

新编传染病 诊疗手册

XINBIAN CHUANRANBING ZHENLIAO SHOUC

金盾出版社

新编传染病诊疗手册

主 编

陈菊梅

副主编

皇甫玉珊

编 审

(以姓氏笔画为序)

王凝芳
宋清林
张玲霞
黄玉兰

尤大栋
宋喜秀
陈菊梅

郭美娟
张志贤
皇甫玉珊

杨守纯
张昌恒
姜素椿

编 者

(以姓氏笔画为序)

于玺华
吕正文
李希强
宋清林
张鸿飞
罗进华
高庆璋
薛 琪

王永怡
朱传琳
李智泉
宋喜秀
陆正德
皇甫玉珊
黄玉兰
魏燕玲

王凝芳
杨 生
吴 慎
张开瑞
陈伟英
饶文淑
彭 敏

尤大栋
杨大国
邱国英
张志贤
陈国仕
施树玉
彭展文

方景森
杨守纯
余明炎
张玲霞
陈菊梅
姜素椿
韩凤连

卢知吾
杨振洲
宋为芸
张树林
陈德永
姚家珮
虞爱华

金盾出版社

C0168372



(京)新登字 129 号

内 容 提 要

本手册根据国内外传染病学最新进展,对传染病的临床诊断、实验室检查、治疗及预防方面的新认识、新分型、新标准、新技术、新药品及新疗法作了简明扼要的叙述。全书共 11 章 130 余种疾病。内容丰富实用,便于查阅,是一本较理想的传染病学临床参考手册,可供从事传染病及内科临床、教学、科研工作人员使用,也可供有关患者参阅。

图书在版编目(CIP)数据

新编传染病诊疗手册/陈菊梅主编;于玺华等编著. —北京:金盾出版社,1994.9

ISBN 7-80022-729-4

I. 新… II. ①陈… ②于… III. ①传染病-诊断-手册②传染病-治疗-手册 IV. R510.4-62

2004/10

金盾出版社出版、总发行

社址:北京太平路 5 号 邮政编码:100036

电话:8214039 8218137 传真:8214032 电挂:0234

国防大学印刷厂印刷

各地新华书店经销

开本:787×1092 1/16 印张:22 字数:526 千字

1994 年 9 月第 1 版 1994 年 9 月第 1 次印刷

印数:1-11000 册 定价:28.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

前 言

在“预防为主”卫生工作方针指引下,随着医学科学技术的飞速发展,我国传染病防治工作取得了显著成绩。有的传染病已被消灭,大多数传染病得到基本控制,传染病发病率逐年下降。但目前传染病发病率仍占我国年总发病率的首位,某些传染病又有回升;有的传染病是新发现的并发生流行,甚至从国外传入;医院内感染问题也有待进一步解决。因此,摆在从事传染病防治工作者面前的任务仍很艰巨。

中国人民解放军第 302 医院是全军传染病医疗中心,设有传染病研究所,它又是解放军军医进修学院的传染病教学中心,具有较高的学术水平。为了进一步作好传染病的防治工作,解答工作中出现的新问题,提高传染病医护人员的业务水平,我们参照近年来国内外传染病研究的新进展,结合我院传染病预防、医疗、教学、科研工作实践经验,特请长期从事传染病专业且具有丰富工作经验的副主任医师以上的专家、教授撰写各有关章节,编辑成这本手册。

全书共分 11 章,全面介绍了国内外 130 余种传染病的诊断治疗。内容通俗易懂,简明实用,充分反映了当代传染病预防、诊断和治疗方面的新水平。手册还系统详尽地阐述了一些新的检测技术和方法,新的诊断手段和预防接种,常用的抢救方法,以及化验法定单位正常值等。本书可供从事传染病和内科临床、教学、科研工作人员使用,也可供有关患者参阅。但由于时间仓促,编写中难免存在疏漏、错误之处,恳请医学界同道批评指正。

中国人民解放军第三〇二医院
《新编传染病诊疗手册》编辑委员会
1994 年 3 月

目 录

第一章 病毒性疾病

流行性感胃.....	(1)
其它呼吸道病毒感染.....	(2)
附:呼吸道病毒分离标本采集法	(4)
麻疹.....	(5)
附:亚急性硬化性全脑炎	(8)
风疹.....	(9)
附:先天性风疹综合征.....	(10)
幼儿急疹	(11)
传染性红斑	(12)
水痘和带状疱疹	(13)
单纯疱疹病毒感染	(15)
天花	(17)
附:猴痘.....	(19)
流行性腮腺炎	(19)
柯萨奇病毒感染	(21)
埃可病毒感染	(23)
皮肤粘膜淋巴结综合征	(25)
巨细胞病毒感染	(27)
传染性单核细胞增多症	(29)
传染性淋巴细胞增多症	(30)
脊髓灰质炎	(31)
病毒性肠炎	(34)
人轮状病毒肠炎	(34)
肠腺病毒肠炎	(35)
新轮状病毒肠炎	(36)
甲型病毒性肝炎	(36)
乙型病毒性肝炎	(38)
附:乙型病毒性肝炎疫苗的接种.....	(42)
丙型病毒性肝炎	(45)
丁型病毒性肝炎	(46)
戊型病毒性肝炎	(47)
附:病毒性肝炎治愈标准.....	(48)
附:肝穿刺活组织检查.....	(49)

附:腹膜腔穿刺术.....	(50)
附:双气囊三腔管压迫术.....	(50)
流行性乙型脑炎	(51)
附:腰椎穿刺术.....	(54)
森林脑炎	(55)
淋巴细胞脉络丛脑膜炎	(56)
东部马脑炎	(57)
西部马脑炎	(58)
库鲁病	(59)
慢性病毒性脑炎	(60)
进行性多灶性脑白质病	(60)
克洛伊茨费尔特—雅各布病	(61)
登革热与登革出血热	(62)
流行性出血热	(64)
克里米亚—刚果出血热	(67)
拉沙热	(68)
黄热病	(70)
口蹄疫	(71)
狂犬病	(72)
艾滋病	(74)
传染性软疣	(77)
生殖器疱疹	(78)

第二章 细菌性疾病

猩红热	(81)
肺炎球菌感染	(82)
金黄色葡萄球菌感染	(83)
附:中毒性休克综合征.....	(85)
流感嗜血杆菌感染	(85)
流行性脑脊髓膜炎	(86)
球孢子菌病	(89)
副球孢子菌病	(90)
军团杆菌病	(91)
诺卡菌病	(92)
百日咳	(93)
肺结核	(95)
结核性脑膜炎	(98)
结核性腹膜炎	(99)
肠结核	(99)

非典型分枝杆菌病.....	(100)
白喉.....	(102)
鼠疫.....	(104)
细菌性病疾.....	(106)
附:流动灌肠术	(112)
附:保留灌肠术	(112)
伤寒与副伤寒.....	(112)
伤寒.....	(113)
副伤寒.....	(116)
沙门菌感染.....	(116)
霍乱.....	(118)
细菌性食物中毒.....	(122)
胃肠型食物中毒.....	(122)
神经型食物中毒.....	(124)
致腹泻性大肠杆菌肠炎.....	(125)
致病性大肠杆菌肠炎.....	(125)
产肠毒素性大肠杆菌肠炎.....	(126)
侵袭性大肠杆菌肠炎.....	(126)
出血性大肠杆菌肠炎.....	(127)
粘附性大肠杆菌肠炎.....	(127)
放线菌病.....	(127)
弧菌性肠炎.....	(128)
副溶血性弧菌肠炎.....	(128)
非-O-1 群霍乱弧菌肠炎	(129)
其它弧菌性腹泻.....	(130)
空肠弯曲菌肠炎.....	(130)
耶尔森菌病.....	(132)
亲水气单胞菌肠炎.....	(133)
类志贺毗邻单胞菌腹泻.....	(134)
难辨梭状芽胞杆菌肠炎.....	(134)
李斯特菌病.....	(136)
厌氧菌感染.....	(137)
布氏杆菌病.....	(139)
兔热病.....	(141)
败血症.....	(142)
巴尔通体病.....	(145)
破伤风.....	(146)
炭疽.....	(148)
麻风病.....	(150)

淋病.....	(153)
附:非淋球菌性尿道炎及阴道炎	(155)
软下疳.....	(155)

第三章 螺旋体病

莱姆病.....	(158)
钩端螺旋体病.....	(159)
回归热.....	(162)
鼠咬热.....	(164)
梅毒.....	(165)
雅司.....	(168)

第四章 立克次体病

流行性斑疹伤寒.....	(170)
地方性斑疹伤寒.....	(171)
蜱传斑疹伤寒.....	(172)
北亚蜱传斑点热.....	(173)
落基山斑点热.....	(174)
立克次体痘.....	(175)
恙虫病.....	(176)
寇热(Q 热)	(177)
战壕热.....	(179)

第五章 支原体病

支原体肺炎.....	(181)
生殖泌尿系支原体感染.....	(182)

第六章 衣原体病

鹦鹉热—鸟疫.....	(183)
沙眼.....	(184)
包涵体结合膜炎.....	(185)
衣原体性尿道炎.....	(185)

第七章 真菌病

浅部真菌病.....	(187)
头癣.....	(187)
手足癣、体癣与股癣	(188)
甲癣.....	(188)
深部真菌病.....	(189)

深部念珠菌病·····	(189)
曲霉菌病·····	(190)
隐性球菌病·····	(191)
毛霉菌病·····	(192)

第八章 原 虫 病

肺孢子虫病(卡氏肺囊虫病)·····	(194)
贾第虫病·····	(195)
隐孢子虫病·····	(196)
阿米巴病·····	(197)
阿米巴痢疾·····	(197)
阿米巴肝脓肿·····	(199)
原发性阿米巴性脑膜脑炎·····	(200)
弓形体病·····	(201)
黑热病·····	(203)
疟疾·····	(205)
巴贝虫病·····	(209)
非洲锥虫病·····	(210)
毛滴虫病·····	(212)
滴虫性阴道炎·····	(212)
肠道滴虫病·····	(213)
口腔毛滴虫病·····	(213)

第九章 蠕 虫 病

肺吸虫病·····	(214)
华支睾吸虫病·····	(215)
日本血吸虫病·····	(217)
姜片虫病·····	(219)
绦虫病·····	(220)
猪肉绦虫病·····	(220)
牛肉绦虫病·····	(221)
曼氏裂头蚴病·····	(222)
短膜壳绦虫病·····	(223)
长膜壳绦虫病·····	(223)
瑞列绦虫病·····	(223)
复孔绦虫病·····	(224)
包虫病·····	(224)
细粒棘球蚴病·····	(224)
泡球蚴病·····	(226)

囊虫病	(227)
蠕虫移行症	(228)
钩蚘皮炎	(228)
血吸虫尾蚴性皮炎	(229)
蛔虫移行症	(229)
弓首蛔虫移行症	(230)
蛔虫病	(230)
钩虫病	(232)
蛲虫病	(234)
类圆线虫病	(235)
毛圆线虫病	(236)
旋毛线虫病	(237)
丝虫病	(239)

第十章 传染病常用防治及抢救方法

传染病的预防接种	(242)
抗生素在传染病的应用原则及方法	(246)
抗病毒药物的应用	(251)
补液疗法在传染病中的应用	(254)
免疫增强剂在传染病中的应用	(258)
肾上腺皮质激素在传染病中的应用	(261)
腹水浓缩回输在顽固性肝腹水治疗中的应用	(264)
传染病院(科)院内感染的预防	(266)
免疫功能低下或缺陷患者感染的防治	(270)
检测细胞免疫力的体内方法及其意义	(275)
传染病常用抢救技术	(276)
隔离与消毒	(280)
杀虫与灭鼠	(284)

第十一章 传染病临床常用诊断技术

病毒学检查在传染病中的应用	(293)
病毒的分离与鉴定	(293)
病毒的血清学试验	(296)
病毒快速诊断方法	(297)
电子显微镜技术在病毒学的应用	(298)
免疫学诊断技术在传染病中的应用	(299)
特异性免疫学检查方法及应用	(299)
单克隆抗体的发展与应用	(302)
非特异性免疫检测方法及应用	(302)

蛋白质转染及核酸杂交技术的应用·····	(303)
聚合酶链反应(PCR)·····	(304)
分子生物学技术在传染病中的应用·····	(307)
核酸分子杂交技术·····	(307)
凝胶电泳技术·····	(309)
分子生物学技术的临床应用和意义·····	(311)
附:分子生物学实验中常用技术、仪器和试剂配制方法·····	(314)
细菌学诊断技术在传染病中的应用·····	(317)
形态与染色反应·····	(317)
细菌生物化学试验·····	(318)
细菌免疫诊断技术·····	(320)
免疫荧光法在细菌诊断中的应用·····	(321)
气相色谱分析在细菌鉴定中的应用·····	(321)
DNA 探针在细菌鉴定中的应用·····	(321)
PCR(聚合酶链反应)技术在细菌诊断中的应用·····	(322)
生化检测技术在传染病中的应用·····	(323)
糖类及其代谢产物的测定·····	(323)
蛋白质测定·····	(324)
非蛋白氮类化合物测定·····	(325)
血脂测定·····	(325)
无机离子测定·····	(326)
血液气体分析及 pH 值测定·····	(327)
血清酶测定·····	(327)
肝功能试验·····	(330)
附一:实验室检查法定正常值·····	(332)
附二:常见传染病的潜伏期、隔离期和接触者的检疫期·····	(334)
附三:有关传染病学的主要西文期刊简介·····	(335)

第一章 病毒性疾病

流行性感

Influenza

流行性感(简称流感)是常见的呼吸道病毒感染,由流感病毒甲、乙、丙 3 型引起的急性呼吸道传染病,发病率在传染病中居首位。其中甲型流感病毒致病力强,易发生变异,可引起暴发流行,甚至世界性大流行,对人群威胁性最大,每次流感流行总是伴有人群死亡率上升。

1. 流行病学

(1)病前有与急性期患者的接触史,或者群体发病,往往在同一单位短期内有较多人发病,无任何年龄限制。

(2)病毒经空气、飞沫传播,也可能通过污染的茶具、食具、毛巾等间接传播。

(3)甲型流感具有突然发生、迅速蔓延、病例数多、流行过程短等特征。无明显季节性,10~15 年可发生 1 次世界性大流行,每 2~3 年有 1 次小流行;乙型流感多呈局部流行或散发,偶见引起大流行;丙型则只散在发病,主要侵犯婴幼儿。

(4)病后免疫力不持久,型间无交叉免疫。

2. 临床表现 潜伏期约 1~3 日,最短仅数小时。

(1)单纯型流感:最常见。①骤起畏寒、发热,体温在病后数小时至 24 小时内升达高峰(39~40℃),全身肌肉、关节酸痛,头痛,疲乏及食欲减退等全身症状明显。②鼻塞、流涕,咽部干痒、疼痛,干咳,咽充血,扁桃体肿大。③热程一般为 3~4 日,退热后全身症状好转,但上呼吸道症状常持续 1~2 周,体力恢复较慢。④轻症者类似普通感冒而被忽视。

(2)中毒型和胃肠型流感:中毒型极为少见,主要表现高热和循环功能障碍,血压下降,休克及弥漫性血管内凝血等严重症候,病死率高。胃肠型则以吐泻为特征。

(3)流感肺炎:①流感病毒肺炎,在流感病程中发热持续时间长,咳嗽、胸痛较剧,咯片块状淡灰色粘痰,肺部偶可闻及干、湿啰音,X 线检查可见炎性阴影。一般在 1~2 周内症状消失,炎症消散。重者有高热、剧咳、血痰、气急、紫绀,并可伴发心功能不全。肺部无实变体征,但 X 线见絮状或结节状影,病程长达 3~4 周。②继发细菌性肺炎,常由肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌或流感杆菌引起,多发生在流感恢复期,亦可与流感病毒肺炎同时存在,全身中毒症状及呼吸道症状均较重,咯黄色脓性痰,肺部呈灶性 or 大片状浸润。③婴幼儿、孕妇或老年人可能因肺炎等导致心功能不全或呼吸衰竭而死亡。

3. 实验室检查

(1)血象:急性期白细胞总数减少,淋巴细胞相对增加,如合并细菌性感染则白细胞计数及中性粒细胞均增多。

(2)细胞学检查:取鼻拭子涂片或下鼻甲印片,固定染色后,显微镜下可发现柱状纤毛上

皮细胞坏变(CCP)及胞浆内的嗜酸性包涵体。

(3)病毒抗原检查:鼻咽部拭子或咽漱液离心沉淀,用免疫荧光或免疫酶技术,检测流感病毒抗原,能进行快速诊断。

(4)血清学检查:取急性期(病后头几日)及恢复期(病后2~4周)双份血清,采用血凝抑制(HI)或菌型特异补体结合试验等方法,如恢复期抗体效价比急性期高4倍或4倍以上即可确定诊断。单份血清补体结合效价在1:32以上,为新近感染流感的证据。

(5)病毒分离:取急性期(头3日内)咽漱液或鼻拭子,处理后接种于敏感细胞管或鸡胚羊膜腔内培养,一般3~5日即可获得阳性结果。

【治 疗】

流行性感冒的治疗及预防见“其它呼吸道病毒感染”部分。

其它呼吸道病毒感染

Other respiratory virus infection

除流感病毒外,鼻病毒(110多个血清型)、腺病毒(主要是1~5、7、11、14和21型)、呼吸道合胞(RS)病毒、冠状病毒(>3个血清型)、副流感病毒(1~4型)、呼肠孤(Reo)病毒(1、2型)和某些柯萨奇(Cox)病毒、埃可(ECHO)病毒及疱疹病毒等,均是常见呼吸道感染的病原。每一种病毒可引起多种临床症候,而同一种临床症候又可由多种病毒引起。

【诊 断】

1. 流行病学

(1)患病以儿童为主,某些病毒感染有明显的年龄分布,如RS病毒以1~3个月婴儿发病率最高,副流感病毒Ⅲ型多在3岁以下,而I、Ⅱ型常侵袭年长儿童。

(2)发病季节,鼻病毒、副流感病毒I、Ⅲ型感染四季均可发生,RS病毒感染多在初秋,其它病毒感染以冬季发病较多。

(3)病毒型别繁多,相互间无交叉免疫且病后免疫力不持久,可反复多次发病。

2. 临床表现

(1)普通感冒:①常以咽部干痒、疼痛起病,无发热或仅有低热,体温在38℃左右,伴有乏力、头痛和全身不适、胃纳不佳、便秘等。②随即出现喷嚏、鼻塞、流涕等急性鼻炎症状。鼻分泌物初为大量稀水样,2~3日后变得粘稠而带黄色,或有声嘶及干咳。③咽部轻度充血,咽后壁淋巴滤泡增生,扁桃体轻度肿大。④病程一般为3~5日,症状逐渐消失。可继发细菌性感染,引起鼻窦炎、中耳炎、局部淋巴结炎、支气管炎,甚至肺炎。亦可导致慢性支气管炎和哮喘的急性发作。

(2)急性咽、扁桃体炎:①发热、咽痛伴畏寒、头痛及全身不适。②咽部充血,扁桃体红肿,有时可见到薄膜状或点状的白色分泌物,咽后壁淋巴细胞增生肿大。③有的则可见1~2mm直径大小绕有红晕的疱疹或溃疡;有的伴有单侧或双侧急性结合膜炎(由腺病毒引起,称咽结合膜热)。

(3)喉炎及哮喘:①除发热等周身症状及上呼吸道症状外,喉炎以声音嘶哑或失声为突出症状,有时伴有犬吠样咳嗽声,少数严重者可因喉头水肿,引起不同程度喉梗阻。②哮喘(急性阻塞性喉—气管—支气管炎),呼吸伴有吸气性哮鸣音,严重者出现吸气性呼吸困难,烦躁不安,可见鼻翼扇动、三凹征等缺氧症状,甚至导致死亡。

(4)急性气管炎、支气管炎:①咳嗽、咳痰为主要症状,常有不同程度的发热和全身不适。②胸部体检多属正常或有两肺呼吸音粗糙及干、湿啰音散在。③X线检查正常,或肺纹理增重。④病程一般在1周左右,少数咳嗽可延至数周。慢性支气管炎和哮喘患者,可因其复发加重。

(5)急性细支气管炎(喘息性支气管炎):①发病较缓,通常以轻微的上呼吸道症状开始,数日后出现持续性干咳和发作性呼吸困难,咳嗽可类似百日咳,严重者随呼吸困难加重出现缺氧表现。②两肺呼吸音减低,有啰音及哮鸣音。X线检查,可见肺纹理增重、模糊或伴有少量肺泡及间质的炎性表现,亦可能出现肺气肿或节段性肺不张。③多发生在2岁以下婴幼儿,尤以6个月以下婴儿最常见,常由呼吸道合胞病毒(RSV)和Ⅲ型副流感病毒引起。④多在5~10日恢复,新生儿、未成熟儿和合并有先天性心脏病者预后不良。本病可能与小婴儿猝死有关。

(6)肺炎:①骤起发热,体温常在39℃以上,呈稽留热型或不规则热型。精神萎靡、嗜睡、食欲不佳。②初有上呼吸道症状,咳嗽逐渐加重,呼吸困难,两肺满布细湿啰音或仅有呼吸音减低,或因大片实变而闻及管状呼吸音。③X线检查呈小叶性或灶性或小叶性炎症浸润。病程1~2周,随体温下降,全身情况好转,咳嗽及呼吸困难减轻,但肺部阴影消失较慢。

3. 实验室检查

(1)常规检查:①血象,白细胞总数及中性粒细胞比例正常或降低。②咽拭子或痰培养无致病菌生长。

(2)细胞学检查:早期鼻咽细胞涂片检查对判定感染性质有参考意义。如发现多数柱状纤毛上皮细胞坏变及胞浆或胞核内包涵体(嗜酸性或嗜碱性)存在,炎细胞多为淋巴或单核细胞,中性粒细胞较少,应考虑病毒性感染。

(3)病毒抗原检查:取早期鼻部细胞涂片,用免疫荧光或酶标记抗体,作特异性染色,多用于RS病毒和3、7型腺病毒抗原检查。

(4)血清学检查:①特异性IgM测定,目前大多采取抗体捕获酶联免疫吸附测定(ELISA)、荧光标记或酶标抗体染色等方法,用于RS病毒、腺病毒(3、7型)、EB病毒和ECHO、Cox病毒的某些血清型,在病程早期(3~5日)即可获得阳性结果,作为早期病原学诊断的依据。②取患者急性期和恢复期双份血清,以血凝抑制(HI)微量中和试验、ELISA等方法测定特异性抗体或IgG,如恢复期抗体效价升高 ≥ 4 倍,可作为确定病原学诊断依据。

(5)病毒分离:取患者早期(发病后3日内,越早越好)鼻咽分泌物(或鼻咽拭子)或口咽含漱液,经处理后接种于敏感细胞,观察细胞病变,并作进一步鉴定。

【治 疗】

1. 一般治疗和对症治疗

(1)卧床休息,多饮水,给予流质或半流质饮食,进食后以温盐水或温开水漱口,保持鼻咽及口腔清洁。

(2)高热烦躁者可予解热镇痛剂如阿司匹林、鲁米那等,一般不必应用糖皮质激素。解热药用量要适当,以防体温骤降、大汗淋漓甚至虚脱。持续高热或伴频繁呕吐时,应适当补充液体。

(3)咽喉炎明显或干咳较重者,以生理盐水雾化吸入(严重者,加氢可的松20mg/100ml),每日3~4次,每次15分钟。

2. 抗病毒治疗

(1) 金刚烷胺和甲基金刚烷胺(Rimantadine): 只对甲型流感病毒有效。金刚烷胺每日200mg(小儿4~5mg/kg)分2次口服, 疗程3~5日, 有口干、头晕、嗜睡、失眠、易激动和共济失调等副作用。甲基金刚烷胺抗流感病毒活性较金刚烷胺约高2~4倍, 副作用少, 用量为每日100~200mg, 分2次口服。

(2) 三氮唑核苷(Ribavirin)又名病毒唑(Virazole): 有较广谱的抗病毒活性, 对各型流感病毒、RS病毒、腺病毒、副流感病毒等均有作用。可酌情采用口服(每日1000mg分2次), 静脉滴注(1000mg加入10%葡萄糖溶液500ml内, 每日1次)或雾化吸入(2000mg/L生理盐水, 每日3~4次), 疗程3~5日左右。

(3) α -干扰素具有广谱抗病毒作用, 可采用超声雾化吸入或手控式气雾剂或滴鼻等方法局部应用, 用量小, 副作用少。

3. 抗菌治疗 对无继发细菌性感染者一般不用抗菌药物。急性渗出性咽炎, 如不能排除乙型溶血性链球菌感染, 可在及时留取咽拭子培养之后, 予以青霉素G治疗, 然后再根据培养结果和病情变化加以调整。

4. 中医药治疗

(1) 中草药制剂: 清热感冒冲剂、板蓝根冲剂、羚翘解毒片等, 选用时应注意有的制剂中含有某些解热药, 如扑热息痛和非那根等, 应注意其副作用。

(2) 辨证论治: ①风热型, 治宜辛凉解表, 宣肺泄热, 以银翘散加减。发热轻而咳嗽重者可用桑菊饮等。②风寒型, 治宜辛温解表, 疏散风寒, 轻症用葱豉汤, 重症用荆防败毒散加减。③暑湿型, 治宜消暑利湿, 芳香化浊, 可用香薷饮或藿香正气散加减。

【预 防】

1. 隔离患者。注意发现早期可疑患者, 予以隔离, 减少传播。患者应尽量避免去医院门诊部集中就诊, 以免造成感染传播蔓延。对流感患者应就地隔离治疗1周(或至热退后2日)。

2. 流感流行期间暂停集会和集体娱乐活动, 不到病家串门, 重点保护婴幼儿、原有心肺慢性疾病患者、孕妇和老年人。

3. 急性期患者用过的食具、衣物、手帕、玩具等应煮沸消毒或阳光曝晒2小时; 患者住过的房间则以过氧乙酸0.75g/m³熏蒸消毒。

4. 在已有流感流行趋势的群体中的重点人群(婴幼儿、老年人、慢性病患者等)可服用金刚烷胺100mg, 每日1次, 连续10~14日。或以病毒唑滴鼻。

5. 应用流感疫苗。

(王凝芳)

附: 呼吸道病毒分离标本采集法

呼吸道病毒分离是呼吸道病毒感染最直接的诊断手段。病毒分离是否成功与标本采集是否恰当有着直接关系, 一般在发病后越早采集越好, 即病程1~3日内, 此时体内尚未产生一定量抗体, 利于采集到含有足够量活病毒的标本。应根据临床症状和流行病学资料, 初步推断可能是哪种病毒感染, 再决定采取何种标本。

几种常用病毒分离标本采集方法如下。

1. 鼻拭子或咽拭子 用含有 2~3ml 保养液的棉拭子管,取标本前先将拭子取出,用干棉拭子头准确地涂擦患者的鼻腔或咽部表面之后,立即将拭子插入管内,并将棉拭子头浸泡于保养液中。

2. 含漱液 用盛有 6~8ml 保养液的灭菌广口瓶,将保养液(无菌肉汤、中性 0.5% 水解乳蛋白 Hank 液、Eagle 液或 199 培养液等,不含抗生素,以免引起过敏反应)倒入患者口中,让其含漱数次(口腔前、后部)后,再将液体吐回广口瓶内。

3. 痰、唾液 用干燥灭菌培养皿或带胶塞的灭菌广口瓶,留取患者的痰或唾液 10ml。

4. 眼分泌物和疱疹液 留取方法同鼻咽拭子。

5. 粪便 挑取粪便 5~10g,放入灭菌干燥广口瓶或蜡纸盒内(切勿接触便池或未经消毒的便盆)。

6. 脑脊液 用带胶塞的干燥灭菌试管,取脑脊液 1~2ml。

7. 尿液 用带盖的干燥灭菌广口瓶,留新鲜尿液 10~20ml 或者更多。

8. 抗凝血标本 加 1/1000 肝素溶液 0.2ml,抽血 1.8ml,立即混匀抗凝。如需分离白细胞,则需加 1/1000 肝素 1ml,取血 9ml,立即混匀抗凝。

采取标本的注意事项如下。

1. 在留取标本时要注意无菌操作,避免污染。

2. 标本留取后应尽快送往有关实验室处理、接种。如不能及时处理,必须将标本先放入 4℃ 冰箱或冰瓶内。

3. 尸检标本,尽量在死后 6 小时内采取。

(王凝芳)

麻 疹 Measles

麻疹是由麻疹病毒引起的急性传染病,以发热、结合膜炎、上呼吸道感染、口腔粘膜斑(Koplik spots)及周身性斑丘疹为主要临床表现,亦可引起肺炎、喉炎、脑炎等并发症。传染性甚强,在易感人群集聚的地方易引起暴发流行。

【诊 断】

1. 流行病学

(1) 本病四季均可发生,以冬春季为最多见。

(2) 病前 1~2 周曾与麻疹急性期患者接触,或邻居有麻疹发生。

(3) 既往未患过麻疹,未接种过麻疹疫苗(以下简称麻苗),或者麻苗接种已经多年,抗体水平下降而失去保护。

2. 临床表现 潜伏期大多 8~12 日(6~21 日)。

(1) 临床过程:①前驱期 2~4 日。发热,一般在 39℃ 左右,伴有结合膜充血、流泪、流涕、咳嗽等卡他症状。全身不适、精神不振、食欲减退及腹泻等。于发热后第 2~3 日在患者口腔两侧颊粘膜可见到科氏斑(Koplik Spots)。②出疹期 3~5 日。多于发热后第 4~5 日开始出现皮疹,初见于耳后、发际,逐渐向面、颈、躯干及四肢蔓延,约 2~3 日内遍布全身。初为淡红色斑丘疹,直径 2~5mm,稀疏散在。皮疹不断增多,颜色加深,并相互融合,疹间可见正常皮肤。全身中毒症状也随之加重,体温常持续在 40℃ 左右。患者烦躁不安,甚至出现惊厥;不思

饮食,腹泻增多。眼睑浮肿,声音嘶哑,咳嗽加重。两肺常可闻及干、湿啰音,肝脾轻度肿大。③恢复期2~3日。皮疹出齐出透(鼻尖、面颊和手足心均有皮疹散布),体温随之下降,1~2日内降至正常范围。全身情况迅速改善,结合膜炎症消失,皮疹按出疹顺序(在2~3日内)逐渐隐退,遗留淡褐色的色素沉着。但声嘶、咳嗽及肺部啰音恢复较慢,多在退疹后1~2周才完全消失。

以上系典型麻疹的临床经过,但疫苗免疫失败后再感染者中,约1/3为轻型麻疹,病情轻,病程短,前驱期可能1~2日;体温38℃左右,无眼鼻卡他症状,无口腔Koplik斑或数量很少,且持续时间亦短;皮疹稀疏散在,2~3日后消失,色素沉着亦不明显,甚至不出疹。

(2)并发症:①肺炎:原发性麻疹病毒肺炎,大多发生在前驱期和出疹期。肺炎症状随皮疹的消退而逐渐减轻,一般预后良好。在细胞免疫缺陷的患者往往出疹很轻而肺炎十分凶险(称巨细胞性肺炎),病死率很高;继发细菌性肺炎,大多发生在出疹期或退疹期,多见于营养不良的婴幼儿。最常见的病原菌,为金黄色葡萄球菌和革兰阴性杆菌。往往全身中毒症状严重,有高热、昏睡、惊厥、循环障碍和心功能不全、呼吸困难、紫绀以及明显的肺部体征。X线检查可见肺部大片融合性或散在点片状阴影。血白细胞总数及中性比例增高。此种肺炎病死率较高;继发腺病毒或其它病毒性肺炎,病情亦较重,并有可能导致慢性支气管炎或支气管扩张。②喉炎:表现为声嘶,呈犬吠样咳嗽声,饮水时呛咳,严重时可发生喉梗阻。大多由麻疹病毒本身引起,其病情发展与麻疹病程相符,出疹高峰时喉炎症状明显,随皮疹消退而迅速好转。因继发细菌性感染而引起的喉炎,常在皮疹消退后症状不见好转,甚至加重,发生喉梗阻机会较多。③脑炎:急性麻疹脑炎,发生在麻疹病程中(发生率为0.1%~0.4%),大多于出疹后2~6日,偶见于前驱期和出疹后2~3周。表现为发热、头痛、呕吐、神志障碍,性格改变或行为异常,脑膜刺激征和病理反射阳性等;脑电图检查可有异常改变。轻者数日恢复,重者呈暴发性进展,甚至于24小时内死亡;处于这两者之间者占大多数。其预后大约是60%完全恢复,15%死亡,25%遗留脑实质损害的后遗症。此外,免疫功能低下者患麻疹,临床经过可能较轻或不典型,但经过麻疹恢复后2~5个月的无症状期,再以急性或亚急性起病,称为免疫抑制性麻疹脑病。表现为精神症状、意识障碍、痉挛及偏瘫等,脑电图有异常改变;病程数周至数月,最终死亡。④肝损害:发生在麻疹急性期,成人患者多见。大多数表现谷丙转氨酶(ALT或GPT)、谷草转氨酶(AST或GOT)和乳酸脱氢酶(LDH)轻度或中度增高,偶有黄疸、消化道症状及肝脾肿大。一般2周内即可恢复正常,个别患者可持续半年左右。

3. 实验室检查

(1)血象:血白细胞总数减低或者正常。

(2)鼻咽部涂片或尿沉渣染色找多核巨细胞,在病程第1周阳性率可高达90%左右,对麻疹诊断有重要参考价值。采用荧光或酶标记抗体染色,则可在鼻咽部或尿脱落细胞中证实麻疹病毒抗原存在。

(3)血清学检查:①采用免疫荧光标记染色(IFA)或抗体捕获酶联免疫吸附测定(ACELISA)检查,急性期(第2~3日即可检出,5~7日阳性率最高)患者血清抗麻疹病毒IgM抗体,可作为早期、快速的特异性诊断方法,仅需单份标本。②留取病程急性期和恢复期(病后2~4周)双份血清,以血凝抑制试验(HI)或微量中和试验检测特异抗体,或以酶联免疫吸附测定特异性IgG,若恢复期血清抗体滴度 ≥ 4 倍增长,则有诊断价值,可作为回顾