

建筑工程

施工安全防护

技术标准规范

◆ ◆ ◆ 实用手册

JIANGZHUGONGCHENG

TU 714-62

3
v. 4

建筑工程施工安全防护 技术标准规范实用手册

主编 游 海

(四卷)

宁夏大地出版社

建筑工程施工安全防护技术标准规范实用手册

主编:游 海

出版发行:宁夏大地出版社

光盘制作:北京中新联数码科技股份有限公司

出版时间:2003年9月

本 版 号:ISBN 7-88619-055-6

定 价:998.00元(1CD-ROM含配套手册四册)

第一章 建筑施工工地传染病规范化管理

传染病对于人类的健康乃至生命安全所造成的威胁已为人们所共知。对传染病的防治与管理已被国家纳入法治管理,并作为国家疾病控制对策的一个重要内容。随着改革开放的深入和经济的发展,进入城区的建筑施工队伍不断增多,建筑施工队伍成为一个流动人口集中的场所,由于人口的密集,生活居住条件的简陋,卫生防病知识的缺乏,加之卫生防病与管理工作不到位,致使建筑施工工地成为卫生防疫的一个薄弱环节,有的甚至成为无人过问的死角。从而导致施工工地传染病的暴发流行,直至造成人员死亡。因此搞好建筑工地的卫生防疫,减少传染病的发生和传播,已成为目前直至今后一个时期内卫生防病工作的一项不可忽视的重要内容。

建筑工地传染病的防治应包括经常性预防措施和传染病卫生、粪便管理、消灭蚊蝇)为重点的同时,针对不同种类传染病的传染源和传播途径采取针对性预防措施,保护易感人群。当前预防接种相应的疫苗,如甲型肝炎、乙型肝炎疫苗、流行性出血热疫苗、流感疫苗等,可提高个体和人群免疫水平,从而达到有效预防疾病的目的。

第一节 传染病管理制度

1. 各建筑公司必须设有卫生室,施工人数超过 200 人以上的工地必须设有卫生室或者配备专职医务人员,负责工地施工人员的卫生防病工作。
2. 卫生医务人员必须经过卫生医疗预防知识培训。
3. 各个施工工地必须建立传染病专册,由医务人员负责登记。
4. 发生传染病时,必须及时向当地医疗机构或所在地卫生防疫站报告。
5. 各建设单位必须指定一名行政领导主管工地卫生防病工作,并按卫生防疫部门的要求,做好疫苗的预防接种工作。
6. 各建设单位和施工单位必须本着“谁主管,谁负责”“谁用工,谁落实”的原则,做好施工工地的卫生防病工作,并接受卫生执法机构的监督检查。

第二节 法律规定管理的传染病种类

根据《中华人民共和国传染病防治法》，传染病共分甲、乙、丙三类共三十五种。

甲类是指：鼠疫、霍乱。

乙类是指：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、布鲁氏菌病、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、肺结核、新生儿破伤风。

丙类是指：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、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病。

第三节 施工工地常见传染病的主要症状，高发季节和预防措施

一、肠道传染病

1. 霍乱：属甲类传染病，发病高峰为7—9月，主要传播途径为粪——口传染。

主要症状：剧烈腹泻，水样便（黄水样、清水样、米泔样或血水样），伴有呕吐，严重者可有脱水，循环衰竭及肌肉痉挛。

2. 病毒性肝炎：属乙类传染病，主要为甲型肝炎，高发季节为冬春季，主要传播途径为粪——口传染。

主要症状：食欲减退，恶心，厌油，乏力，巩膜黄染，茶色尿，肝脏肿大，肝区痛。

3. 菌痢：属乙类传染病，好发于夏秋季，主要发病原因为吃不洁食物引起。

主要症状：发热，腹痛，腹泻，脓血便或粘液便伴有里急后重。

4. 伤寒、副伤寒：属乙类传染病，好发于夏秋季，主要为食不洁食物，不洁饮水及海、水产品等引起。

主要症状：持续高热，畏寒，精神萎靡，头痛，食欲不振，腹胀，相对缓脉，玫瑰疹，脾脏肿大，白细胞减少。

5. 除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

肠道传染病的预防措施：保护水源，改善饮用水条件，实行饮水消毒，供应开水，不喝生水。搞好饮食卫生，加强食堂卫生管理，炊事人员要经过体检，持证上岗，不吃不洁食物。因地制宜，加强粪便管理，粪便不准直接下河。改善环境卫生，消除垃圾，

减少苍蝇孳生地。利用黑板报等多种形式进行把住“病从口入”关为主要内容的宣传,提高自身保护能力。同时要及时发现病人,及时报告,及时隔离治疗病人。

二、流行性出血热:主要发病季节为2—6月份和10—12月份

主要症状:骤起发热,全身高度衰竭、乏力、有头痛、眼眶痛、腰痛和面、颈、上胸部潮红或伴有少尿,低血压。

预防措施:

1. 灭鼠;防鼠。
2. 灭螨。
3. 加强个人防护。
4. 集体野外作业时,搭建工棚宜搭“介”字形工棚,避免睡地铺,清扫储粮仓库时宜戴多层口罩。

第四节 传染病的报告程序及疫点处理

1. 发生急性肠道传染病或疑似病例时,应立即向当地医疗机构或卫生防疫站报告,对病人或疑似病人的呕吐物及排泄物不得擅自处理,应及时同当地乡、镇卫生院,地段医院防保科(组)联系,并在防疫人员指导和监督下方能处理,对病人或疑似病人应立即送医院隔离治疗。

2. 发生其他传染病时,应及时向当地医疗机构或防疫部门报告,被传染病病原体污染的污水、污物、粪便必须按照卫生防疫人员提出的卫生要求进行处理。

3. 对密切接触者,即生活工作饮食在一起的工人进行医学观察和必要的预防接种或预防性服药,以控制传染源的扩散。

第五节 施工单位的外来民工的管理

1. 外来民工必须到当地卫生防疫站登记,办理卫生防病登记证。
2. 七岁以下儿童应按国家规定到工地所在地医院(卫生院、所)进行免疫接种。
3. 民工及其家属发生传染病,必须送医院隔离治疗。
4. 对民工必须加强健康教育,提高个人卫生意识。
5. 按照《中华人民共和国传染病法实施办法》第二十条,招用流动人员二百人以上的用工单位,应当向当地政府卫生行政部门指定的卫生防疫机构报告,并按照要求采取预防控制传染病的卫生措施。

第二章 建筑工地常见传染病

第一节 霍 乱

霍乱是由霍乱弧菌所致的烈性肠道传染病。发病急、传播快,是亚洲、非洲大部分地区腹泻的重要原因,属国际检疫传染病。在我国《传染病防治法》中列为甲类。病理变化主要是由 0—1 群霍乱弧菌产生的肠道毒素所引起。临床表现轻重不一,大多数病人仅有轻度腹泻,少数病人可有剧烈吐泻、脱水、肌肉痉挛及周围循环衰竭等。

一、流行病学

(一)流行环节

1. 传染源 病人和带菌者是霍乱的传染源。近年来已注意到动物为传染源的可能性。病人在发病期间大多数均连续大量排菌,时间一般为 5 天,亦有长达 2 周者。尤其是中、重型病人,排菌量较大,每毫升粪便含有 10^7 — 10^9 弧菌,污染面广泛,是重要的传染源。霍乱病人急性期唾液内也存在着弧菌。轻型病人易被忽视,常得不到及时隔离和治疗,健康带菌者多不易检出。所以二者在散播疾病上也起着重要的传染源作用。

2. 传播途径 霍乱的传播途径可通过水、食物、日常生活接触和苍蝇等不同途径进行传播或蔓延,其中水的作用最为突出。常先发生于沿海港口、江河沿岸及水网地区,再借水路交通线传播,发病率甚高。近年来报告通过食物型传播造成局部暴发流行的事例也日益增多。

3. 人群易感性 缺乏免疫力的人,不分种族、年龄和性别对两型霍乱弧菌均普遍易感。在新感染区,成人比儿童容易受到感染,而在地方性流行区,儿童的发病率显然较成人高。霍乱弧菌感染人体后是否发病,要视一般非特异性免疫力及特异性免疫力如何而定。由于胃酸具有强力的杀弧菌作用,只有量进水、饮食或胃酸缺乏者,才有足够量的弧菌进入而引起发病。因而,本病经常表现为感染较多,而出现临床表现的少。患霍乱后,可获一定程度的免疫力,能产生对霍乱弧菌及其毒素的两种抗体。

(二) 流行特点

1. 地方性与外来性

霍乱地方性疫源地的概念迄今仍未完全。由于近代交通工具的发达,国际交往和旅游往来的频繁,可使本病从一国传至另一国,这种往来性的传播,会造成当地暴发流行。

2. 季节性与周期性

霍乱在热带地区全年均可发病。但在我国仍以夏秋季为流行季节,最早发病在4月份,最迟可到12月份,高峰期在7—8月间。

二、临床表现 典型病人病程可分为三期

1. 泻吐期 多数以剧烈腹泻开始,继以呕吐。多无腹痛,无里急后重,少数病人有腹部隐痛,个别可有阵发性绞痛。每日大便数次至十数次或更多,少数重型病人粪便从肛门直流而出,无法计数。排便后一般有腹部轻快感。大便形状初为稀便。后即为水样便、以黄水样或清水样为多见,少数为米泔样或肉洗水样,无粪臭,稍有鱼腥味,镜检无脓细胞。少数病人有恶心、呕吐,呈喷射状,呕吐物初为食物残渣,继为水样,与本便性质相仿。一般无发热,少数有低热。本期可持续数小时至1—2天。

2. 脱水虚脱期 由于严重泻吐引起水和电解质丧失,可出现脱水和周围循环衰竭。病人烦躁不安,口渴,眼窝深陷,声音嘶哑,腹下陷呈舟状,皮肤皱缩、湿冷且弹性消失,指纹皱瘪,酷似“洗衣工”手。此时病人脱水已达体重10%以上,由于血容量显著下降而导致循环衰竭,病人极度无力,神志不清,血压下降,脉搏细弱而速,甚者血压及脉搏测不出,可因休克而死亡。由于血容量显著不足,血压下降,可使肾脏供血不足而出现少尿或无尿,血中尿素氮增高,CO₂结合力下降,出现代谢性酸中毒和急性肾功能衰竭。严重吐泻病人使大量电解质丢失,低钠可引起腓肠肌及腹直肌痉挛;低钠可引起全身肌肉张力减低,甚至麻痹、心律紊乱等,碳酸氢根离子大量丧失可产生代谢性酸中毒。此期一般为数小时至2—3天。

3. 反应期及恢复期 脱水纠正后,大多数病人症状消失,尿量增加,体温回升,逐渐恢复正常。约1/3病人出现发热性反应,约38—39℃,以儿童多见,其原因可能由于循环改善后大量肠毒素被吸收所致。发热持续1—3天可自行消退。

三、预 后

过去霍乱(古典生物型)在流行初期或新发病地区的病死率为20—30%,个别地区可达50%。近年埃尔托霍乱的病死率多数控制在1—2%,但老年、孕妇或有并发症患者预后较差,病死率在3—6%。本病早期多死于循环衰竭,脱水期多死于尿毒症

或其他感染的并发症。

四、预 防

1. 控制传染 设立肠道门诊,及时发现病人,尽早予以隔离治疗。对密切接触者应严密检疫5天,也可给予预防性服药。
2. 切断传播途径 改善卫生环境,加强饮水消毒和食品管理。对病人或带菌者的粪便及排泄物应严格消毒处理。采取各种方法杀蛆灭蝇。
3. 加强人群免疫力 采取有选择性的为疫区人群进行预防接种,对缩短流行期限、减少急性病例、控制疾病流行有一定作用。

第二节 感染性腹泻

感染性腹泻(infectious diarrhoea)简称腹泻病。它是由多种病原体(细菌、病毒和寄生虫等)引起,以腹泻为主要症状的一组急性肠道传染病。腹泻病广泛流行于世界各地,危害十分严重,是当今全球性重要公共卫生问题之一,尤其是发展中国家婴幼儿发病和死亡的主要原因。据估计,亚洲、非洲和拉丁美洲每年死于腹泻病的儿童为460万—600万,从而引起国际上普遍关注。为降低腹泻病发病率和死亡率,WHO自1978年即制定了全球(腹泻病控制规划),重点在发展中国家。

感染性腹泻是我国传染病中发病数最多,流行面最广、影响群众生活生产严重的一组疾病。党和政府一贯重视腹泻病的防治工作。早在建国初期制订传染病管理法时,即将霍乱、伤寒(包括副伤寒)和痢疾(包括细菌性痢疾和阿米巴痢疾)列为法定报告和重点防治的病种。1961年又将副霍乱增入“甲拟传染病与霍乱并列。1989年在《传染病防治法》中又将除霍乱、痢疾、伤寒和创伤寒以外的感染性腹泻病列入法定报告的病种,由于采取了一系列符合我国实际的防治对策,在50年代初期即消灭了古典型霍乱,控制了伤寒、痢疾的大面积流行,也不同程度地降低了其他腹泻病的发病率和死亡率。我国幅员辽阔,腹泻病的预防和控制带来一定困难,虽然我们已做了大量工作,但腹泻病在我国仍相当严重。

近十年来,国内外腹泻病的研究各方面都取得了较大进展,特别是病原学方面较显著。除人们熟知的细菌外,新发现了空肠弯曲菌、耶氏菌等,我国首先发现引起成人流行性腹泻的一种新轮状病毒。寄生虫性腹泻的研究日益受到重视。近年来,托幼机构和医院内腹泻、旅游者腹泻、经食物和水传播的疾病暴发以及免疫受损病人(如艾滋病)腹泻等研究正受到普遍关注。

一、感染性腹泻的病原学

已知引起感染性腹泻的病原体有数十种之多,主要包括细菌、病毒和寄生虫三类。一般条件较好的实验室,急性腹泻病人中70—80%的病例可检出病原体。

志贺氏菌是感染性腹泻中最重要和常见的病原体,其发病率及死亡率居腹泻病的首位。

轮状病毒和成人腹泻轮状病毒是我国病毒性腹泻的主要病原。

寄生虫性腹泻中以贾第虫病、隐孢子虫病和阿米巴痢疾为主。

从目前国内情况看,感染性腹泻中以细菌性和病毒性腹泻占绝大多数,其中发病率居首位的是由志贺氏菌或轮状病毒引起的腹泻,其次为大肠杆菌或空肠弯曲菌引起的腹泻,沙门氏菌腹泻居第三或第四位,弧菌性腹泻主要发生在沿海各地。

二、感染性腹泻的流行病学

(一)流行概况

从世界范围来看,急性胃肠道疾病是极其常见的疾病,在‘发达国家平均每人每年患1—3次腹泻病,在热带发展中国家贫好地区的儿童平均每人每年患5—18次腹泻病。因此,腹泻病是发展中国家儿童发病和死亡的主要原因。

我国腹泻病的特点是发病率高,死亡率低。

(二)传染源

由于引起传染性腹泻的病原体种类繁多,因而传染源的类型也较复杂。受感染的人或动物(包括病人和病原携带者、患病和带菌动物)是感染性腹泻的传染源。

以病人和病原携带者作为传染源的腹泻病,有细菌性痢疾、霍乱、大肠杆菌性腹泻及轮状病毒性腹泻等。人受病原体感染后,经过一定的潜伏期开始出现以腹泻为主的肠道或全身症状。

动物(包括家禽、家畜及野生动物等)为主要传染源的腹泻病,有弯曲菌肠炎、沙门氏菌病、耶氏菌肠炎以及某些细菌引起的食物中毒等,人们由于接触患病或带菌动物,或通过污染的动物性食品(如牛奶、乳制品、家畜、家禽、水产和海产品等)而受感染。因此,加强对动物的管理和防制是控制腹泻病不可缺少的措施。

(三)传播途径

感染性腹泻主要经粪一口途径传播,而传播因素是多种多样的,包括水、食物、日常生活用品、苍蝇等,还有的可经接触动物传播。这些因素可单一地或交错地传播腹泻病,其中尤以水和食物在传播本病中具有重要意义。

1. 经水传播 水在传播腹泻病方面十分重要,主要由于:

- (1)水极易受到病人的粪便污染,如洗涤病人衣物、倾倒吐污物、经河道运粪等;
- (2)有些病原体在水中存活时间较长,如霍乱弧菌一般可存活 5 天,甚至数十天,一次污染后可使水体较长时期保持感染力;
- (3)由于水的污染,可使许多用水冲洗的生冷食品如瓜果、海产品、蔬菜等受到污染;
- (4)在流行地区和流行季节,人们多有饮生水的习惯。

腹泻病中经水传播而引起暴发流行较突出的事例是在历史上霍乱(古典型)几次较大流行,如英国伦敦(1854)、德国汉堡(1909)和俄国彼得堡(1909)的水型暴发。1991 年南美洲埃尔托霍乱流行,疫区水源受到严重污染,目前我国发生的成人流行性腹泻暴发流行不少是由于水被污染而引起的。因此,深刻理解水在传播腹泻病中的突出作用,解决好水源管理及给水卫生对于控制本组疾病具有十分重要的意义。

2. 经食物传播腹泻病可通过污染的食物传播。近年来,经食物传播引起腹泻病暴发的事例较多见。美国报告由食物传播而引起的暴发中,66%证实由细菌所致。随着蛋制品的普遍使用,美国沙门氏菌感染比过去增长了 2 倍,且这类感染与未破损的 A 级壳蛋有关,因而提出沙门氏菌可经卵巢污染。国外发现输入的水果和蔬菜可引起沙门氏菌传播;证实航空食品可传播志贺氏菌。国内曾报道因食耶氏菌污染的病牛肉而引起暴发;食污染的冰豆浆、凉拌菜等导致痢疾暴发;食物污染的凉拌豆腐于引起成人轮状病毒腹泻暴发;食物污染的冷饮品造成鼠伤寒沙门氏菌食物中毒暴发等。对于通过食物传播而具有嗜冷饮的致病菌(如耶氏菌)必须引起足够的重视。

国内曾在海产品中检出副溶血性弧菌,其中乌贼、带鱼为最多,黄花、海蟹、泥螺其次。国外禽类食品空肠弯曲菌污染率较高。饮用未经巴氏消毒的牛奶和食用生的或未煮熟的鱼、水产品 and 肉食品增加了某些细菌、病毒和寄生虫的肠道感染。

3. 经接触传播被污染的手在日常生活接触传播中起重要作用,尤其是卫生条件较差的地区。在卫生习惯较差的儿童中,手的作用更为突出,如细菌性痢疾又有“脏手病”之称。人口密度大、卫生设备简陋及卫生制度不健全的集体单位,特别是托幼机构,常因日常生活接触传播而引起流行。在孟加拉国达喀两个卫生设备条件不同的人口稠密地区,曾对 137 名 1—6 岁儿童每两周进行家访,观察腹泻的传播情况,结果表明卫生设备较好的地区平均腹泻罹患率较低,但两个地区腹泻发病率与手污染的程度显著相关,这点有力地支持了提倡洗手作为控制腹泻病的措施之一的论点。

以动物为传染源的腹泻病中,大多由于它们的排泄物或分泌物污染周围物品,人们接触这些污染的物品而受染。此外,人接触患者或带菌动物亦可引起感染。

4. 经苍蝇传播 多种苍蝇有兼食粪和食物的习惯,易造成食物的污染。苍蝇体

内和体表均有检出肠道致病菌的报告,苍蝇传播腹泻病的作用不可忽视。

(四)人群易感性

人群对感染性腹泻病原易感。由于病原种类多种多样,一生中可能患多次腹泻。一般来说,患腹泻病后可获得免疫,但病后免疫力持续时间较短,不稳固,如菌痢,甚至一年内可发病数次。在霍乱疫区少量多次隐性感染也可获得一定程度的免疫力。

(五)流行特征

1. 地区分布 腹泻病广泛分布于世界各地,发展中国家比发达国家流行更为严重。细菌性腹泻虽然各地区都可发生,高发区仍在发展中国家。细菌性食物中毒是全球性疾病,发达国家比发展中国家严重。

2. 季节分布 腹泻病全年都可发生,但有明显的季节高峰,轮状病毒腹泻主要发生在寒冷季节,以秋冬季发病为多;而成人腹泻轮状病毒所致的流行性腹泻,则多发生在早春和晚冬。细菌性腹泻的季节高峰多在夏秋季节。因地区不同腹泻病的季节高峰有的明显,有的表现不明显。

3. 年龄分布 腹泻病以幼小儿童和青壮年发病率较高,其原因目前了解尚少。可能取决于感染机会的多少和他们各自行为的特点,也可能与机体的免疫状态有关或可能是多种原因的综合,有待进一步研究。

4. 流行形式 腹泻病可呈现为散发、暴发、流行或大流行。经水或经食物传播的腹泻病以暴发为主要形式。一般在非流行季节和地区多呈散发,如产肠毒素性大肠杆菌(ETEC)所致腹泻在发达国家感染率很低。有些腹泻病以散发为主,如耶氏菌肠炎、轮状病毒胃肠炎和气单胞菌腹泻。腹泻病中只有霍乱发生大流行。世界第七次大流行多由霍乱弧菌埃尔托生物型(过去称为副霍乱)引起的。60年代末期中美洲六国发生的志贺氏菌A群I型痢疾流行亦属于大流行。

1991年南美洲曾发生霍乱大流行。

(六)流行因素

发展中国家腹泻病发病率高可能与社会经济发展、卫生状况等因素有关。我国腹泻病发病率高,其原因主要是由于大部分农村尚缺乏清洁卫生的饮用水,垃圾、粪便无害化处理较差等。国内部分地区腹泻病监测表明,其发病原因主要是饮用生水和食用未经加热的用餐饭菜;饮用水被粪便污染、食品卫生差是影响发病强度的主要因素。其他因素包括:家庭卫生、文化程度、经济收入、母亲个人卫生(饭前便后洗手)、儿童个人卫生、人工或混合喂养等。

三、感染性腹泻的防治对策和措施

我国腹泻病发病率高,死亡率低的特点决定了防治工作必须以预防为主。目前应切实采取以切断传播途径为主导的综合性措施。“三管一灭”、加强卫生宣传和WHO推荐的母乳喂养、合理添加辅食等措施对腹泻病都有一定的预防效果。

1. 开展群众性健康教育。
2. 认真开展以“三管一灭”(管水、管食品、管粪便和灭蚊蝇)为中心的群众性卫生运动,防治水源和食品污染。
3. 建立监测点,有计划地开展腹泻病监测。
4. 开设腹泻病专科门诊,早期发现病人和诊治病人,防止医院内交叉感染。
5. 鼓励母乳喂养。
6. 推广口服补液疗法。
7. 药物疗法。
8. 培训农村基层卫生人员,作到早发现早治疗和预防。
9. 加强疫点处理,防止疫情扩散。

第三节 病毒性肝炎

病毒性肝炎是由肝炎病毒引起的一种常见传染病。根据病原学可将病毒性肝炎分为五型,即甲型(HA)、乙型(HB)、丙型(HC)、丁型(HD)、和戊型(HE)。由于病毒性肝炎传染性强,流行面广,发病率高,遍及世界各地,而有些类型的肝炎,病毒携带者多。病情有时迁延不愈,较易变成慢性,少数甚至演变成肝硬化和原发性肝癌,严重危害人类的健康和社会生产力,已引起人们的普遍关注。

甲型肝炎

甲型肝炎是由甲型肝炎病毒所致的急性传染病,主要经粪一口途径传播。本病无持续性感染,一般不会转变为慢性,也不会演化成肝硬化和肝癌。

本病传染性强,发病率高,遍及世界,常发生于卫生条件差,居住拥挤的地区。在发展中国家由于卫生条件差,80%的儿童、100%的成人感染过甲型肝炎病毒,从而获得持久免疫力,因此这些国家,甲肝是儿童的疾病,流行不常见,当卫生条件改善后,儿童的甲型肝炎感染率下降,感染年龄推迟到青春期,甚至到成年期,由于人群免疫力降低,感染后临床症状型占多数,所以这些地区常引起流行。

一、流行病学

(一)传染源 甲型肝炎的主要传染源是急性患者和隐性感染者。

(二)传播途径 粪-口途径是主要传播途径。在一般情况下,日常生活接触传播是散发性发病的主要传播方式,因此在集体单位中如托幼机构、学校和部队中甲型肝炎的发病率特别高。水和食物的传播,特别是水生贝类如毛蚶等是暴发流行的主要传播方式。

(三)易感性和免疫力 未接种过甲肝疫苗和未感染过甲肝病毒者均易感。一般认为重复感染不会发病。

二、临床表现

(一)黄疸性肝炎 有发热、全身乏力,食欲不振、厌油、恶心、呕吐、腹疼、肝区疼、腹泻、尿呈浓茶色、巩膜及皮肤黄染,大便颜色变浅。

(二)无黄疸性肝炎 占急性肝炎病例 90% 以上。症状较轻,整个过程不出现黄疸,仅表现为乏力、食欲减退、肝区疼和腹胀等症状。少数病例有发热、恶心、腹泻等症状,体症以肝脏肿大为主。

三、预后

大多数患者在三个月内恢复健康,不转变为慢性。淤胆型患者病程较长,重症患者预后较差,病死率高。

四、预防

(一)管理传染源隔离治疗。

(二)切断传播途径 搞好卫生,保护水源,饮水消毒,食品卫生,食具消毒,加强个人卫生及粪便管理。

(三)保护易感人群 接种甲肝疫苗。

乙型病毒性肝炎

乙型肝炎是由乙型肝炎病毒引起,通过血液与体液传播,具有慢性携带状态的传染病,临床表现多样化,容易发展为慢性肝炎和肝硬化,少数病例可转变为原发在肝癌,本病在我国广泛流行,人群感染率高,是当前危害人民健康最严重的传染病。

一、流行病学

(一)传染源 急性患者,隐性感染者与带病毒者。其中以慢性患者与带毒者为最重要。

(二)传播途径 乙肝病毒(HBV)主要通过血液和其他体液排出体外,并通过注射或非注射途径进入易感者体内。

非注射途径包括母婴传播、生活上的密切接触、手术和血液的接触等传播途径为主要的传播途径。

(三)易感性与免疫力 普遍易感。随着年龄增长,通过隐性感染获得免疫的比例随之增加。

(四)流行特征 我国属乙型肝炎高发区,在许多地区感染率超过50%,表现为散发性发病,本病发病无明显季节性。常有多个病例集中于一个家庭的现象。发病年龄集中于儿童和青少年,HbSAg携带者男多于女。

二、临床表现

潜伏期60—90天最长见,极限45—160天。

临床表现是多样化,包括急性、慢性、淤胆型和重型型肝炎,其中以慢性肝炎和重型型肝炎为突出。

(一)急性乙型肝炎多起病缓慢,多无发热,其他表现与急性甲型肝炎为形似,少数病例可转变为慢性肝炎。

(二)慢性乙型肝炎

1. 慢性迁延性肝炎 又称慢性持续性肝炎,多数无黄疸。急性肝炎病程超过6个月,仍有肝肿大、右肋痛、肝区叩痛、纳差、乏力、腹胀等症状,劳累或“感冒”后症状明显。ALT时有被动。肝脏活检可见门管区淋巴细胞、组织细胞、浆细胞浸润很轻,肝小叶结构正常。可有个别肝细胞坏死,少数纤维组织增生,但无纤维组织隔。原因多与急性期末未及时休息治疗,免疫功能较差或治疗不恰当、活动过度、饮酒等有关。如经适当休息治疗,大多数可在1—2年内治愈,仅少数转为慢性活动性肝炎。

2. 慢性活动性肝炎

慢性活动性肝炎,多数由急性肝炎演变而来,少数当发现时已是慢性活动性肝炎,何时起病难以确定。肝炎症状体征一般持续在一年以上,肿大,触疼,质较坚,多数病人伴有进行性脾肿大,黄疸持续或反复发作,发现肝掌、蜘蛛痣、经常有倦怠、食欲差、腹胀,有时可有痤疮、慢性腹泻、皮疹、关节炎、脉管炎、肾炎、干燥综合征、贫血、胸膜炎、男性乳房发育、睾丸萎缩、性欲减退、阳痿。女性闭经、月经失调等,一般健康

及劳动能力明显减退。肝功能检查显著异常。ALT反复或持续升高,r球蛋白明显升高,或血清白蛋白少,白球蛋白比率倒置。

免疫学检查:HBsAg、抗-HBc、DNA聚合酶可长期持续阳性;细胞免疫功能低下,肝活检可见门管区有明显的淋巴细胞、浆细胞浸润,而且侵入肝小叶内,小叶内有显著的点片状坏死,桥形坏死和界板破坏,纤维组织增生明显,小叶内形成纤维组织隔。治疗后可恢复或静止。有的不断进行,形成亚急性肝坏死或发展为坏死后肝硬化。

(三)重型乙型肝炎

较少见,约占肝炎病例总数的0.2%。按病程肝细胞病变及再生情况,分为两种。

1. 急性重症肝炎(暴发型肝炎、大块肝坏死、急性黄色肝萎缩)有下列特点:

(1)起病急,发展快,病程短(一般不超过10天)。预后极严重,少数恢复,多数死于胃肠出血及脑水肿、脑疝。

(2)症状:骤起高热,厌食,呕吐,呃逆,记忆计算及定向力障碍,性格改变,精神异常(淡漠或欣快),睡眠规律失常,嗜睡或失眠,摸空、躁动,强直性痉挛,昏迷,出血(呕血、便血、瘀斑)。

(3)体征:黄疸、肝臭、(呼吸有烂苹果样味或臭味)、肝浊音界明显缩小。末期常有脑水肿、脑疝表现。

2. 亚急性重症肝炎急性黄疸型肝炎起病10日以上而出现上述症状。本病病程较长,可达数月,容易发展为坏死性肝硬化。

(四)淤胆型乙型肝炎 主要表现为较长期(2—4个月或更长)肝内梗阻性黄疸,如皮肤瘙痒、粪便颜色变浅、肝肿大和梗阻性黄疸的化验结果。

三、预 防

(一)隔离患者治疗,表现抗原阳性者不得献血,不得从事饮食服务行业及托幼工作。

(二)医疗用具及食具都要用高压消毒或煮沸10分钟以上。接触病人后用肥皂和流动水洗手。

(三)接种乙肝疫苗。

消化道传染病传播方式图解

