

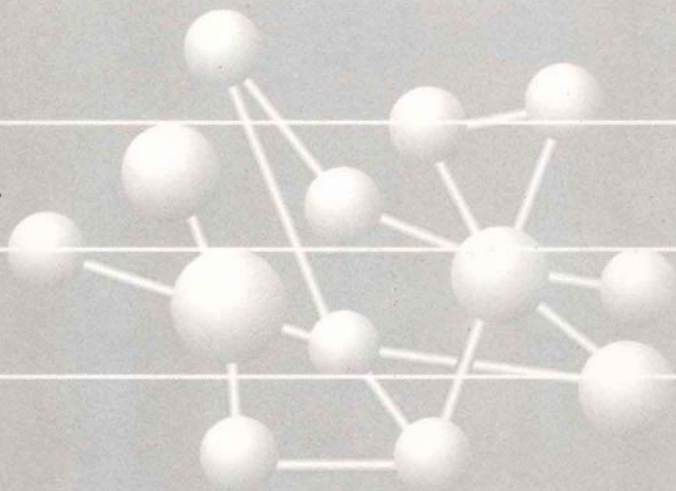


湖南医学高等专科学校

函授自学指导

Correspondence Self-study Guidance

第三册



前 言

随着教育改革形势的不断发展,社会对人们的知识结构和学历层次有了更高的要求。为适应社会发展的需要和满足医务工作者急于“充电”以提高知识水平的迫切要求,我校先后开设了函授妇幼、高护、检验、药学、影像、临床医学和医疗保险等七个专业,经过十多年的不断努力,在函授各专业的教学管理和教学实践中积累了丰富的经验,社会反响良好。

为了使函授教学得到更进一步的发展,在总结以往经验的基础上,针对函授教学的特点,我们组织有丰富教学经验的专家、教授和老师,重新编写了各专业各课程的函授自学指导(汇编)。供本校各函授专业学生作为自学指导和相关专业其他学生学习参考。

在本书的编写过程中,得到了教务处、高职部、基础医学系、临床医学系、医学检验系、药学系、预防医学系和社会科学部的大力支持,在此一并表示感谢!

由于时间仓促,在编排和内容的取舍方面,难免存在不足之处,热忱欢迎广大师生提出宝贵意见,以便在今后的再版中得到进一步完善。

编者

2000.8

目 录

一、前言	(1)
二、传染病护理学	罗春香(1)
三、皮肤性病学	余海洪(20)
四、眼耳鼻喉科护理学	蒋腊梅(24)
五、卫生统计学	梁维君(35)
六、天然药物化学	刘丰贤(55)
七、药用植物学及生药学	赵冰清(61)
八、药物分析	杨昌华(124)
九、药剂学	姜素芳(129)
十、生物药剂学和药物动力学	姜素芳(142)
十一、药事管理学	蔡美芳(145)
十二、流行病学	刘桃成(150)
十三、临床血液学及血液学检验	曾惠瑯(161)
十四、免疫检验	孙仪琨(229)
十五、超声诊断学	阳世伟(245)
十六、X 线诊断学	刘铁滨(255)
十七、X 线投照学	刘铁滨(261)
十八、CT 诊断学	喉庆云(265)
十九、介入放射学	许金华(270)
二十、医用 X 线机结构与维修	方益民(275)

传染病护理学

第一章 总 论

【学时】 总学时 15 面授 4

【内容提要】

- 1.掌握传染病特征、传染病流行的三个环节、传染病护理的评估要点、护理诊断及护理措施、传染病护理的特殊性。
- 2.熟悉传染病的预防,传染病科护理管理的特点、组织设置及形式。
- 3.了解传染病概述及发病机理。

第一节 传染病概述

一、传染病的定义

二、传染病的发生发展史

第二节 传染病的特征

一、基本特征

(一) 有病原体

(二) 有传染性

(三) 有流行病学特征。散发、流行、大流行、爆发的定义。疾病的三间分布。

(四) 有感染后免疫

二、临床特点

(一) 病程发展的规律性

1.潜伏期:定义,流行病学意义

2.前驱期:定义,出现非特异性症状。

3.发病期:出现特异性症状。

4.恢复期

5.复发与再燃:定义,二者的区别。

6.后遗症

(二) 常见症状与体征

1.发热:热型及意义

2.发疹:种类及特点、皮疹分布及出疹日期的规律性。

3.其他感染性中毒症状。

4.肝、脾及淋巴结肿大。

(三) 临床类型

第三节 传染病流行及影响流行因素

一、构成传染病流行的三个基本环节

(一) 传染源:定义、种类。

(二) 传播途径:定义、种类。

(三) 易感人群、定义。

二、影响流行的二个因素

(一) 自然因素

(二) 社会因素

第四节 传染病的发病机理

一、病原体致病能力:与下列因素有关

- (一) 病原体的数量
- (二) 病原体的毒力
- (三) 病原体的侵袭力
- (四) 病原体的变异性

二、人体的免疫反应

(一) 保护性免疫反应

1. 非特异免疫(屏障作用、吞噬作用、体液作用)。

2. 特异免疫(细胞免疫、体液免疫)。

(二) 变态反应:分 I、II、III、IV 型。

三、环境因素的影响。

第五节 传染病护理的评估要点

传染病的护理评估主要包括下列方面:

一、流行病学资料

二、临床资料

三、实验室检查及有关辅助检查

- (一) 常规检查
- (二) 病原体检査
- (三) 免疫学检查
- (四) 分子生物学检查

四、心理状态评估

第六节 传染病的护理诊断

一、体温异常

二、潜在的感染

三、营养失调

四、自理能力下降

五、皮肤粘膜受损

六、头痛及舒适的改变

七、生命体征的变化

八、神志异常

九、药物的毒副反应

十、尿量异常

十一、呕血

十二、腹泻

十三、忧郁与焦虑

十四、社交孤立

第七节 传染病的护理措施

一、消毒隔离

二、心理护理

三、活动与休息

四、环境的要求

五、饮食护理

六、补充水分

七、口腔护理

八、皮肤护理

九、发热的观察和护理

十、出疹的观察和护理

十一、神志的观察和护理

十二、生命体征的观察

十三、其他护理措施和要求

第八节 传染病患者护理的特殊性

一、关于患者身体方面的护理

二、关于环境方面的护理

三、关于精神方面的护理

四、辅助诊断

五、床边护理

七、护理记录

九、患者出院处理

十一、传染病房工作人员的预防和个人卫生。

六、给药

八、对患者的个人卫生建议

十、患者死亡后的处理

第九节 传染病科护理管理的特点

一、严格制行传染病报告制度

二、隔离

(一)严密隔离:用于甲类传染病。

(二)呼吸道隔离:用于呼吸道传染病。

(三)消化道隔离:用于消化道传染病。

(四)接触隔离:用于破伤风等。

(五)虫媒隔离:用于虫媒传染病。

三、消毒

(一)目的和意义

(二)消毒的种类

1. 疫源地消毒:分为随时消毒与终末消毒。

2. 预防性消毒

(三)消毒的方法

1. 物理消毒法

2. 化学消毒法

第十节 传染病科的组织设置及形式

一、分诊室

二、传染病门诊

三、传染病房

第十一节 传染病的预防

一、管理传染源

(一)法定报告的传染病分类:甲类 2 种,乙类 22 种,丙类 11 种。

(二)传染病报告时间。

(三)传染病报告原则:及时、准确、全面。

(四)对传染病接触者的措施。

(五)对受感染动物的措施。

二、切断传播途径

(一)肠道传染病:着重做好三管(饮食管理,水源管理,粪便管理)一灭(消灭苍蝇)。

(二)呼吸道传染病:空气流通,消毒及戴口罩。

(三)虫媒传染病:消灭蚊虫。

(四)经皮肤传染的疾病,主要为个人防护,减少疫水接触。

三、保护易感人群

(一)人工自动免疫

(二)人工被动免疫

(三)药物预防

【复习题】

一、名词解释

传染病 散发 爆发 流行 大流行 潜伏期 复发 再燃 传染源 特异性免疫 非特异性免疫 细胞免疫 体液免疫 变态反应 消毒 疫源地消毒 随时消毒 终末消毒 隔离 人工自动免疫 人工被动免疫

二、问答题

1. 传染病有哪些基本特征和临床特征?
2. 传染病病人的评估主要包括哪些方面?
3. 传染过程和流行过程的三因素各是什么?
4. 传染病的护理诊断包括哪些内容?
5. 传染病的护理措施包括哪些内容?
6. 试述传染病的预防措施。

第二章 病毒感染

【学时】 总学时 30, 面授 8。

【内容提要】

1. 掌握病毒性疾病的护理评估, 护理诊断及护理措施。
2. 熟悉病因、发病机理和病理

第一节 甲型病毒性肝炎

一、病原学及流行病学

- (一) HAV 属 RNA 病毒。
- (二) HAV 只有一对抗原抗体系统, HAAg 及抗-HAV。抗-HAV 分为 IgM 及 IgG 两种。
- (三) HAV 在体外抵抗力强。对福尔马林, 高浓度漂白粉液、含氯消毒剂、紫外线敏感。
- (四) 传染源: 病人, 隐性感染者。
- (五) 传播途径: 粪-口途径。
- (六) 易感性与免疫力: 儿童发病多, 病后免疫持久。

二、发病机理与病理

- (一) 发病机理, HAV 的直接损伤及病理性免疫杀伤作用。
- (二) 病理: 主要表现为肝细胞及毛细胆管急性炎症。不会形成慢性肝炎和肝硬化。

三、评估发现

(一) 临床表现

1. 急性黄疸型: 分黄疸前期、黄疸期及恢复期。总病程约 2~4 个月。
2. 急性无黄疸型: 缓起, 症状轻, 无黄疸、肝脾大, 病程多小于 3 个月。
3. 急性淤胆型, 急性黄疸肝炎起病, 主要表现为黄疸较深、皮肤瘙痒、粪色变浅等。

(二) 实验室检查

1. 肝功能检查: 血清酶 ALT、AKP、 γ -GT 检测, A/G 及 A/G 检测, 血清蛋白电泳、血清胆红素及尿双胆测定。
2. 甲型肝炎血清标记物检测: 抗-HAV-IgM 及, 抗-HAV-IgG 检测。

四、护理诊断。

- (一) 舒适的改变 (二) 营养失调 (三) 焦虑与孤独

五、护理措施

- (一) 隔离消毒: 按肠道传染病隔离。
- (二) 一般护理: 包括饮食及对症护理。
- (三) 心理护理: 解除焦虑、孤独心理。
- (四) 出院宣教: 避免劳累, 加强营养。

第二节 乙型病毒性肝炎

一、病原学与流行病学

- (一) HBV 是 DNA 病毒。

(二)HBV 的三对抗原抗体系统:HBsAg 与抗-HBs, HBeAg 与抗-HBe, HBcAg 与抗-HBc。

(三)HBV 感染后,具有传染性指标有:HBsAg、抗-HBc-IgM、HBeAg、DNAP、HBVDNA。

(四)HBV 对外界抵抗力强,煮沸 10 分钟,高压蒸汽消毒、环氧乙烷、戊二醛、甲醛及含氯消毒剂能将其灭活。

(五)传染源:主要是慢性 HBV 携带者。其次是急、慢性患者。

(六)传播途径:

1. 血液、体液、血制品传播。

2. 日常生活密切接触。

3. 母婴传播。

(七)易感性与免疫力

二、发病原理与病理解剖

(一)发病原理

1. HBV 通过机体免疫反应引起肝脏受损

2. 免疫复合物可致肝外损害。

3. 机体免疫正常、亢进、低下,可致不同的临床类型。

(二)病理解剖

1. 急性肝炎 肝细胞灶性坏死与再生及炎症细胞浸润。

2. 慢性肝炎 肝细胞慢性炎症,较重者常发生碎屑状坏死及桥状坏死。病变反复持续可致肝硬化。

3. 重型肝炎 大量肝小叶桥状坏死,小叶结构及完整性被破坏。

4. 淤胆型肝炎 主要是毛细胆管炎,淤胆及胆栓形成,导致胆汁排泄障碍。

三、评估发现

(一)临床特点

1. 急性乙型肝炎: 似甲型肝炎表现。黄疸型居多,起病较缓,可致慢性化。

2. 慢性乙型肝炎: 据病情分轻、中、重三度。

3. 重型乙型肝炎: 分急性、亚急性、慢性重型肝炎。

4. 淤胆型肝炎: 急性肝炎起病,自觉症状轻肝大、皮肤瘙痒、大便灰白等。

(二)实验室检查:

1. 乙型肝炎血清标志物检测 HBsAg 与抗-HBs、HBeAg 与抗-HBe,抗-HBc-IgM,抗-HBc-IgG、HBVDNA 等。

2. 其余检查同甲型肝炎。

四、护理诊断

(一)急性乙肝:同甲肝。

(二)慢性乙肝

1. 焦虑、失眠。

2. 舒适的改变。

3. 营养失调。

4. 潜在的感染。

5. 出血倾向。

(三)重型乙肝

1. 舒适的改变。

2. 营养失调。

3. 黄疸加深。

4. 睡眠状态紊乱。

5. 自理能力丧失。

6. 生命体征变化。

7. 潜在的感染。

五、护理措施

(一)隔离消毒。

(二)切断传播途径的措施。

1. 严格筛选血源及输血管理。

2. 尽量减少血液污染。

3. 直接接触血液的医疗器械严格消毒。

4. 提倡使用一次性注射器及输液器。

5. 提倡使用一次性针灸针及预防接种针。

(三) 保护易感者的措施

1. 接种乙肝疫苗, 特别对于从事血液透析、血液检测、医护人员等高危人群应统一接种乙肝疫苗。

2. 对于意外接触传染性血液者应给予乙肝高效价免疫球蛋白。

四、心理护理

(五) 饮食的指导。

(六) 重症肝炎肝细胞衰竭的护理

1. 预防感染。

2. 重视清洁肠道。

3. 及时发现和纠正出血倾向。

4. 腹水的护理。

5. 肝昏迷护理。

(七) 慢性肝炎出院指导。

第三节 丙型病毒性肝炎

一、病原学与流行病学

(一) HCV 属于单一线状正股 RNA 病毒。

(二) 血清学标志为抗 HCV 及 HCV RNA。

(三) 抵抗力较强, 加热及有机溶剂可使其灭活。

(四) 传染源为患者及病毒携带者。

(五) 通过血液、体液及血制品传播。

(六) 极易慢性化, 慢性化率达 50% 以上。与肝硬化及原发性肝癌密切相关。

二、发病机理与病理解剖:

(一) 发病与否取决于该病毒的特性和人体对 HCV 的反应性。

(二) 病理: 急性期内肝细胞轻度炎症。慢性期可有坏死性炎症, 持续感染可发展为肝硬化。

三、评估发现

(一) 临床表现: 与乙型肝炎相似。

(二) 特异性血清标志检测: 抗-HCV 及 HCVRNA。

四、护理诊断: 同乙肝。

五、护理措施

(一) 隔离消毒和预防

1. 严格血液质量管理。

2. 严格筛选献血员。

3. 严守无菌操作规程。

(二) 护理措施

1. 院内广泛宣教关于丙型肝炎常识。

2. 掌握好输血及血制品的绝对适应证。

3. 做好治疗护理及预防院内感染。

4. 社会、医院、家庭都要建立清洁环境, 共同实施肝炎防治措施。

第四节 丁型病毒性肝炎

一、病原学及流行病学

(一) HDV 为单股 RNA 缺损病毒, 由乙肝病毒的 HBsAg 提供外壳。

(二) 血清标志物: HDAg、抗 HD、HDVRVA。

(三) 抵抗力与 HBV 相似。

(四) 流行病学: 似乙型肝炎。

二、发病机理与病理

(一)发病与 HDV 对肝细胞直接致病性有关。

(二)病理与 HBV 类似

三、评估发现

(一)临床特点:HDV 与 HBV 感染往往同时存在,故临床表现类似乙肝,但病情恶化者不少。

(二)特异性血清标志物检查:HDAg、抗 HD、HDVRNA。

四、护理诊断:同乙肝

五、护理措施

(一)隔离消毒和预防:同丙肝。

(二)护理措施:同乙肝。

(三)治疗护理:对症治疗及 α -干扰素抗病毒治疗。

第五节 戊型病毒性肝炎

一、病原学及流行病学

(一)HEV 属于 RNA 病毒

(二)流行病学类似甲型肝炎。

二、发病机理与病理

可能与甲型肝炎类似。

三、评估发现

(一)临床特点:似甲肝。但孕妇戊型肝炎病情重,病死率高。

(二)血清标志:抗 HEV、HEVRNA。

四、护理诊断:同甲型肝炎。

五、护理措施

(一)隔离消毒:同甲肝。

(二)护理措施:同甲型肝炎。

第六节 狂犬病

一、病原学及流行病学

(一)狂犬病毒为单股负链 RNA 病毒。

(二)野毒株去毒后可用以制备狂犬病毒减毒活疫苗。

(三)本病毒易被加热、脂溶剂、表面活性剂灭活。

(四)病犬和带病毒犬为主要传染源。

(五)通过咬伤或抓伤皮肤粘膜进入人体。

二、发病机理与病理

(一)发病过程三个阶段:局部组织繁殖期、侵入中枢神经期、各器官扩散期。

(二)特征性病变为神经细胞浆内找到内基氏小体。

三、评估发现

(一)临床表现

1.狂噪型:多见。

(1)前驱期:2-4天,已愈伤口痛、痒、麻木、四肢蚁行感。

(2)兴奋期:1-3天,四恐(水、风、光、声)现象。

(3)麻痹期:6-18小时,患者死于呼吸或循环衰竭。

2.麻痹型:少见。

咽肌麻痹不能说话,多无吞咽困难和恐水。

(二)实验室检查:测定狂犬病毒中和抗体。

四、护理诊断

(一)舒适的改变。 (二)生命体征的变化。

(三)潜在体液量减少及损伤可能性。

(四)焦虑、恐惧。 (五)潜在呼吸道感染。

五、护理措施

(一)消毒隔离

(二)护理措施

1. 安静的单人病房,避免声、光、风的刺激。

2. 防止患者坠床及唇舌咬伤。

3. 保护呼吸道通畅

4. 维持水及电解质平衡。

(三)治疗护理

1. 镇静、降温。

2. 可用狂犬病高效价人免疫球蛋白及重组干扰素治疗。

第七节 流行性感冒

一、病原学及流行病学

(一) 流感病毒为 RNA 病毒。

(二)根据核蛋白抗原性不同,分为甲、乙、丙三型。

(三)病毒对加热、干燥、紫外线及含氯消毒剂均敏感。

(四)病人和隐性感染者是主要传染源。

(五)经空气飞沫传播。

(六)病后的免疫具有型或亚型的特异性。

二、发病机理和病理

(一)流感病毒经呼吸道进入人体。借神经氨酸酶的作用侵入上皮,致细胞变性、坏死与脱落,引起全身中毒症状。

(二)单纯型流感:病变主要在上、中呼吸道。

(二)肺炎型流感:病变以下呼吸道为主。

三、评估发现

(一)临床表现

1. 单纯型 全身中毒症状重,呼吸道症状较轻。

2. 肺炎型

3. 中毒型

(二)病原检测:查抗原、抗体,病毒分离。

四、护理诊断

(一)体温异常。

(二)舒适的改变。

(三)呼吸道的不通畅。

(四)缺氧致大脑受损可能。 (五)生命体征变化的可能。

五、护理措施

(一)隔离消毒

(二)护理措施

1. 降温。

2. 补充水分。

3. 治疗肺炎并发症。

4. 脑部受损的护理:20%甘露醇脱水。

(三)治疗护理

应用金刚烷胺、病毒唑、 α -干扰素抗病毒治疗。

第八节 流行性出血热

一、病原学及流行病学

(一)EHFV,又名汉坦病毒,属于 RNA 病毒。

(二)汉坦病毒分 6 个血清型,我国流行 I、II 两型。

(三)传染源主要是鼠类。

(四)可以通过虫媒、接触、饮食及空气传播。

(五)易感性与免疫力

1. 普遍易感,以青壮年为高。

2. 病后免疫较稳固。

二、发病机理与病理

(一)发病机理:病毒直接损伤、免疫损伤。

(二)病理变化:基本病变为全身性广泛性小血管损害。肾脏、心脏、脑、垂体及其它脏器也有病损。

三、评估发现

(一)临床表现

1. 发热期:高热,头痛、腰痛、眼眶痛,酒醉貌,球结合膜充血及水肿,出血。

2. 低血压休克期:低血压倾向或低血容量休克的表现。

3. 少尿期:尿量锐减,急性肾衰尿毒症表现,可表现为高血容量综合征,高血钾、高氮质血症、高血压。

4. 多尿期:尿量增多,氮质血症好转,可有水电解质失平衡,继发休克及肾衰表现。

5. 恢复期:经历 1 至 3 月。

(二)实验室检查

1. 血常规:wbc 升高, N 升高,异性淋巴细胞升高,Rbc、Hb、Pt 升高揭示血液浓缩,并发 DIC 时 Pt 下降。

2. 尿常规:部分可见膜状物。尿蛋白,尿沉渣红、白细胞及管型。

3. 特异性血清检测:测 IgG 或 IgM 型抗体。

四、护理诊断

(一)发热期

1. 体温异常。

2. 舒适的改变。

3. 焦虑。

4. 出血倾向。

(二)低血压休克期

1. 体液量不足。

2. 生命体征变化。

3. 恐惧。

(三)少尿期

1. 体液量不足。

2. 腔道出血。

3. 自理能力丧失。

4. 生命体征变化。

四、多尿期

1. 水、电解质失平衡。

2. 继发感染的可能。

3. 生命体征变化。

五、护理措施

(一)消毒隔离

(二)一般护理措施

1. 生命体征的观察与记录。

2. 少尿期的护理。

(1)精确记录出入水量。

(2)严格限制液体入量。

(3)防治高血钾。

(4)基础护理与心理护理。

3. 透析治疗的护理

(1)向病人及家属说明透析必要性。

(2)透析前,透析中,观生命体征并准确记录。

(3)发现异常情况,及时纠正。

(4)认真填写透析经过记录,复查血电解质、尿素氮和肌酐。

4. 导泻疗法的护理

- (1)按医嘱给药:甘露醇粉或20%甘露醇或50%硫酸镁。
- (2)观察大便性状及量,并记录。
- (3)及时处理血便:用止血剂,补充凝血因子等。
- (4)加强基础护理。

5. 进入多尿期后的护理

- (1)维持水电解质平衡,液体给予量应量出为人。
- (2)预防继发感染。

(三)治疗护理

1. 对症治疗:把好休克、出血、肾衰及感染“四关”。
2. 抗病毒治疗:病毒唑及干扰素。

第九节 艾滋病

一、病原学与流行病学

- (一)属逆转录病毒科,为单链RNA病毒。
- (二)分HIV-1和HIV-2两型。
- (三)主要感染CD4+T淋巴细胞。
- (四)加热,25%以上酒精,0.2%次氯酸钠及漂白粉能灭活病毒。
- (五)传染源为病人及带病毒者。
- (六)经性接触、注射、器官移植、静脉吸毒及母婴传播。
- (七)高危人群。

1. 男性同性恋及性乱交者。
2. 静脉药瘾者。
3. 血友病和多次输血者。

二、发病机理与病理

- (一)发病机制:CD4+T淋巴细胞受损和大量破坏,导致细胞免疫缺陷。
- (二)病理:淋巴结增殖性和肿瘤性病变。胸腺萎缩,退行性或炎性病变。

三、评估发现

(一)临床表现

1. I期:急性感染中毒症状。
2. II期:无症状感染。
3. III期:持续性全身淋巴结肿大。
4. IV期:艾滋病期

- (1)慢性消耗性体质。
- (2)各系统表现。
- (3)免疫缺陷导致机会性感染及继发肿瘤。

(二)实验室检查

1. 免疫学检查:T细胞绝对计数下降,CD4+T淋巴细胞计数下降。
2. 血清学检查:抗-HIV抗体阳性。

四、护理诊断

- (一)潜在感染与焦虑。
- (二)恐惧。
- (三)舒适的改变。
- (四)悲伤,抑郁与孤独。
- (五)家庭支持欠缺。
- (六)自理能力下降。
- (七)不配合治疗。
- (八)生命体征变化。

五、护理措施

(一)消毒隔离

1. 专用隔离病房。
2. 按严密隔离要求操作。

3. 进入室内人员加强隔离措施。 4 室内一切物品专用。

5 患者排泄物及环境消毒。

(二) 护理措施

1. 心理护理。 2. 防治继发感染。 3. 口腔及皮肤护理。

4. 舒适恶化的改善。 5. 维护生命体征。

(三) 治疗护理: 叠氮胸苷抗病毒治疗。

【复习题】

一、名词解释

内基氏小体 酒醉貌 无症状 HIV 感染 HBsAg 携带者

二、问答题

1. 试述急性黄疸型肝炎临床表理。
2. 试述重型肝炎肝细胞衰竭的护理措施。
3. 试述犬咬伤后伤口处理的措施。
4. 试述肺炎型流感的护理措施。
5. 流行性出血热患者的评估有哪些具体内容?
6. 试述出血热少尿期的护理措施。
7. 艾滋病患者的评估有哪些具体内容?
8. 艾滋病患者的消毒与隔离有哪些具体要求?

第三章 细菌性传染病的护理

【学时】 总学时 28 面授 7

【内容提要】

1. 掌握细菌性传染病的护理评估、护理诊断及护理措施。
2. 熟悉病因, 流行病学及病理。
3. 了解发病机理。

第一节 伤寒与副伤寒

伤 寒

一、病原学及流行病学

(一) 伤寒杆菌属于沙门氏菌属 D 群

(二) 致病的重要因素是内毒素。

(三) 三种抗原与抗体。

(四) 抵抗力较强。

(五) 对光照、加热、干燥及消毒剂敏感。

(六) 病人和带菌者是传染源。

(七) 经水及食物污染传播。

(八) 人群普遍易感, 病后免疫持久。

二、发病原理与病理解剖。

(一) 发病原理: 两次菌血症, 伤寒杆菌内毒素及内源性致热源的作用。

(二) 病理变化: 全身单核巨噬细胞系统的增生性发应, 尤以回肠下段的集合淋巴结与孤立淋巴滤泡的病变更具特征性。

三、评估发现

(一) 临床表现

1. 初期

- (1) 发热, 体温呈梯形上升。 (2) 毒血症表现。

2. 极期

- (1) 高热, 持续约 1~14 天。
(2) 消化系统症状。
(3) 神经系统症状: 表情淡漠, 反应迟钝, 少气懒言, 听力低下, 无欲状态。严重者有谵忘、昏迷、虚性脑膜炎。
(4) 循环系统症: 相对缓脉、重脉。
(5) 肝脾肿大。
(6) 玫瑰疹。

3. 缓解期

可出现肠出血、肠穿孔等并发症。

4. 恢复期

病程 1 个月左右。

临床类型, 分轻型、普通型、迁延型、逍遥型、暴发型。

小儿伤寒及老年伤寒的特点。

复发与再燃的概念。

(二) 实验室检查

1. 血象: 白细胞数减少或正常, 嗜酸性粒细胞减少或消失。
2. 细菌培养: 血培养最常用。粪、尿、骨髓、皮疹液、胆汁培养。
3. 肥达氏反应: 注意分析原则。

(三) 并发症

1. 肠出血, 最常见。 2. 肠穿孔, 最严重。
3. 支气管炎及支气管肺炎。 4. 中毒性肝炎。
5. 中毒性心肌炎。 6. 其他。

四、护理诊断

- (一) 体温异常。 (二) 舒适的改变。
(三) 营养失调。 (四) 生命体征变化。
(五) 皮肤受损及社交孤立。

五、护理措施

- (一) 隔离消毒。 (二) 卧床休息。 (三) 饮食护理: 易消化、少渣富营养食物。
(四) 高热护理: 物理降温为主, 配合口腔及皮肤护理, 补充足够水份。
(五) 不适的护理: 减轻腹胀、腹泻、便秘的护理。
(六) 预防褥疮。 (七) 应用肾上腺皮质激素时的护理配合。
(八) 心理护理。 (九) 并发症护理。

副伤寒

是由沙门菌属副伤寒甲、乙、丙杆菌引起。在流行病学、临床特征、护理诊断及护理措施等方面与伤寒类似。副伤寒甲、乙临床表现与伤寒基本相似, 副伤寒丙有 3 种临床类型: 伤寒型、胃肠炎型、败血症型。

第二节 细菌性痢疾

一、病原学与流行病学

- (一) 痢疾杆菌分四群, 39 个血清型。
(二) 抵抗力较强。
(三) 志贺氏痢疾杆菌能产生内、外毒素, 其余只能产生内毒素。
(四) 我国主要流行类型是福氏菌群, 且易慢性化。

(五) 病人及带菌者为传染源。

(六) 经水、食物及日常接触传播。

(七) 普遍易感, 免疫短暂而不稳定。

二、发病原理与病理解剖

(一) 发病原理: 痢疾杆菌的侵袭力及外毒素的作用导致肠粘膜炎症, 坏死及溃疡形成。

内毒素入血加之机体敏感体质导致感染休克、DIC、脑水肿等一系列中毒性痢疾表现。

(二) 病理变化: 主要病损部位在乙状结肠和直肠。急性普通型基本病变是急性弥漫性纤维蛋白渗出性炎症。

慢性菌痢以增生为主要病理特点。中毒性菌痢表现为全身小血管内皮病变, 肠道病变轻。

三、评估发现

(一) 临床表现

1. 急性期

(1) 普通型: 全身中毒症状, 消化道症状及大便性状。

(2) 轻型

(3) 中毒型

a. 休克型: 感染性休克表现

b. 脑型: 脑水肿、脑缺氧以至脑疝表现。

c. 混合型: 最凶险的一型,

2. 慢性期: 病程超过 2 个月。

(1) 致慢性化因素。

(2) 分型: 慢性迁延型、慢性隐匿型、急性发作型。

(二) 实验室检查和其他检查

1. 血象: 白细胞及中性粒细胞升高。

2. 粪便

(1) 外观: 脓血或粘液脓血便。

(2) 镜检: 大量脓细胞、红细胞及白细胞。

(3) 病原学检查。

四、护理诊断

(一) 体温过高。 (二) 舒适的改变。

(三) 体液不足。 (四) 感染性休克。

五、护理措施

(一) 消毒隔离。

(二) 饮食护理。

(三) 补充液体及电解质。

(四) 不舒的护理: 针对高热、腹痛、腹泻的护理。

(五) 作好全身及口腔护理。

(六) 观察记录大便性状与次数。

(七) 中毒型菌痢的护理

1. 密观生命体征。

2. 对症护理: 针对高热、循环衰竭、脑水肿和呼吸衰竭护理。

(八) 消除致病因素: 抗生素的作用。

(九) 出院宣教。

第三节 霍 乱

一、病原学与流行病学

(一) 革兰氏阴性孤菌,嗜碱性,活动力强。

(二) 二个生物型。

(三) 肠毒素是致病主要因素。

(四) 抵抗力较强。

(五) 病人和带菌者是传染源。

(六) 经水、食物、日常接触传播。

(七) 普遍易感,病后免疫不稳固。

二、发病原理与病理解剖

(一) 发病原理:肠毒素引起小肠过度分泌和抑制肠粘膜吸收,导致剧烈腹泻与呕吐。由于胆汁相对缺乏,腹泻呕吐物呈米泔水样。

(二) 病理解剖:主要是脱水。

三、评估发现

(一) 临床表现

1. 泻吐期:未泔水样腹泻,继则呕吐。

2. 脱水虚脱期:出现脱水、电解质及酸碱平衡紊乱、周围循环衰竭。

3. 反应期及恢复期。

4. 临床类型:分轻、中、重、中毒型。

(二) 并发症

1. 急性肾功能衰竭。

2. 急性肺水肿。

3. 低钾综合征。

(三) 实验室检查

1. 血液检查:血液浓缩。

2. 尿液检查:比重增高,可有蛋白、红、白细胞及管型。

3. 粪便检查:未泔水样。镜检见少数白细胞,粪便培养见 G^- 呈鱼群状排列的弧菌。

4. 血清学检查:测抗原和抗体。

四、护理诊断

(一) 舒适的改变。

(二) 体液不足。

(三) 组织灌注不足。

五、护理措施

(一) 隔离与消毒

(二) 密观生命体征

(三) 纠正液体和电解质平衡。

(四) 消除致病因素。氟酸等的应用。

(五) 出院宣教

第四节 流行性脑脊髓膜炎

一、病原学与流行病学

(一) 脑膜炎双球菌分 13 群,国内以 A 群为主。

(二) 内毒素为主要致病因素。

(三) 抵抗力甚弱。

(四) 病人及带菌者为传染源。

(五) 呼吸道为主的传播途径。

(六) 普遍易感,各群间交叉免疫不持久。

二、发病原理与病理解剖

(一) 发病原理:细菌经呼吸道侵入,进入血液循环形成败血症。通过血脑屏障致脑、脊髓膜炎。强烈内毒素作用可致循环衰竭或脑实质受损,从而导致暴发型流脑。

(二) 病理解剖