专业培养人材服务的原则,以新制订的内科学教学大纲为依据,以内科学编审组反复讨论并写出的编写大纲为脉络,注意吸收上版教材的经验,采纳各兄弟院校的建议后分工编写而成。本教材较好地解决了教学适应性与科学性的关系,内容的深度和广度符合培养中医临床应用型人材的需要,起点较高,内容较新,着重介绍疾病的发病机制、诊断及治疗,反映了本门学科的新发展,教学重点突出,注重理论的实际应用及培养学生应用能力。

本教材在编写出版中定有很多不足之处,衷心期望各院校在使用过程中能提出批评和建议,以便再版时加以补充与修正。

内科学编委会

目 录

绪论	(1)
第一篇 传染病	(3)
第一章 传染病学总论	(3)
第二章 伤寒与副伤寒	(11)
第三章 细菌性痢疾	(17)
第四章 霍乱	(22)
第五章 病毒性肝炎	(26)
第六章 流行性脑脊髓膜炎	(33)
第七章 流行性乙型脑炎	(38)
第八章 流行性出血热	(43)
第九章 疟疾	(48)
第十章 钩端螺旋体病	(54)
第十一章 血吸虫病	(59)
第二篇 呼吸系统疾病	(63)
第一章 支气管炎	(63)
第二章 慢性肺源性心脏病	(69)
第三章 支气管哮喘	(75)
第四章 呼吸衰竭	(79)
第五章 肺炎	(88)
第六章 肺结核	(93)
第七章 原发性支气管癌	(101)
第八章 气胸	(105)
第三篇 循环系统疾病	(109)
第一章 慢性心功能不全	(109)
第二章 常见心律失常	(120)
第三章 心脏骤停与复苏	(131)
第四章 风湿热和风湿性心脏病	(139)
第五章 高血压病	(151)
第六章 缺血性心脏病	(158)
第七章 病毒性心肌炎	(171)
第四篇 消化系统疾病	(175)
第一章 胃炎	(175)
第二章 消化性溃疡	(182)

第三章 胃癌·····	(189)
第四章 溃疡性结肠炎·····	(193)
第五章 肝硬化·····	(197)
第六章 原发性肝癌·····	(204)
第七章 急性胰腺炎·····	(208)
第八章 上消化道出血·····	(212)
第五篇 泌尿系统疾病·····	(219)
第一章 急性肾小球肾炎·····	(219)
第二章 慢性肾小球肾炎·····	(222)
第三章 肾病综合征·····	(226)
第四章 尿路感染·····	(229)
第五章 急性肾功能衰竭·····	(233)
第六章 慢性肾功能衰竭·····	(238)
第六篇 血液和造血系统疾病·····	(243)
第一章 贫血·····	(243)
第二章 白血病·····	(252)
第三章 淋巴瘤·····	(260)
第四章 白细胞减少症和粒细胞缺乏症·····	(264)
第五章 特发性血小板减少性紫癜·····	(268)
第六章 弥散性血管内凝血·····	(271)
第七篇 内分泌及代谢疾病·····	(275)
第一章 甲状腺功能亢进症·····	(275)
第二章 糖尿病·····	(281)
第八篇 结缔组织疾病·····	(291)
第一章 类风湿性关节炎·····	(291)
第二章 系统性红斑狼疮·····	(295)
第九篇 神经系统疾病·····	(299)
第一章 周围神经疾病·····	(299)
第二章 癫痫·····	(307)
第三章 急性脑血管疾病·····	(311)
第四章 神经症·····	(319)
第十篇 急性中毒·····	(323)
第一章 急性中毒总论·····	(323)
第二章 有机磷杀虫药中毒·····	(327)

绪 论

内科学是研究内科疾病的病因、发生发展规律、诊断方法和防治措施的一门临床医学。也是临床各学科的基础。它涉及面广,整体性强,学科发展有代表性。内科学所阐述的病因、发病机制、诊断及防治原则对临床各科有普遍意义,而内科学又与其他临床学科相互补充、渗透,使其处于不断更新、发展与提高的过程中。

中医院校的内科学是为中医专业培养目标服务,即为培养中医临床应用型人才服务的。中医院校学生学习内科学的目的是拓宽临床诊治思路,丰富中医临床诊治手段。据此,本教材讲授的病种以内科常见病、多发病为主,并适当考虑当前医学模式转变后疾病谱的变化及强调使用中医药治疗有良好前景的病种。

内科学的范围和内容

依据中医院校教学计划的总体要求并适应中医专业培养目标的实际需要,本教材的内容包括传染病与寄生虫病、呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液和造血系统疾病、内分泌及代谢疾病、结缔组织疾病、神经系统疾病、急性中毒等共 50 个病种。分别从概述、病因与发病机制、病理、临床表现、实验室及其他检查、诊断与鉴别诊断、并发症、治疗、预防等方面予以阐述。内容重点突出,简明扼要,密切联系临床实际,通过学习,使学生能掌握上述疾病的基本理论,基本知识 with 基本技能。

学习要求与方法

要经常复习诊断学基础知识,强化诊断学中的基本功训练,以便熟练运用到内科学中来。学习中必须掌握各病种的临床表现、诊断和治疗,而其病因、发病机制、病理等对深入了解临床过程,进行正确诊断,拟订治疗计划也很重要。

在学习方法上切忌死记硬背,不求甚解,反对主观臆断,夸夸其谈。要力求学会运用唯物辩证法,坚持理论联系实际,锻炼严谨的临床思维和综合分析能力。通过不断实践、认识,再实践、再认识的过程,逐步提高在内科临床工作中发现问题、分析问题和解决问题的能力。

要着重强调医德医风的修养,认真发扬全心全意为人民服务和救死扶伤的人道主义精神。关怀、爱护、体贴患者,待患者如亲人。在询问病史、体检及各项技术操作时,要态度认真、耐心、和蔼,动作轻巧、熟练、规范,最大限度地减轻患者的痛苦。

学习内科学包括课堂讲授和临床见(实)习两部分,既要学懂理论,更应强调临床实践的重要性,在教师的临床指导下,提高自己动手能力。

学习内科学,要主动联系已学过的中医药知识,求得融汇贯通,进而巩固专业思想,更加

热爱中医专业,将来直接为广大患者服务时,才能运用自如,并为继承发扬祖国医药学遗产打下坚实基础。

内科学的进展

西方医学是在古希腊、古罗马朴素经验医学的基础上产生,在自然科学的推动下逐渐形成的,但由于受历史上封建社会和宗教神权的长期束缚,进步缓慢。16世纪以后,随着资本主义的兴起,医学才有了长足的发展。本世纪以来,医学广泛吸收借鉴现代科学技术的成就,发展迅速,尤其是近几十年来,呈突飞猛进之势,而纵观内科学的进展,更是日新月异,令人瞩目。

在内科疾病的诊断方面,近些年来,大量新技术、新材料、新方法引进医学领域中,新的先进诊断仪器和检测方法层出不穷。如各型超声诊断仪、多种光导纤维内镜、核素扫描、介入性放射学诊断、计算机体层扫描(CT)、磁共振成像等,极大地提高了诊断的准确率和可靠性。而最近几年才投入使用的扫描隧道显微镜,已能清晰观察到DNA链的螺旋结构,聚合酶链反应(PCR)则能检测出标本中的几个细菌或病毒,使实验室诊断中超微量、高度专一性的检测技术出现了突破性进展。电子计算机进入临床,对提高诊断疾病的综合分析水平,加快运算复杂的检测数据,具有重要的辅助作用。

在现代免疫学、遗传学、分子生物学的促进下,内科范围内很多疾病的病因、发病机制得到进一步的探明。如发现免疫功能缺陷与内科众多疾病的发病、转归有关,对慢性肝、肾疾病的免疫调节紊乱机制的研究更加深化,诸如重症肌无力、糖尿病已被证实为自身免疫性疾病;人体内氧自由基的阐明,微量元素缺乏可致病,癌基因、抗癌基因的发现等新学说、新观点已崭露头角。在“生物—心理—社会”医学模式发展至今天,冠心病、高血压病、糖尿病等多种内科疾病的发病受心理、社会环境因素影响的想法已得到普遍重视。

内科疾病治疗上的新成就更使人刮目相看。急性心肌梗死的溶栓疗法,严重心律失常应用射频消融术,更新换代的人工心脏起搏器等一系列高新医疗技术,对控制人类第一杀手的心血管疾病疗效卓著。高压氧舱与血液净化能改善肝肾功能衰竭、缓解顽固性心功能不全、抢救急性中毒等多种疑难危重疾病。利用基因工程和现代免疫学原理研制出的基因疗法、生物靶向治疗、免疫增强剂和抑制剂、以多种细胞因子为主要内容的生物应答调节剂等,在临床上的应用开辟了内科治疗上的新局面。而新药的出现,如喹诺酮类药、新一代头孢菌素、新型抗病毒药、微生态制剂等,给抗感染药物增添了活力。

上述简介,虽是挂一漏万,但从中可以看出医学与其他领域的科学一样,知识更新的速度愈来愈快,新技术、新发明从设想到实际应用其孕育期逐渐缩短,发展势头一日千里。因此,我们要加紧努力学习,勇于钻研和创新,要有时代的紧迫感和责任感,利用和吸收现代科学技术,加快中医药现代化的步伐。

第一篇 传染病

第一章 传染病学总论

第一节 传染病学简介

传染病学是一门临床医学,早年曾隶属于内科学,30年代以后逐步独立。传染病学是研究传染病在人体内发生、发展与转归的规律及其诊断与治疗措施的学科。由于传染病能在人群中传播、流行,故研究传染病在人群中发生、发展与转归的规律及相应预防措施的学科则称为流行病学。当前流行病学的研究范围已从单一传染病扩展到非传染病,成为一门研究人群中疾病和健康的分布规律及其影响因素的学科。传染病学研究对象是个体,使用的是临床医学方法。流行病学研究对象是人群,使用流行病学调查分析、辅以实验室检查的方法。传染病学属临床医学范畴,流行病学属预防医学范畴。但两者防治结合,殊途同归,最终达到消灭传染病的目的。

我国古代医家早已认识到某些疾病具有传染性,称之为疫疔、瘟疫、温病等名,并积累了丰富的防治经验。从经典巨著《黄帝内经》开始,经汉代张仲景《伤寒杂病论》,至明代吴又可《瘟疫论》、清代叶天士《温热论》、吴鞠通《温病条辨》,使温病学趋于成熟。温病学的发展与形成,对我国传染病学的发展以及对传染病的防治作出了独特的贡献。

随着社会发展,人口增长,科技进步,传染病在人群疾病谱的地位已由40、50年代的名列前茅而让位于心脑血管疾病、肿瘤、意外伤亡、精神神经疾病,至今名列到第六、七位。但在发展中国家(包括我国在内),一些传染病的流行与危害仍很严重。应当着重指出,由于新的病原体不断被发现,耐药微生物不断增加以及世界上很多国家的卫生防疫系统对传染病的防治工作不同程度的削弱,某些传染病又死灰复燃甚至造成大流行的局面,已经或将成为现实,因此给传染病学带来了新的课题。

第二节 传染过程

一、传染过程的概念

病原体与人体相互作用、相互斗争的过程称为传染过程。传染过程的构成必须具备病原体、人体和外环境三个因素。病原体一旦侵入人体,就意味着传染过程的开始。只有当人体防御体系削弱时,病原体才损害人体,临床上出现相应的症状、体征,此种状态称为传染病。故传染病仅是传染过程中的一种表现。

二、传染过程的表现

病原体侵入后,人体主要有 5 种表现:

(一) **病原体被消灭或排出体外** 在人体强大防御体系作用下,病原体在入侵部位或体内被消灭,或从鼻咽部、肠道、尿道及汗腺等其他通道排出体外,人体完好如初。

(二) **病原体携带状态** 病原体侵入人体后,在体内生长繁殖,并不断排出体外,而人体却不出现任何疾病表现,称之为病原体携带状态。由于所携带的病原体不同,分别称为带菌者、带病毒者、带虫者等。多数传染病病原体都存在于携带状态,按其携带状态的不同,可分为:

1. **健康携带者** 指外表“健康”,即主观上无症状,客观上无体征的携带者,实际上是目前医学水平尚不能检出的极轻型患者。

2. **恢复期携带者** 是指在传染病恢复期,临床表现已中止,但仍有病原体繁殖并排出体外者。按携带时间长短可分为暂时携带者和慢性携带者。不言而喻,病原携带者在传染病的传播流行中具有重要意义。

(三) **隐性感染** 又称亚临床感染。指人体在病原体入侵后,机体的损害较为轻微,不出现显著的临床表现者,但通过实验室检测可以证实已受感染。一般而论,大多数患者的周围都有或多或少的隐性感染者,有些隐性感染者和病原体携带者很难明确区分。

(四) **潜在性感染** 在某些少数传染病的传染过程中,人体和病原体处于相持状态时,往往不出现临床症状,一旦人体防御体系由于一些诱因而遭到破坏后,原来潜伏在体内的病原体乘机活跃,引起发病,上述的相持阶段称为潜在性感染,见于疟疾、结核病。

(五) **显性感染** 即在传染过程中,人体出现相应的临床症状、体征者。

三、传染过程中病原体的作用

传染过程中除了上述人体的 5 种不同表现外,病原体也起着重要作用。

(一) **病原体数量** 显而易见,病原体侵入的数量愈大,出现显性感染的危险也愈大,病情也愈严重,不同的病原体有着不同的致病量。

(二) **病原体致病力** 病原体致病力包括其毒力和侵袭力。毒力是指病原体产生各种毒素的能力;侵袭力是指病原体本身在人体内扩散的能力。不同的病原体有不同的致病力,这取决于其毒力和侵袭力的有无及大小,有的病原体两者兼而有之,有的则仅有一。

(三) **病原体特异性定位** 多数病原体在人体内生长繁殖都要求特定的部位,如伤寒杆菌在肠道淋巴系统,白喉杆菌在呼吸道。为能达到特异性定位,病原体都有一定的入侵途径,伤寒杆菌通过口腔,白喉杆菌通过鼻咽部,故病原体的特异性定位与其所致传染病的传播途径密切相关。

(四) **病原体变异** 病原体在人体和外环境影响下,在其本身遗传基因突变后都可能发生变异。变异可使病原体的性质、致病力都有改变,从而使传染过程、传染病病情、传染病的流行出现变化。不同病原体的变异性不同,如流感病毒的变异性最强,而麻疹病毒的变异性较弱。

第三节 传染病的流行过程

传染病在人群中发生发展、传播和终止的过程称为传染病的流行过程。

一、流行过程三个环节

(一) **传染源** 指体内有病原体生长繁殖并不断排出体外的人和动物。

1. **患者和病原携带者** 很多传染病患者是重要传染源。患者处于不同病期,其传染性大小可不尽相同。同样,病原携带者也是很多传染病的重要传染源,如白喉、菌痢、病毒性肝炎、伤寒等。

2. **受感染的动物** 以某些动物作为传染源的传染病,称为动物源性传染病,即人畜共患病。它在人类传染病病种中占有相当大的比重,如在我国法定 35 种传染病种中,约 1/3 是人畜共患病。因此,受感染动物作为传染源的意义不容忽视。

(二) **传播途径** 指病原体从传染源排出后,再侵入其他易感人群时所经历的途径。

1. **空气传播** 所有呼吸道传染病,如麻疹、白喉、百日咳等,主要通过空气传播。

2. **经水传播** 多数肠道传染病都是因饮用水被污染而传播,如霍乱、伤寒、菌痢等。有些传染病是因接触含有病原体的疫水而传播,如血吸虫病、钩端螺旋体病等。

3. **饮食传播** 所有肠道传染病及某些呼吸道传染病,人畜共患病等可通过饮食传播,如伤寒、菌痢、结核病、布氏杆菌病等。

4. **接触传播** 包括直接接触和间接接触。前者是指不借任何外界因素而传播,如被狂犬病兽所咬、不洁性交等;后者指通过日常生活接触,如手及各种用具等。

5. **虫媒传播** 或通过吸血昆虫叮咬传播,如蚊、蚤等;或通过机械携带而传播,如苍蝇、蟑螂等。

6. **土壤传播** 破伤风杆菌、炭疽杆菌的芽胞可长期生存在土壤中,破损皮肤一旦接触受污染土壤则可受感染。寄生虫病中的蛔虫卵、钩虫卵也可通过土壤传播。

(三) **易感人群** 指人群中对某些传染病缺乏免疫力易受感染而言。人群易感性大小系动态性变化,受人群的一般抵抗力、免疫水平、人口流动、病原体的变异、人群预防接种推广等因素所影响。

二、影响流行过程的环境因素

(一) **自然因素** 指地理和气候因素。某些传染病和一些人畜共患病都有较为严格的地区性和季节性,如流行性乙型脑炎、疟疾、血吸虫病及肠道和呼吸道传染病等。气温与雨量的增长刺激昆虫大量孳生,有利于虫媒传染病流行;夏秋炎热季节多吃冷饮,恣食瓜果,故易患肠道传染病;冬春严寒季节,呼吸道粘膜防御能力削弱加之居室通风不良,故易患呼吸道传染病。

(二) **社会因素** 传染病的流行过程就是一种特殊的社会现象,因而社会制度、生活水平、卫生条件、人口密度等社会因素对传染病的流行有着非常重要的作用。

第四节 传染病的特征

一、基本特征

(一) **有病原体** 每种传染病都有相应的病原体,这是传染病最基本的特征。

(二) **有传染性** 所有传染病都具有不同程度的传染性,病原体致病力大小及人体免疫力的强弱则是能否引起显性感染的决定因素。如果排除人工免疫的干预,有些病原体引发显性感染的概率极高,如麻疹;有些则主要表现为隐性感染,发病者占极少数,如流行性乙型脑炎。

(三) **有流行性、地方性、季节性**

1. **流行性** 若按流行的强度来分,可有:

(1) **散发** 指某传染病在当地常年发病数。

(2) **暴发** 指短期内突然出现很多病例。

(3) **流行** 指某传染病当年发病数超出该病常年发病数。

(4) **大流行** 指某传染病流行遍及全国,甚至超出国界,在世界范围内传播。

2. **季节性** 有些传染病发病数,每年出现季节性升高,这与气温、雨量、湿度的增加及昆虫媒介繁殖旺盛有关。

3. **地方性** 有些传染病因其病原体要求特定的栖息地,气候地理条件不同、居民生活习惯差异等原因,常集中于某一地区发病。

(四) **有免疫性** 患传染病后,人体对该传染病产生不再感染性,称免疫性。其免疫力大小在不同传染病中差异很悬殊,有的几乎为终生免疫,如麻疹;有的免疫力很短暂,如菌痢、普通感冒等。现将与免疫有关的几个常用概念介绍如下:

1. **复发** 有些传染病已进入恢复期,原有症状再度出现,病原体在体内再度活跃,见于伤寒、菌痢等。

2. **再燃** 当初发病刚进入缓解期,体温并未降到正常而又上升,再度发病,见于伤寒。

3. **再感染** 同一种传染病在痊愈后,经长短不同的时间间歇,再度感染,见于病毒性肝炎、菌痢、流行性感冒等。

4. **重复感染** 某些传染病尚在病中,同一病原体从外界再度入侵,形成重叠感染,见于病毒性肝炎、某些寄生虫病等。

二、临床特征

(一) **病程发展中的规律性**

1. **潜伏期** 指自病原体侵入人体起,到最初症状出现为止的这段时间。其长短不一,有的传染病潜伏期仅数小时到几日,如菌痢、细菌性食物中毒、霍乱、流行性感冒等;有的为数十日到数月,如病毒性肝炎;甚至长达数年者,如狂犬病;多数传染病潜伏期介于数日至十余日之间。每种传染病的潜伏期是相对恒定的,因之可对确定传染病的诊断和检疫期提供依据。

2. **前驱期** 是在潜伏期后出现的头痛、发热、乏力、食欲差等非特异性症状。一般持续

1~2日,有些传染病起病急,可无前驱期。

3. 发病期 此期内传染病所特有的症状和体征大多出现,病情由轻变重而达到高潮,此期的临床表现是传染病诊断最有利的时期。

4. 恢复期 临床症状基本消失,食欲、全身状况趋于恢复,直至完全康复,有些传染病则可出现后遗症。

(二) 颇具特色的临床表现

1. 发热 是几乎所有传染病共有的症状。某种传染病常出现某特定的热型,如伤寒可出现稽留热,败血症常出现弛张热,疟疾则表现为间歇热等。

2. 出疹 据统计,常见传染病中约有半数在其病程中出疹,包括皮疹和粘膜疹。这在诊断上有重要意义。各种传染病的出疹日期、出疹顺序、部位分布及疹的形态均不相同,但每种传染病则是恒定的。如玫瑰疹见于伤寒,红斑疹见于猩红热,出血疹见于流行性脑脊髓膜炎等。水痘、风疹出疹在发病第一日,猩红热在第二日,麻疹在第四日,伤寒在第六日等。

3. 病原体引发的独有表现

(1) 毒血症 指病原体的毒素或其代谢产物进入血流引起的全身中毒症状。

(2) 菌血症 指病原体直接进入血流中引起的全身症状。

(3) 败血症 指病原体侵入血流后,并在血中生长繁殖,引起急性感染,出现严重临床表现。

(4) 脓毒血症 指病原体在各组织和器官中引起转移性、多发性脓肿。

(5) 感染中毒性休克 是病原体及其毒素引起人体微循环障碍和细胞损伤而表现为休克的危重急症。

第五节 传染病的诊断

传染病的诊断有其本身特殊的意义,即不仅是为了及时有效的治疗,更为重要的是及早诊断可控制传染病的蔓延、流行。诊断时需要:

一、临床资料

将采集的病史和体检材料加以去伪存真,去粗取精的综合与分析,结合传染病的临床特点,如潜伏期、发病期固有的表现、皮疹、热型等,注意掌握个别传染病特有的症状、体征,如伤寒的玫瑰疹、病毒性肝炎的黄疸等,能真正反映客观实际的临床资料往往能作出初步诊断。

二、流行病学资料

是诊断传染病时必不可少的资料,它主要包括既往患传染病史、接触传染病史、预防接种史,也应注意搜集职业、居住及旅行史,发病季节、当地传染病流行情况等资料,流行病学资料结合临床资料常可确立诊断。

三、实验室检查

(一) 血液及尿、粪便常规检查 白细胞总数与分类对诊断某些传染病有参考价值。白

细胞总数减少见于伤寒、流行性感冒等,增多见于流行性脑脊髓膜炎、霍乱等。中性粒细胞增加见于细菌性感染;嗜酸粒细胞减少见于伤寒,增加见于某些寄生虫病;淋巴细胞增加见于百日咳、结核病及病毒性疾病。尿常规检查有助于病毒性肝炎、流行性出血热的诊断。粪便常规检查有助于菌痢及感染性腹泻的诊断。

(二) **病原体检查** 有些病原体可在光学显微镜下直接检出,如疟原虫、白喉杆菌、脑膜炎双球菌等,但多数病原体要采用分离培养,细菌可用普通培养基,但病毒、立克次体等需用动物、鸡胚、组织内培养。标本采自血、尿、粪及其他体液。

(三) **免疫学检查** 患传染病后体内出现抗原物质,随后产生特异性抗体,可在血清及其他体液中检测出。

1. **血清学检查** 多数传染病在其病程中可测出抗体,且其抗体效价随病程而增高,恢复期效价如比发病初期有4倍以上增高,诊断可以肯定。血清学检测方法近年来增加很多,可用已知抗原检测抗体,也可用已知抗体检测抗原。临床上除已用的凝集反应、补体结合反应、中和反应外,尚有免疫荧光法、放射免疫法、酶联免疫法等。近年来发展起来的聚合酶链反应(PCR)取材可以用血清,也可以是其他体液和组织,其特异性和灵敏度可优于上述任何检测方法。

2. **皮肤试验** 用于协助诊断某些传染病或寄生虫病。如结核菌素试验,血吸虫病、肺吸虫病的皮肤试验等。

(四) **其他** 包括各种内镜检查、肝肾功能检查、脑脊液检查、X线检查、超声波检查、CT检查等。

第六节 传染病的治疗

一、治疗原则

(一) **早期治疗** 早期治疗对及时控制传染源的蔓延有重要意义。

(二) **防治结合** 传染病的治疗除沿用内科学的方法外,要与隔离、消毒、免疫接种等预防措施同步进行。

二、治疗方法

(一) **一般治疗** 是对各种传染病泛用的治疗方法,首先要作好消毒与隔离,患者应卧床休息,加强护理,安排合理饮食,保证皮肤、角膜、口腔清洁等。

(二) **病原治疗** 是对传染病的特效药物治疗,主要包括抗生素、化学制剂、血清制剂、微生态制剂等。

抗生素的应用最为广泛,目前已达数十种,新品种仍不断涌现,抗生素应用要严格掌握指征,反对滥用。

化学制剂中除磺胺药、呋喃类外,近些年来喹诺酮类药使用也有后来居上之势。病毒性疾病的化学制剂疗法目前仍无重大突破。

血清制剂目前仅限于用于治疗白喉、破伤风、肉毒中毒等由外毒素引起的传染病。

微生态制剂是治疗传染病的新手段,即从人或动植物中分离出正常菌群,经过纯化、鉴

定和繁殖制成各种制剂,用于治疗因菌群失调而引起的疾患,其代表是双歧杆菌制剂。

(三) **对症疗法** 包括退热剂、止痛剂、镇静剂的使用,也包括补充液体、补充电解质以维持酸碱平衡。使用血管活性药物、糖皮质激素、丙种球蛋白也是一种对症疗法。

(四) **中医中药疗法** 祖国医学按温病卫气营血或三焦辨证施治,治则主要用解表、清气、和解、祛湿、通下、清营凉血、开窍息风、滋阴、固脱等法。常用方剂有银翘散、白虎汤、安宫牛黄丸、至宝丹、犀角地黄汤、紫雪散等。

中西医结合治疗病毒性肝炎、流行性乙型脑炎、疟疾、菌痢、病毒性疾病等已取得了肯定的疗效。

第七节 传染病的预防

传染病的预防是一项复杂的社会系统工程,要针对构成传染病流行过程三个环节采取相应的措施。

一、管理传染源

传染病报告制度是管理传染源的主要内容。早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗中,早报告是关键。依据《中华人民共和国传染病防治法》的规定,需要管理报告的传染病分为甲类、乙类和丙类 3 类共 35 种。

甲类传染病是指:鼠疫、霍乱。

乙类传染病是指:病毒性肝炎、细菌性和阿米巴痢疾、伤寒和副伤寒、艾滋病、淋病、梅毒、脊髓灰质炎、麻疹、百日咳、白喉、流行性脑脊髓膜炎、猩红热、流行性出血热、狂犬病、钩端螺旋体病、布鲁菌病、炭疽、流行性和地方性斑疹伤寒、流行性乙型脑炎、黑热病、疟疾、登革热。

丙类传染病是指:肺结核、血吸虫病、丝虫病、包虫病、麻风病、流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、新生儿破伤风、急性出血性结膜炎、除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻。

发现上述传染病患者及其疑似患者后,必须迅速向当地卫生防疫部门报告疫情。发现甲类传染病和乙类传染病中的艾滋病、肺炭疽病的病原携带者、疑似患者时,城镇须在 6 小时内上报,农村不超过 12 小时,乙类传染病城市须在 12 小时内上报,农村不超过 24 小时,丙类传染病为监测管理,发现后也应尽快上报。

对传染病的密切接触者,应进行检疫。对病原携带者应进行治疗并随访。

对动物传染源,如家禽、家畜应予隔离治疗,必要时宰杀,对其栖息地进行消毒。对有害动物应大力捕杀。

二、切断传播途径

对消化道传染病应搞好三管一灭(管好水源、管好饮食、管好粪便,消灭苍蝇)及个人卫生。对呼吸道传染病,应改善居住条件、保持室内空气流通,必要时空气消毒。对虫媒传染病应大力防虫、杀虫、驱虫。我国开展的爱国卫生运动,正是切断多种传染病传播途径行之有效的重大举措。消毒与杀虫也是有针对性的切断传播途径的专业措施。