

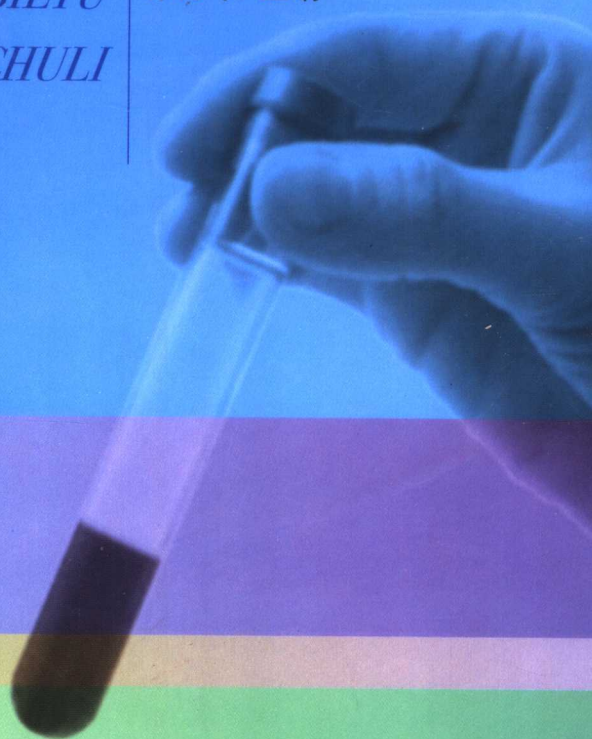
法定传染病识别与处理

*FADING
CHUANRANBING
SHIBIEYU
CHULI*

临床医生读本

LINCHUANGYISHENG DUBEN

梁万年/主编



中国协和医科大学出版社

法定传染病识别与处理

——临床医生读本

梁万年 主编

顾问：金大鹏

主审：庄辉 乌正赉

副主编：赵涛 刘泽军 唐耀武

编委会：（以姓氏笔画为序）

马静	乌正赉	刘民	刘大卫	刘泽军
庄辉	孟庆华	赵涛	贺雄	郭增柱
唐耀武	梁万年	裴绍民		

编者：（以姓氏笔画为序）

马小燕	王全意	王芳	王威	方友春
卢学春	孙美平	刘大卫	刘长庭	刘东磊
伦文辉	朱宏丽	许炽標	吕敏	杨学明
李兴旺	李玉贤	陈立泉	林长缨	孟庆华
范辉	范晨阳	高婷	徐斌	钱小顺
郭雁宾	郭增柱	翁小满	贾蕾	黄辉
董振英	窦相峰	蔡皓东		

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

法定传染病识别与处理 / 梁万年主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2005. 3

(临床医生读本)

ISBN 7-81072-671-4

I. 法... II. 梁... III. 传染病防治 IV. R183

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 022395 号

法定传染病识别与处理——临床医生读本

主 编: 梁万年

责任编辑: 左 谦 李春宇 刘建春

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开

印 张: 10.5

字 数: 260 千字

版 次: 2005 年 4 月第一版 2005 年 11 月第八次印刷

印 数: 42 001—47 000

定 价: 22.00 元

ISBN 7-81072-671-4/R·664

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

序

2004年8月28日，第十届全国人大常委会第十一次会议通过了修定的《中华人民共和国传染病防治法》。这是适应我国卫生防病的新形势，为保障人民身体健康，促进社会发展，维护社会稳定和经济发展的一项重要立法举措。作为传染病预防控制骨干力量的临床、疾病预防与控制以及卫生管理工作等相关人员更应认真学习和贯彻。

预防和控制传染病是国家、政府、社会及每一个公民共同的责任。只有及时发现和识别传染病及其流行趋势，才有可能及时采取预防控制措施。发现和识别传染病，如同打仗，须有“哨卡”和“哨兵”。

2003年SARS的防治实践告诉我们，传染病病例的发现与识别的“哨卡”是在各级各类的医疗机构，各级各类的医务人员肩负着发现和识别传染病病例的重任，他们都是在“哨卡”内值班的“哨兵”。发现与识别传染病病例的重要意义有三：一是对病人实施隔离治疗，二是对接触者实施医学观察和检疫，三是预防发生医院感染，从而达到预防与控制传染病进一步向社会蔓延的目的。

一般，在传染病发病初期，病人各种特异性症状和体征并不明显，多以发热、疲劳、纳差等非特异性症状求医。而且疾病初起时，病人一般都会到普通门、急诊或综合性医院就诊，那里成为接诊传染病的前沿，那里的医务人员是传染病的第一接诊医生，只有通过仔细询问病史（包括流行病学史）、仔细检查临床体征、化验（包括血清学检查）及其他辅助检查，以及对病程进展的仔细观察、追访等，才能有效地诊断、治疗与疫情处理。为

此，各级临床医务工作人员必须具备发现与识别传染病的意识与技能，才能更好地贯彻落实《传染病防治法》。

编写《法定传染病识别与处理——临床医生读本》旨在帮助临床医务工作者提高识别和处理传染病的技能，有利于传染病的预防控制。该书言简意赅，通俗易懂，查阅方便，实用性强，并吸收了临床医学和公共卫生的一些最新进展，适合各级第一线临床医务工作者在临床实践中使用。也可供疾病预防、控制人员参考。



2005 年 3 月 20 日

前 言

传染病的暴发、流行可危及人类健康和生命，并影响社会安全和稳定，这已是不争的事实。第十届全国人大常委会第十一次会议于2004年8月28日通过了修订的《中华人民共和国传染病防治法》（下称《传染病防治法》），标志着我国传染病预防与控制进入了新的历史阶段。

医疗机构在预防和控制传染病中的重要作用正得到普遍的重视。在新修订的《传染病防治法》中专门设立“医疗救治”一章，明确规定医疗机构在预防和控制传染病中的地位和作用。如果把医疗卫生机构看作是发现传染病的“前哨站”，医疗卫生人员就是在前哨站值班的“哨兵”，是有效救治和预防控制传染病的主力军。

近年来，传染病对人类健康和社会的威胁在增加。特别是2003年，突如其来的严重急性呼吸综合征（severe acute respiratory syndrom, SARS）在我国流行，新发传染病（emerging infectious diseases, EID）、再现传染病（reemerging infectious diseases, RID）的预防与控制再次受到普遍关注，有关传染病防治的各种专著及相关书籍大量涌现，其中不乏理论、教学参考用书，而简洁、通俗易懂、实用性强、特别是适合广大临床医务人员使用的“读本”似不多见。

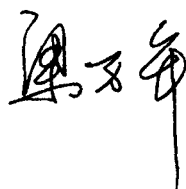
为此，北京预防医学会专门组织了在京的高等院校、传染病专科医院和疾病预防控制机构的数名传染病学和流行病学专家，为临床医师编写了《法定传染病识别与处理——临床医生读本》一书，内容涉及《传染病防治法》规定管理的37种甲类、乙类和丙类传染病，结合我国传染病预防和控制的经验及新进

展, 简明扼要地描述每种传染病的概念、识别(临床特征、实验室及辅助检查、流行病学史、诊断及鉴别诊断)、病原体、分布、传染源、传播途径、潜伏期、传染期、易感性、特异治疗、控制方法(预防性措施, 病人、接触者及环境管理, 医护人员防护, 流行时措施)等, 以期作为临床医务人员实际工作中的工具书和技术指南。为方便读者查阅, 全书按照《传染病防治法》中规定管理的甲类、乙类和丙类传染病的顺序排列, 并附有传染病预防控制相关名词术语解释。

“读本”是专家们深厚的理论功底和丰富的临床及疾病预防控制工作实践经验的结晶, 编写中在内容取舍、素材组织、描述等方面尽量做到科学性、系统性和可读性的统一。主审庄辉院士、乌正赉教授为读本的策划、文字定稿倾注了极大的热情 and 大量心血, 所有文稿均逐句、逐词认真审改。

我们希望, 此“读本”对各种法定传染病的防治工作有所帮助, 成为广大临床医生识别、发现和处置传染病的好帮手。由于我们的水平有限, 加之编写者人数较多, 难免有不足之处, 恳请读者谅解并不吝赐教, 以便再版时修正。

主编:



2005年3月20日

目 录

一、	鼠疫	(1)
二、	霍乱	(8)
三、	传染性非典型肺炎	(16)
四、	艾滋病	(23)
五、	病毒性肝炎	(31)
六、	脊髓灰质炎	(45)
七、	人感染高致病性禽流感	(52)
八、	麻疹	(63)
九、	流行性出血热	(69)
十、	狂犬病	(79)
十一、	流行性乙型脑炎	(86)
十二、	登革热	(94)
十三、	炭疽	(103)
十四、	细菌性和阿米巴性痢疾	(112)
十五、	肺结核病	(127)
十六、	伤寒和副伤寒	(140)
十七、	流行性脑脊髓膜炎	(147)
十八、	百日咳	(152)
十九、	白喉	(158)
二十、	新生儿破伤风	(165)
二十一、	猩红热	(171)
二十二、	布氏杆菌病	(175)
二十三、	淋病	(184)

二十四、梅毒·····	(192)
二十五、钩端螺旋体病·····	(201)
二十六、血吸虫病·····	(212)
二十七、疟疾·····	(219)
二十八、流行性感冒·····	(225)
二十九、流行性腮腺炎·····	(234)
三十、风疹·····	(239)
三十一、急性出血性结膜炎·····	(244)
三十二、麻疹·····	(249)
三十三、流行性和地方性斑疹伤寒·····	(256)
三十四、黑热病·····	(264)
三十五、包虫病·····	(270)
三十六、丝虫病·····	(277)
三十七、除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和 副伤寒外的感染性腹泻·····	(284)
附件一、中华人民共和国传染病防治法·····	(290)
附录二、名词解释·····	(312)
附录三、索引·····	(322)

一、鼠 疫

【概述】

鼠疫 (plague) 是由鼠疫耶尔森菌引起的自然疫源性疾​​病, 原发于啮齿类动物, 以介蚤类为媒介传播给人, 引起人间鼠疫流行。临床上主要表现为明显的中毒症状和出血倾向, 有腺鼠疫、肺鼠疫、败血症鼠疫等型, 病死率高。肺鼠疫可造成连续的人传人传播而形成局部的暴发或流行。公认的世界鼠疫流行有 3 次, 每次造成上千万人的死亡。20 世纪在“静息”一段时间后, 在 90 年代重新复燃, 引起高度的关注。本病为我国《传染病防治法》规定管理的甲类传染病之一, 也是国际检疫传染病之一。

【识别】

1. 临床特征

表现为危重的全身中毒症状, 发病急剧, 恶寒战栗、高热、头痛, 很快陷入极度虚弱状态, 根据累及器官的不同, 而表现为不同的病型, 主要有以下 3 种:

(1) 腺鼠疫: 恶寒, 高热, 伴恶心呕吐、头痛及四肢痛、颜面潮红、结膜充血、皮肤粘膜出血点等。侵袭部位淋巴结肿大, 且发展迅速, 淋巴结和周围组织显著红肿热痛, 边缘不清, 与皮下组织粘连, 较坚硬, 失去移动性, 剧烈疼痛并出现强迫体位, 1 周后淋巴结很快化脓破溃, 好发部位依次为腹股沟淋巴结 (约占 70%)、腋下淋巴结 (约占 20%) 和颈部淋巴结 (约占 10%), 多为单侧。

(2) 肺鼠疫: 起病急, 恶寒高热、头痛胸痛、呼吸促迫、发绀、咳嗽、咳粘液或血性泡沫痰, 肺部可闻及散在湿啰音或胸膜摩擦音。常因心力衰竭、出血、休克而死亡。

(3) 败血症鼠疫：高热寒战、谵妄、昏迷，进而发生感染性休克、DIC 及广泛皮肤出血和坏死等。

2. 实验室及辅助检查

外周血白细胞和中性粒细胞均明显升高，严重者呈类白血病反应。淋巴结穿刺液、脓、痰、血、脑脊液等进行涂片或培养可找到病原菌。被动凝血试验（PHA）血清 F1 抗体阳性或有 4 倍增长。

3. 流行病学史

发病前 10 天到过动物鼠疫流行区或接触过鼠疫疫区内的疫源动物，动物制品及鼠疫病人，进行过鼠疫实验或接触过鼠疫实验室或接触过鼠疫实验用品。

4. 诊断

具有流行病学史和上述临床特点；鼠疫细菌学或被动凝血试验（PHA）血清 F1 抗体检测阳性。

5. 鉴别诊断

(1) 腺鼠疫：应与急性淋巴结炎（有明显的外伤，常有淋巴管炎、全身症状轻）、丝虫病（淋巴结炎与淋巴管炎常同时发生，数天后可自行消退，全身症状轻微）相鉴别。

(2) 肺鼠疫：须与大叶性肺炎、支原体肺炎、肺型炭疽等鉴别。主要依据临床表现及痰的病原学检查鉴别。

(3) 败血型鼠疫：应与其他原因所致败血症、钩端螺旋体病、流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎相鉴别。应及时检测相应疾病的病原或抗体，并根据流行病学、症状体征鉴别。

【病原体】

鼠疫杆菌为革兰染色阴性小杆菌，属肠杆菌科的耶尔森菌属。分为家鼠、黄鼠、沙土鼠、旱獭和田鼠 5 个变种。根据生化特性、毒力决定子、营养图谱以及营养需求可分为 16 个生化类型。该菌对外界抵抗力较弱，对干燥、热和紫外线及一般消毒剂敏感，100℃ 1 分钟可致细菌死亡。在脓液和痰液中可存活 10 ~

20 天，对寒冷有较强的抵抗力。

【分布】

鼠疫主要在啮齿类动物中流行，形成自然疫源。自从 20 世纪 90 年代以来，全球鼠疫流行呈上升趋势，每年有 10~20 个国家发生人间鼠疫流行。我国是鼠疫严重流行的国家之一，各类鼠疫疫源地分布在 19 个省、自治区内，其中青海、西藏、甘肃、云南、贵州、内蒙古、河北等省、自治区的鼠疫在宿主动物间长年流行。青海、西藏、云南等地还时有散发人间鼠疫。

【传染源】

感染了鼠疫杆菌的啮齿类动物如旱獭、长尾黄鼠等和鼠疫病人。

【传播方式】

鼠疫主要在啮齿类动物中的鼠类和旱獭中流行，通过蚤类进行传播。主要有 2 种方式，一为鼠-蚤-人传播，即跳蚤叮咬病鼠后再叮咬人，或人剥取染疫旱獭皮或剥食其他染疫动物，此类传播方式常引起腺鼠疫或败血型鼠疫。另一种为人-人方式传播，即接触患有肺鼠疫的病人后，经呼吸道吸入感染。此种方式感染的主要为肺鼠疫。

【潜伏期】

腺鼠疫潜伏期为 1~8 天，一般为 2~5 天。肺鼠疫为数小时至 3 天，一般为 1~3 天。

【隔离期】

腺鼠疫隔离至炎症消散，肺鼠疫隔离至在临床症状消失后，连续 3 次痰菌阴性。

【易感性】

人类对鼠疫菌普遍易感。此病多发生在夏秋季，但肺鼠疫多发于冬季。人间鼠疫首发病例常与职业有关；人间鼠疫常发生在鼠间鼠疫之后。

【特异性治疗】

首选链霉素，也可使用四环素、卡那霉素、庆大霉素、氯霉

素和金霉素。

【控制方法】

1. 预防措施

(1) 基本原则：预防为主，依法防控。以《中华人民共和国传染病防治法》为依据，做到有法必依，执法必严。

(2) 技术措施：①因地制宜开展健康教育。针对不同人群，采取不同宣教内容和方法，增强群众自我保健意识和技能；②加强灭鼠灭蚤，使鼠数量保持在较低水平，在有鼠间、人间疫情发生时，要采取紧急灭鼠灭蚤措施。要特别注意与疫源地毗邻地区内的大型建设项目施工前后，应对其周围进行彻底灭鼠灭蚤；③加强鼠间疫情监测，密切监测鼠间疫情动态，进行预测、预报，及时上报领导机关，加强预防控制工作；④建立健全疫情报告网，对各级医疗卫生人员，应定期进行专业培训，使之了解鼠疫的诊疗技术、疫情报告程序和消毒隔离措施等，做到及时发现首例病人，尽快采取隔离措施；⑤国境卫生检疫。

2. 病人、接触者及环境管理

(1) 报告：①任何人发现传染病人或疑似传染病人时，都应及时向附近的疾病预防控制机构或者医疗机构报告。各级医疗卫生人员均为法定报告人，发现疫情后必须立即报告所属单位并转报上级；②病人家属、邻居、所在工矿、企事业单位、机关、团体、部队、学校等单位负责人，病人所在交通工具（车、船、飞机等）和公共场所（车站、码头、机场、旅店等）负责人均为义务报告人；③疑似鼠疫病人及其接触者，不应亲自外出报告，应委托他人报告；④发现鼠疫病人或疑似鼠疫病人后，应立即以最快的通讯手段逐级上报当地疾病控制机构和卫生行政机关。城镇疫情报告不得超过2小时，农村不得超过6小时；⑤发现鼠疫病人或疑似鼠疫病人时，在医疗卫生人员尚未到达前，当地负责人应制止无关人员与患者接触，并劝阻接触者不要外橱活动。

(2) 病人转运：对鼠疫病人和疑似鼠疫病人，原则上应就地

隔离治疗，如当地不具备必要的医疗条件，应立即送往传染病医院。运送鼠疫病人和疑似鼠疫病人的救护车，最好使用负压隔离车，避免途中传播。肺鼠疫及其可疑病人应戴口罩，并为病人备痰盒（内装消毒剂），途中禁止抛废物。护送车辆到达目的地后，要对车上所有物品彻底消毒。先将病人送进卫生处置室，脱掉衣服，全身用0.1%新洁尔灭（苯扎溴铵）擦澡（重症病人可作临床救治）。皮肤破溃处粘好胶布再擦澡，然后换上病人专用服装和鞋送入病房。

（3）隔离：①对鼠疫病人和疑似病人必须隔离治疗，各型鼠疫病人应分别隔离。肺鼠疫病人应单独一室。对肺鼠疫接触者必须隔离观察。其他型鼠疫的接触者应根据与病人的接触程度，确定直接接触者，并对其进行隔离或跟踪观察（直接接触者指在9天内与鼠疫患者同室工作或生活等）。如接触者已外出，应通报追索，就地隔离留验；②隔离圈的大小应以鼠疫患者及其密切接触者对周围人群可能造成威胁的范围而定。一般以鼠疫患者住处为中心，将其周围可能被污染的邻舍划为小隔离圈。小隔离圈内设隔离病房。根据具体情况对小隔离圈内的居住人员实行隔离观察，进行预防性治疗，无关人员禁止出入；③必要时，以鼠疫病人的住宅为中心，将所在村屯或街道的一部分或全部划为大隔离圈。大隔离圈内的居民可进行有组织的生产活动，禁止集会，不准外出。当最后一例病人经疫区处理后9天，再无新发病人时方可解除隔离。

（4）消毒：消毒是防止鼠疫疫情扩散的重要措施，特别是肺鼠疫尤为重要。①常用的消毒药3%~5%的来苏尔或石炭酸水溶液在病房喷雾300ml/m²。小隔离圈内应全面消毒，污染严重的还应用甲醛熏蒸消毒；②一般棉衣、被褥用蒸汽消毒，单衣、夹衣用5%的来苏尔液浸泡4小时。不能浸泡和蒸汽消毒的皮毛类、书籍和衣物可熏蒸消毒。常用甲醛熏蒸（40~120ml/m²，密闭24小时），或用环氧乙烷熏蒸。贵重仪器、手表、收音机等可

用 75% 乙醇（酒精）擦拭表面。餐具可煮沸消毒。食品和粮食宜用炒、煮、暴晒等方法消毒；③患者的排泄物用 5% 的来苏尔液或漂白粉浸泡 24 小时后掩埋。垃圾焚烧后掩埋。同时应作好彻底的灭鼠和灭蚤。

（5）检疫：①对鼠疫病人的密切接触者均应进行检疫，对肺鼠疫接触者应进行严密隔离检疫，对其他类型鼠疫的接触者也应视情况采取相应检疫措施；②检查来自疫区旅客的健康状况，对疑似鼠疫病人进行留验观察；③对来自疫区的野生动物（旱獭、狐狸、山羊、野兔等）进行细菌学检查，并查扣上述动物；④对从疫区运出的有可能污染的货物（如动物皮毛、棉絮等）进行检查，必要时，对货物及车辆进行灭鼠灭蚤和卫生消毒。

（6）接触者预防：必要时对已有感染危险的接触者可服用抗菌类药物预防。我国目前使用的鼠疫菌苗为真空冻干活菌苗 EV 株，其免疫效果和人群保护力均不理想。目前只对进入活跃疫区从事捕猎、勘探等活动的人员以及从事鼠疫强毒实验工作的人员可根据具体情况接种疫苗。

（7）传染来源调查：①疾病控制机构接到鼠疫病例报告后，要立即对报告病例进行流行病学个案调查。调查时，尽可能由病人自己回答问题。如病人危重或已死亡，应通过其亲友、同事或知情人了解情况，完成调查；②调查密切接触者基本情况（姓名、性别、年龄、职业、工作单位、家庭住址、联系电话等）、身体状况、接触史及其密切接触者情况，并作详细记录；③采取鼠、蚤标本进行检测。

3. 医护人员防护

医护人员办公室要保持空气流通。进入诊室必须穿隔离衣、戴工作帽、N95 口罩和无菌手套。接触病人后立即洗手（0.3% ~ 0.5% 碘伏消毒液）消毒。洗手应采用无接触式冲洗装置。对病人实施近距离操作时，要戴防护眼镜。

传染科必备的防护用品和装备：防护服（猴服）、双层口罩、

乳胶检查手套、一次性无菌手套、护目镜、一次性圆帽、隔离衣、鞋套等。

4. 流行时措施

根据国标 GB 15978 ~ 1995 采取相应措施, 标准规定了人间鼠疫现疫区的封锁隔离, 疫区处理, 病人及其直接接触者处理和解除封锁隔离等。

(1) 疾病预防控制机构要加强动物间疫情监测, 并通过网络系统严密注视周边省份疫情动态, 及时发布预测、预报、预警信息。

(2) 各级医疗机构要建立第一接诊医生责任制, 发现鼠疫病人或疑似病人要及时隔离治疗, 并立即向疾病控制机构报告, 同时采取消毒、防护措施, 防止疫情扩大。

(3) 要在各级政府的领导下, 根据疫情情况划定大、小隔离区, 进行隔离管理。

(4) 对隔离区采取灭鼠、灭蚤、消毒措施。

(5) 进行流行病学调查, 追查传染源, 查清接触者、污染物品及污染范围, 采取控制措施。

(6) 进行交通封锁或交通检疫。

(7) 疫区处理已按标准要求全部完成, 经验收大、小隔离圈内已达到灭鼠、灭蚤及环境卫生标准, 连续 9 天内无继发病人, 疫区处理指挥部可提出解除疫区封锁报告, 经县级以上政府批准, 方可宣布解除封锁。

(李兴旺 杨学明)

二、霍乱

【概述】

霍乱 (cholera) 是由 O1 血清群和 O139 血清群霍乱弧菌引起的烈性肠道传染病, 典型病例临床特征为剧烈泻吐、脱水、循环衰竭、电解质紊乱及酸中毒。本病起病急、传播快、波及范围广, 曾先后发生 7 次世界性大流行, 至今第 7 次世界大流行仍未被完全控制, 每年有 30~40 个国家或地区报告数以万计的病例, 在非洲某些地区还表现为较高的病死率 (10%~20%)。1992 年又发现由 O139 群霍乱弧菌引起的 O139 新型霍乱。本病为我国《传染病防治法》规定管理的甲类传染病之一, 也是国际检疫传染病。

【识别】

1. 临床特征

主要是泻吐的肠道症状, 易导致脱水、电解质紊乱、酸中毒及循环衰竭, 但也要注意仅有较轻的腹泻症状的不典型病例。典型病例分为以下 3 期。

(1) 泻吐期: 无痛性剧烈腹泻, 数次至无数次, 量多。稀水样便, 少数米泔样或洗肉水样。呕吐表现为无恶心的喷射性呕吐。伴有腓肠肌痛性痉挛或腹直肌痉挛。多无发热, 儿童可有发热, 持续数小时至 2 天。

(2) 脱水虚脱期: 持续大量的泻吐, 导致脱水、电解质紊乱及代谢性酸中毒。临床可见神态不安, 表情淡漠, 声嘶, 口渴唇干, 皮干湿冷, 舟状腹等。中重度以上脱水可致循环衰竭, 进而可引起少尿或无尿, 并出现肾前性氮质血症。电解质紊乱主要表现为低钾综合征。此期持续数小时至 2~3 天。