

战胜霍乱

世界图书出版上海有限公司编辑部 编



世界图书出版公司

目录

1.霍乱是什么病	3
2.霍乱有什么特征性的临床症状	3
3.霍乱弧菌有什么特性	3
4.哪些人是霍乱的主要传播者	3
5.霍乱是如何传播的	3
6.哪些人比较容易感染霍乱	3
7.霍乱的流行有什么特征	3
8.霍乱的潜伏期有多久	3
9.典型的霍乱临床症状是什么	4
10.霍乱有哪些类型	4
11.霍乱有哪些并发症	5
12.霍乱的各种检查有哪些特点	5
13.如何诊断霍乱	6
14.哪些情况可以被认为是疑似病例	6
15.对于疑似患者该怎么办	6
16.对于霍乱患者的临床症状如何处理	6
17.如何治疗霍乱患者	7
18.儿童得了霍乱，在治疗方面有什么不同	7
19.你知道该如何预防霍乱吗	8
20.发现了霍乱患者，该怎么做	8

21.什么叫做“消化道隔离”	8
22.隔离霍乱患者要达到哪些要求	8
23.霍乱患者的饮食要求	9
24.对于霍乱患者我们要注意观察什么	9
25.得了霍乱，患者该怎么办	9
26.患者拉肚子，我们该怎么办	9
27.患者腹部肌肉出现痉挛该怎么办	10
28.患者呕吐后，我们要做些什么	10
29.患者脱水了，我们要注意什么	10
30.我们能做些什么健康宣教	11

1.霍乱是什么病

霍乱是霍乱弧菌所引起的烈性肠道传染病。

2.霍乱有什么特征性的临床症状

得了霍乱后临床上会出现剧烈吐泻大量米泔样排泄物、脱水、肌肉痉挛、代谢性酸中毒和急性肾功能衰竭。

3.霍乱弧菌有什么特性

霍乱弧菌活动力甚强。在碱性肉汤或蛋白胨水中能迅速繁殖。对干燥、日光、热、酸及一般消毒剂均甚敏感，煮沸后立即可以灭活。

4.哪些人是霍乱的主要传播者

患者及带菌者是主要传染源，尤其是中、重型患者，排菌量大、污染面广泛。轻型患者易被忽视，健康带菌者多不易检出，所以在散播疾病中也起重要的传染源作用。

5.霍乱是如何传播的

霍乱可通过水、食物、日常生活接触进行传播，其中水的作用最为突出。

6.哪些人比较容易感染霍乱

人们普遍容易感染霍乱，患病后可获得一定的免疫力。

7.霍乱的流行有什么特征

热带地区全年均可发病，我国以夏秋季为流行季节，7~8月为高峰期。

8.霍乱的潜伏期有多久

霍乱的潜伏期短至数小时，长达7天，通常为1~3天。

9.典型的霍乱临床症状是什么

典型病例临床经过分为三期：

- 吐泻期： 患者多数以剧烈腹泻开始，继以呕吐，但没有里急后重，且多无腹痛。

每天大便数次或更多，大便初为黄水样或清水样稀便，呕吐呈喷射状和连续性，多无恶心，先为胃内容物，继之米泔水样物。本期可持续数小时至 1~2 天。

- 脱水期： 由于持续而频繁的腹泻和呕吐，患者迅速出现失水和循环衰竭。此期一般为数小时至 2~3 天。

- 恢复期： 脱水纠正后，症状消失。有部分患者会出现发热性反应，约 38~39℃，以儿童多见。发热持续 1~3 天，之后体温、脉搏及血压恢复正常，尿量增多。

10.霍乱有哪些类型

- 无症状型： 感染后无任何症状，仅呈排菌状态，称接触或健康带菌者，排菌期一般为 5~10 天，个别人可迁延至数月或数年，成为慢性带菌者。

- 轻型： 患者微感不适，每天腹泻数次，大便稀薄，一般无呕吐和脱水表现，血压、脉搏均正常，血浆比重在 1.026~1.030 间，尿量无明显减少。

- 中型： 吐泻次数较多，每天达 10~20 次。大便呈米泔水样，有一定程度的脱水。血压降低 收缩压为 9.31~12 千帕(90~70 毫米汞柱)] 脉搏细速 血浆比重为 1.031~1.040，24 小时尿量在 500 毫升以下。

- 重型： 吐泻频繁，脱水严重，血压低，甚至不能测出，脉速弱，常不能触及，血浆比重 > 1.041，尿极少或无尿。

- 暴发型： 亦称干性霍乱，甚罕见。起病急骤，不待泻吐出现，即因循环衰竭而死亡。

11.霍乱有哪些并发症

- 肾功能衰竭： 由于休克得不到及时纠正和低血钾所引起，表现为尿量减少和氮质血症，严重者出现尿闭，可因尿毒症而死亡。
- 急性肺水肿： 代谢性酸中毒可导致肺循环高压，后者又因补充大量不含碱的盐水而加重。
- 其他： 低钾综合征、心律不齐及流产等。

12.霍乱的各种检查有哪些特点

- 血液检查： 因脱水致使血液浓缩，使红细胞压积和血浆比重升高，白细胞可增高至 $(10 \sim 30) \times 10^9/\text{升}$ ，尿素氮增加，血清钾、钠和碳酸氢盐降低。
- 尿液检查： 可有蛋白，红、白细胞及管型。
- 涂片染色： 取粪便或早期培养物涂片作革兰染色镜检，可见革兰阴性稍弯曲的弧菌。
- 悬滴检查： 将新鲜粪便作悬滴或暗视野显微镜检，可见运动活泼呈穿梭状的弧菌。
- 增菌培养： 所有怀疑霍乱患者的粪便，除作显微镜检外，均应作增菌培养。粪便留取应在使用抗菌药物之前，且应尽快送到实验室作培养。增菌培养基一般用 pH8.4 的碱性蛋白胨水， $36 \sim 37^\circ\text{C}$ 条件下培养 6 ~ 8 小时后，表面能形成菌膜。此时应进一步作分离培养，并进行动力观察和制动试验，这将有助于提高检出率和早期诊断。
- 分离培养： 常用庆大霉素琼脂平皿或碱性琼脂平板。前者为强选择性培养基， $36 \sim 37^\circ\text{C}$ 培养 8 ~ 10 小时，霍乱弧菌即可长成小菌落，后者则需培养 10 ~ 20 小时。选择可疑或典型菌落，应用霍乱弧菌 “O” 抗原的抗血清作玻片凝集试验，若阳性即可出报告。
- PCR 检测： 新近国外应用 PCR 技术来快速诊断霍乱。其中通过识别 PCR 产物

中的霍乱弧菌毒素基因亚单位 CtxA 和毒素协同菌毛基因 (TcpA) 来区别霍乱菌株和非霍乱弧菌 然后根据 TcpA 基因的不同 DNA 序列来区别古典生物型和埃尔托生物型霍乱弧菌。

4 小时内可获结果，据称能检出每毫升碱性蛋白胨水中 10 条以下霍乱弧菌。

13.如何诊断霍乱

具有下列情况之一者，可诊断为霍乱。

- 有腹泻症状，粪便培养霍乱弧菌阳性。
- 霍乱流行期间，在疫区内有典型的霍乱腹泻和呕吐症状，迅速出现严重脱水、循环衰竭和肌肉痉挛者，但粪便培养未发现霍乱弧菌。如有条件可作双份血清凝集素试验，滴度 4 倍上升者可诊断。

- 疫原检索中发现粪便培养阳性前 5 天内有腹泻症状者，可诊断为轻型霍乱。

14.哪些情况可以被认为是疑似病例

- 具有典型霍乱症状的首发病例，病原学检查尚未肯定前。
- 霍乱流行期间与霍乱患者有明确接触史，并发生泻吐症状，而无其他原因可查者。

15.对于疑似患者该怎么办

疑似患者应进行隔离、消毒，作疑似霍乱的疫情报告，并每日作大便培养，若连续两次大便培养阴性，可作否定诊断，并作疫情订正报告。

16.对于霍乱患者的临床症状如何处理

- 纠正酸中毒： 重型患者需根据 CO₂ 结合力情况，纠正低血钾。补液过程中出现低血钾者应静脉滴入氯化钾，浓度一般不宜超过 0.3%。轻度低血钾者可口服补钾。
- 纠正休克和心力衰竭： 少数患者经补液后血容量基本恢复，皮肤黏膜脱水表现已逐渐消失，但血压未恢复正常者，可用地塞米松 20~40 毫克或氢化可的松 100~300 毫克，静脉滴注，并可加用血管活性药物多巴胺和阿拉明静脉滴注。如出现心衰、肺水肿，则

应暂停或减慢输液速度，应用西地兰 0.4 毫克或毒毛旋花子苷 K0.25 毫克加葡萄糖 20 毫升，缓慢静脉注射。必要时应用速尿 20~40 毫克静脉注射，亦可应用杜冷丁 50 毫克肌注镇静。

- 抗肠毒素治疗：目前认为氯丙嗪对小肠上皮细胞的腺苷环化酶有抑制作用，临床应用能减轻腹泻，可应用 1~2 毫克/千克口服或肌注。黄连素亦有抑制肠毒素和抗菌作用，成人每次 0.3 克，每天 3 次口服。小儿 50 毫克/千克，分 3 次口服。

17.如何治疗霍乱患者

- 补液治疗：及时和适当地补充液体和电解质，是取得满意疗效的关键。静脉补以生理盐水，待血压回升后补 541 溶液。轻、中型患者可予以口服补液，重症患者予静脉补液，情况好转后，再改为口服补液。

- 病原治疗：四环素为首选，氯霉素疗效亦佳，氨苄青霉素疗效差。复方 SMZ 有较好疗效，吡哌酸和氟哌酸等氟喹诺酮类药物皆可采用。

- 其他治疗：口服 GM1 神经节苷脂活性炭制剂可使腹泻情况较单用活性炭者为轻。氯丙嗪(口服或肌注)可使腹泻减少 50%~70%。

18.儿童得了霍乱，在治疗方面有什么不同

儿童患者的粪便含钠量较低而含钾量较高，失水较严重，病情发展较快，易发生低血糖昏迷、脑水肿和低血钾症，故应及时纠正失水和补充钾盐。轻者 24 小时补液量为 100~150 毫升/千克，中、重型患儿 24 小时静脉补液各为 150~200 毫升/千克和 200~250 毫升/千克，可用 541 溶液。婴幼儿可适当增加。最初 15 分钟内 4 岁以上儿童每分钟补液 20~30 毫升，婴幼儿 10 毫升/分钟。根据血浆比重计算，比重每升高 0.001，婴幼儿的补液量为每千克体重 10 毫升，其总量的 40%于 30 分钟内输入，余量于 3~4 小时输完。

19.你知道该如何预防霍乱吗

- 控制传染源：及时检出患者，及早予以隔离治疗。对密切接触者应严密检疫 5 天，以发现带菌者。在隔离检疫期可应用强力霉素、四环素等以预防感染发生。流行期间的带菌者、疫区腹泻患者及疫区必须外出人员也应给予药物治疗。
- 切断传染途径：改善环境卫生，加强饮水消毒和食物管理，对患者和带菌者的粪便、其他排泄物和用具、衣被等妥善处理。消灭苍蝇、加强个人卫生等，在控制疾病流行上均有重要意义。
- 进行预防接种，加强人群免疫力。目前广泛应用的皮下注射全菌体死菌苗的保护率为 50%~90%，单价菌苗效果较好，保护期仅 3~6 个月。

20.发现了霍乱患者，该怎么做

发现疫情就地隔离，并立即上报卫生防疫部门，采取消毒隔离措施，防止疫情蔓延。

21.什么叫做“消化道隔离”

消化道隔离是指患者的食具、便器要专用，用后要消毒。患者的呕吐物及排泄物也应进行消毒。患者之间不能交换用物、书报等。病房设纱窗、纱门，做好防蝇、灭蝇及灭蟑螂工作。

22.隔离霍乱患者要达到哪些要求

- 应采取严密隔离，至症状消失后 6 天，大便培养每天 1 次，连续 3 次阴性，方可解除隔离。隔离期间禁止家属探视。
- 病期应卧床休息，吐泻频繁者应注意保持床单整洁，保护肛周皮肤。准确记录出入量及吐泄物性状，为治疗提供依据。
- 出院标准：症状消失后 24 小时，每天 1 次，连续送检 3 次粪培养(其中有 1 次为阳性，须再继续送检，直至连续 3 次阴性为止)，方可出院。

- 与患者密切接触的家属也须实行隔离观察，在肛拭采样连续 3 次阴性后，方可解除隔离。

23.霍乱患者的饮食要求

应以糖盐水或少量流食为主，呕吐、腹泻严重者可暂禁食，好转后给予流食，以后逐渐给半流食，继而普通饮食。

24.对于霍乱患者我们要注意观察什么

- 每 1~2 小时测生命体征一次；
- 密切观察呕吐、腹泻物的量、颜色、性状；
- 严格记录 24 小时出入量；
- 观察水、电解质平衡紊乱的表现。

25.得了霍乱，患者该怎么办

患者应绝对卧床，最好卧于带孔的床，床下对孔放置便器，便于患者排便，减少活动。注意保持床铺的平整和干燥。

26.患者拉肚子，我们该怎么办

- 密切观察排便次数，每次大便量、性状等。
- 对于排便频繁者，便后宜用软纸擦拭，注意勿损伤肛周皮肤。有脱肛者可用手隔着消毒纱布轻揉局部，每天用温水或 1:5000 高锰酸钾水坐浴，然后局部涂以消毒凡士林油膏，以保护局部皮肤。还应注意保持肛周清洁及保持内裤、床单清洁、干燥。
- 应向患者说明留取标本的目的、方法、注意事项。标本应选取脓血、黏液部分，并及时送检。

27.患者腹部肌肉出现痉挛该怎么办

应按医嘱给予药物治疗，可用 10%葡萄糖酸钙 10~20 毫升作静脉推注，并可用局部热敷、按摩、针灸等方法止痛。

28.患者呕吐后，我们要做些什么

每次呕吐后，协助患者用温水漱口，必要时予口腔护理，预防口腔炎。

29.患者脱水了，我们要注意什么

- 能进食的患者，口服补液疗效好，又安全简便，可防止输液反应等并发症，是治疗霍乱的主要措施。

- 中、重度脱水经静脉补液至血压稳定后可加用口服补液。口服补液盐（ORS）的用量为：小儿 75 毫升/千克，成人 1000~3000 毫升，在 4~6 小时内喝完，此后随时补充。每次大便后补充量为：2 岁以下 50~100 毫升，2~10 岁 100~200 毫升，10 岁以上及成人患者则能喝多少给多少，同时要注意多饮水。实施 ORS 疗法为护理霍乱的重点，喂服方法与防止呕吐密切相关，少量多次口服可防止呕吐。剧烈呕吐时仍要坚持 ORS 治疗，必要时加橘子汁调味，口含冰块。每 1~2 分钟喂一次，小儿 5~10 毫升，成人 10~30 毫升。无法口服补液者可采用鼻饲法。

- 中、重度患者静脉输液应以早期、迅速、足量为原则，可选大静脉快速滴入，必要时两路静脉同时进行。争取短时间内纠正脱水、酸中毒，维持电解质平衡。患者情况好转后应适当减慢滴速。

30.我们能做些什么健康宣教

- 宣传霍乱的预防措施，加强饮水消毒和食品管理，改善环境卫生，注意个人卫生，以预防发病。在霍乱流行期间宣传疫苗接种的作用。
- 对患者及家属进行有关霍乱的知识教育：说明本病是烈性肠道传染病，起病急、传播快、重症者病死率高，故应实行严密的消毒、隔离措施，以防止霍乱的传播。