

中等卫生学校教材

沙介荣主编

王秀瑛 何南祥主审 傅淑芳协审

传染病护理学

浙江科学技术出版社

浙江
科

73.5
R
368

版
社

中等卫生学校教材

传染病护理学

(供护士、助产士专业教学及护理人员自学考试用)

沙介荣 主编

王琇瑛 何南祥 主审

傅淑芳 协审

浙江科学技术出版社

中等卫生学校教材
传染病护理学
(供护士、助产士专业教学及护理人员自学考试用)

沙介荣 主编
王琇瑛 何南祥 主审
傅淑芳 协审

浙江科学技术出版社出版
浙江教育印刷厂印刷
浙江省新华书店发行
开本787×1092 1/16 印张11 字数270,000
1988年6月第一版
1988年6月第一次印刷
印数1—22,720

ISBN 7-5341-0091-7/R·24(课)

统一书号: 14221·151
定 价: 2.30 元

前 言

《传染病护理学》是根据国家教委1985年全国中专教材规划会议的精神和专业培养目标，在浙江、安徽省卫生厅科教处的直接领导下，由浙江、安徽、福建、河南等省部分卫（护）校传染病学教师集体编写而成。本书作为《传染病学及护理》的改革教材，主要供中等卫（护）校护士、助产士专业教学及医院护理人员自学考试使用，也可供在职护士在护理工作中参阅。

在着手编写本书之前，浙江、安徽、福建三省卫（护）校传染病学教师代表集会于杭州，就《传染病护理学》的编写提纲进行了认真的讨论和研究，会议确定的本书编写原则是全书应以护理为中心，突出护理重点，增加常见传染病的护理内容，力求使教材适合专业培养目标的要求。另外，鉴于目前一些新的传染病病种的发现和对医院内感染的日益重视，认为有必要增添“艾滋病”、“军团病”、“医院内感染”等内容。上述编写设想得到浙江医科大学名誉校长、著名传染病学专家王季午教授和来杭讲学的王琇瑛、李懿秀等护理专家的赞同。会后成立了编写组，在浙江科学技术出版社、各级领导和专家们支持关怀下，编写人员通力合作，得以完成本书的编写任务。

本书由首都医学院主任护师、南丁格尔奖获得者王琇瑛和浙江医科大学传染病学研究所教授、主任医师何南祥担任主审，浙江护理学会副理事长、原杭州护士学校校长傅淑芳担任协审，北京第二传染病医院护理部主任李叶盟对全书提出了宝贵的意见。在定稿会议期间，邀请北京、河南、安徽、浙江等省（市）卫（护）校和医院从事传染病护理教学和护理临床的刘振芳、孙亚琴、卢少琪、葛家骅、徐红、杨敏珠、贺甦、蓝火德等同志参加了会议。本书插图请金风云老师绘制。在本书出版之际，谨向上述单位和个人表示真诚的感谢。

国家教委在1986~1990年第三轮中专教材选题规划中指出，今后“鼓励各部门各地区自行编写出版具有不同风格特色的教材，使其向多样化方向发展……。”我们编写这本《传染病护理学》，是教材改革的初步尝试，也是一种探索，由于我们缺乏经验，缺点错误在所难免，恳切希望使用本书的读者提出宝贵意见，以利今后修订再版。意见请寄浙江金华卫生学校沙介荣。

编 者

一九八七年八月

编 委 名 单

(以姓氏笔划为序)

尤祖煌	江学炳	沙介荣
李明昆	李相如	吴望溪
张福森	陈再福	周维立
赵桐荫	高晓春	戴家邦

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 绪言	(1)
第二节 传染及传染病	(1)
第三节 传染病的流行过程	(4)
第四节 传染病的诊断及治疗	(6)
第五节 传染病的护理	(9)
第六节 传染病的预防	(18)
第七节 医院内感染	(23)
第二章 肠道传染病	(26)
第一节 病毒性肝炎	(26)
第二节 脊髓灰质炎	(34)
第三节 细菌性食物中毒	(37)
第四节 伤寒与副伤寒	(39)
第五节 霍乱	(43)
第六节 细菌性痢疾	(46)
第七节 阿米巴痢疾	(50)
第三章 呼吸道传染病	(54)
第一节 流行性感冒	(54)
第二节 麻疹	(56)
第三节 水痘	(60)
第四节 流行性腮腺炎	(62)
第五节 白喉	(64)
第六节 猩红热	(68)
第七节 流行性脑脊髓膜炎	(70)
第八节 百日咳	(75)
第四章 虫媒传染病	(78)
第一节 流行性乙型脑炎	(78)
第二节 斑疹伤寒	(82)
第三节 恙虫病	(84)
第四节 疟疾	(86)
第五节 丝虫病	(91)
第五章 动物源性传染病	(95)
第一节 流行性出血热	(95)
第二节 狂犬病	(100)
第三节 布氏杆菌病	(103)
第四节 炭疽病	(105)
第五节 钩端螺旋体病	(107)
第六章 蠕虫病	(111)

第一节	血吸虫病	(111)
第二节	肺吸虫病	(116)
第三节	华支睾吸虫病	(119)
第四节	钩虫病	(121)
第五节	绦虫病与囊虫病	(124)
第六节	蛔虫病	(128)
第七节	蛲虫病	(130)
第七章	其他传染病	(133)
第一节	获得性免疫缺陷综合征	(133)
第二节	军团病	(136)
第三节	败血症	(138)
附录一	急性传染病的潜伏期、隔离期及接触者观察(检疫)期	(141)
附录二	常用消毒及杀虫方法	(142)
附录三	预防接种生物制品使用要点	(145)
附录四	常见传染病病原治疗药物	(150)
附录五	实习指导	(158)
附录六	传染病护理学教学大纲	(158)

第一章 总 论

第一节 绪 言

传染病是由病原体引起的,能在人与人,动物与动物或人与动物之间相互传播的一组疾病。它在一定的条件下,可以通过一定的方式向周围人群传播,甚至导致流行,严重危害人民的身体健康。目前,我国传染病的发病率虽明显下降,但一些新的传染病有待于我们进一步认识和研究;即使发病率日趋减少的传染病,也有待我们采取措施,加以控制和消灭。

自19世纪中叶英国南丁格尔首创科学的护理专业以来,护理学已成为医药卫生科学的重要组成部分。护理学是在自然科学和社会科学的理论和实践指导下发展起来的一门综合性应用科学,它的研究目标是人类的保健和疾病的康复。临床护理学是护理学的一个分支,它是研究护理在临床中有关理论与实践的学科,包括对病情发展动态的观察、分析和研究,对药物治疗和新技术应用效果与副反应的观察、判断和处理,对病人在病情突变时的应急处理,对各种并发症和医源性感染的预防,以及满足病人的心理咨询的需要等。传染病护理学属临床护理学范畴,作为从事传染病防治的护理工作者,除需掌握传染病临床护理的基本理论和基本技能外,还应熟悉预防传染病在人群中传播和流行的基本理论和工作方法,即传染病的流行病学知识。本世纪20年代以来,我国培养了一批专门从事公共卫生护理的公共卫生护士(即地段保健护士),他们的工作范围包括疾病的预防、妇女保健、幼儿保健、学校卫生、家庭护理等;传染病的管理和预防为其主要工作之一。自60年代后,鉴于医院内感染日趋严重,英国、加拿大、美国等相继成立了感染控制委员会,指定护士专职从事感染性疾病的监测、预防和管理的工作,称之为感染控制护士(infection control nurse),其研究对象是医院内病人和工作人员,研究的目的是预防医院内的感染。

由于医学已从“生物医学模式”向“生物、心理、社会医学模式”转变,护士的服务对象是具有复杂心理活动并与社会有千丝万缕联系的病人,因此学习传染病护理学,不仅要有微生物学、寄生虫学、遗传学、病理学、药理学、护理学基础、内科学基础等医学知识,还要有心理学、伦理学、社会学、教育学、美学等社会科学知识;不仅要有较全面的护理理论和精湛的护理技术,还要有良好的职业道德素质,只有这样,才能成为为社会主义建设服务的合格护士。

第二节 传染及传染病

一、传 染

(一) 传染的基本概念 病原体侵袭人体,人体与病原体相互作用、相互斗争的过程称为传染过程,简称传染。在传染过程中,病原体和人体均受特定的环境条件的影响,所以病原体、人体及其所处环境,是构成传染的三个因素。在一定的环境条件下,当人体具有天然和特异的防御能力时,入侵的病原体可被消灭或排除,不致危害人体;而当人体防御能力不足或病原体的致病力强时,病原体可突破人体的防御屏障,在人体内生长繁殖,产生病

变,出现临床症状和体征,发生传染病。

(二) 传染过程的表现 在传染过程中,由于人体与病原体双方力量的不同,有的发病,有的不发病,一般可有五种不同的表现。

1. 病原体被消灭或被排出体外 病原体侵袭人体时,在人体有效防御能力的作用下,可将病原体消灭或排除,不产生病理变化和任何临床表现。

2. 隐性感染 或称不显性感染或亚临床感染。病原体侵入人体后,在人体某一部位生长繁殖,所致损害甚轻,临床表现不明显,仅以病原学或血清学方法才能诊断。病毒性肝炎、流行性乙型脑炎、白喉、脊髓灰质炎等流行期间隐性感染较为常见,在医护人员中也不少。隐性感染后同样可以获得对该病的免疫力。

3. 潜伏性感染 或称潜在性感染。病原体侵入人体后,由于双方力量暂时保持平衡,病原体潜伏于身体的某一部位而不排出体外,也不出现临床症状。人体防御能力一旦降低,潜伏于体内的病原体就乘机繁殖而发病,见于结核病、单纯疱疹等。

4. 病原体携带状态 或称带菌状态、带病毒状态、带虫状态等。指病原体侵入人体后,在身体某一部位生长繁殖并不断排出体外,但不出现任何疾病状态的整个时期。病原体携带状态与隐性感染有时很难区分,可以在同一人体内相继出现或相互转化。医护人员常与病人接触,若防护不当,又无相应的免疫力,容易成为病原体携带状态,进而感染他人,引起医院内交叉感染。

5. 显性感染 即发病。病原体侵袭人体时,由于病原体数量多、毒力强,或人体防御能力薄弱,难以抵抗病原体的入侵,入侵的病原体在体内大量繁殖或复制,产生相应的病变与临床表现。

二、传染病的基本特征

(一) 特异病原体 每种传染病都有其特异的病原体,如流行性感冒为流感病毒,伤寒为伤寒杆菌,疟疾为疟原虫等。

(二) 传染性和流行性

1. 传染性 病原体从一个宿主传给另一宿主的特征称为传染性。任何传染病都有一定的传染性,但强弱不一,传染性强的病原体(如麻疹、水痘、流行性感冒等病毒),只需少量就能引起感染,而传染性弱的病原体(如副伤寒杆菌及脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎病毒等)感染后,仅少数发病,多数成为隐性感染。但传染性强的病原体不一定引起严重疾病,如水痘病毒传染性虽强,临床表现一般不重。

2. 流行性 传染病在人群中广泛传播蔓延,发病者显著增多的特征称为流行性。按流行强度的不同,又可分为爆发、散发、流行、大流行四种。

(1) 爆发 指某局部地区或某单位在短时期内某种传染病的病例数突然增多,而且多由同一传染源或共同的传播途径所引起。

(2) 散发 指某种传染病散在发生,各病例间在发病的时间和地点上没有明显联系。通常对一个地区某病的常年一般发病率也用“散发”表示。

(3) 流行 指某种传染病的发病率超过当地同种传染病的常年发病率。

(4) 大流行 指某种传染病在一定时间内迅速蔓延,波及的范围很广,可达全国甚至超过国界,形成世界性大流行。

(三) 地方性和季节性

1. 地方性 某些传染病的传播媒介由于受自然因素（如气候、地理条件等）的影响，或是由于生活习惯的原因，常局限于一定地区发生，这种传染病称为地方性传染病，如恙虫病、黑热病、血吸虫病、肺吸虫病等。

2. 季节性 不少传染病的发病率，每年有一定的季节性升高，这种特征称为季节性。造成季节性升高的主要原因，是该病在该季节内传播途径容易实现。例如呼吸道传染病多见于冬春，是由于该季节气候比较寒冷，人们在室内活动的时间较长，相互接触的机会增多，如有传染源存在，较易受到感染；肠道传染病多见于夏秋，是由于该季节气候炎热，病原体在外界容易繁殖，传播媒介（如苍蝇）活跃，如有饮食卫生不良等因素，病原体容易经口侵入；经媒介节肢动物传播的传染病，季节性升高与媒介节肢动物的活跃季节一致。

（四）免疫性 人受病原体感染后，在一定时间内，对该病原体不再易感，此特征称为免疫性。人体因此获得免疫力。传染病的免疫状态，各个疾病不同，除少数疾病（如麻疹、甲型肝炎、水痘等）病后免疫力持久，一次得病后几乎不再感染发病外，多数疾病的病后免疫力只能维持一定时间，寄生虫病则常表现为带虫免疫，因此，在临床上可出现下列一些现象。

1. 再感染 传染病病愈后，经过一段时间，免疫力逐渐消失，又感染同一种病原体而发病，称为再感染。见于普通感冒、细菌性痢疾等。

2. 重复感染 传染病尚未痊愈，又受同一种病原体感染，称为重复感染。多见于寄生虫病如血吸虫病、肺吸虫病、丝虫病等。

3. 复发与再燃 传染病病程进入恢复期或初愈，体内未被消灭的病原体再次繁殖，又出现临床症状，称为复发，见于伤寒、恙虫病等。传染病处于缓解期，体温尚未降至正常而再度上升，症状重新出现，称为再燃，见于伤寒。

（五）病程的规律性 传染病的病程，从发生、发展以至恢复，有一定的规律性和阶段性，一般可分为四期，尤以急性传染病最明显。

1. 潜伏期 从病原体侵入人体到出现临床症状之前的这段时间称为潜伏期。有些呼吸道传染病（如白喉、流行性脑脊髓膜炎）和肠道传染病（如甲型病毒性肝炎、伤寒）患者在潜伏期就有病原体排出，成为传染源。了解潜伏期有助于传染病的诊断、检疫和流行病学调查。护士在日常工作中，必须警惕那些可能处于潜伏期的病人，如对病人的密切接触者进行医学观察，一旦发现已受感染，应立即采取措施及早防治。

2. 前驱期 开始出现发热、头痛、全身不适、食欲不振等症状，这些症状大多无特异性，常为很多传染病早期所共有。有的传染病在前驱期末可出现特殊的体征，如麻疹的口腔粘膜斑，一经发现即可确诊。前驱期传染性甚强，应强调及早诊断及隔离。

3. 症状明显期 病情达高峰，出现该病所特有的症状和体征，容易发生并发症，严重者甚至危及生命。临床上的精心护理和观察，不但能及早发现病情转变而得到及时处理，而且有助于缩短病程，减少并发症的发生，使病人转危为安。此期病人体内有大量病原体繁殖，可通过一定途径向外界排出造成传播，但如能及早发现、及时隔离治疗，亦可相应缩小或控制疾病的扩散。根据病情的进展过程，一般又将本期分为上升期、极期和缓解期。

4. 恢复期 体温降至正常，临床症状消失，体内病变修复，生理功能紊乱逐步得到调整，病原体被肃清。但少数病人此期仍带有病原体，可引起复发，或成为病原体携带者。也可发生严重并发症或后遗症。护理工作中仍不容忽视。

第三节 传染病的流行过程

传染病的流行过程,是指传染病的病原体从传染源体内排出后,经过一定的传播途径,侵入易感者体内,形成新的传染,并在外界环境因素的影响下,不断发生、发展的过程。流行过程必须具备传染源、传播途径和易感人群三个条件,或称三个环节。这三个环节相互联系,缺一不可,如果缺少任何一个环节或者阻断它们之间的联系,流行过程就停止或不会发生。

一、流行过程的三个环节

(一) 传染源 体内有病原体寄生繁殖并能排出病原体的人或动物,称为传染源,包括传染病病人、病原体携带者和受感染的动物。

1. 病人 病人体内有大量病原体,可借其所具有的一些症状如咳嗽、腹泻等排出病原体,是重要传染源。典型病人较易发现和管理;轻型和隐性感染者人数多,活动范围广,症状轻或无症状,难以发现和管理,是极重要的传染源;慢性或迁延型病人常间歇或持续排出病原体,时间较长,病人的活动范围较大,与易感者接触的机会较多,也是重要的传染源。

病人排出病原体的整个时期称为传染期,这是制订隔离期限的依据。

2. 病原体携带者 指没有症状时期能排出病原体的人。根据携带病原体的不同,可分别称为带菌者、带病毒者、带虫者等。

病原体携带者缺乏症状,排出病原体的时间很长,不经病原学检查难以发现,所以也是极重要的传染源。病原体携带者又分下列几种。

(1) 潜伏期病原体携带者 病人处于潜伏期,能排出病原体者称为潜伏期病原体携带者。发现这类病原体携带者比较困难,对密切接触过病人的人在该病的潜伏期内进行医学观察和病原学检测,是发现和管理这类病原体携带者的重要措施。

(2) 恢复期(病后)病原体携带者 携带病原体的时间多数较短,少数较长,个别持续多年甚至终身。携带病原体的时间在3个月以内的,称为暂时病原体携带者;超过3个月的,称为慢性病原体携带者。

(3) 健康病原体携带者 是指过去没有患过某种传染病,目前也无任何疾病状态,但能排出该病病原体的人。发现健康病原体携带者需依靠病原学检查,在平时,应对幼托机构、饮食服务行业和自来水厂工作人员定期作病原学检查;在传染病流行时,应对密切接触者和易感人群作病原学检查。

3. 受感染的动物 在自然条件下,动物的疾病称动物病,某些动物病可传播给人或动物与人之间相互传播,称为人畜共患病,受感染的动物是主要传染源,如钩端螺旋体病、流行性乙型脑炎、布氏杆菌病等。

(二) 传播途径 病原体从传染源体内排出后,需经过一定的方式或途径才能侵入易感机体体内,这种方式或途径就是传播途径,主要有下面几种。

1. 空气飞沫传播 传染源的呼吸道存在病原体,借说话、咳嗽、打喷嚏等方式与飞沫一起排出。飞沫在空气中悬浮不超过3秒钟,因此只能散播于病人的周围,受感染者多是与传染源接触较密切的人,如家庭成员、同班儿童等,容易查明传染源。一些在外界抵抗力比较弱的病原体,如麻疹病毒、脑膜炎球菌、百日咳杆菌等,只能通过飞沫传播。在外界抵抗力

比较强的病原体，尤其是耐干燥的病原体，如白喉杆菌、结核杆菌等，除经飞沫传播外，还可通过飞沫微核传播。飞沫微核由飞沫的表层液体蒸发而形成，能在空气中漂浮较长时间，如飞沫微核中含有病原体，即使传染源已离开，空气中的飞沫微核仍可被易感者吸入而感染，故传播范围较广，不易查明传染源。含有病原体的分泌物及较大的飞沫微核，可因其本身重量沉落于地面，干燥后又随尘土飞扬，被易感者吸入后也可感染。

经空气飞沫传播的传染病多为呼吸道传染病，其流行特征是传播途径容易实现，蔓延速度快，冬春季多见，发病者以儿童为主，感染后常获得较持久的免疫力。

2. 经水传播 被病原体污染的水，未经净化或煮沸即饮用，就可使易感者感染。许多肠道传染病如伤寒、痢疾、霍乱、甲型病毒性肝炎等，均可通过此途径传播。其流行特征是除哺乳婴儿外，只要是对相应病原体缺乏免疫力的人群均可发病，病人常有饮用同一水源史，病人的分布与供水范围一致。水中病原体也可经皮肤或粘膜侵入人体，如血吸虫病。

3. 经食物传播 在食品制作、加工、运输、贮存和销售过程中，如不注意食品卫生，就有可能被病原体污染，并由此引起疾病的传播。如带有金黄色葡萄球菌的手直接接触食品，在一定的温度下，病菌在食品中繁殖并产生毒素，食者可发生葡萄球菌食物中毒。用被肠道病原体污染的水洗涤水果、蔬菜、食具，可传播伤寒、霍乱、痢疾等肠道传染病。含有病原体的飞沫或尘埃若污染食物或食具，可引起白喉、结核病等传染病。带有病原体的苍蝇、蟑螂或鼠类排泄物，污染食品后可引起细菌性痢疾、流行性出血热等传染病。某些动物性食品如肉、奶、蛋等，除外来污染外，动物自身可携带某种病原体，如感染绦虫囊尾蚴的猪和牛，患炭疽病的牛、羊，肉中含有病原体；感染沙门氏菌的家禽，禽蛋表面可能带菌；患布氏杆菌病的病畜，肉、乳汁中含有病原体。这些食品一般不允许出售和食用，有的虽可食用，但应充分煮熟，否则可使食者感染。

经食物传播的传染病大多是肠道传染病，其流行特征是大多发生于气温较高的季节，有吃被病原体污染的某种食物的病史，食物一次性被污染引起爆发，潜伏期一般较短，停供该食品后，爆发即平息。

4. 接触传播 分直接接触与间接接触传播两种。前者是指传染源与易感者直接接触，不需任何外界因素所造成的传播，如艾滋病通过性生活传播，狂犬病、鼠咬热通过被相应的动物咬伤而传播等。间接接触传播又称日常生活接触传播，是由传染源的分泌物污染日常生活用品所造成，如炭疽杆菌、布氏杆菌污染的皮毛，乙型溶血性链球菌污染的玩具、食具，沙眼衣原体污染的毛巾等，未经彻底消毒，用者可被感染。经间接接触传播的传染病的流行特征是：一般散在发病，无明显季节性，家庭续发率高，发病率的高低与个人卫生习惯和卫生条件有关，对传染源管理并严格执行卫生制度后，发病率下降。

土壤中存在的病原体如钩蚋、破伤风杆菌等，与裸露皮肤或伤口接触后，也可引起感染。

5. 经血传播 经输血、血制品或被血液污染的医疗器械所造成的传播，称为医源性传播，可以传播乙型或非甲非乙型肝炎、艾滋病、疟疾等病原体。由吸血节肢动物（蚊、蚤、蜱等）的吸血活动所传播的传染病大多是人畜共患病，如流行性乙型脑炎、鼠疫、回归热等，其流行特征是具有地区性和季节性，有些传染病（如森林脑炎）的发病与职业有关。

（三）易感人群 对某种传染病缺乏特异性免疫力的人群称为易感人群。人群对某种传染病的易感性高低，明显影响该病的发生和传播。传染源进入某地区后，如易感人群多，发病人数就多，易感人群少，发病人数就少或不易发生。

促使易感人群增高的主要因素是：婴儿出生，具有免疫力的人口死亡，人群的免疫力随时间的推移而逐渐消失，易感人口大量流入等。

促使易感人群减少的主要因素是：某种传染病流行之后或普遍推行预防接种后。

二、影响流行过程的因素

传染源、传播途径和易感人群三个环节的存在为传染病的发生和流行提供了可能性，但传染病能否流行以及流行的程度如何，则又受社会因素和自然因素的影响，其中社会因素起主导作用。

（一）社会因素对流行过程的影响 社会因素包括社会制度、社会生产条件、人民的精神文明和物质文明水平、风俗习惯和医疗卫生条件等，其中社会制度起着决定性作用。

我国在建国前，霍乱、鼠疫、天花、血吸虫病等流行极为猖獗，严重威胁人民的身体健康和生命。建国后，在党和政府的领导下，贯彻了“预防为主”的方针，在全国范围内对危害严重的传染病，采取了普查普治、制订传染病管理和卫生检疫条例、严格管理动物传染病等措施，从而控制了传染源。爱国卫生运动的开展，环境卫生、饮食（水）卫生的改善和人民生活水平的提高，使传播途径难以实现。计划免疫的普遍推行，提高了人群的特异免疫力，减少了易感人群。由于采取了这些措施，使不少传染病很快得到消灭、控制或减少。

社会生产条件对流行过程也有明显影响，农民在农业生产中经常接触水，容易感染血吸虫病和钩端螺旋体病。牧民经常与牲畜接触，因而容易感染布氏杆菌病。

风俗习惯也与某些传染病的发生和流行有关，如喜食生鱼或鱼生粥者容易感染华支睾吸虫病，吃生或半生石蟹或蚶蛄者容易感染肺吸虫病等。

（二）自然因素对流行过程的影响 自然因素是指地理、气候、土壤、动植物等自然条件，它既影响野生动物和媒介节肢动物的地区分布、繁殖季节和活动能力，也影响病原体在媒介节肢动物体内或外界的发育和繁殖。夏季气候炎热，蚊、蝇大量繁殖，由蚊、蝇传播的传染病就明显增多。暴雨造成洪水泛滥，人们接触水的机会增多，容易促使钩端螺旋体病的爆发。南方多河流湖沼，水草丛生，有利于钉螺栖息而造成血吸虫病的流行。人对自然环境有高度的适应能力，但防御机能仍可受自然因素的某些影响，如冬季寒冷干燥，呼吸道粘膜屏障的抵抗力降低，对呼吸道传染病的易感性增高；夏秋气候炎热，人们喝水多，胃酸被冲淡，杀菌功能降低，容易发生肠道传染病。

第四节 传染病的诊断及治疗

一、传染病的诊断

正确早期诊断传染病，不仅是为了合理治疗，更重要的是能及时隔离病人，防止传染病的继续扩散。一般根据下列三方面资料进行综合分析作出诊断。

（一）流行病学资料 包括年龄、性别、籍贯、职业、生活习惯、旅居地区、发病季节、类似疾病的接触史、家庭或集体中类似病人的发病情况、既往传染病史及预防接种史等。应在全面询问的基础上，根据该病的流行特征重点询问某些项目。有严格地区分布的血吸虫病，应详细询问旅居地区及疫水接触史；流行性乙型脑炎有严格的季节性，一般不会在冬季发生，因此注意发病季节十分重要；患过麻疹的患者一般不会再患麻疹，询问既往是否患过麻疹对诊断有重要参考价值。遇有新发生或新发现的传染病流行时，须认真进行流行病学

调查分析, 结合其他资料作出正确诊断。

(二) 临床资料 包括潜伏期长短, 前驱期的临床特点, 以及热型、热程、皮疹等, 尤须注意各个传染病特有的症状和体征, 如病毒性肝炎患者的黄疸、肝肿大, 白喉患者的假膜, 恙虫病患者的焦痂, 麻疹患者的皮疹与口腔粘膜斑等。护士在临床第一线工作, 经常接触病人, 比较了解病人的心理活动和发病情况, 能够观察到早期的临床表现, 因此必须及时与医生取得联系, 向医生提供病人的病情演变经过, 以求早期确诊。

(三) 实验室检查及床边标本观察

1. 血液及大小便 血常规检查对传染病的诊断有一定帮助。如钩虫病患者常有贫血; 大多数细菌性疾病及部分病毒性疾病(如流行性出血热、流行性乙型脑炎)有白细胞总数增加, 伤寒及大多数病毒性疾病有白细胞总数减少; 嗜酸粒细胞增加以寄生虫病为多见, 嗜酸粒细胞减少见于伤寒等急性传染病; 流行性出血热患者的血象中可见异形淋巴细胞等。如血标本抽出后很快凝固或不易凝固, 并发现注射部位渗血不止或迅速出现大片紫斑, 表示有凝血异常, 应及时与医生联系。

应观察粪便的数量、性状及颜色, 急性细菌性痢疾患者每次大便量较少, 多为粘液与脓血, 混合均匀, 无恶臭; 急性阿米巴痢疾患者的大便量较多, 粪质中血多脓少, 暗红色, 象果酱一样, 有腐败臭味; 霍乱患者的大便量多, 典型的呈米泔水样, 无粪臭, 略带淡甜或鱼腥味。大便标本送检应及时, 显微镜观察如见大量脓细胞、红细胞以及吞噬细胞, 应考虑为急性细菌性痢疾; 如见成团的红细胞和少量白细胞, 或发现夏科-雷登结晶, 应考虑为阿米巴痢疾, 找到溶组织内阿米巴原虫可以确诊。

小便标本也应观察其数量、性状及颜色, 注意有无血尿。流行性出血热患者的小便可见膜状物, 并有蛋白质、红细胞及管型; 丝虫病患者可见乳糜尿, 显微镜观察可发现微丝蚴。

2. 病原学检查 检出病原体是诊断的可靠依据, 但阳性率受多种因素的影响, 包括检测时间、药物治疗、取材部位和检测方法等, 如掌握不当, 不一定能检测出病原体。以伤寒为例, 发病1~2周内血培养的阳性率最高, 病程2~3周后, 则应采取粪尿作培养, 整个病程均可作骨髓培养, 经氯霉素治疗的病例, 取血块培养可以避免血清中抗菌药物的干扰而提高培养的阳性率。

检测病原体的常用方法有两种。

(1) 直接检查 取合适检材, 在显微镜下直接检查病原体, 如血片检查疟原虫、微丝蚴, 皮疹涂片检查脑膜炎球菌, 粪便涂片检查溶组织内阿米巴原虫、寄生虫卵等。

(2) 分离培养 一般细菌可在普通培养基上培养, 分离病毒、立克次体则须接种于动物、鸡胚或组织培养。培养分离的标本主要取自血、粪、尿、脑脊液、痰、脓液、骨髓等。送检标本必须新鲜, 避免污染。

3. 免疫学检查

(1) 血清学检查 可用已知抗体检测血清中相应的抗原, 如以反向血凝试验检测乙型肝炎表面抗原。应用已知抗原检测血清中的抗体更为常用, 其方法有凝集反应、沉淀反应、补体结合反应、血凝抑制反应、中和试验等。检测血清特异性抗体时, 宜取急性期及恢复期双份血清, 恢复期血清的抗体效价比急性期增高4倍或以上才有诊断意义。在病人急性期, 血清中检出特异性IgM类抗体则具有早期诊断价值。

(2) 皮肤试验 是测定人体对某种病原体及其代谢产物反应性的一种方法, 属于变态反应机理。常用于辅助诊断布氏杆菌病、血吸虫病、肺吸虫病等, 但需注意假阳性反应出现的

可能。

4. 其他 包括各种辅助检查,如X线检查、超声检查、内窥镜检查、活组织病理检查、心电图及脑电图检查、同位素检查、肝功能检查等。有些疾病(如疟疾、阿米巴肝脓肿)如一时不能确诊,可用试验性治疗协助诊断。

二、传染病的治疗

(一) 对症与支持治疗 对症治疗是解除病人痛苦或作为急救之用的治疗方法,包括退热、镇静、止痉、止痛、止血、强心、输氧、纠正休克、防治呼吸衰竭等。支持治疗是纠正和增强病人各种功能活动的治疗方法。包括输全血或血浆,注射丙种球蛋白,维持水与电解质平衡,以及为减轻中毒症状所采取的措施等。

(二) 病原治疗 蠕虫、原虫、真菌、细菌、螺旋体、立克次体、衣原体、支原体引起的疾病,已有有效的化学药物或抗生素。外毒素引起的疾病(如白喉)可采取抗毒血清(或称抗毒素)。个别传染病(如布氏杆菌病)可采用菌苗疗法。病毒性传染病目前仍以对症与支持治疗为主,或采用中西医两法治疗,抗病毒药物如干扰素、阿糖腺苷、无环鸟苷等,已试用于慢性活动性肝炎、单纯疱疹脑炎等的治疗,并具有一定疗效,但尚未普遍推广。

1. 化学药物 磺胺药已广泛应用于细菌性传染病的治疗,且对疟疾亦有疗效。应用磺胺药时须注意毒副反应,宜与等量碳酸氢钠同用,并多喝水。治疗寄生虫病的有效化学药物很多,如吡喹酮用于治疗血吸虫病及其他吸虫病,海群生治疗丝虫病,氯喹治疗疟疾等。

2. 抗生素 抗生素是治疗细菌性传染病的重要武器,对衣原体、立克次体、支原体和螺旋体疾病也有显著疗效。抗生素种类繁多,新品种不断涌现,但细菌对抗生素的耐药性也越来越广泛。因此,应用时要严格掌握适应证,注意副反应,切忌滥用。

3. 血清疗法 抗毒血清疗法主要用于由外毒素所引起的少数细菌性传染病,如白喉、破伤风、肉毒中毒等。抗毒血清来自动物,会引起血清过敏性休克和血清病,故血清注射应特别慎重,在注射前应先作皮内敏感试验,皮试阳性者采用脱敏方法(参照第三章第五节白喉)。既往曾注射过抗毒血清或有哮喘、荨麻疹等过敏史者,应慎用抗毒血清。注射前必须准备好急救药品如肾上腺素、肾上腺皮质激素等。血清过敏性休克在注射血清后即刻发生,轻者恐惧不安、喉头发痒、打嚏、颜面潮红、头痛、腹痛等;重者喉头水肿、支气管痉挛、发绀、呼吸困难、血压下降等,应立即用肾上腺素、肾上腺皮质激素等抢救。血清病在注射血清后5~7日发生,既往注射过血清者提早1~2日发生,主要表现为发热、皮疹、淋巴结肿大、关节痛等,可用肾上腺皮质激素治疗。

4. 菌苗疗法 自身菌苗疗法主要用于布氏杆菌病等慢性传染病。

(三) 肾上腺皮质激素的应用 应用肾上腺皮质激素治疗传染病,主要是利用此药的非特异性抗炎、抗毒、抗过敏、抗休克和补偿肾上腺皮质机能不全等作用,对某些与自身免疫或循环免疫复合物有关的疾病,如慢性活动性肝炎、流行性出血热等,也有一定疗效。

应用肾上腺皮质激素必须严格掌握适应证,原因不明、诊断不清以及一般非属抢救的传染病病人一律不用激素治疗。细菌性传染病应用激素时需并用足量而有效的抗生素,疗程不宜过长。对水痘、单纯疱疹、带状疱疹病人及真菌感染者,禁用皮质激素,因有促使感染扩散的危险。肾上腺皮质激素应用时间较长者,适当增加蛋白质饮食及热量,限钠补钾,并定期测量血压及体重。警惕发生消化道出血、穿孔及继发感染等并发症。

(四) 中医治疗 祖国医学将许多急性传染病包括在“伤寒”、“瘟疫”、“温病”范

畴，统称温病或温热病，一般以卫气营血辩证施治。根据治则，提出护理的基本原则，在我国已形成一门独立的医学科学，称为中医护理学。中医护理学运用卫气营血的辩证方法，确立相应的护理原则是：邪在“卫”分突出一个“汗”字，邪在“气”分突出一个“清”字，邪在“营血”突出一个“防”字，热病之后突出一个“调”字。

（五）并发症和后遗症的治疗 传染病病人容易发生各种并发症，要及早发现、及时处理。常见的并发症有继发感染、出血、脏器功能衰竭等，可按其病因及发病原理采取相应的治疗措施。继发感染大多由细菌引起，可根据致病菌对抗生素的敏感性选用合适的抗菌药物；机体免疫功能明显低下的慢性危重病人常并发条件性病原体感染，应从提高机体免疫功能及病原治疗两方面着手。由局部病变造成的出血，如伤寒的消化道出血，以调整饮食、止血或输血为主；由DIC造成的出血应及早使用肝素。脏器功能衰竭以心、肝、肾、肺、脑功能衰竭为多见，有的可并发多系统器官衰竭，具体的治疗和护理参阅有关章节。

及早进行适当治疗和护理可以减轻或防止后遗症的发生。中枢神经系统疾病如流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、流行性脑脊髓膜炎脑膜脑炎型等，较易发生后遗症。治疗后遗症属康复医学，可采用药物、按摩、理疗、针灸、疗养等综合措施。（沙介荣）

第五节 传染病的护理

一、一般护理

（一）隔离及消毒

1. 隔离 隔离可分为传染病隔离与保护性隔离两大类。

（1）隔离的定义 将处于传染期内的病人或病原体携带者安置在指定的地方，与健康人 and 非传染病人隔开，以防止传染与扩散，称为传染病隔离。将抵抗力弱或易感染的病人安置在单间病室，与周围环境中的微生物之间形成传播障碍，以防感染，称为保护性隔离。

（2）隔离的方式 可分住院隔离及临时隔离两种。前者包括传染病医院和综合性医院隔离，后者包括集体隔离和家庭隔离。

住院隔离是最合理的隔离方式，甲类传染病人必须住院严密隔离。整个传染病区应按病人所接触的环境分清洁区、半污染区和污染区（详见护理学基础）。

临时隔离只限于乙类传染病人和非严密隔离病人。集体隔离适用于较大的工矿企业、学校、托幼机构等。应选择阳光充足、空气流通、远离食堂和水源的房屋作临时隔离室，进行集中隔离与治疗；家庭隔离是儿童患者最方便的隔离方式。家庭内隔离最好有单独的房间以及盥洗、饮食等用具，医务人员定时访视、治疗，指导家属进行护理、隔离和消毒。

（3）隔离的一般规则 清洁与污染的观念要明确，病床或病室门前应悬挂隔离标志，门口设有消毒液脚垫，以供出入时消毒鞋底。进入隔离室要按规定戴工作帽、口罩及穿隔离衣，并且只能在规定范围内活动。双手直接或间接接触病人或被污染后，必须消毒。穿隔离衣前，须备齐物品，周密计划，集中护理，以减少穿脱隔离衣和消毒洗手的手续。

病人用过的物品，全部为污染物，须经消毒后方可递交给他人。不易消毒的物品如手表等，可以用纸或布保护以免被污染。污染物品不得放于清洁区，任何污染物必须先消毒再进行清洁处理，以防病原体扩散。按病种使用医疗器械，如听诊器、血压计，用毕须消毒。某些护理用具可采用塑料避污套供专人使用，如夹板等，以省略反复消毒的麻烦。病室及室内一切用物，在病人隔离期内须进行随时消毒，病人解除隔离时须进行终末消毒（见本章第

六节传染病的预防)。

(4) 隔离的种类及原则 按传染病传播途径、病原体排出的特点和传染性强、弱不同,采用不同的隔离措施。可分为严密隔离、呼吸道隔离、消化道隔离、接触隔离、虫媒隔离及血液隔离等。

1) 严密隔离 适用甲类传染病及传染性强或传播途径不明的传染病,如鼠疫、霍乱、狂犬病、气性坏疽、白喉等。严密隔离的病人应住单间病室(同病种可住一室),外间(或立柜)挂隔离衣,门外备有泡手的消毒液。接触此类病人,必须戴好帽子、口罩,穿隔离衣及隔离鞋(或胶靴),必要时戴手套。病人不得离开病室,室外挂严密隔离标志,禁止探视。病人的分泌物、排泄物及一切用过的物品应严格消毒处理,病室须每日消毒。

2) 呼吸道隔离 适用于呼吸道分泌物引起感染的疾病,如流行性感冒、百日咳、麻疹等。同种病人可住一室,两床之间相距1米。病人的食具固定使用,痰具须每日消毒。病人到其他科室进行诊治时应戴口罩。护理病人应戴口罩,室内应每日空气消毒。

3) 消化道隔离 通称为“床边隔离”。适用于由病人粪便传染的疾病,如伤寒、痢疾、甲型肝炎等。同病种病人可住一室,床前挂隔离标志,病室应保持无蝇、无蟑螂。病人应有专用的食具和便器,其排泄物、呕吐物和剩余食物均需消毒。护理病人有污染制服的可能时,应穿隔离衣。

4) 接触隔离 适用于经病人伤口的分泌物及接触伤口的一切物品而污染的疾病如布氏杆菌病、炭疽病等。病人应单住一室隔离,接触病人须穿隔离衣,必要时戴手套。接触病人伤口的一切用物,用双蒸法进行消毒,病人换下的敷料应立即焚烧。

5) 虫媒隔离 适用于由昆虫传播的疾病,隔离措施为杀虫及防止昆虫叮咬。如斑疹伤寒、疟疾、流行性乙型脑炎等。病室应有防蚊设备,室内每日喷洒灭蚊药物;斑疹伤寒的病人要在入院时灭虱,换下的衣服须经消毒处理;流行性出血热病室应防鼠灭鼠,防螨灭螨,病人的血液、尿液及污染物均应随时消毒。

6) 血液隔离 适用于血液传播的疾病,如乙型、非甲非乙型肝炎及艾滋病等。注射器、针头等器具必须在病室进行消毒,然后到供应室交换。最好使用一次性塑料注射器及输液器具。

(5) 隔离技术 详见护理学基础。

2. 消毒 见本章第六节传染病的预防。

(二) 休息及营养 休息是指在一段时间内,使身体各部分放松,活动量减少。休息的结果是消除疲劳,重新感到精力充沛,身心舒适,是恢复健康的必要条件。对于传染病病人,卧床休息不仅能消除疲劳,而且能缩短病程,减少并发症,促进疾病的痊愈。如病毒性肝炎、流行性出血热等,休息是其重要的一般治疗措施,因为一个人处于卧位时,肝脏、肾脏的血流量较站立时多50%,从而增加该脏器的营养,有利于恢复和提高它们的功能,对疾病康复起到积极作用;对流行性腮腺炎、感冒等,早期给予卧床休息也是减少并发症的治疗措施之一。因此,护士应根据病人的疾病类型和健康状况,决定休息的方式和准许的活动量,如绝对卧床休息、卧床休息、室内休息等,并与消除思想焦虑,使用各种松弛肌肉的方法相结合,以获得休息的最佳效果。

医院提供的饮食除保证病人营养和供给机体热能外,还有治疗和预防疾病的作用。尤其是传染病病人,须按各病特点及临床病期,调配好饮食,以达到维持人体正常代谢、补偿组织损害、提供抗体产生的物质基础、提高人体防御能力的目的。危重病人及症状明显期病