

急救医学  
丛书之五

孙宝鑫 主编  
石树棋



# 传染科急救手册

科学技术文献出版社重庆分社

## 内 容 提 要

本书是作者们根据多年的临床实践并结合国内外有关先进的传染病急救理论、诊断技术和治疗方法的资料编写而成。全书共两篇：第一篇是有关传染病的急症处理，分别对传染性休克、心脏骤停等十一种病症的临床特点，急救原则，手术适应症和并发症的防治作了详细的介绍；第二篇是各论，将不同的传染病分成肠道传染病、呼吸道传染病等六大类进行了详细的阐述。附录中还包括有主要传染病的潜伏期、隔离期、观察期，常用急救药物剂量和临床检验正常值转换因数参考表。内容新颖，突出实用，叙述简明，适合广大从事传染病临床工作的医师阅读和参考。

## 传染科急救手册

主编 孙宝鑫 石树棋

科学技术文献出版社重庆分社

重庆市市中区胜利路132号

全国各地新华书店

重庆川江印刷厂

出 版  
发 行

经 销

印 刷

开本：787×1092毫米1/32

印张：7.5625 字数：17万

1989年12月第1版

1989年12月第1次印刷

科技新书目：205-375

印数：4800

ISBN7-5023-1009-6/R·114

定价：2.55元

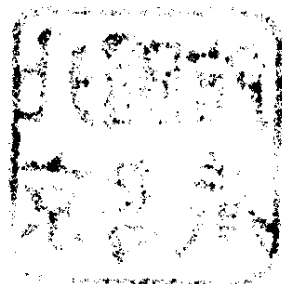
# 传 染 科 急 救 手 册

《传染科急救手册》编委会

主 编 孙宝鑫 石树棋  
副主编 潘振芳 崔淑清 董志良 刘宪庭  
审 阅 者 田庚善 董祥家

编 委（按姓氏笔划排列）

马玉莲 孙学如 朱虹娟 张志瑛  
张 岩 赵凤桐 赵汝钦 赵春媛  
姜作权



## 前 言

本书系《急救医学手册》丛书之五，是在中国医药荟萃编辑部的统一安排下，由沈阳市传染病院和沈阳市第二传染病院组织有关医务工作者编写而成。

本书以国内外先进的传染病急救理论、诊断技术和治疗方法为依据，结合我国的实际情况和总结作者们多年来的临床经验，介绍了各种传染病危重病症的诊断和临床急救理论、知识和最新成果。全书内容新颖，突出实用，叙述简明，适合广大从事传染病研究和医务人员阅读，有利于提高基层临床医务人员、进修医生和实习医生对各种传染病危重病症的诊断和处理水平。

在编辑本书的过程中，沈阳市传染病院的张玉琛同志对全书进行了文字加工和校审。李忠训同志参与了部分章节的调整工作。在组稿和出版过程中，还得到《医药荟萃编辑部》和科学技术文献出版社重庆分社的大力支持。全书由国内知名传染病专家、北京医科大学田庚善教授和中国医科大学董祥家教授审阅，在此特表示诚挚的谢意！

由于我们编写的水平有限，会有不少缺点和错误，热切希望有关专家、学者和广大读者批评指正。

编 者

一九八八年三月

# 目 录

## 第一篇 有关传染病的急症处理

|                  |        |
|------------------|--------|
| 一、感染性休克·····     | ( 1 )  |
| 二、心脏骤停·····      | ( 5 )  |
| 三、呼吸衰竭·····      | ( 7 )  |
| 四、成人呼吸窘迫综合征····· | ( 10 ) |
| 五、肺水肿·····       | ( 12 ) |
| 六、脑水肿·····       | ( 15 ) |
| 七、急性肝功衰竭·····    | ( 18 ) |
| 八、急性肾功衰竭·····    | ( 22 ) |
| 九、水和电解质代谢紊乱····· | ( 27 ) |
| 十、酸碱平衡失调·····    | ( 34 ) |
| 十一、弥漫性血管内凝血····· | ( 38 ) |

## 第二篇 各 论

|                |        |
|----------------|--------|
| 第一章 肠道传染病····· | ( 43 ) |
| 一、病毒性肝炎·····   | ( 43 ) |
| 二、伤寒与副伤寒·····  | ( 52 ) |
| 三、轮状病毒性肠炎····· | ( 56 ) |
| 四、细菌性痢疾·····   | ( 57 ) |
| 五、阿米巴痢疾·····   | ( 61 ) |
| 六、脊髓灰质炎·····   | ( 65 ) |
| 七、细菌性食物中毒····· | ( 70 ) |
| 八、霍乱·····      | ( 73 ) |

## 第二章 呼吸道传染病····· ( 77 )

- 一、流行性感冒····· ( 77 )
- 二、流行性脑脊髓膜炎····· ( 79 )
- 三、急性病毒性上呼吸道感染····· ( 84 )
- 四、麻疹····· ( 86 )
- 五、风疹····· ( 89 )
- 六、幼儿急疹····· ( 90 )
- 七、水痘····· ( 92 )
- 八、带状疱疹····· ( 94 )
- 九、天花····· ( 97 )
- 十、流行性腮腺炎····· ( 99 )
- 十一、猩红热····· ( 101 )
- 十二、白喉····· ( 103 )
- 十三、百日咳····· ( 108 )

## 第三章 虫媒传染病····· ( 111 )

- 一、流型性乙性脑炎····· ( 111 )
- 二、森林脑炎····· ( 114 )
- 三、登革热····· ( 116 )
- 四、登革出血热····· ( 117 )
- 五、流行性斑疹伤寒····· ( 119 )
- 六、地方性斑疹伤寒····· ( 121 )
- 七、恙虫病····· ( 122 )
- 八、回归热····· ( 123 )
- 九、疟疾····· ( 125 )
- 十、黑热病····· ( 129 )

#### 第四章 动物源性传染病..... (132)

- 一、流行性出血热..... (132)
- 二、新疆出血热..... (138)
- 三、狂犬病..... (139)
- 四、布氏杆菌病..... (141)
- 五、鼠疫..... (144)
- 六、炭疽病..... (147)
- 七、钩端螺旋体病..... (149)

#### 第五章 蠕虫病..... (153)

- 一、急性血吸虫病..... (153)
- 二、蛔虫病..... (155)
- 三、囊虫病..... (158)
- 四、绦虫病..... (160)
- 五、钩虫病..... (162)
- 六、旋毛虫病..... (165)
- 七、包虫病..... (167)
- 八、肺吸虫病..... (169)

#### 第六章 其他..... (172)

- 一、传染性单核细胞增多症..... (172)
- 二、破伤风..... (173)
- 三、弓形体病..... (177)
- 四、梅毒..... (179)
- 五、淋病..... (182)
- 六、艾滋病..... (184)

|                      |         |
|----------------------|---------|
| 七、军团病.....           | ( 187 ) |
| 附录一 各种传染病疗程 期限.....  | ( 189 ) |
| 附录二 常用临床 检 验.....    | ( 193 ) |
| 附录三 常用传染病的消 毒 药..... | ( 230 ) |

# 第一篇

## 有关传染病的急症处理

### 一、感染性休克

#### 〔概述〕

感染性休克又称中毒性或败血性休克，是由病原微生物及其代谢产物引起的微循环障碍，以致许多器官和组织缺血缺氧，从而形成严重的全身综合征。临床特点为血压下降、脉压差小、脉细弱、面色苍白、肢端发绀、尿少及神志改变等。晚期常因DIC而出现严重的脏器功能衰竭。

#### 〔诊断要点〕

凡有感染指征的病人，会出现下列征象，应考虑有合并感染性休克的可能。

#### 一、临床特点

##### 1. 血压及脉压差

(1) 血压 收缩压下降至80mmHg以下，素有高血压者，血压下降20%，或收缩压较前降低30mmHg者。

(2) 脉压差 小于20mmHg，也可无明显缩小。

2. 临床上有大量冷汗、非胃肠道感染而吐泻频繁或出血，非神经系感染而表情淡漠烦躁不安，非肺部感染而有换气过度

现象，心率明显增快或出现房颤等。

3.四肢厥冷、肢端发绀、皮肤湿冷、面部苍白、眼睛发花，有瘀点或瘀斑；体温降到正常以下。

4.尿少或无尿

## 二、实验室检查

1.血象 白细胞大多升高 $15000\sim 30000$ 个/ $\text{mm}^3$ ，也可降低，中性核增多，核呈左移，血细胞压积和Hb升高，并发DIC时，出现血小板进行性下降。

2.病原学检查 在应用抗菌素之前，进行血、脓液或其他体液的培养，阳性者，作药敏试验，鲎试验有助于内毒素的检测。

3.尿常规及肾功检查 鲎急性肾衰时，尿的比重由初期的偏高转为低，进而固定，血尿素氮和肌酐值升高，尿/血肌酐的比重值 $<15$ ，尿渗透压降低，尿/血渗透压比值 $<1.5$ ，尿钠排量正常或偏高。

4.酸碱平衡的血生化检查  $\text{CO}_2\text{-CP}$ 降低、pH降低、 $\text{PaO}_2$ 降低、BE降低，严重休克时，乳酸都显著升高。

5.血清电解质的测定 血钠都偏低，血钾高低不一。

6.血清酶的测定 血清脱氢酶、血清转氨酶等酶值明显升高，提示组织细胞坏死，预后严重。

7.血液流变学和有关DIC检查。

8.根据需要进行心电图、X线检查。

### 〔处理要点〕

1.应积极迅速地控制感染。

## 2. 抗休克治疗。

(1) 积极扩容 有效循环血容量不足，是感染性休克的突出矛盾，故扩容是抗休克的首选措施。

①胶体液 在10%低分子右旋糖酐时，一般用量为1000ml，而有出血倾向和肾功能不全者则慎用。血浆、白蛋白和全血可在低分子右旋糖酐达1500ml，而血容量仍感不足时，或血浆胶体渗透压 $<18\text{mmHg}$ （正常 $21\pm 3\text{mmHg}$ ）时可选用胶体液。

②晶体液 以乳酸钠或碳酸氢钠、林格氏液及平衡盐液等为主。5~10%葡萄糖液只能供给水和能量，25~50%糖溶液有短暂的扩容和渗透利尿作用。

### (2) 纠正酸中毒

轻型休克用5%碳酸氢钠200~400ml/日，重型400~600ml/日。高乳酸血症和肝功能受损者用三羟甲基氨基甲烷（THAM），主要根据血清pH值来调整。

### (3) 防治微循环淤滞

a. 扩血管药物的应用 扩血管药必须在充分扩容的基础上应用，常用的药物有：

① $\alpha$ 受体阻滞剂 包括苄胺唑啉、氯丙嗪等，苄胺唑啉0.1~0.2mg/kg，加入到5%葡萄糖液中静滴，紧急时以阻滞剂0.5~1mg加10ml生理盐水缓慢静注。氯丙嗪对高热不适，解除血管痉挛者应用，但对老龄的动脉硬化及呼吸抑制者不宜用。

② $\beta$ 受体兴奋剂 其中以多巴胺最适于临床各种低血压及休克，小剂量对外周血管有收缩作用，而对内脏血管，则有扩张作用，能使肾血流量增加，而不增加心率，剂量一般为10~20mg%。

③抗胆碱能药物 有阿托品、山莨菪碱和东莨菪碱。山莨

茛菪碱(654-2)抑制交感神经活动,解除血管痉挛,改善微循环灌流对增强重要脏器功能有重要作用,且其毒性比阿托品要低。剂量宜按个体化,山茛菪碱对一般成人为5~20mg/次(儿童0.3~1mg/kg)静注,必要时根据病情每隔10~30分钟推注一次。

b.缩血管药物 微循环障碍的基本原因是小血管痉挛,因此应用缩血管药物弊多利小。但在某些特殊情况下也可应用。如当合并心功不全时,除控制液量和速度,限制含钠液输入外,还可给扩血管药与缩血管药(如阿拉明等)合并应用,可防血压骤降。

c.肾上腺皮质激素 原则是早用,适量短程治疗。

d.中药生脉散及参附汤。

3.脑水肿、肺水肿及ARDS见本书的有关专题。

## 〔预后〕

取决于下列因素:

1.治疗反应,如患者在治疗后神志有所好转、四肢温暖、紫绀消失、尿量增多、血压回升、脉压增宽,则预后多良好;

2.感染的控制是否及时;

3.休克伴有严重酸中毒,并发DIC,心肺功能衰竭者,预后严重;

4.原患白血病、淋巴细胞肿瘤或其他恶性肿瘤者,休克多难以逆转,夹杂其他疾病如糖尿病、肝硬化、心脏病等者,预后亦差。

(崔淑清)

## 二、心脏骤停

### 〔概述〕

心脏骤停是指平素看来尚健康或有心脏病，但无骤停的先兆，也无其他因素。心脏突然停跳，终止了有效的排血功能，引起全身严重缺氧，若不及时处理，就造成全身器官不可逆的损害而导致死亡。若及时采取恰当的复苏措施，则有可能恢复其功能。

### 〔诊断要点〕

#### 一、临床特点

突然意识丧失或抽搐，动脉搏动消失，心前区听不到心音。口唇发绀或苍白，呼呼由缓慢到停止，甚至瞳孔散大。

#### 二、心电图检查

有三种类型

- 1.心室颤动；
- 2.缓慢而无效的心室自主心律；
- 3.心室停搏。

### 〔处理要点〕

#### 一、通畅气道

救护者首先给患者胸前拳击一次，促使恢复心跳，然后用

双手将患者的头部向后仰，并托住下颌关节，清除口内异物，使气道保持通畅。但应避免舌根后倾，以压迫这一通道。气道畅通后，立即进行人工呼吸及心脏胸外按压。

## 二、人工呼吸

最简单易行的方法是捏住鼻孔，口对口吹气，以20次/分的频率进行，或用简易面罩呼吸，捏压气囊，先用空气，随即连接氧气（加压给氧），按20次/分进行，如在3~5分钟内循环未复苏，应及早作气管插管，连接呼吸器，以保证供氧。若循环复苏，自主呼吸尚不稳定者，则可继续给以控制呼吸，等待自主呼吸的恢复。气管插管一般不超过24小时，必要时进行气管切开。

## 三、心脏复苏

1.心脏外按压 按压胸骨下部并以70次/分的频率有节奏地进行。它相当于正常心排血量的25~50%，正常脑血流量的30%。

2.直流电除颤器除颤 凡有室颤者，应立即用直流电除颤器进行除颤。电能用200~300瓦秒，一次不成功者可进行多次，每次除颤后，接着在胸外心脏作按压。

### 3.注射药物

应用肾上腺素或阿托品，作静脉注射可以起到心脏内直接注射的作用，又不影响心脏按压的进行，在紧急情况下，也可采取直接心腔注射。

### 4.心跳复苏成功后的处理

（1）对患者进行较长时间复苏术，而神志恢复较慢者，

可适当应用甘露醇。

(2) 扩容和纠正酸中毒 对于超过5分钟复苏者，应补充5%碳酸氢钠，而对离子紊乱，低血钾者，立即补用氯化钾。

(3) 复苏后常见的合并症

①心律失常 监护重点是防止室颤再发，可常规静点利多卡因1~3天，按1mg/kg常规静点，以后静点可按1~4mg/分。或用心律平静点。

②休克 用多巴胺、酚苄明以改善休克。

③复苏后的心电图监测及护理工作是非常重要的。

### 〔预后〕

心跳停止是临床上最为紧急的病症，如得不到及时的抢救，病人将因全身缺氧而死亡。一般认为，心脏按压治疗愈早，脑缺氧的时间愈短，自主呼吸恢复愈迅速，则预后愈佳，反之效果就愈差。

(董志良)

## 三、呼吸衰竭

### 〔概述〕

呼吸衰竭是传染科常见的急症，多发生在神经系统传染病并累及呼吸中枢或支配呼吸动作的周围神经或肌肉，且在传染病病程中有严重呼吸道感染，致使缺氧，动脉血氧分压( $\text{PaO}_2$ )  $< 60\text{mmHg}$ 和二氧化碳潴留，动脉二氧化碳分压( $\text{PaCO}_2$ )  $> 50\text{mmHg}$ 引起一系列生理功能和代谢功能紊乱的临床综合征。

## 〔诊断要点〕

### 一、中枢性呼吸衰竭

该病症常为中枢神经系统疾病所引起，发病急骤，除原发病变表现外，主要有呼吸频率及节律改变或呼吸骤停。

### 二、呼吸器官功能衰竭

1. 病史 在原发传染病过程中，并发日趋严重的呼吸器官感染，或有引起呼吸肌麻痹（如前角炎等）的疾病史。

2. 神志改变 常有不同程度的神志障碍。

3. 动脉血气分析 于静息状态下，动脉血气饱和度 $<90\%$ ， $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

4. 二氧化碳结合力（ $\text{CO}_2\text{-CP}$ ）通常 $>27\text{mmol/l}$ （60容积%），如有呼衰指征，而 $\text{CO}_2\text{-CP} < 22\text{mmol/l}$ （50容积%），应考虑有混合性酸中毒。

## 〔处理要点〕

1. 积极治疗原发病。

2. 氧疗 凡在安静情况下出现呼吸困难，中度发绀，神志障碍及证明低氧血症者。

### （1）一般输氧法

①鼻导管法 鼻前庭法和鼻咽给氧法，经实验对照观察，前者为优。氧浓度25%，流量1升/分。

②鼻塞法 可减少气流对粘膜冲击，简单、舒适，氧流量2~8升/分，氧浓度25~40%。

③简单面罩法 吸入氧浓度要求40~50%，流量12~15升，适于乏氧较重或只有轻度CO<sub>2</sub>潴留的病人。

(2)人工气道 包括气管插管及气管切开。

(3)机械通气 可参考本书肺水肿氧疗部分。

### 3.保持呼吸道通畅的药物

(1)祛痰药物的应用 氯化铵类，痰易净等， $\alpha$ -糜蛋白酶可肌注或雾化吸入，或用胰蛋白酶或3%盐水雾化吸入。翻身、叩背等措施，协助排痰效果更好。必要时应用吸痰器。

(2)减少渗出，解除气管痉挛的药物

分泌物过多可用肾上腺皮质激素、地塞米松、白蛋白等，为解除气管痉挛，可用抗胆碱药物，酚妥拉明等。

(3)呼吸兴奋药

在呼吸道通畅和氧疗的基础上，应用回苏灵、尼可刹米和利他灵等。

4.水、电解质紊乱及酸碱失衡的治疗（参阅本书有关部分进行治疗）。

### 5.控制感染

除一般抗感染治疗外，因常发生条件致病菌（如绿脓杆菌、变形杆菌和大肠杆菌等）感染，入院先用氨苄青霉素，待培养及药敏试验结果后，再调整抗菌素。

### 6.支持循环

对伴有心衰竭者，可给小剂量利尿剂，以减轻其负荷，必要时应用快速洋地黄。

## 〔预后〕

1.呼衰的治疗颇为棘手，如能早期发现，在积极治疗原发病基础上进行恰当的综合治疗，可望抢救成功。