

临床诊疗丛书

总主编 马爱群 吕 毅

传染病科手册

主编 蔺淑梅



科学出版社

www.sciencep.com

临床传染病学

总主编 马爱群 副主编

传染病学手册

主编 马爱群

中国医药出版社
CHINA MEDICAL PUBLISHING HOUSE

临床诊疗丛书

总主编 马爱群 吕毅

传染病科手册

主 编 蔺淑梅

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书编写主要参照国内最新版的传染病学教材,并结合近几年来国内外本学科的新进展及部分疾病的国内外诊疗指南。全书共七章,包括常见的病毒性疾病、立克次体病、细菌性疾病、螺旋体病、原虫病、蠕虫病及近年来新发传染病,如传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感等传染病。每种病介绍概述、流行病学特点、诊断要点、诊断标准、治疗原则及方案,尤其在诊断要点和治疗方面编写力求详细具体,可参考性强。

本书内容实用,编排规范,查阅方便,是传染病科临床医师理想的工具书。

图书在版编目(CIP)数据

传染病科手册/蔺淑梅主编. —北京:科学出版社,2008
(临床诊疗丛书/马爱群,吕毅总主编)

ISBN 978-7-03-021471-3

I. 传… II. 蔺… III. 传染病-诊疗-手册 IV. R51-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 039947 号

策划编辑:向小峰 黄 敏

责任编辑:黄相刚 / 责任校对:张怡君

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008 年 6 月第 一 版 开本: 787 × 960 1/32

2008 年 6 月第一次印刷 印张: 13 1/8

印数: 1—4 000 字数: 353 000

定价: 29.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换<路通>)

《临床诊疗丛书》编委会

总 主 编	马爱群	吕 毅		
副总主编	贺大林	薛武军	刘正稳	
编 委	(按姓氏汉语拼音排序)			
	艾 红	柏宏亮	茆新明	车向明
	陈 葳	陈武科	邓景元	董亚琳
	段玛瑙	付军科	高成阁	耿希刚
	苟文丽	贺大林	蒋红利	景桂霞
	李宝珍	李正仪	藺淑梅	刘 彤
	刘青光	刘小红	刘永惠	刘正稳
	吕 毅	马爱群	彭 波	秦 莉
	施秉银	陶 洪	王 雪	王宝燕
	王金堂	王茂德	薛武军	闫利英
	杨 岚	杨爱民	尹爱萍	鱼博浪
	袁祖贻	张 梅	张学斌	张玉顺
秘 书	王彬翀			

《传染病科手册》编写人员

主 编 蔺淑梅

副主编 朱凤群 牛迎花

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

陈天艳	党双锁	杜粉静	段国荣
樊万虎	韩群英	蔺淑梅	刘 敏
刘正稳	牛迎花	潘巧玲	杨 媛
叶 峰	张 欣	张树林	赵 良
赵英仁	朱凤群		

秘 书 牛迎花

临床诊疗丛书

前言

由西安交通大学医学院第一附属医院组织编写的《临床诊疗丛书》是一套覆盖面广、内容系统并且携带方便的临床医师实用参考读物。本丛书以全世界权威学会制定的诊疗指南为基础,参考了我国各医学学会的诊疗指南,并结合我国临床工作的实际,力求达到科学性、权威性、指导性并重,旨在为广大医务人员提供一套操作性强的实用读物。

本丛书以诊断与治疗为主线,兼顾最新理论介绍,对疾病的治疗提供了几套方案和方式以供选择,层次清晰,术语、名词规范。

西安交通大学医学院第一附属医院始建于1956年,是西北地区最大的综合性三级甲等医院,现开设床位2300余张,拥有临床医学一级学科博士学位点及博士后流动站,有二级学科博士学位授予点8个,是国内能培养外籍研究生的少数教学单位之一。2006年,医院成立了本丛书编写委员会,并组织43个专业的数百名专家着手编写。为了高质量地完成编写工作,各分册主编组织本学科的专家和中青年业务骨干进行了大量认真、细致的工作。在编写过程中,编者们对各类循证医学证据所代表的临床意义和适应证进行了仔细斟酌,对每一种疾病的诊断和治疗都进行了反复讨论,并在征求多方意见后进行了多次修改,以期达到理论和实践的统一。

科学出版社对丛书的后期编写和审定给予了大力的支持和指导,在此表示衷心感谢。在本丛书编写过程中,医院医务部做了大量组织、协调工作,值此成书之际,对他们付出的辛苦劳动也一并深表谢意!

西安交通大学医学院第一附属医院组织这样大规模的编写工作尚属首次,尽管许多学者曾主编或参编多种教材和专著,有相当的学识和经验,且全体编写人员为此付出了非常辛苦的劳动,但因时间紧迫,编写队伍庞大,错误和不妥之处难免,恳请各位读者批评指正,以利再版时修订。

马爱群

2008年5月

声 明

医学是一门不断发展的科学,由于新的研究及临床实践在不断丰富人们的知识,因此在药物使用及治疗方面也在谋求各种变化。本书编者及出版者核对了各种信息来源,并确信本书内容完全符合出版时的标准。然而,鉴于不可避免的人为错误和医学学科的发展,不管是编者、出版者还是其他参与本书出版的工作者均不能保证本书中的内容百分之百正确。因此,他们不能对由此类错误引起的后果负责。

我们提倡读者将本书内容与其他资料进行确证。例如,我们希望读者对他们将要使用的每一种药品的说明书仔细阅读,以确证本书的有关信息是正确的,且推荐的药品用量及禁忌证等没有变化。该建议对新药或非常用药尤为重要。

目 录

第一章 病毒感染	(1)
第一节 病毒性肝炎	(1)
第二节 水痘	(12)
第三节 传染性单核细胞增多症	(14)
第四节 风疹	(18)
第五节 登革病毒感染	(30)
第六节 流行性乙型脑炎	(38)
第七节 狂犬病	(47)
第八节 流行性感冒	(51)
第九节 传染性非典型肺炎	(59)
第十节 麻疹	(69)
第十一节 流行性腮腺炎	(74)
第十二节 流行性出血热	(79)
第十三节 艾滋病	(101)
第十四节 脊髓灰质炎	(112)
第十五节 病毒感染性腹泻	(119)
第十六节 新型肠道病毒感染	(125)
第十七节 禽流感	(128)
第二章 立克次体病	(135)
第一节 流行性斑疹伤寒	(135)
第二节 地方性斑疹伤寒	(140)
第三节 恙虫病	(142)
第三章 细菌感染	(150)
第一节 猩红热	(150)
第二节 流行性脑脊髓膜炎	(153)
第三节 伤寒、副伤寒	(161)

第四节	细菌性食物中毒	(170)
第五节	细菌性病疾	(178)
第六节	霍乱	(184)
第七节	白喉	(193)
第八节	百日咳	(198)
第九节	弯曲菌感染	(202)
第十节	炭疽	(207)
第十一节	布氏菌病	(212)
第十二节	鼠疫	(219)
第十三节	败血症	(226)
第十四节	感染性休克	(235)
第四章	螺旋体感染	(248)
第一节	钩端螺旋体病	(248)
第二节	回归热	(254)
第三节	莱姆病	(259)
第五章	原虫感染	(267)
第一节	溶组织内阿米巴感染	(267)
第二节	疟疾	(277)
第三节	隐孢子虫病	(284)
第四节	黑热病	(288)
第五节	弓形虫病	(293)
第六章	蠕虫感染	(299)
第一节	日本血吸虫病	(299)
第二节	并殖吸虫病	(307)
第三节	华支睾吸虫病	(312)
第四节	姜片虫病	(316)
第五节	丝虫病	(324)
第六节	蛲虫病	(336)
第七节	旋毛虫病	(339)
第八节	肠绦虫病	(343)
第九节	囊尾蚴病	(345)
第十节	棘球蚴病	(348)

第十一节 蠕虫蚴移行症	(357)
第七章 附录	(368)
第一节 临床常用诊疗技术	(368)
第二节 传染病的潜伏期、隔离期与观察期	(378)
第三节 预防接种	(385)
第四节 常用消毒方法	(401)

第一章 病毒感染

第一节 病毒性肝炎

一、概 述

病毒性肝炎(viral hepatitis)是由多种肝炎病毒引起的,以肝脏严重炎症和坏死病变为主的一组传染病。主要通过粪-口传播(甲、戊型)、血液或体液传播(乙、丙、丁型)。根据病原学可分为甲、乙、丙、丁、戊型。根据临床表现可分为急性肝炎、慢性肝炎、重型肝炎、淤胆型肝炎、肝炎肝硬化等五型。

二、流行病学

(一) 传染源

甲型肝炎的主要传染源是急性患者和亚临床感染者,病毒主要通过粪便排出体外,自发病前2周至发病后2~4周内的粪便具有传染性,而以发病前5天至发病后1周最强。

乙型肝炎的传染源是急、慢性患者和病毒携带者。病毒存在于患者的血液及各种体液中。急性患者自发病前2~3个月即开始具有传染性,并持续于整个急性期。HBsAg(+)的慢性患者和无症状携带者中有HBeAg(+),或抗HBc IgM(+),血清中HBV DNA(+)者均具有传染性。

丙型肝炎的传染源是急、慢性患者和无症状病毒携带者。病毒存在于患者的血液及体液中。

丁型肝炎的传染源是急、慢性患者和病毒携带者。HBsAg

携带者是 HDV 的保毒宿主和主要传染源。

戊型肝炎的传染源是急性及亚临床型感染者,以潜伏末期和发病初期粪便的传染性最高。

(二) 传播途径

甲型肝炎主要经粪、口途径传播。病毒通过污染的手、水、苍蝇和食物等经口感染,以日常生活接触为主要方式,如水源被污染或生食污染水域的水产品,可导致局部地区暴发流行。通过注射或输血传播的机会较少。

乙型肝炎的传播途径包括:①输血及血制品以及使用污染的注射器或针刺等;②母婴垂直传播;③生活上的密切接触;④性接触传播。

丙型肝炎的传播途径以输血及血制品传播为主。

丁型肝炎的传播途径与乙型肝炎相同。

戊型肝炎通过粪、口途径传播,水源或食物被污染可引起暴发流行,也可经日常生活接触传播。

(三) 人群易感性

人群对各型肝炎普遍易感,各种年龄均可发病。甲型肝炎感染后机体可产生较稳固的免疫力,发病者以儿童多见。乙型肝炎在高发地区新感染者及急性发病者主要为儿童,成人患者则多为慢性肝炎;丙型肝炎的发病以成人多见,常与输血与血制品、药瘾注射、血液透析等有关。丁型肝炎的易感者为 HBsAg 阳性的急、慢性肝炎和(或)先症状携带者。戊型肝炎各年龄普遍易感,感染后具有一定的免疫力。各型肝炎之间无交叉免疫,可重叠感染或先后感染。

(四) 流行特征

我国属于甲型及乙型肝炎的高发地区,但各地区人群感染率差别较大。甲型肝炎全年均可发病,而以秋冬季为发病高峰,通常为散发,发病年龄多在 14 岁以下,在托幼机构、小学及部队中发病率较高,且可发生大的流行,如水源被污染或生吃污染水

中养殖的贝类动物食品,可在人群中引起暴发流行。乙型肝炎我国人群 HBsAg 携带率约 10%,其中北方各省较低西南方各省较高,农村高于城市。乙型肝炎的发病无明显季节性;患者及 HBsAg 携带者男多于女;发病年龄在低发区主要为成人,在高发区主要为儿童而成人患者多为慢性肝炎;一般散发,有家庭集聚现象。丙型肝炎多见于成人尤以输血与血制品者、药瘾者、血液透析者、肾移植者、同性恋者等;发病无明显季节性,易转为慢性。丁型肝炎在我国各省市亦均存在。戊型肝炎的发病与饮水习惯及粪便管理有关。多发生于雨季或洪水泛滥之后,由水源一次污染者流行期较短(约持续数周),如水源长期污染,或通过污染环境或直接接触传播则持续时间较长。发病者以青壮年为主,老人和孕妇易至重型。

三、诊 断

(一) 流行病学史

流行病学资料:起病前曾进食未煮熟海产品,儿童发病多见,秋冬季节高峰,有利于甲肝、戊肝的诊断。有与乙肝患者或 HBsAg 携带者密切接触史或多个家庭成员病史,或者母亲为乙肝的婴幼儿,有利于乙肝的诊断。有输血或血浆的肝炎患者应考虑丙肝的诊断。

(二) 临床表现

潜伏期:甲型肝炎潜伏期平均为 30 天,乙型肝炎潜伏期平均 70 天,丙型肝炎潜伏期平均为 50 天,戊型肝炎潜伏期平均为 40 天,丁型肝炎的潜伏期尚未确定,可能相当于乙型肝炎的潜伏期。

1. 急性肝炎

(1) 急性黄疸型肝炎:

1) 近几天出现无其他原因可解释的消化道症状,乏力,食欲减退,恶心,腹胀,便溏,右上腹不适隐痛。

2) 低热多见,可持续 3~7 天,发热 2~3 天出现尿色加深如浓茶色,热退后出现巩膜,皮肤黄染。

3) 肝脏肿大至右季肋下 1cm 以上,质软,有压痛,部分病人可有轻度脾肿大。

(2) 急性无黄疸型肝炎:除无黄疸外,具上述症状、体征、流行病学史及肝功能受损四项中,有三项明显阳性,或肝功能实验二项异常加上阳性体征并能排除其他疾病者可以确诊,此型发热少见。凡单项转氨酶升高或伴有症状、体征或流行病学史三项中之一项者,均为疑似者,应进行动态观察或结合其他检查(肝组织活检,肝炎病毒标记物的检测)做出诊断。本型应与消化不良、中毒性肝炎、肺结核、脂肪肝、肿瘤相鉴别。

2. 慢性肝炎 肝炎病毒感染半年以上者或急性肝炎症状反复(或持续)半年以上者称之。

(1) 慢性肝炎轻度:反复出现疲乏头晕,消化道症状,肝区不适,肝功能 ALT 反复或持续升高,肝活检有轻度肝炎病理改变,也可有轻度纤维组织增生,病程迁延可达数年。

(2) 慢性肝炎中度:急性黄疸型肝炎部分症状持续或反复出现,肝肿大,质地中等以上硬度,可伴有蜘蛛痣,脾大,巩膜皮肤可黄染,血浆白蛋白降低,球蛋白升高,肝功酶及胆红素均可升高,或伴有肝外器官损害,肝活检符合中度慢性肝炎的损害。

(3) 慢性肝炎重度:除上述临床表现外,可出现肝掌,临床上接近代偿性肝硬化的表现,但肝活检桥状坏死,炎细胞浸润及纤维组织增生区进入肝小叶内但尚未形成假小叶。

3. 淤胆型肝炎 临床表现黄疸深,自觉症状相对轻,皮肤瘙痒,粪便颜色变浅,肝肿大,较长期肝内梗阻性黄疸,2~4 个月或更长。

4. 重型肝炎

(1) 急性重型肝炎:起病急剧,以急性黄疸型肝炎起病,十天以内神经系统出现不同程度的肝性脑病,出现黄疸进行性加深,肝脏进行性缩小,出血倾向,肝臭,神经系统出现不同程度的肝性脑病,严重的可有脑水肿、脑疝。肝功能显示 ALT、AST 先升高,后下降,总胆红素升高,直接胆红素和间接胆红素均升高,以直接胆红素为主,呈酶胆分离,凝血酶原时间延长。

(2) 亚急性重型肝炎:急性黄疸型肝炎起病 10 天以上,出

现高度乏力,高度腹胀,高度黄疸,病情持续加重,血中胆红素总量大于 $10\text{mg}\%$ ($171\mu\text{mol/l}$),出现腹胀,腹水,或有皮肤消化道出血、肝肾综合征、继发感染表现,肝功能严重损害,ALT 升高,白蛋白/球蛋白比例倒置,白蛋白下降,胆固醇降低,球蛋白升高。

(3) 慢性重型肝炎:在慢性肝炎或有肝硬化的基础上发生亚急性重型肝炎,肝功能渐趋恶化,表现重度黄疸,有腹胀、腹水或出血倾向,肝功能严重损害或伴有肝肾综合征,易继发感染。

5. 肝炎肝硬化 患者已有肝硬化表现,如肝缩小,表面欠光滑,门静脉增宽,脾大,食管静脉曲张。肝功化验白蛋白明显下降,球蛋白升高。同时慢性肝炎炎症在活动的症状仍存在。严重时出现腹水进入失代偿期,肝活检见假小叶形成。

(三) 实验室检查

1. 血常规 白细胞计数大多正常或高,淋巴或单核细胞相对增加,可见异形淋巴细胞。

2. 尿常规 急性黄疸型肝炎早期尿胆原强阳性,胆红素阳性,个别严重患者可出现蛋白质,红、白细胞管型。

3. 肝功能检查 急性期病人谷丙转氨酶升高明显,血清中直接胆红素与间接胆红素在急性与慢性肝炎均可升高。慢性期病人可有谷丙转氨酶和谷草转氨酶的升高,白蛋白降低,球蛋白升高;重症肝炎除上述指标变化外,可有凝血酶原时间延长。

4. 肝炎病毒标记物的检测 血清中可测得肝炎病毒标记物,如乙肝系列、HBV DNA、丙肝抗体、HCV RNA、甲肝抗 IgM 抗体、戊肝 IgM 抗体等。入院时查一次,治疗结束查一次。

5. 住院常规检查项目 入院时需查血常规及尿三胆,住院期间根据治疗需要及时复查,一般每周复查一次。

肝功能实验每 2 周复查一次,肝胆脾 B 超每 2 周查一次。

病情需要时应查心电图,慢性肝炎应定期检查 PCⅢ3、C4、HA,蛋白电泳,腹部 CT 等。

7. 重型肝炎应补充检查 肾功能、电解质、凝血三项,并发肝性脑病应检测生命体征、做心电监护等。并发腹水、腹膜炎者

应穿刺抽液送检常规、生化,必要时腹水培养。

四、诊断标准

(一) 流行病学资料

1. 在甲肝流行区,有进食未煮熟海产品及饮用污染水史,有助于甲肝的诊断。

2. 有输血、不洁注射史,与 HBV 感染者密切接触史,家庭成员有 HBV 感染者,特别是婴儿母亲是 HBsAg 阳性等有助于乙型肝炎的诊断。

3. 丙型肝炎有输血及血制品、静脉吸毒、血液透析等病史的肝炎患者应高度考虑丙型肝炎。

4. 丁型肝炎同乙型肝炎,我国西南部感染率较高。

5. 戊型肝炎基本同甲型肝炎,暴发以水传播为多见。老年人多见。

(二) 临床诊断

1. 急性肝炎起病较急,可有畏寒、发热、乏力、纳差、恶心等症。查体肝脏大,质地偏软,ALT 明显升高。黄疸型肝炎血清胆红素 $> 17.1 \mu\text{mol/L}$, 尿胆红素阳性。

2. 慢性肝炎病程超过半年或发病日期不明确而有慢性肝炎症状、体征、实验室检查改变者。可有乏力、厌油、肝区不适等症状,肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、面部毛细血管扩张,肝脏质地偏硬,脾大等体征。根据病情轻重,分为轻、中、重三度,

3. 重型肝炎 急性黄疸型肝炎病情迅速恶化,2 周内出现 II 度以上肝性脑病或其他重型肝炎表现者,为急性重型肝炎;15 天至 24 周出现上述表现者为亚急性重型肝炎;在慢性肝炎或肝硬化基础上出现的重型肝炎为慢性重型肝炎。

4. 淤胆型肝炎起病类似急性黄疸型肝炎,但黄疸持续时间长,症状轻,肝脏大且有肝内梗阻的表现。

5. 肝炎肝硬化多有慢性肝炎病史。乏力、腹胀、尿少、肝掌、蜘蛛痣、脾大、腹水、胃底食管下段静脉曲张、白蛋白降低、