



相关传染病防治技术 指导手册

(适用于西藏自治区地、县、乡三级疾病控制人员)

郁晓峰 编著

xiangguan chuanranbing
fangzhi jishu zhidao shouce



西藏人民出版社

相关传染病防治技术指导手册

(适用于西藏自治区地、县、乡三级疾病控制人员)

郁晓峰 编著

西藏人民出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

相关传染病防治技术指导手册/郁晓峰编著. —拉萨:
西藏人民出版社, 2009. 4

ISBN 978-7-223-02573-7

I. 相… II. 郁… III. 传染病-防治手册 IV. R51-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 007938 号

相关传染病防治技术指导手册

编 著	郁晓峰
责任编辑	杨芳萍 姚永奇
封面设计	格 罗
电脑排版	薛 涛
出版发行	西藏人民出版社 (拉萨市林廓北路 20 号)
印 刷	拉萨福明印刷有限责任公司
开 本	787×1092 1/16
印 张	20
字 数	300 千
版 次	2009 年 4 月第 1 版
印 次	2009 年 4 月第 1 次印刷
印 数	01—1,000
书 号	ISBN 978-7-223-02573-7
定 价	35.00 元

版 权 所 有 翻 印 必 究

(如有印刷质量问题, 请与出版社发行部联系调换)

发行部联系电话(传真): 0891-6826115

《相关传染病防治技术指导手册》编委会

主 任 喜 乐

副主任 西绕若登 李 江

编 审 姜祖钢 郁晓峰 张宏忠 达 瓦
雄 辉 李 斌 洛桑群增 李景中
多吉江村 胡庆亮 普次典
次仁玉珍 郭文敏 欧 珠

编 著 郁晓峰

审 核 雷 杰

前 言

为了帮助我区地、县、乡三级疾病控制人员提高防治相关传染病的技能，在自治区卫生厅领导的亲切关怀与指导下，在澳大利亚—西藏卫生支持项目的资金支持下，编写人员从西藏疾病预防控制工作的实际需要出发，完成了适用于西藏自治区地、县、乡三级疾病预防控制人员的《相关传染病防治技术指导手册》编写工作。

编写人员在注重医学基础理论的同时，以多年来西藏传染病疾病谱为依据，并结合现场疫情处置经验，从概述、病因、症状、检查、治疗和预防六个方面对《手册》所涉及的 27 种传染性疾病，逐一进行了简要的阐述。同时，本《手册》还收集了国家以及西藏自治区的相关卫生法律法规、监测方案、防治指南与规划等。对地、县、乡三级疾病控制人员防治相关传染病来说，具有较强的操作性和一定的技术指导意义。然而，由于编写人员经验不足、水平有限、时间仓促，难免存在错误和疏漏。恳切希望全区广大疾病控制人员和专家在使用过程中给予批评指正，使《手册》得到进一步修订和完善。

此外，在本书编写过程中，始终得到了自治区卫生厅喜乐副厅长、自治区卫生厅疾控处李江副处长、自治区疾控中心西绕若登主任、山东省疾控中心雷杰主任医师和西藏—澳大利亚卫生支持项目办公室凯斯女士和来有文先生的积极建议与精心指导。在此一并感谢！

郁 晓 峰

2008 年 12 月于拉萨

目 录

第一部分 相关传染病.....	1
一、呼吸道传染病.....	1
流行性感 冒（流感）.....	1
流行性脑脊髓膜炎（流脑）.....	2
麻疹.....	4
百日咳.....	6
白喉.....	8
流行性腮腺炎（流腮）.....	9
水痘.....	11
猩红热.....	12
肺结核.....	13
人感染禽流行性感 冒（人禽流感）.....	15
二、消化道传染病.....	18
细菌性痢疾（菌痢）.....	18
甲型病毒性肝炎（甲肝）.....	19
伤寒与副伤寒.....	21
脊髓灰质炎（小儿麻痹症）.....	23
手足口病.....	25
三、自然疫源性及虫媒传播疾病.....	29
鼠疫.....	29
流行性出血热（出血热）.....	30
疟疾（打摆子）.....	32
四、血液及性传播疾病.....	34
获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）.....	34
梅毒（花柳病）.....	35
淋病.....	37
乙型病毒性肝炎（乙肝）.....	38

五、人畜共患传染病	41
炭疽	41
布鲁氏菌病（布病）	42
包虫病	43
六、皮肤外伤及接触性疾病	45
破伤风	45
麻风病	46
 第二部分 监测方案	 48
全国鼠疫监测方案	48
全国人间布鲁氏菌病监测方案（试行）	60
全国炭疽监测方案（试行）	80
全国肾综合征出血热监测方案（试行）	97
全国狂犬病监测方案（试行）	122
全国病媒生物监测方案（试行）	137
全国霍乱监测方案（试行）	154
全国伤寒、副伤寒监测方案（试行）	179
全国细菌性痢疾监测方案（试行）	202
小肠结肠炎耶尔森菌病试点监测方案（试行）	224
肠出血性大肠杆菌 O ₁₅₇ :H ₇ 感染性腹泻监测方案（试行）	234
全国不明原因肺炎病例监测实施方案（试行）	251
全国麻疹监测方案	256
 第三部分 法律法规	 277
中华人民共和国传染病防治法	277
西藏自治区实施《中华人民共和国传染病防治法》细则	290
西藏自治区预防接种管理办法	297
 第四部分 防治指南与规划	 302
手足口病防治指南	302
西藏自治区结核病防治规划（2001——2010 年）	305

第一部分 相关传染病

一、呼吸道传染病

流行性感冒（流感）

【概述】

流行性感冒简称“流感”，是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病。它可导致上呼吸道感染、肺炎及呼吸道外的各种病症。典型流感，起病急，高热，全身疼痛，乏力，呼吸道症状较轻。颜面潮红，眼结膜外眦充血，咽喉部充血，软腭上有滤泡。流感在西藏常年均有发生，以冬春季发病为主，尤其在学校和集体托幼机构为甚。

【病因】

本病由流感病毒引起，该病毒属正粘病毒科，直径80~120微米，球形或丝状。流感病毒可分为甲（A）、乙（B）、丙（C）三型，甲型流感病毒经常发生抗原变异，传染性强，传播速度快，易发生大范围流行。人类是人感染流感病毒的基本宿主，在密闭的空间以空气传播为主，也可以通过接触流感病人形成直接传播。该病潜伏期约1~3天，当出现症状时具有传染性，成人大约3~5天，幼儿可达7天。该病普遍易感，既往感染人群具有一定的免疫力。

【症状】

（一）起病急骤，畏寒、发热，体温在数小时至24小时内升至39~40℃，甚至更高。同时伴有头痛，全身酸痛，乏力，食欲减退。呼吸道症状较轻，表现为：咽干、喉痛、干咳，部分病例伴有腹泻。

（二）颜面潮红，眼结膜外眦充血，咽部充血，软腭上有滤泡形成。

【检查】

（一）血常规：白细胞计数正常或减少。

（二）X线：肺部可见肺纹理增粗等炎症表现。

（三）病毒分离培养：可培养出流感病毒。

（四）血清学：可通过血清学的方法来检测流感特异性抗体，一旦发现发病初期和恢复期双份血清抗体呈4倍以上增高时，具有诊断意义。

【治疗】

（一）一般治疗：卧床休息，多饮水，给予流质或半流质饮食，进食后用温盐水或温开水漱口，保持鼻咽部和口腔清洁。

（二）对症治疗：高热烦躁者可给予解热镇痛药物。

（三）抗病毒治疗：可用利巴韦林、复方氨酚烷胺等。

【预防】

(一)做到三早：对病人应早发现、早隔离、早治疗。

(二)个人防护：流感流行期间到公共场所应戴口罩，不要进入人口密集的场所或地方，减少集会。

(三)注意房屋室内的通风透气，勤晒被褥。

(四)预防接种：流行季节前可接种流感疫苗。特别是老人和儿童。

(五)西药预防：采用金刚烷胺成人每日 100~200 毫克，分 2 次服用；儿童剂量 1~9 岁每日为 4.4~8.8 毫克/公斤，分 2 次服用，对预防甲型流感有效。

(六)中药预防：口服野菊花、贯众、板蓝根等，也可预防流感。

流行性脑脊髓膜炎（流脑）

【概述】

流行性脑脊髓膜炎简称流脑，是由脑膜炎双球菌引起的化脓性脑膜炎。临床表现为发热、头痛、呕吐、皮肤粘膜淤点、淤斑及颈项强直等脑膜刺激征。西藏每年均有病例报告。

【病因】

流脑的传染源是带菌者和病人，大约 5%~10%的正常人群可以是无症状带菌者，病原菌借咳嗽、喷嚏、说话等由飞沫直接传播。病人从潜伏期末开始至发病 10 天内具有传染性，规范使用抗菌素 24 小时后可以消除传染性。因其在体外生活力极弱，所以通过日常用品间接传播的机会极少。任何年龄的人均可发病，从 2~3 个月开始，6 个月至 2 岁人群发病率最高，以后随年龄增长逐渐下降。

【症状】

本病的潜伏期为 1~7 日，一般 2~3 日。

(一)普通型：约占 90%左右。病程可分为上呼吸道感染期、败血症期和脑膜炎期，但由于起病急、进展快，临床上常难以截然划分。

1. 上呼吸道感染期：大多数病人并不产生任何症状。部分病人有咽喉疼痛，鼻咽粘膜充血及分泌物增多。

2. 败血症期：病人常无前驱症状，表现为突然起病、畏寒、高热、头痛、呕吐、全身乏力、肌肉酸痛、食欲不振及神志淡漠等毒血症症状。

3. 脑膜炎期：大多数败血症患者于 24 小时左右出现脑膜刺激征，此期持续高热，头痛剧烈、呕吐频繁，皮肤感觉过敏、怕光、烦躁及惊厥、昏迷，血压可增高而脉搏减慢。由于炎症刺激脑膜，病人颈后疼痛，颈项强直，角弓反张。神经反射检查可发现克氏征、布氏征呈阳性。

(二)暴发型：少数病人起病急骤，病情凶险，如不及时抢救，常于 24 小时内甚至 6 小时内危及生命，此型病死率高达 50%，婴幼儿可达 80%。

【检查】

(一)血象：白细胞总数明显增高，一般在 $10\sim30\times10^9/L$ 以上。中性粒细胞在 80%~

90%以上。有DIC者，血小板明显减少。

(二)脑脊液：脑脊液检查对于流脑的诊断来说，具有重要意义。然而，在西藏的广大基层医院或卫生所，往往由于受到医疗技术和条件的制约，脑脊液采集很难实现，以致诊断困难。本病初期仅有脑脊液压力升高，外观仍清亮，稍后则浑浊似米汤样。细胞数高达 $1 \times 10^9/L$ ，以中性粒细胞为主。蛋白含量显著增高，糖含量常低于400毫克/升，有时甚至为零。暴发型败血症者脑脊液往往清亮，细胞数、蛋白、糖量亦无改变。对颅内压高的病人实施腰穿要特别慎重，以免引起脑疝。

(三)细菌学检查包括涂片和培养

1. 涂片：可采集皮肤淤点和脑脊液沉淀涂片检查。

2. 培养：可通过血和脑脊液进行细菌培养。通过血培养检出脑膜炎双球菌的阳性率较低，但对慢性脑膜炎双球菌败血症的诊断非常重要。

(四)血清的检查：血清学检查是近年来开展的流脑快速诊断方法，此方法包括：测定假膜多糖抗原的免疫学实验和测定抗体的免疫学试验。

1. 测定夹膜多糖抗原的免疫学试验比细菌培养阳性率高，方法简便、快速、敏感、特异性强。

2. 测定抗体的免疫学试验有间接血凝试验、杀菌抗体测定等。

【治疗】

普通型流脑的治疗

(一)一般治疗：卧床休息，保持病室安静、空气流通。给予流质饮食，昏迷者宜鼻饲，并予适量输入液体，使每日尿量在1000毫升以上。密切观察病情。保持口腔、皮肤清洁，防止角膜溃疡形成。经常变换体位以防褥疮发生。防止呕吐物吸入，必要时给氧。

(二)对症治疗：高热时可用酒精擦浴，头痛剧烈者可予镇痛或高渗葡萄糖，用脱水剂脱水。

(三)病原治疗

1. 磺胺：在脑脊液中的浓度可达血液浓度的50%~80%，常为首选药物。

2. 青霉素G：青霉素在脑脊液中的浓度为血液浓度的10%~30%，大剂量注射才能使药物在脑脊液中达到有效杀菌浓度。

3. 氯霉素：对脑膜炎双球菌很敏感，而且在脑脊液中的浓度为血液浓度的30%~50%，使用氯霉素应密切注意其副作用，尤其对骨髓的抑制，新生儿、年老体弱者慎用。

4. 氨苄青霉素：对脑膜炎双球菌、流感杆菌和肺炎球菌均有较强的抗菌作用，适用于病原菌尚未明确的5岁以下患儿。

暴发型败血症的治疗

(一)抗菌治疗：大剂量青霉素钠盐静脉滴注，能迅速控制败血症。亦可应用氯霉素，但不宜应用磺胺。

(二)抗休克治疗

(三)抗凝治疗：鉴于本病的休克及出血与血栓形成有关，凡被怀疑有DIC时，不必等待实验室检查结果，可用肝素治疗。在暴发型脑膜炎的治疗过程中，抗菌素的应用与治疗暴发型休克相同。此外，应以减轻脑水肿，防止脑疝和呼吸衰竭为重点。

【预防】

流脑的预防宜采取综合预防措施。具体措施是：

(一)“三晒一开”，杀灭病菌：“流脑”的病原体——脑膜炎双球菌有怕冷、怕热、厌氧的特性。所以，在阳光充足、空气流通的环境中不易生存。“三晒一开”就是常晒太阳、晒被褥、晒衣服，居室常开窗通风透气，以达到杀灭该病病菌的目的。

(二)预防接种，增强免疫力：15岁以下儿童是“流脑”易感人群，需要重点保护。除了在流行季节少去或不去人员繁杂的公共场所外，还可以接种流脑多糖体菌苗，提高对“流脑”的免疫能力，接种疫苗后对本病的免疫力可维持一年左右，因此，很多地方目前已将流脑疫苗纳入当地的常规计划免疫接种范畴，最适宜的接种时间应该是每年的9、10月份。

(三)及时发现，早期隔离：在“流脑”好发季节，如发现儿童有不明原因的发热、头痛、呕吐时，必须引起高度警觉，及时去检查。对被确诊为“流脑”的病人要进行严格的隔离治疗。对疑似病人或与病人有密切接触史的要严密观察，以防止该病的扩散和传播。

麻 疹

【概述】

麻疹是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病。临床特征为发热、流涕、咳嗽、眼结膜炎、口腔粘膜斑（柯氏斑）及全身皮肤斑丘疹。1987年之前，西藏每年的麻疹发病率以十万分之千余计，之后由于计划免疫工作的广泛开展，至1995年，全区麻疹发病率大幅度下降，广大儿童的健康受到了极其有效的保护。然而，由于种种原因，1995年至今，计划免疫工作滑坡现象严重，以致近几年自治区内麻疹发病率逐年回升，严重影响了广大儿童的身体健康。

【病因】

麻疹病人是本病的唯一传染源。一般认为出疹前后5天均有传染性。病人咳嗽、打喷嚏时，病毒随飞沫排出，直接到达易感者呼吸道或者眼结膜而导致感染。本病很少通过间接方式传播。未患过麻疹，也未接种过麻疹疫苗的人均容易感染此病。患病或接种疫苗后可获得终身免疫。

【症状】

本病的潜伏期为10~14天，典型病程经过分为三期：

(一)前驱期：又称出疹前驱期，持续2~4天，但体弱、重症或滥用退烧剂者可延长至7~8天。主要表现为上呼吸道炎症，急骤起病、发热、咳嗽、流涕、打喷嚏、畏光、流泪，眼结膜充血、眼睑浮肿，咳嗽逐日加重。少数病人于病初1~2日，颈、胸、腹部即出现风疹样或猩红热样皮疹或荨麻疹，数小时即退，称为前驱疹。悬雍垂、扁桃体、咽后壁、软腭处见到的红色斑点，一般于出疹期才消退。

(二)出疹期：于发病后4日左右开始出疹，一般持续3~5天。皮疹首先开始耳后发际，渐及前额、面颈、躯干与四肢，待手心、脚心见疹时，则“出齐”或“出透”。皮疹初期为稀疏淡红色斑丘疹，直径2~4毫米，皮疹逐渐增多，融合呈卵圆形或不规则形，

疹与疹之间皮肤正常，皮疹出透后转为暗棕色。病情严重时，皮疹可突然隐退。本期全身中毒症状加重，体温可高达 40℃ 甚至以上，精神萎靡、嗜睡，有时谵妄抽搐。面部浮肿、皮疹、眼分泌物增多，甚至粘连眼睑不易睁开，流浓涕，上述表现称之为麻疹面容。

(三) 恢复期：皮疹出齐后，中毒症状明显缓解，体温下降，约 1~2 日降至正常。精神、食欲好转，呼吸道炎症迅速减轻，皮疹按出疹顺序消退并留有糠麸样细小脱屑及淡褐色色素沉着，以躯干为多，1~2 周退净。无并发症的典型麻疹全程为 10~14 天。

【检查】

(一) 鼻咽部、眼分泌物或涂片染色查找多核巨细胞（含核 5~80 个）。前驱期及出疹期均可发现，出疹前 2 日阳性率最高，有早期诊断价值，镜检可发现单核细胞浆内包涵体。

(二) 荧光抗体染色：用鼻、咽、眼分泌物及尿沉淀物涂片，以荧光抗体染色，可在脱落细胞内查出麻疹病毒抗原，阳性率更高，有早期诊断价值。

(三) 血清学：用酶联免疫吸附试验或免疫荧光技术检测病人血清抗麻疹 IgM；以血凝抑制试验，中和试验，补体结合试验检测麻疹抗体 IgG，急性期和恢复期血清呈 4 倍升高，均有诊断价值。

【治疗】

(一) 一般治疗及护理

1. 呼吸道隔离患者应在家隔离、治疗至出疹后 5 天。有并发症患者应住院隔离治疗，隔离期延长 5 天。

2. 保持室内温暖及空气流通，给予易消化营养丰富的流质或半流质饮食，水分要充足；保持皮肤及眼、鼻、口、耳的清洁，用温热水洗脸，生理盐水漱口；用抗生素红霉素眼膏或氯霉素、诺氟沙星眼药水保护眼睛，防止继发感染。

(二) 对症治疗

(三) 并发症治疗：肺炎、喉炎、心血管功能不全。

【预防】

提高人群免疫力是预防的关键，故对易感人群实施计划免疫十分重要。如发现麻疹病人，应采取综合措施防止麻疹的传播和流行。

(一) 自动免疫：易感者都应接种麻疹减毒活疫苗。初种年龄不宜小于 8 个月，因为来自母体的抗体可中和疫苗病毒，使之失效。我国目前定于 8 个月时初种，4 岁时加强一次，7 岁时再加强一次。疫苗应保存在 2~10℃ 暗处，每次皮下注射 0.5 毫升，1 次即可。各年龄剂量相同，于麻疹流行季节前一个月接种最好。易感者在接触麻疹病人后 2 日内，若应急接种麻疹疫苗，仍可防止发病或减轻病情。流行时易感者 80% 接种了疫苗，可于 2 周内控制流行。接种疫苗后反应轻微，5~14 天后可有低热数日，偶见稀疏淡红皮疹。有发热和急、慢疾病者，应暂缓自动免疫；有活动性、恶性、白血病及应用免疫抑制剂或放射治疗和先天性免疫缺陷者，不宜接种麻疹减毒活疫苗；凡 8 周内接受过输血或血制品及被动免疫制剂，以及 4 周内接受其他病毒减毒活疫苗者均应推迟接种，以免影响效果。接种麻疹减毒活疫苗后血清抗体都有上升，阳性率可达 95%~98%，最早于 12 天血液中即可出现血凝抑制等抗体，1 个月时达高峰，抗体效价在 1:16~1:128 之间，2~6 个月

后渐降，一般仍维持一定水平。部分接种者 4~6 年后可全部消失，故复种年龄可在 4~6 岁时。

(二)被动免疫：年幼体弱及患病者如接触麻疹病人，5 天内进行被动免疫可免于发病，5~9 天内进行则仅能减轻病情。可肌注 10%的丙种球蛋白 0.2 毫升/公斤，或胎盘球蛋白 0.5~1.0 毫升/公斤，或成人血浆 20~30 毫升。被动免疫力仅能维持 3~4 周，3 周后又接触麻疹患者需再注射。

(三)综合预防措施：发现麻疹病人应立即作疫情报告，并等待呼吸道隔离至疹后 5 天，有并发症者延至 10 天。对接触患者的易感儿应检疫 3 周，并根据情况给予自动免疫或被动免疫，接受免疫制剂者，应延长检疫至 4 周。在麻疹流行期间，应大力宣传患者不出门，医药送上门，易感儿不串门，集体机构加强晨间检查，对可疑者应隔离观察。

百日咳

【概述】

百日咳是由百日咳杆菌所致的急性呼吸道传染病。婴幼儿多见。临床上以阵发性痉挛性咳嗽、鸡鸣样吸气吼声为特征。病程可长达 2~3 个月，故名百日咳。

【病因】

患者是本病唯一的传染源。病菌也可由年长的家庭成员带到家里直接传播给儿童。该病自出现卡他症状至病后 2 周传染性较强，以发病第一周卡他期传染性最强。主要通过飞沫传播。人群普遍易感，但幼儿发病率最高。母体无足够的保护性抗体传给胎儿，故 6 个月以下婴幼儿发病较多。病后可获持久免疫力，第二次发病者罕见。

【症状】

本病的潜伏期 6~20 天，一般为 7~10 天。典型病程经过分为三期：

(一)卡他期（前驱期）：自起病至痉咳出现，约 7~10 天。初起类似一般上呼吸道感染症状，包括低热、咳嗽、流涕、喷嚏等。3~4 天后其他症状好转而咳嗽加重。此期传染性最强，治疗效果也最好。

(二)痉咳期：咳嗽由单声咳变为阵咳，连续十余声至数十声短促的咳嗽，继而一次深长的吸气，因声门仍处收缩状态，故发出鸡鸣样吼声，以后又是一连串阵咳，如此反复，直至咳出粘稠痰液或吐出胃内容物为止。每次阵咳发作可持续数分钟，每日可达十数次至数十次，日轻夜重。阵咳时患儿往往面红耳赤，涕泪交流，面唇发绀，大小便失禁。少数病人痉咳频繁可出现眼睑浮肿、眼结膜及鼻粘膜出血，舌外伸被下门齿损伤舌系带而形成溃疡。成人及年长儿童可无典型痉咳。婴儿由于声门狭小，痉咳时可发生呼吸暂停，并可因脑缺氧而抽搐，甚至死亡。此期短则 1~2 周，长者可达 2 个月。

(三)恢复期：此期阵发性痉咳逐渐缓解直至完全停止，鸡鸣样吼声消失。此期一般为 2~3 周。若有并发症可长达数月之久。

【检查】

(一)血象：白细胞计数及淋巴细胞分类自发病第一周末开始升高，痉咳期增高最为明显，白细胞总数可达 $20\sim40\times10^9/L$ 或更高，由于淋巴细胞促进因子的作用，淋巴细胞分

类一般为 60%~95%。

(二) 细菌学

1. 咳碟法：用 B-G (Bordet—Gegou) 培养基平碟，置患者口部前 5~10 厘米，连咳嗽声后，孵育 3~4 日。第一周阳性率可达 59%~98%，痉咳期常低于 50%，第四周以后仅为 2%。

2. 鼻咽拭子培养：在阵咳后，用拭子从鼻咽后壁取粘液培养，阳性率远远高于咳碟法。

(三) 血清学

1. 补体结合试验、凝集试验等主要用于回顾性诊断。

2. 酶联免疫吸附试验。可测定本病特异性 IgM 抗体，对早期诊断有帮助。

(四) 荧光抗体：用鼻咽分泌物涂片，加荧光标记的抗血清，荧光显微镜下检查。早期患者 75%~80% 阳性。但有假阳性。

【治疗】

(一) 一般和对症治疗：严格按呼吸道要求隔离病人，保持空气清新，注意营养及良好护理。避免刺激、哭泣而诱发痉咳。婴幼儿痉咳时可采取头低位，轻拍背。咳嗽较重者睡前可用冬眠灵或非那根顿服，有利睡眠，减少阵咳。也可用盐酸普鲁卡因 3~5 毫克/公斤/次，加入 30~50 毫升葡萄糖静脉点滴，1~2 次/日，连用 3~5 天，有解痉作用。维生素 K₁ 也可减轻痉咳。患儿发生窒息时应及时做人工呼吸、吸痰和给氧。重者可适当加用镇静剂如苯巴比妥或安定等。痰稠者可给予祛痰剂或雾化吸入。重症婴儿可给予肾上腺皮质激素以减轻炎症。

(二) 抗生素治疗：卡他期 4 天内应用抗生素可减短咳嗽时间或阻断痉咳的发生。4 天后或痉咳期应用可缩短排菌期，预防继发感染，但不能缩短病程。首选红霉素 30~50 毫克/公斤/日，连用 7~10 天，也可用氯霉素，或复方新诺明、氨苄青霉素等。

(三) 中医药治疗：胆汁类制剂对百日咳杆菌有显著的抑制作用，同时还有一定的镇静作用。可采用鸡胆汁加白糖蒸服。半岁以内每日 1/3 个，半岁至 1 岁每日 1/2 个，1 至 3 岁每日 1 个，直至痊愈。亦可用猪胆等代替。

【预防】

百日咳的重要预防办法有以下几种：

(一) 自动免疫：出生后 2~3 个月起，开始接种百日咳菌苗。目前应用的是“白百破”三联制剂，即注射百日咳菌苗、白喉类毒素、破伤风类毒素三联针。连续肌肉注射 3 次，每次时间间隔不少于 28 天，1 年后再注射一次作为第一次加强，4~6 岁时再注射一次作为第二次加强，这样可以使小儿获得持久而且比较稳定的免疫力。

(二) 被动免疫：没有接受过自动免疫的体弱幼婴，可肌注百日咳高价免疫蛋白。

(三) 药物预防：与百日咳患儿密切接触过的易感儿，可口服红霉素或复方新诺明 7~10 天。

(四) 患儿隔离：发病日起计 40 天、痉咳出现计 30 天为本病的隔离期。10 岁以下的易感儿与病人密切接触后，应检疫 21 天，检疫期满后，应立即对其进行百日咳菌苗全程接种。预防接种是预防百日咳的最好办法，儿童家长一定要按照免疫程序的要求，定期带孩子到就近的疾病预防控制机构接受预防接种。

白 喉

【概述】

白喉是由白喉杆菌引起的急性呼吸道传染病。临床特征为咽、喉、鼻部粘膜充血、肿胀并有不易脱落的灰白色假膜形成。由于细菌产生的外毒素所致全身中毒症状，严重者可并发心肌炎和末梢神经麻痹。本病呈世界性分布，四季均可发病，以秋冬季较多。由于儿童计划免疫工作的持续开展，目前本病在西藏已经很少有报告，但依然不可掉以轻心。

【病因】

白喉杆菌是严格寄生于人的细菌，传染原为病人和带菌者。接触病人和感染者通过呼吸道飞沫直接传播。人群普遍易感，易感性的高低取决于体内抗毒素的量。

【症状】

本病的潜伏期 1~7 天，一般为 2~4 天。根据假膜所在部位及中毒症状轻重，分为咽白喉和喉白喉两大类型：

(一)咽白喉：咽白喉为最常见者，占发病人数的 80% 左右。其又可分为：无荚膜咽白喉、局限性咽白喉、播散性咽白喉和中毒型咽白喉。

1. 无假膜咽白喉：流行期间患者仅有上呼吸道症状如咽痛，全身症状较轻，咽部只有轻度炎症。扁桃体可肿大，但无假膜形成。

2. 局限性咽白喉又可分为：扁桃体白喉和咽门白喉两种。

(1) 扁桃体白喉：表现为假膜局限于一侧或双侧扁桃体。起病徐缓，自觉症状轻和轻度发热，全身不适，疲乏，食欲不振及轻度咽痛。扁桃体充血、稍肿胀，假膜初呈点状后融合成片。颌下淋巴结可肿大，微痛。

(2) 咽门白喉

3. 播散性咽白喉

4. 中毒型咽白喉：中毒型咽白喉如不及时治疗，病死率极高。

(二)喉白喉：喉白喉约占 20% 左右。少数为原发性，约 3/4 为咽白喉向下蔓延而成。原发性喉白喉由于毒素吸收少，全身中毒症状并不严重。表现为粗糙的干咳，声音嘶哑，甚至失声，呼吸急促。严重者可出现紫绀，并可因窒息而死亡。

【检查】

(一)血象：白细胞增高

(二)咽拭子涂片及培养

(三)亚碲酸钾快速诊断

【治疗】

(一)脱敏法：每 20 分钟注射抗毒素一次，每次注射后观察反应，如有全身性反应，下次注射须延至 30 分钟后，剂量不变。在注射抗毒素前，必须准备好肾上腺素、氢化考地松等抢救药品。

(二)抗生素：青霉素为首选药物。

(三)中医中药：辨证施治以养阴清肺汤为主（生地、玄参、白芍、丹皮、川贝母、甘

草等)；抗白喉合剂用地黄、玄参、黄芩、连翘、麦冬、土牛膝根等，水煎服。

(四)对症治疗：烦躁不安者可给适量安定、鲁米那。中毒症状严重者可给予肾上腺皮质激素。对Ⅰ、Ⅱ度喉梗阻者要密切观察病情，做好气管切开准备。气管切开者要保持呼吸道通畅。

【预防】

(一)有计划地做好预防接种工作吸附白喉类毒素供 6 月~12 岁儿童做基础及加强免疫用。

(二)对传染源的措施

1. 早期发现病人，及时隔离并及时作疫情报告。患者要入传染病院隔离治疗，要隔离至症状消失后，鼻咽分泌物培养二次阴性，或经抗生素治疗症状消失后 11 天为止。

2. 密切接触者，应于观察 7 日，对儿童机构在 14 日内应进行严格晨检，有条件可进行鼻咽拭子培养。

3. 污染的外环境应进行消毒处理。可用 5%来苏液喷雾消毒，或擦拭消毒，每平方米消毒面积洒 200~300 毫升消毒液。

4. 卫生宣传教育，加强对患儿家庭及周围人群的预防白喉健康知识宣传。

(三)对传播途径的措施：病人的鼻咽分泌物及其污染的衣服、手帕、食具、玩具等都应进行随时消毒。病人隔离后对病人家庭以及对病愈出院后的病房均应进行终末消毒。

流行性腮腺炎（流腮）

【概述】

流行性腮腺炎简称“流腮”，是儿童和青少年中常见的呼吸道传染病。本病由腮腺炎病毒所引起。临床特征为发热及腮腺非化脓性肿痛，并可侵犯各种腺组织或神经系统及肝、肾、心脏、关节等器官。本病好发于儿童，亦可见于成人。近年来，本病在西藏的广大基层中小学生中频繁发病，严重影响了正常的教学秩序。

【病因】

早期病人和隐性感染者，病毒存在于患者唾液中的时间较长，腮肿前 6 天至腮肿后 9 天均可自病人唾液中分离出病毒，因此在这两周内有高度传染性。发病前 2 天至发病后 4 天传染力最强。感染腮腺炎病毒后，无腮腺炎表现，而有其他器官如脑或睾丸等症者，则唾液及尿亦可检出病毒。在大流行时约 30~40%患者仅有上呼吸道感染的亚临床感染，是重要传染源。本病毒在唾液中通过空气和飞沫传播（唾液及污染的衣服亦可传染），其传染力较麻疹、水痘弱。孕妇感染本病可通过胎盘传染胎儿，而导致胎儿畸形或死亡，流产的发生率也增加。人群普遍易感，其易感性随年龄的增加而下降。青春期后发病男多于女。病后可有持久免疫力。

【症状】

本病的潜伏期为 8~30 天，平均 18 天。

起病大多较急，无前驱症状。有发热、畏寒、头痛、咽痛、食欲不佳、恶心、呕吐、全身疼痛等，数小时腮腺肿痛逐渐明显，体温可达 39℃ 以上，成人患者一般较严重。

腮腺肿胀最具特征性。一般以耳垂为中心，向前、后、下发展，形如梨状，边缘不清；局部皮肤紧张，发亮但不发红，触之坚韧有弹性，有轻触痛；说话、咀嚼（尤其进酸性饮食）时刺激唾液分泌，导致疼痛加剧；通常一侧腮腺肿胀后 1~4 天累及对侧，双侧肿胀者约占 75%。颌下腺或舌下腺也可同时被累及。

重症者腮腺周围组织高度水肿，使容貌变形，并可出现吞咽困难。腮腺管开口处早期可有红肿，挤压腮腺始终无脓性分泌物自开口处溢出。腮腺肿胀大多于 1~3 天到达高峰，持续 4~5 天逐渐消退而回复正常。全程约 10~14 天。

颌下腺和舌下腺也可同时受累，或单独出现。颌下腺肿大，表现为颈前下颌肿胀并可触及肿大的腺体。舌下腺肿大可见舌及口腔底肿胀，并出现吞咽困难。

【检查】

（一）血象：白细胞计数正常或稍低，后期淋巴细胞相对增多。有并发症时白细胞计数可增高。

（二）血清和尿淀粉酶测定：90%患者的血清淀粉酶有轻度和中度增高，有助诊断。淀粉酶增高程度往往与腮腺肿胀程度成正比。

（三）血清学

1. 中和抗体试验：低滴度如 1:2 提示特异免疫反应。中和抗体特异性强，但不作常规应用。

2. 补体结合与血凝抑制试验：早期及恢复期双份血清测定补体结合及血凝抑制抗体，有显著增长者可确诊（效价 4 倍以上）。国外采用酶联免疫吸附法及间接荧光免疫检测 IgM 抗体，可作早期诊断。

3. 病毒分离：早期患者可在唾液、尿、血、脑脊液中分离到病毒。

4. 尿：肾脏受累时可出现尿蛋白、红白细胞等，甚至类似肾炎尿的改变。

【治疗】

（一）一般护理：隔离患者使之卧床休息直至腮腺肿胀完全消退。注意口腔清洁，饮食以流质或软食为宜，避免酸性食物，保证液体摄入量。

（二）对症治疗：宜散风解表，清热解毒。必要时内服去痛片、阿司匹林等解热镇痛药。重症并发脑膜脑炎、严重睾丸炎、心肌炎时，可短期使用肾上腺皮质激素。

1. 睾丸炎治疗：成人患者在本病早期应用乙烯雌酚，每次 1 毫克，1 日 3 次，有减轻肿痛之效。

2. 脑膜脑炎治疗：可按乙型脑炎疗法处理。高热、头痛、呕吐时给予适量利尿剂脱水。

3. 胰腺炎治疗：禁饮食、输液、反复注射阿托品或山莨菪碱，早期应用皮质激素。

【预防】

（一）管理传染源：早期隔离患者直至腮腺肿大完全消退为止。接触者一般不一定检疫，但在小学、集体托幼机构和部队等应留验 3 周，对可疑者应立即暂时隔离。

（二）被动免疫：一般免疫球蛋白、成人血液或胎盘球蛋白均无预防本病的作用。恢复期病人的血液及免疫球蛋白或特异性高价免疫球蛋白可有一定作用，但来源困难，不易推广。

（三）自动免疫：腮腺炎减毒活疫苗免疫效果好，免疫途径皮内注射、皮下注射，还可