




医学高职高专“十一五”规划教材

— 供护理专业用 —

传染病护理学

◎ 主编 熊和民

CHUANRANBING HULIXUE

 郑州大学出版社




医学高职高专“十一五”规划教材

— 供护理专业用 —

传染病护理学

◎ 主编 熊和民

CHUANRANBING HULIXUE

 郑州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

传染病护理学/熊和民主编. —郑州:郑州大学出版社,
2007.8

医学高职高专“十一五”规划教材

ISBN 978 - 7 - 81106 - 661 - 6

I. 传… II. 熊… III. 传染病 - 护理 - 高等学校:技术学
校 - 教材 IV. R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 118599 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:邓世平

全国新华书店经销

新乡市凤泉印务有限公司印制

开本:787 mm × 1 092 mm

印张:12.75

字数:305 千字

版次:2007 年 8 月第 1 版

邮政编码:450052

发行部电话:0371 - 66966070

1/16

印次:2007 年 8 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978 - 7 - 81106 - 661 - 6

定价:20.00 元

本书如有印装质量问题,由本社负责调换

医学高职高专“十一五”规划教材编审委员会

名誉主任 沈 宁

主 任 吴逸明

副主任 (按笔画排序)

丁胡诚	王 东	王迎新	王柳行	王晓南
王 强	叶文艳	牛扶幼	毛兰芝	田 仁
刘洪宇	刘春峰	孙建萍	孙明明	李玉荣
李爱玉	李俊伟	李润民	沈曙红	苗双虎
赵凤臣	康平芬	唐振华	梁吉平	梁华龙
曹 凯	程 伟	曾铁功	潘传中	

委 员 (按笔画排序)

马远方	马维平	卫琮玲	王宪龄	王曼文
王学娅	王朝庄	邓仁丽	邓翠珍	丰慧根
付元秀	卢桂珍	田玉慧	刘延锦	关 青
李永生	李国安	李秀敏	李杰红	张百让
张玲芝	张改叶	余晓齐	何群力	何 坪
沈 健	杨立明	杨福江	杨德芬	周效思
罗艳艳	单伟颖	易慧智	陈传波	赵建龙
汪洪杰	黄 英	熊和民	姬东岩	雷 慧
谭建三	薛松梅	薛军霞		

办公室主任 吕双喜

秘 书 李龙传

医学高职高专“十一五”规划教材参编院校

(按笔画排序)

三峡大学

广东化工制药职业技术学院

井冈山学院

山西医科大学汾阳学院

内蒙古医学院

长沙民政职业技术学院

辽阳中医药职业技术学院

吉林医药学院

邢台医学高等专科学校

达州职业技术学院

安徽医学高等专科学校

邵阳医学高等专科学校

金华职业技术学院

郑州大学

郑州华信职业技术学院

郑州铁路职业技术学院

河南大学

河南广播电视大学

河南中医学院

河南科技大学

承德医学院

南华大学

南阳医学高等专科学校

临汾职业技术学院

重庆医科大学应用技术学院

信阳职业技术学院

珠海卫生学校

浙江大学

浙江医学高等专科学校

焦作职工医学院

湖北中医药高等专科学校

湖北职业技术学院

楚雄医药高等专科学校

新乡医学院

遵义医学院

鹤壁职业技术学院

编者名单

主 编 熊和民

副主编 林 冰 胡 浩 张耀武

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 莹 山西医科大学附属汾阳医院

王洪涛 湖北职业技术学院医学院

王晓红 三峡大学护理学院

冯 磊 浙江大学医学院

沈 健 浙江医学高等专科学校

张 容 重庆医科大学应用技术学院

张耀武 山西医科大学附属汾阳医院

林 冰 三峡大学护理学院医学院

胡 浩 湖北职业技术学院医学院

胡国庆 湖北职业技术学院医学院

熊和民 达州职业技术学院

编写说明

当前,医学高职高专护理学专业教育发展迅速,办学规模和办学层次逐年增加,市场对医学高职高专护理专业的学生需求逐年递增,学生就业率高,形成了医学院校一个新的亮点。为了落实《国务院关于大力推进职业教育改革与发展的决定》,配合医学高职高专院校护理专业学科建设和课程建设需要,顺应社会发展对新一代护理学人才的需求,优化护理学教学质量,郑州大学出版社于2006年对国内医学高职高专护理专业的培养目标、培养模式、课程体系、教学内容和教学大纲等进行了广泛而深入的调研,得到了湖北、湖南、山西、山东、四川、安徽、陕西、江西、吉林、浙江、江苏、辽宁、广东、贵州、云南、河北、河南、重庆、内蒙古等全国省市、自治区三十多所院校的积极响应,也得到了国内一大批护理学教育专家的支持。为了紧扣当前护理学专业教学的实际,他们先后组织召开了多次医学高职高专护理学专业教学研讨会暨规划教材编写会,无论是大的环节,还是小的细节,无不经过与会专家和教授的科学规划、认真研讨和商榷,最终确定了这套医学高职高专“十一五”规划教材(护理学专业)编写的指导思想、体例和规范。一些科目已经被列入卫生部护理学专业“十一五”规划教材。

可以说,这套教材的出版和以后医学高职高专护理学专业实训教材的出版,关注护理行业人才需求、培养目标、知识结构、课程设置,教学内容的确定和学习效果的评价迎合了当前医学高职高专护理学专业教育迅速发展的新趋势,有助于深化护理学专业教学内容和课程体系的改革。希望使用教材的师生多提意见和建议,以便及时修订、不断完善,使这套教材在医学高职高专护理学专业教育中发挥更大的作用。

医学高职高专“十一五”规划教材编审委员会

2007年6月

前 言

为了适应护理学高职高专教育的现实需要,我们按照护理学高职高专培养目标编写了这本《传染病护理学》。本书根据当前高职高专层次传染病护理学教学现状和学生特点,注重突出基础理论、基本知识、基本技能,强调科学性、继承性、实用性、可读性,并结合高职高专传染病护理学教学实际与临床实践要求,贯彻以病人为中心的整体护理模式,参照护理程序进行编写。

本书系统阐述了传染病护理的基本理论,如传染与免疫、传染病的基本特征和临床特点、传染病的治疗、传染病的流行过程及影响因素、传染病的预防等,并按照护理程序介绍了传染病护理的内容。在此基础上,根据国内传染病流行现状,重点介绍了中华人民共和国传染病防治法规定管理的37种传染病中的23种较为常见的传染病(含数种新出现的传染病)的病原、流行特点、治疗和预防要点、护理评估、护理诊断、护理措施及卫生宣教等内容。

在编写体例上每一章前面均列出本章“学习要点”,该章结束后则有相应“选择题练习”,此外,每节均有“小结”和“思考题”帮助学生理解、思考,以巩固所学知识。为提高学习兴趣和拓宽知识面,在课文中插入了若干知识链接;为配合课间见习,编写了实践课指南。

全书共分四章,第一章总论由冯磊、沈健、熊和民编写;第二章病毒性传染病由张耀武、王晓红、王莹、张容编写;第三章细菌性传染病由胡浩、胡国庆、王洪涛编写;第四章其他病原体传染病及附录由林冰、王晓红、熊和民编写。

由于编写人员学识浅薄,水平有限,定有不足甚至谬误之处,恳请读者和同道提出意见及建议,以利改进。

编 者

2007年7月



目 录

第一章 总论	1	第四节 细菌性食物中毒	112
第一节 传染与免疫	2	第五节 流行性脑脊髓膜炎	118
第二节 传染病的基本特征和 临床特点	5	第六节 白喉	125
第三节 传染病的治疗	8	第七节 百日咳	130
第四节 传染病的流行过程及 其影响因素	10	第八节 猩红热	134
第五节 传染病的预防	13	第四章 其他病原体传染病	144
第六节 传染病的护理	18	第一节 钩端螺旋体病	144
第二章 病毒性传染病	30	第二节 疟疾	150
第一节 病毒性肝炎	30	第三节 肠阿米巴病	157
第二节 流行性感冒	42	第四节 血吸虫病	162
附:人禽流行性感冒	47	实践课指南	171
第三节 流行性腮腺炎	49	实践课一 参观传染病房	171
第四节 水痘	54	实践课二 隔离、消毒	172
第五节 麻疹	58	实践课三 病毒性肝炎的护理	173
第六节 流行性乙型脑炎	63	实践课四 麻疹的护理	174
第七节 肾综合征出血热	69	实践课五 伤寒的护理	174
第八节 狂犬病	75	实践课六 流行性乙型脑炎的护理	175
第九节 艾滋病	79	附录一 部分传染病潜伏期、隔离期 及接触者观察期	176
第十节 传染性非典型肺炎	85	附录二 各种物品常用消毒方法	179
第三章 细菌性传染病	94	附录三 病毒性肝炎病人污染物品 的消毒方法	182
第一节 伤寒	94	附录四 常用生物制品预防接种表	184
附:副伤寒	99	参考文献	189
第二节 细菌性痢疾	100		
第三节 霍乱	106		

第一章 总论

学习要点

- ◆ 传染、传染病、传染病护理学、传染源、传播途径、易感人群、病原携带者、传染期、疫源地、隔离、消毒、预防接种等概念。
- ◆ 传染病基本特征和临床特点。
- ◆ 传染病的护理程序,护理评估要点,常见护理诊断及护理措施。
- ◆ 传染病流行特征及预防要点,隔离、消毒的种类及措施。

传染病是由病原体引起的一组具有传染性的疾病。病原体是外界环境中能够侵袭人类的生物,目前发现的有病毒、朊蛋白(朊毒体)、衣原体、支原体、立克次体、螺旋体、细菌、真菌、原虫、蠕虫及某些节肢动物共计 11 大类,前 8 类为病原微生物,后 3 类为寄生虫。由于传染病具有传播特性,能使很多人在一定外界条件下,先后或同时生病,因此传染病是一组严重威胁人群健康的疾病。

历史上,传染病曾给人类造成巨大的灾难。在旧中国,广大人民群众缺医少药,鼠疫、霍乱、天花等烈性传染病流行十分猖獗,麻疹、白喉、伤寒、痢疾、疟疾、血吸虫病等多种传染病在我国广泛传播,传染病的死亡率居各类疾病之首,对人民健康带来极大危害。新中国成立后,由于党和政府的重视,制定了“预防为主”的卫生方针和传染病管理办法,建立健全了各级卫生防疫机构,大力开展传染病防治工作,取得了举世瞩目的成绩。天花被消灭、人间鼠疫得到有效控制,霍乱、伤寒、麻疹、白喉、猩红热、脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、疟疾、黑热病、血吸虫病等许多传染病的发病率、死亡率大幅度下降,传染病的死因顺位已降至第九位。1989 年我国制定并实施了《中华人民共和国传染病防治法》,这对我国传染病防治工作更是一个有力推动。

虽然我国传染病防治工作成绩卓著,但也应当看到,除天花以外,其他传染病并未消灭,只要条件合适,仍可发生流行。近年,全球传染病有回升趋势,一些曾被有效控制的传染病死灰复燃,如结核病、疟疾、霍乱等;一些新的传染病不断出现,20 世纪 70 年代以来已发现了 30 多种新的传染病,有些已传入我国,或在我国出现,如艾滋病、丙型肝炎、军团菌病等。此外,在国内病毒性肝炎、结核病和感染性腹泻等一些传染病仍广泛存在,对人民健康仍有很大威胁。2004 年传染性非典型肺炎在我国局部地区爆发流行,以及高致病性禽流感个别病人的出现更是向我们敲响了警钟,因此传染病的防治工作仍然是一项长



期艰巨的任务。

传染病护理是传染病防治工作的重要组成部分,对促进病人康复、制止传染病传播具有重要作用。传染病护理学属临床专科护理学,是研究传染病护理有关的理论和实践的科学,是研究在传染病范畴内如何按照护理程序对传染病患者实行系统化的整体护理。由于传染病具有传染性,且多数传染病起病急、病情重、变化快、并发症多,这就要求传染科护士必须掌握常见传染病的理论知识和护理技能,能够完成对传染病病人的整体护理;必须具备隔离、消毒的知识和技能,能正确执行消毒隔离制度和报告疫情,防止传染病传播;必须具有高度的责任感和同情心,全心全意为病员服务,认真搞好传染病护理工作,促进病人康复;必须积极主动地对病员和社区群众进行传染病防治的卫生宣教,帮助群众掌握传染病的防治知识。

第一节 传染与免疫

一、传染的概念

传染又称感染,是病原体侵袭人体与人体相互作用、相互斗争的过程。构成传染过程必须具备病原体、人体及所处环境三个因素。此三个因素是相互联系,相互作用的。在外界环境因素的影响下,病原体借其致病力侵袭人体,人体则依据其特有的防御能力(包括非特异性免疫和特异性免疫)进行遏制和消灭。如果病原体致病力强,人体防御能力弱,则病原体侵入后可大量繁殖,损伤人体组织结构,引起功能障碍,出现临床症状;如果病原体致病力弱,人体防御能力强,则病原体被杀灭或排出体外,人体保持健康。因此,病原体侵入人体后,因病原体的数量和致病力的不同,人体防御能力不同及环境的影响不同,传染过程可出现以下五种表现。

二、传染的五种表现

(一) 病原体被清除

病原体侵入人体后,被人体的非特异性免疫和特异性免疫作用杀灭或排出体外,人体保持健康,不出现任何疾病状态。

(二) 病原携带状态

病原体侵入人体后,与人体防御能力处于相持状态,病原体在体内某一部位存活、生长甚至繁殖,并不断排出体外,但不出现临床症状,按病原体种类不同而称为带病毒者、带菌者及带虫者。因病原携带者不易发现和管理,故可成为许多传染病,如伤寒、痢疾、流行性脑脊髓膜炎、乙型病毒性肝炎等的重要传染源。

(三) 隐性感染(亚临床感染)

病原体侵入人体后,仅引起机体发生特异性免疫应答,而不引起或只引起轻微的组织损伤,因而在临床上无明显症状、体征,只有通过免疫学检查才能检出特异性抗体。大多数传染病隐性感染多见,如甲型肝炎、流行性乙型脑炎。隐性感染过程可产生特异性免疫力,彻底清除体内的病原体,但有少数人可转变为携带状态(称健康携带者)。



(四) 显性感染(临床感染)

病原体侵入人体后,因数量多、毒力强或人体抵抗力弱,病原体在体内生长繁殖,产生毒素,引起组织损伤及功能障碍,出现临床症状,即传染病发作。显性感染结束后,病原体被清除,人体可产生不同程度免疫力。少数病人可成为携带者(称恢复期携带者)。

(五) 潜伏性感染

病原体的致病力与人体的抵抗力,保持暂时平衡状态,病原体寄生在人体内某些部位,由于机体免疫功能足以将病原体局限化,但又不足以将病原体消除,病原体可长期潜伏于体内,不出现临床症状,一旦机体防御机能减低时,原已潜伏在体内的病原体便乘机繁殖,引起发病。常见的潜伏性感染如带状疱疹、疟疾、结核等。潜伏性感染期间病原体一般不排出体外,这是与病原携带者不同之处。

传染过程的五种表现,在一定条件下可相互转化,且不同传染病有所不同,通常隐性感染最多见,病原携带者次之,显性感染比例最低。

三、病原体的致病作用

病原体侵入机体能否引起疾病主要与病原体侵袭力、毒力和入侵病原体的数量等有关。

(一) 侵袭力

侵袭力是指病原体侵入人体并在体内扩散的能力。有的病原体依据其特殊结构可直接侵入人体,如钩虫幼虫丝状蚴头部的角质尖端,钩端螺旋体的特殊形状;有的病原体则产生有利于其侵入人体并扩散的毒素和酶。如链球菌、金黄色葡萄球菌产生透明质酸酶,溶纤维蛋白酶有利于其侵入表层下组织。志贺菌属、白喉杆菌可产生毒素,破坏黏膜及黏膜下组织。破伤风杆菌的荚膜、伤寒杆菌的 Vi 抗原则具有抗吞噬作用。

(二) 毒力

毒力指引起疾病严重程度的能力,毒力由毒素和其他毒力因子所组成。毒素包括内毒素和外毒素,外毒素多为革兰阳性细菌在繁殖过程中产生的毒性蛋白质,如白喉杆菌外毒素。外毒素可引起组织细胞变性坏死或细胞功能障碍。内毒素一般指革兰阴性细菌细胞壁的成分,为磷脂、多糖和蛋白质的复合物,内毒素在细菌裂解时释出,可引起发热、循环障碍、DIC、脏器损伤等。毒力因子包括穿透能力、侵袭能力及溶组织能力等。

(三) 数量

在同一传染病中,入侵病原体的数量一般与致病能力成正比。

(四) 特异性定位

不同的病原体在人体内生长繁殖或寄生,都有其特定的部位,称为特异性定位。

(五) 变异性

病原体可因环境或遗传等因素的改变而发生变异。变异后的病原体其毒力可减弱或增强。通常病原体在宿主之间反复传播可使致病力增强,如肺鼠疫;在人工培养多次传代情况下病原体的致病力则减弱,如卡介苗的制备。

四、人体的免疫反应

传染过程中机体的免疫反应包括抗传染的保护性免疫反应(抗感染免疫)和引起人



体组织损伤及生理功能紊乱的异常免疫反应(变态反应)两类,保护性免疫反应包括非特异性和特异性免疫两种。变态反应亦属特异性免疫。

1. 非特异性免疫 是人类在长期进化过程中与病原体斗争逐步形成并遗传的,生来就有,不针对某一特定病原体,又称先天性免疫或自然免疫。包括屏障作用如皮肤、黏膜、血脑屏障和胎盘屏障等;吞噬作用如单核-巨噬细胞系统(包括血液中的单核细胞、中性粒细胞和组织中固定的吞噬细胞),具有非特异的吞噬功能,可吞噬体液和组织中的病原体;体液杀菌物质如补体、溶菌酶、干扰素等均可发挥清除病原体的作用。

2. 特异性免疫 是人体在生活过程中与病原体等抗原物质接触后所产生的仅针对此抗原的免疫反应,对其他抗原无作用,此即特异性,不同病原体的抗原不同,故一种特异性免疫只针对一种传染病。特异性免疫包括细胞免疫和体液免疫。

(1) 细胞免疫 参与细胞免疫的淋巴细胞是T淋巴细胞。T细胞受到某种病原体抗原刺激后即被致敏,当再次与该抗原接触时,则通过细胞毒作用和淋巴因子杀伤病原体及其所寄生的细胞。细胞免疫对病毒、真菌、原虫和一些细胞内寄生的细菌(如结核杆菌、伤寒杆菌、布氏杆菌、麻风杆菌)等引起的感染有重要作用。此外,T细胞还具有调节体液免疫的功能。

(2) 体液免疫 参与体液免疫的淋巴细胞是B淋巴细胞。B细胞受到某种病原体抗原刺激后即被致敏,当再次与该抗原接触后,即转化为浆细胞,合成和分泌相应的免疫球蛋白(Ig),即抗体。免疫球蛋白分为五类:IgG、IgA、IgM、IgD、IgE。

IgG:占80%,为最重要的抗体,在临近恢复期出现,持续时间较长,是唯一能通过胎盘的抗体。

IgA:占13%,分泌型IgA是机体黏膜如呼吸道、消化道防御感染的重要抗体,若IgA合成障碍,易发生局部感染。

IgM:占6%,感染过程中最先出现,持续时间短,是近期感染的标志。

IgD:占1%,与变态反应有关。

IgE:占0.002%,与变态反应有关,寄生虫感染时亦出现。

总之,抗感染的过程中,非特异免疫首先发挥作用,继之特异性免疫形成,两者共同作用将病原体清除或杀灭。特异性免疫反应既可表现为有益于人体的抗感染免疫,在其发生异常时也可转变为有害于人体的变态反应。

3. 变态反应 人体受抗原刺激后产生的异常或病理性的免疫反应,可引起组织损伤和生理功能紊乱。变态反应在传染病的发病机制中有重要作用。

思 考 题

1. 简述病原体、传染病、传染病护理学的定义。
2. 说出传染过程的五种表现。
3. 概括传染过程中病原体的致病作用。



第二节 传染病的基本特征和临床特点

一、基本特征

1. 特异病原体 每种传染病都是由特异的病原体引起的,病原体包括多种致病微生物与寄生虫。找到病原体是确诊传染病最可靠的依据,也是传染病与其他疾病区别的最根本依据。

2. 传染性 即病原体从一个宿主传给另一个宿主的特性。传染性是传染病与其他感染性疾病的主要区别。例如耳源性脑膜炎和流行性脑脊髓膜炎,在临床上都表现为化脓性脑膜炎,但前者无传染性,无须隔离,而后者则有传染性,必须隔离。传染病病人排出病原体从而具有传染性的整个时期称为传染期,它在每一种传染病中都相对固定,可作为隔离病人的依据之一。传染性因病种不同而有强弱之分。

3. 流行特征 传染病的流行过程在自然和社会因素的影响下,其特征,表现在流行强度及时间、地区、人群分布等方面。

(1) 流行强度 流行强度是指某种传染病在某一地区、某一时间内人群中存在的数量的多少,以及各病例之间的联系程度。分为散发、流行、大流行、爆发等。

1) 散发 一般多用于区、县以上的范围,某种传染病散在发生,各个病例在发病的时间和地点上常无明显联系。某地区某种传染病的常年发病率也可用散发表示。

2) 流行 某地区某病的发病率显著超过该病历年发病率的水平。

3) 大流行 某种传染病在一定时间内迅速传播,波及全国各地,甚至超出国界和洲界,其特点是传播快,病例多,范围广,可形成全国性或世界性流行。

4) 爆发 是指一个局部地区或某个单位,在短时间内突然出现很多同一种传染病的病人,常见于急性传染病如细菌性食物中毒、甲型肝炎等。

(2) 时间分布 一些传染病的发病率受气温高低,媒介昆虫活动等影响而每年呈现季节性的变化,称为季节性。

(3) 地区分布 传染病的地区分布有地方性和外来性的区别。某些传染病受地理、气候、人群生活习惯及中间宿主是否存在等影响,常局限于一定地区内发生,这些传染病称为地方性传染病。如血吸虫病。某传染病本地、本国没有,从外地、外国传入则为传染病的外来性。

(4) 人群分布 有些传染病的发病率存在年龄和职业的差异。

4. 免疫性 指人体感染病原体后在一定时间内对同一种病原体不再易感的特性。人体因此可获得对该病原体及其产物(如毒素)的特异性免疫力。感染后免疫力持续时间的长短因传染病病种不同而有很大差异。病毒性传染病,感染后免疫力有的持续时间较长,如麻疹、脊髓灰质炎、乙型脑炎,可保持终生免疫,但有感染后免疫力持续时间不久,如流行性感胃等。细菌、螺旋体、原虫感染后免疫力一般持续时间较短,仅数月或数年,如细菌性痢疾、钩端螺旋体病、阿米巴病等,但伤寒感染后免疫力可持久。蠕虫感染后只产生部分免疫力,易出现重复感染,如蛔虫病等。因人体感染病原体后免疫力产生的差异,临



床可出现下列现象。

(1) 复发 传染病进入恢复期或初愈,病原体在人体内再度活跃,临床症状又复出现,如伤寒、疟疾、细菌性痢疾等。

(2) 再燃 传染病进入缓解期,体温尚未降至正常又再度上升,症状重新出现,如伤寒。

(3) 重复感染 传染病发病过程中,又受到同一种病原体感染,常因此发展成重症,多见于钩虫病等寄生虫病。

(4) 再感染 传染病痊愈后一段时间,免疫力逐渐消失,又感染同一种病原体,见于细菌性痢疾、流行性感胃等。

二、临床特点

传染病均由病原体侵入引起,病原体常须经过侵入、蔓延扩散、定居繁殖、放出毒素和代谢产物,破坏机体组织结构,引起功能障碍,导致病人出现临床症状。其发病机制多与炎症或变态反应有关,因此,传染病既有一些相同或相似的表现,但也各有其特点。

(一) 病程发展的阶段性

传染病的发生、发展和转归,通常分为如下四个阶段。

1. 潜伏期 从病原体侵入人体起,至开始出现临床症状为止的时期,称为潜伏期。多数传染病的潜伏期比较恒定,并有一个范围(最短、最长),了解传染病的潜伏期有助于传染病的诊断和流行病学调查,以及确定检疫期。潜伏期相当于病原体在体内繁殖、转移、定位,引起组织损伤和功能改变,导致临床症状出现之前的整个过程。因此,潜伏期的长短与病原体的种类、数量、毒力及人体的免疫反应有关,短的仅数小时,如细菌性食物中毒,长的可达数月或数年(前者如狂犬病,后者如麻风病)。蠕虫病的潜伏期应自病原体侵入人体至发育成熟(即虫卵或幼虫出现以前)止的阶段。由于幼虫的移行,在潜伏期即可出现症状。有些传染病在本期末已具有传染性。

2. 前驱期 指从起病至症状明显期开始为止的时期。前驱期的临床表现通常是非特异性的,如头痛、发热、乏力、食欲减退、肌肉酸痛等,为许多传染病所共有。但有少数传染病在前驱期可有特异性表现,如麻疹可出现麻疹黏膜斑(Koplik spots)。前驱期一般持续1~3 d,已具有传染性。起病急骤者,可无前驱期。

3. 症状明显期 此期传染病的特有症状和体征相继出现,病情由轻而重,逐渐或迅速到达高峰。此后随机体免疫力的产生,病情好转进入恢复期。症状明显期又可分为上升期、极期、缓解期。本期病情重,容易发生并发症,传染性强。

4. 恢复期 随机体免疫力增强,血清中的抗体效价亦逐渐上升至最高水平,体内病理生理过程逐渐终止,组织破坏和机能障碍得到修复和调整,症状及体征消失,精神、体力、食欲逐步恢复正常,临床上称为恢复期。多数病人体内病原体被清除,少数病人体内仍有病原体,可引起复发或成为病原携带者。某些传染病在恢复期可发生并发症,或转为慢性。

有些传染病患者在恢复期结束后,某些器官功能长期都未能恢复正常者称为后遗症,多见于以中枢神经系统病变为主的传染病,如脊髓灰质炎、乙型脑炎、流行性脑膜炎等。



(二) 常见的症状、体征

1. 发热 发热是许多传染病的共同症状,有的传染病就以“热”命名,如猩红热、流行性出血热等。发热通常是体内发生炎症的一种表现,多由于致热原作用于体温调节中枢,导致体温超出正常范围。常见热型有稽留热、弛张热、间歇热、回归热、不规则发热等。了解发热及热型在传染病诊断上具有一定价值,但由于抗感染药物的及时应用,典型热型现已少见。

(1) 热度 以口腔温度为标准。低热不超过 38℃;中度热 38.1~39℃;高热 39.1~41℃;超高热 41℃以上。

(2) 常见热型

1) 稽留热 高热,体温维持在 39.0~40.0℃,达数天或数周,24 h 波动范围不超过 1.0℃,见于大叶性肺炎、伤寒等。

2) 弛张热 体温最高可在 39.0℃以上,波动幅度大,24 h 波动范围可超过 1.0℃,最低体温仍高于正常水平,见于败血症、重症肺结核等。

3) 间歇热 高热与正常体温交替有规律地反复出现,无热期可持续 1 天至数天,如疟疾等。

4) 不规则热 体温在 24 h 内变化无一定规律,见于流行性感、肿瘤性发热等。

2. 出疹 出疹包括皮疹和黏膜疹,为很多传染病的特征之一。常见皮疹有斑疹、玫瑰疹、红斑疹、淤点、淤斑、疱疹、荨麻疹及黏膜疹等。皮疹的种类、形态、分布部位,出疹顺序和出疹时间在不同的传染病都有其各自的规律性,在临床上具有重要意义,如水痘、风疹多于病程的第一日出皮疹,猩红热第二日,天花第三日,麻疹第四日,斑疹伤寒第五日,伤寒第六日等。水痘的皮疹呈向心性分布,在躯干、头部先出现,然后延及面部、四肢;天花的皮疹多见于面部及四肢,呈离心性分布;麻疹的皮疹先出现于耳后、面部,然后向躯干、四肢蔓延,最后到手心、足心。

皮疹按其形态可分为四大类。

1) 斑丘疹 斑疹呈红色不凸出皮肤,可见于斑疹伤寒、猩红热等。丘疹呈红色凸出皮肤,可见于麻疹。斑丘疹是指斑疹和丘疹,多为充血疹,压之退色,可见于麻疹、风疹、伤寒、猩红热及科萨奇病毒感染等传染病。玫瑰疹属斑丘疹的一种,为稍隆起的充血性皮疹,呈鲜红色,可见于伤寒、沙门菌感染等。

2) 出血疹 亦称淤点或淤斑,为散在的点状或片状出血,暗红色,压之不退色,多见于流行性出血热、登革热、流行性脑脊髓膜炎、败血症等疾病。

3) 疱疹 皮疹凸出皮肤,内含浆液。疱疹多见于水痘、天花、单纯疱疹、带状疱疹等病毒性传染病,亦可见于立克次体病及金黄色葡萄球菌败血症等。若疱疹液呈脓性则称为脓疱疹。

4) 荨麻疹 为皮肤局限性隆起水肿,呈不规则片块状,速起速消,伴瘙痒。可见于血清病,寄生虫病(如蛔虫病)等。

3. 毒血症 指病原体在人体内生长、繁殖或死亡时产生的代谢或分解产物组成的内毒素或外毒素,不断进入血流,引起全身功能紊乱和中毒症状,如发热、乏力、全身不适、厌食、头痛及肌肉、关节、骨骼疼痛等症状。严重者可引起神经系统的表现(如意识障碍、脑



膜刺激征、中毒性脑病)和循环衰竭等。有时还可引起其他脏器病变,如肝、肾损害。

4. 菌血症 指细菌或其他病原体侵入血流,在血液中短暂停留,但不繁殖,随后被吞噬细胞吞噬消灭或随血流侵入其他组织器官,无明显临床症状。由细菌引起的称菌血症,由病毒引起的称病毒血症。

5. 败血症 指病原体在全身防疫功能减弱的情况下,侵入血流并在血液中生长繁殖,产生毒素,引起严重的中毒症状。

6. 脓毒血症 化脓性细菌在人体抵抗力高度减弱的情况下,侵入人体引起败血症,并在各组织和脏器中引起转移性化脓病灶,形成多发性脓肿。

7. 肝、脾、淋巴结肿大 在病原体及其代谢产物作用下,导致单核-巨噬细胞系统出现充血、增生等反应。

(三) 临床类型

根据病程的长短可分为急性、亚急性和慢性;根据病情轻重可分为轻型、中型、重型和暴发型;根据临床特点可分为典型(中型或普通型)、不典型(轻型、重型、暴发型)。临床分型对传染病的隔离、治疗、护理均具有指导意义。

思 考 题

1. 说出传染病基本特征。
2. 简述传染病的分期,何谓潜伏期,有何临床意义?
3. 概括传染病常见的症状、体征。

第三节 传染病的治疗

传染病的治疗原则是早期治疗,防治结合。目的是促进康复,制止传播。应采取综合治疗措施,同时应加强护理及做好隔离、消毒工作。

一、一般治疗

一般治疗包括隔离、消毒、休息、营养及护理。传染病大多起病急,进展较快,病情变化多,发病早期病人应注意卧床休息,以减少体力消耗,保持体位舒适,至症状明显减轻病情好转后,可逐渐增加活动量。根据不同的疾病过程给以适当的饮食,保证足够的热量,维持水、电解质平衡,以提高机体防御能力和免疫功能。给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的流质或半流质饮食,鼓励病人多饮水,必要时静脉输液。

二、对症及支持治疗

对症治疗指减轻或消除病人的症状,以达到解除其痛苦或抢救目的。对症治疗不但可减轻病人痛苦,而且通过调整病人各系统的功能,达到减少机体消耗,保护重要器官,使损伤减少到最低限度的目的。例如高热时采取降温措施;抽搐时采取镇静治疗;脑水肿时