



中国医学百科全书

战时内科学



上海科学技术出版社

中国医学百科全书

中国医学百科全书编辑委员会

上海科学技术出版社

中国医学百科全书

③ 战时内科学

张学庸 主编

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 上海市印刷三厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 10.5 字数 398,000

1989 年 7 月第 1 版 1992 年 12 月第 2 次印刷

印数 1,901—4,300

ISBN 7-5323-1445-6/R·403

定价: 7.50 元

(沪)新登字 108 号

《中国医学百科全书》编辑委员会

主任委员 钱信忠

副主任委员 黄家驷 季钟朴 郭子恒 吴阶平 涂通今 石美鑫 赵锡武

秘书长 陈海峰

副秘书长 施奠邦 冯 光 朱克文 戴自英

委员 (以姓氏笔划为序)

丁季峰	土登次仁	马飞海	王 懿(女)	王玉川	王世真	王用桦
王永贵	王光清	王叔咸	王季午	王冠良	王雪苔	王淑贞(女)
王鹏程	王德鉴	王翰章	毛文书(女)	毛守白	邓家栋	石茂年
石美鑫	卢惠霖	卢静轩	叶恭绍(女)	由 崑	史玉泉	白清云
邝贺龄	冯 光(女)	兰锡纯	司徒亮	毕 涉	吕炳奎	曲绵域
朱 潮	朱壬葆	朱克文	朱育惠	朱洪荫	朱既明	朱霖青
任应秋	刘世杰	刘育京	刘毓谷	米伯让	孙忠亮	孙瑞宗
苏德隆	杜念祖	杨医亚	杨国亮	杨树勤	杨铭鼎	杨藻宸
李 昆	李永春	李宝实	李经纬	李振志	李肇特	李聪甫
吴之理	吴执中	吴阶平	吴英恺	吴征鉴	吴绍青	吴咸中
吴贻谷	吴恒兴	吴蔚然	余 瀛	宋今丹	迟复元	张 祥
张世显	张立藩	张孝骞	张昌颖	张泽生	张学庸	张涤生
张源昌	陆如山	陈 信	陈中伟	陈明进	陈国桢	陈海峰
陈灏珠	林巧稚(女)	林克椿	林雅谷	郁知非	尚天裕	罗元恺
罗致诚	季钟朴	依沙克江	周金黄	周敏君(女)	郑麟蕃	孟继懋
赵炳南	赵锡武	荣独山	胡传揆	胡熙明	钟学礼	钟惠澜
侯宗濂	俞克忠	施奠邦	姜春华	洪子云	夏镇夷	顾学箕
顾绥岳	钱 惠	钱信忠	徐丰彦	凌惠扬	郭 迪	郭乃春
郭子恒	郭秉宽	郭泉清	郭振球	郭景元	唐由之	涂通今
诸福棠	陶桓乐	黄 量(女)	黄文东	黄耀桑	黄家驷	黄祯祥
黄绳武	曹钟梁	盖宝璜	梁植权	董 郡	董承琅	蒋豫图
韩 光	程之范	傅丰永	童尔昌	曾宪九	谢 荣	谢少文
裘法祖	蔡 荣	蔡 翹	蔡宏道	戴自英		

序

《中国医学百科全书》的出版是我国医学发展史上的一件大事，也是对全人类医学事业的重大贡献。六十年代初，毛泽东同志曾讲过：可在《医学卫生普及全书》的基础上编写一部中国医学百科全书。我们深感这是一项重大而艰巨的任务，因此积极进行筹备工作，收集研究各种有关医学百科全书的资料。但由于十年动乱，工作被迫中断。粉碎“四人帮”后，在党和政府的重视和支持下，医学百科全书的编写出版工作又重新开始。一九七八年四月，在北京正式召开筹备会议，拟订了编写出版方案和组织领导原则。同年十一月，在武汉举行了第一次编委会，落实了三十多个主编单位，全国医学界的著名专家、教授和中青骨干都参加了编写工作。

祖国医学发展史中，历代王朝就有学者编纂各类“集成”和“全书”的科学传统，但系统、全面地编写符合我国国情和医学科学发展史实的大型的医学百科全书还是第一次。这是时代的需要，人民的需要，是提高全民族科学文化水平，加速实现社会主义现代化建设的需要。从长远来看，这是发展我国医药卫生事业和医学科学的一项基本建设，也是建设社会主义精神文明建设的重要组成部分。因此，编写出版《中国医学百科全书》是我国医学界的一项重大历史使命。

我国既有源远流长的祖国医学，又有丰富多彩的现代医学。解放以来，在党的卫生方针指导下，还积累了群众性卫生工作

和保健强身的宝贵经验，涌现了许多中西医结合防治疾病的科研成果。在我们广大的医药卫生队伍中，有一大批具有真才实学，又善于写作的专家，他们都愿意为我国科学文化事业竭尽全力，把自己的经验总结出来，编写出具有我国特点的医学百科全书。

《中国医学百科全书》是一部专科性的医学参考工具书，主要读者对象是医药院校毕业及具有同等水平的医药卫生人员，但实际需要查阅这部全书的读者将远远超过这一范围。全书内容包括祖国医学、基础医学、临床医学、预防医学和特种医学等各个学科和专业，用条目形式撰写，以疾病防治为主体，全面而精确地概述中西医药科学的重要内容和最新成就。在编写上要求具有高度的思想性和科学性，文字叙述力求言简意明，浅出深入，主要介绍基本概念、重要事实、科学论据、技术要点和肯定结论，使读者便于检索，易于理解，少化时间，开卷得益。一般说来，条目内容比词典详尽，比教材深入，比专著精炼。

为适应各方面的需要，《中国医学百科全书》的编写出版工作准备分两步走：先按学科或专业撰写分卷单行本，然后在此基础上加以综合，按字顺编排出版合订本。这两种版本将长期并存。随着学科发展的日新月异，我们并将定期出版补新活页。由于涉及面广，工作量大，经验不足，缺点错误在所难免，希望读者批评指正。

钱信忠

1982年11月

中国医学百科全书

战时内科学

主 编：张学庸（中国人民解放军第四军医大学）

副 主 编：（以姓氏笔画为序）

刘为纹（中国人民解放军第三军医大学）

陆振刚（中国人民解放军第一军医大学）

张宁仔（中国人民解放军第四军医大学）

龚念慈（中国人民解放军第二军医大学）

编 委：（以姓氏笔画为序）

于清汉（中国人民解放军第四军医大学）

孙 滨（中国人民解放军第四军医大学）

朱显征（中国人民解放军第四军医大学）

陈友绩（中国人民解放军第四军医大学）

赵允祺（中国人民解放军第四军医大学）

栗秀初（中国人民解放军第四军医大学）

游国雄（中国人民解放军第四军医大学）

魏克庄（中国人民解放军第四军医大学）

学术秘书：夏 天（中国人民解放军第四军医大学）

编写说明

《中国医学百科全书》战时内科学分卷选收了战时常见的传染病、各系统的内科疾病和综合征、神经精神疾病和皮肤疾病。此外,还包括传染病的管理。以条目形式编写,共153条。

本分卷突出战时特点,收集了对部队战斗力影响较大的各种疾病。着重描述在战争情况下的发病因素和临床表现;诊断及防治措施也尽量从战时条件考虑。由于平时和战时、前线和后方,疾病发生的规律及其诊疗原则互有关联,因此也充分结合了平时和后方特点进行论述。

对于核武器所致疾病的有关问题,本分卷只将急性放射病列入,其他内容由《核武器损伤与放射医学》分卷收选;有关生物武器和化学武器所致疾病则分别收入《生物武器的医学防护》分卷及《化学武器防护医学》分卷。

本分卷撰稿人较多、文稿体裁及写作风格,各不相同,初稿完成后,虽经分卷编辑委员会多次审查修改,终难完全统一,内容方面亦难免有疏漏不当之处,请读者予以批评指正。

战时内科学分卷编辑委员会

一九八三年十二月

中国医学百科全书

战时内科学

目 录

战时内科学.....	1	成人呼吸窘迫综合征.....	46
战时传染病管理.....	1	风湿病.....	46
战时部队预防接种.....	4	心肌炎.....	48
战时卫生流行病学侦察.....	5	急性心包填塞症.....	49
流行性感冒.....	6	心律失常.....	49
流行性腮腺炎.....	7	急性心力衰竭.....	51
流行性出血热.....	8	心原性休克.....	53
新疆出血热.....	11	高血压病.....	54
流行性乙型脑炎.....	12	心脏官能症.....	55
森林脑炎.....	14	心跳骤停的急救.....	56
病毒性肝炎.....	15	急性胃肠炎.....	57
流行性斑疹伤寒.....	18	急性腹痛.....	58
地方性斑疹伤寒.....	20	慢性上腹痛.....	60
恙虫病.....	20	慢性腹泻.....	61
战壕热.....	22	胃肠官能症.....	63
钩端螺旋体病.....	22	尿路感染.....	64
回归热.....	25	急性肾炎.....	65
流行性脑脊髓膜炎.....	25	急性肾功能衰竭.....	66
伤寒与副伤寒.....	27	精神性多饮多尿症.....	68
炭疽.....	28	贫血.....	68
布鲁菌病.....	29	出血性疾病.....	70
鼠疫.....	31	营养不良性水肿.....	73
感染性腹泻.....	32	维生素A缺乏病.....	74
疟疾.....	35	脚气病.....	74
血吸虫病.....	37	核黄素缺乏病.....	75
丝虫病.....	38	烟酸缺乏病.....	76
上呼吸道感染.....	40	坏血病.....	76
肺炎球菌肺炎.....	40	一氧化碳中毒.....	77
溶血性链球菌肺炎.....	40	四乙基铅中毒.....	78
葡萄球菌肺炎.....	40	毒覃中毒.....	79
革兰阴性杆菌肺炎.....	41	木薯中毒.....	79
支原体肺炎.....	41	发芽马铃薯中毒.....	80
军团菌肺炎.....	41	有毒鱼类中毒.....	80
生物战剂引起的肺炎.....	41	蛇毒中毒.....	81
化学战剂引起的肺炎.....	42	虫螫中毒.....	81
肺脓肿.....	42	电震.....	82
肺结核.....	43	溺水.....	83
胸膜炎.....	44	急性放射病.....	83
肺吸虫病.....	44	高原适应不全症.....	85
急性呼吸衰竭.....	45	中暑.....	86

低温病	88	外伤后晚期癫痫	111
雪盲	89	晕厥	111
面神经炎	89	外伤后低颅压综合征	112
脑神经外伤后遗症	89	外伤后迟发性颅内压增高	112
多发性神经炎	90	外伤后正压性脑积水	113
急性感染性多发性神经炎	90	残肢痛	114
脊神经根炎	91	幻肢痛	114
坐骨神经痛	91	战时精神疾病	114
横贯性脊髓病	92	战时癔症	114
外伤后脊髓空洞症	93	战时神经衰弱	115
外伤后细菌性脑膜炎	93	战时强迫性神经症	116
外伤后迟发性脑脓肿	93	战时恐怖性神经症	116
外伤后脑脊髓蛛网膜炎	94	战时焦虑性神经症	116
散发性脑炎	95	战时神经症性自动症	117
脑出血	96	战时反应性精神病	117
外伤后迟发性脑出血	97	战时脑外伤后综合征	118
脑蛛网膜下腔出血	98	战时脑外伤性精神病	118
脑血栓形成	98	战时感染性、中毒性精神障碍	119
外伤性颈内动脉血栓形成	99	战时烧伤后精神障碍	119
外伤性椎动脉血栓形成	100	战时精神分裂症	119
脑脂肪栓塞	100	战时躁狂抑郁性精神病	120
脑气体栓塞	100	创伤周围湿疹	120
外伤后静脉窦血栓形成	100	接触性皮炎	120
外伤后脑动脉瘤	101	荨麻疹	121
外伤后颈内动脉海绵窦瘘	102	细菌性皮肤病	121
急性缺氧性脑病	102	皮肤霉菌病	122
急性感染中毒性脑病	103	药疹	123
脑实质外伤后遗症	103	疥疮	123
反射性神经障碍症	104	凹陷性角质溶解症	124
红斑性肢痛	104	结节性痒疹	124
灼性神经痛	105	多汗症	124
植物神经反射亢进症	105	隐翅虫皮炎	124
低钾性周期性麻痹	105	斑秃	124
头痛	106	冻疮	125
外伤后头痛	107	日晒伤	125
眩晕	108	汉英战时内科学词汇	126
外伤后眩晕	109	英汉战时内科学词汇	138
癫痫	109	索引	150

战时内科学

战时内科学也称野战内科学,是研究战时条件下,部队常见的重要内科疾病的发病原因、发生规律及其诊断、治疗、预防的一门科学。它是军事医学中较年轻的分科,也是内科学理论和实践的一个重要方面。战时内科学的范围包括以下几个部分:战时部队各种传染病;战时各个系统的内科疾病(包括呼吸、消化、循环、泌尿、神经精神、皮肤、血液和造血器官、营养缺乏等疾病);核武器、生物武器和化学武器引起的疾病;战伤(如挤压伤、烧伤、冲击气浪伤等)所致的疾病;高温、低温、低气压所致疾病;某些有害物质引起的中毒性疾病。

历史上,战争中作战部队因病减员远较战伤减员为多。作战的某一方兵力虽强,但因疾病流行而遭败北者屡见不鲜。例如十九世纪发生在欧洲的多次战争中曾由于霍乱、痢疾、伤寒与斑疹伤寒的流行造成军事行动中的巨大困难,影响战争结局。当时各国军队患者数是伤员数的4~5倍;此后由于医疗预防工作的进步,疾病发生率和病死率有所下降,例如第一次世界大战中,美军因伤致死者占死亡总数的51.58%,因病致死者占48.42%;第二次世界大战中,美军因伤致死者占死亡总数的95.13%,因病致死者仅占4.87%。但是根据第二次世界大战中美军因伤、病而丧失战斗力的人口数的统计资料,伤员仅占伤病总人口数的31.56%,而患者则占68.44%;足见疾病对于部队战斗力影响是很大的,内科疾病防治工作对于保障部队健康和维持战斗力也显得更为重要。

野战内科学是适应战争的实际需要,并随着内科学、微生物学与流行病学的进展而逐步形成。十九世纪末叶,欧洲交战各国的军队已采取把霍乱、痢疾和伤寒患者隔离在特定医院的措施。第一次世界大战时,军队中大量出现的胃肠道疾病、呼吸系统疾病、皮肤病以及伤寒、痢疾、流感等传染病,对其进行防治并总结出系统的经验。第二次世界大战期间,尽管对各种传染病和内科疾病采用了有效的诊断、治疗和预防方法,并出版了一些专著,但提出“野战内科”这一概念并把野战内科作为军事医学的一个特殊分科是首先由苏联军队卫勤部门所创立。在未来战争中,核武器、化学武器和生物武器将对军事医学提出极为复杂的课题,野战内科学的研究和发展将更为重要。在中国,人民军队中的防病治病一向被列入卫生部门的中心工作,对于各种常见内科疾病和传染病的防治,积累了丰富的经验。例如对于黑热病、疟疾、血吸虫病、丝虫病流行情况作了大规模的调查研究,并开展了有效的防治工作,保障了部队指战员的健康,也充实了野战内科学的内容。在过去战争中,参与战斗行动和受战争直接影响的人员仅限于前线部队和战区的居民,随着科学技术的发展、大规模杀伤武器和远程武器日新月异,现代化战争已无前线后方之别,“战时内科学”的内容和范围必将日益广泛。

战时内科学和普通内科学有共同之处。但也有其本身的特点。从疾病的病因、病理、临床表现、防治原则来说,

战时发生的内科疾病与平时发生的并无二致;但由于战时外界环境的改变以及指战员心身方面的差异,使战时内科疾病具有下述的特点:由于战时居住及卫生条件较差,人员密集,通风、供水困难,加上敌人对上、下水道的破坏,食物和饮用水消毒难以保证;部队指战员和战区居民生活在战争环境中,精神紧张,身体疲劳,负伤失血,创面感染,生活不规律,使抗病能力下降,容易引起疾病的发生和流行;有时由于战争需要,部队和居民长期居住在荒山野岭、河谷水网,沙漠丛林,沟壕坑道等平时人迹罕到之处,自然疫源性疾病得以发生;外界环境因素如严寒、酷热气候,高原、低洼地区,也导致某些疾病发生。所以战时许多疾病的发生率远较平时为高。这些疾病一旦发生以后,往往病情较重,病程迁延,而且并发症较多。例如胃或十二指肠溃疡病员上腹疼痛症状不易控制,出血穿孔的发生率远较平时为高。

如上所述,战时内科疾病防治任务相当繁重;而客观上医疗设备条件不如平时,诊断和治疗上的困难也较多。

战时内科疾病处理原则也与平时有所不同,战争时期全军的中心目标是取得战争的胜利,一切医疗工作均应以保障和恢复部队战斗力为出发点,采用各种措施,尽速使患者恢复值勤能力,重返战斗岗位。急性病和轻病患者应尽可能留在距离前线不远的医疗单位进行治疗;重症或慢性患者短期内难以恢复体力者,则可转到后方治疗。

由于战争条件的限制,诊断和治疗工作也应适合战时环境。诊断上着重病史询问和体格检查,结合简便、快速的实验室检查;治疗上则充分利用战时可能取得的条件,舍繁就简,综合治疗,争取患者早日恢复健康。

战时内科学未来的发展有赖于新的诊断技术、治疗方法的应用和预防措施的改进。近年来许多微量快速检测技术如放射免疫测定、酶联免疫吸附试验等已广泛应用于临床诊断工作;各种新的检查器械如CT扫描仪和超声诊断仪的不断革新更便于临床使用及战时使用。这些技术和器械将有助于战时内科疾病的诊断。各种特效药物的应用将能提高许多疾病的治疗效果,不断改进提高诊治技术水平是战时内科学应予重视的研究课题。鉴于未来战争中核武器、生物武器和化学武器有可能被使用,对这些武器的防护和在战争条件下对大量病员的救治及其后果等方面的研究,更是战时内科学的迫切任务。此外,不同自然条件如高原、热带、寒带等对于机体影响所引起的疾病也需深入研究。

(张学庸)

战时传染病管理

战时传染病管理工作是部队卫勤保障的重要组成部分,其基本任务是积极做好传染病的防治,减少非战斗减员,保障指战员健康,巩固部队战斗力。部队传染病管理的基本原则平时与战时是相同的,但战时由于部队战斗任务紧张,环境和生活条件改变,发病情况与工作内容、条件、方法均有其特点。在历次大规模的战争中,部队因病减员数均超过伤员数,如第二次世界大战期间美军中

病员与伤员比例为3.8:1。在朝鲜战争期间,中国人民志愿军在卫生减员中病伤比例为1.2:1;传染病占发病总数的39.01%,居各类疾病的首位,其中以感冒与流感最多,占发病总数的16.77%,其次为肠炎8.84%、疟疾6.8%、痢疾5.08%,再次为结核病0.76%、鼠媒回归热0.34%、流行性斑疹伤寒0.17%。所以,认真做好战时部队防疫工作,减少传染病的发生,是战时军队卫生部门的一项极其重要的任务。

战时传染病发病增多,主要是由于:①生活卫生水平降低。战时,艰苦条件下,环境卫生、饮食卫生与个人卫生都将不如平时,因战区卫生设施经常遭到破坏,卫生制度往往难以执行,容易造成食物与水源的污染,蝇、蚊易于孳生,居民部队容易生虱;战士体力消耗大,休息与睡眠不足,因而机体抵抗力下降。这一切均有利于传染病的发生与流行。②人群流动性大。由于战区居民转移,部队调动,易于促成传染病的传播与流行。另一方面,战时部队不断地补充兵员,兵员来自各地,可把传染病带入部队。③部队接触自然疫源地的机会增多,增加了受染的机会。④部队进入敌占区可能从居民与接触战利品等受到传染。在押送与管理战俘时,敌方传染病也易传入部队。⑤敌生物武器袭击。

战时部队传染病管理主要应做好下列工作:

(1) 临战前防疫准备工作:首先,根据作战地区传染病分布情况与医学地理特点,由卫生领导部门组织编印卫生科普材料,以营、连为单位进行卫生防病教育。其次,迅速建立健全各级防疫机构。如防疫队、防疫组、检验队(组)、微生物检验中心等;在战役区,还可成立野战卫生防疫顾问组,进行流行病学调查,并对各级防疫组织进行技术指导。第三,根据战区疫病情况,组织短时间的应急训练,以提高部队防疫人员业务水平。第四,准备好各种疫苗和防治药物、消毒剂、杀虫剂与检验器材,迅速装备各级卫生部门或下发个人。

(2) 卫生流行病学侦察:对作战地区、部队开进的沿途与集结地区,应进行卫生流行病学侦察,并根据侦察结果,采取相应的防疫措施。

(3) 疫情报告:战时部队必须健全疫情报告制度,统一报表,并认真执行,以便及时掌握疫情。

(4) 预防传染病发生的措施:切实保证部队安全给水与饮食卫生。根据战时条件与战区情况,做好各种预防接种和必要的药物预防。部队在进入或通过疫区或自然疫源地区时,应采取各种防护措施。

(5) 阵地卫生管理:主要是管理好粪便,处理好入、畜尸体,保持阵地卫生,减少苍蝇孳生;做好工事内的防寒、防潮、防风,以减少呼吸道传染病的发生;进行必要的杀虫,少受蚊、螨等叮咬。

(6) 传染病患者的后送与隔离:传染病患者与一般伤病员要分类后送,以防止交叉传染,并使传染患者及早得到隔离、治疗。传染患者在后送时应严格遵守隔离消毒要求,并应就近后送,以减少传播、蔓延机会。

(7) 战斗间隙与战后的卫生防病工作:应利用部队战

斗间隙和休整期间突击卫生防病工作,主要是进行个人卫生整顿,改善伙食,进行查伤查病,尤其是慢性疾病,应进行积极治疗。

(8) 战俘的卫生防疫工作:战俘在送到战俘营后,应进行检疫,发现传染病人迅速予以隔离、治疗;禁止无关人员接触战俘,押送与管理战俘的人员应有必要的预防措施,并根据情况进行卫生监督、医学观察或留验后才能归队。

传染病登记与报告 传染病报告制度是为了及时了解与掌握部队传染病发生情况,以便迅速采取措施,防止传染病的传播,而且能积累资料,分析疫情发展趋势,掌握流行规律,从而制定切合实际的防疫计划。为了做好传染病报告,首先必须作好传染病患者登记,当部队发现传染病患者后,经治军医应及时填写《急性传染病报告卡》。战时应作报告的传染病除1979年1月颁布的《中国人民解放军关于传染病管理办法》中规定的病种外,尚应包括新发现的自然疫源性疫病、由国外传入的传染病和敌人使用生物武器引起的传染病。

(1) 经常性传染病报告:营、连每日向团卫生队作传染病报告,团、师、军逐级向野战军后勤卫生部作传染病旬报。

(2) 紧急传染病报告:在部队或当地居民中发现下列情况时作紧急报告:①发现烈性传染病或疑似烈性传染病,战时部队中易于传播的疾病,如流行性斑疹伤寒、回归热,原因不明的高热患者或死亡时。②在一个单位内,3天内发生同样的热性病或中毒患者3名以上时。③家畜或野生动物中发生瘟疫或死亡数很多时。上述情况,应立即报告部队首长,并在4小时内报告到军。军据情况分别以普通、加急或紧急形式向上级报告。

发生紧急疫情后,应迅速进行紧急处理,将病员作临时隔离;对患者的各种排泄物进行随时消毒,衣服、被褥及其他可能污染的物品与疫源地进行消毒或杀虫;给患者广谱抗生素治疗与对症处理;对密切接触者进行医学观察和留验。

传染病患者的发现与检出 早期发现与检出传染患者是为了早期诊断与治疗,可以早期治愈,同时尽早控制传染源,防止或减少传播。

军医应深入连队,加强巡诊与门诊,及时发现传染病患者。若同有一批原因不明的发热患者,应考虑到传染病的可能并及时报告。

通过健康观察、健康检查与体格检查,检出急性或慢性传染病患者,并掌握部队指战员的体质状况,三者各有重点、互为补充。①健康观察:连队卫生员应每日深入班排,通过早晚检查与在就餐、休息、洗澡等时,用视诊与询问方法,了解指战员的健康状况,并以炊事人员为重点,发现可疑病状,如发热、腹泻、厌油等,应立即报告营军医作进一步检查,以确定是否发病。②体格检查:每年应利用休整期间,每年对全体指战员作一次体格检查,系统全面地了解健康状况与发现疾病,尤其是慢性肝炎、慢性痢疾、结核病等。体格检查包括各系统的临床检查、X线检查与

必要的实验室检查,发现可疑疾病要进一步检查确诊,对检查结果应进行统计分析,并提出对改善部队体质状况的意见或建议,对检出的各种患者进行适当的治疗或处理。③健康检查,为了弥补体格检查间隔时间长的不足,对部分人员,如炊事人员、疑有某种疾病的人员,每季或半年进行一次健康检查。检查的项目可有重点,如对炊事人员重点检查肠道传染病。

做好病史登记与随访。慢性患者和恢复期或病原携带者都由急性患者发展而来,是部队内部的主要传染源。因此,某些病后易转为慢性或形成病原携带者的传染病(如菌痢、伤寒、乙型肝炎、疟疾等)患者治愈归队时,均应登记,并定期进行随访。随访内容包括临床检查与实验室检查,和周围健康人的发病情况。如发现慢性患者或病原携带者,应及时予以适当处理;如出现复发,应迅速给予隔离、治疗,也可在流行季节前,集中进行检查、隔离、治疗。

检出病原携带者。除通过随访检出病原携带者外,炊事人员在担任工作前应详细询问病史并作为体格检查,并尽可能作实验室检查。如发现为肠道传染病病原携带者,应即调离工作。当霍乱流行时,应对接触者或其他可能受染者作带菌检查。

严格执行补充新兵的体检与检疫制度。新兵在入伍前可能为轻型或慢性患者,也可能在集结时或运输途中受染,到部队后应进行复查与检疫,发现新兵中有传染病患者时应延长检疫期。

对归队人员应督促进行卫生整顿,并了解其健康情况与曾否接触过传染病人。对来自流行区或与传染病患者有过接触者,进行医学观察或留验。

在自然疫源地区或传染病流行地区驻扎或作战的部队,对接触过传染源的人员或可能受到传染的人员进行医学观察。

传染病患者的隔离与随访 隔离是控制传染病的重要措施。战时由于条件的限制和敌人的破坏,有些卫生制度较难执行,消毒、杀虫措施较难实施,隔离传染病患者就更为重要。早期隔离,可以有效地控制传染病蔓延,扑灭疫情。为了做到早期隔离,发现为传染病而一时不能确诊应作隔离观察,如经3天观察未得确诊者,应送师医院或野战医院作进一步处理。

在战时,营、连对传染病患者可作临时隔离并尽快后送,团卫生队与师医院应设传染病隔离室,负责对患者的初步处理与转送,野战医院设传染病科(室),收治各师与军直属单位转来的传染病患者。基地应指定医院或设传染病院,收治需1个月以上才能治愈的患者。

传染病患者的隔离须根据不同情况分别处理:①鼠疫、霍乱或疑似患者,生物战剂引起的传染病患者,由野战军或基地传染病院组织力量,到发病地区就地组织隔离、治疗,除战斗情况不允许留治外,不得后送;②流行性感冒、疟疾、肠炎等患者,可在团以下单位进行隔离;流行性感冒、流行性腮腺炎、细菌性痢疾、病毒性甲型肝炎等大批发生时,如战斗情况许可,经上级批准,可在发病单位组织隔离,但重症患者与有并发症病员应送野战医院传染

病科或传染病院隔离、治疗。无论是临时隔离室、传染病科或传染病院,都应严格执行隔离、消毒制度,并应选择独立的房屋或有单独出入口的地下室或坑道,要远离水源、厨房。工作人员必须定期进行体检、预防接种与肠道带菌检查、肝炎的血清学检查、发生意外感染时须进行药物预防或免疫血清预防。

传染病患者须住满规定的隔离期限后方可出院归队。一般为临床症状消失后经2~3次病原学检查,每次间隔3天,结果阴性者,可解除隔离。传染病患者归队后应由所在单位军医登记,对有转慢性可能的传染病患者应填写随访卡,定期进行随访。痢疾患者随访6个月,每月随访1次;肝炎患者归队后半个月内,每月随访1次,半年后每2个月随访1次。

传染病死者的尸体,尤其是因患鼠疫、霍乱、炭疽等死亡者,应火葬。如无火葬条件而土葬时,应远离水源与公路的地点深埋(2m以下)。尸体应进行严格的消毒。运送车辆与接触过尸体的用具,在葬地消毒,对病室与停放过尸体的场所进行终末消毒。

传染病接触者的检疫 接触者是指与传染源有过接触的人,或与传染病患者在受染期间处于同样条件下可能受染的人。前者如与流感病员同住一室,与菌痢患者共餐,或饲养、护理、宰杀过病畜者,后者如与钩端螺旋体病患者同时下水作业,与恙虫病患者同在一个疫源地区内活动者。接触者可能是潜伏期患者,也可能是健康携带者。对接触者进行管理的措施称为检疫,其目的是早期发现患者,及早隔离治疗,以免成为传染源向外传播。军医在发现传染病患者时,应立即仔细查明接触者,并进行登记,根据情况采取适当措施。

检疫的方式,根据传染病的性质,检疫可采取三种方式:①医学观察,对一般传染病的接触者,每日由军医或卫生员进行视诊、问诊,检查体温等,观察有无发病。如有可疑,应作临床检查与必要的实验室检查。受观察者可照常参加工作与日常活动。②留验,对烈性传染病的接触者要隔离于专门的场所,限制其活动,不允许与其他健康人接触,同时进行医学观察。③集体检疫,即集体留验。当部队内发生鼠疫、霍乱病员或在传染性很强的传染病(如流感)爆发或流行时,为制止疫情扩大,经部队首长批准,可对发病单位进行集体检疫。受检疫的单位,全体人员不得与其他单位人员接触,也不得补充或外调人员。在集体检疫期间,除对全体人员每日进行医学观察外,仍可在单位内进行日常活动。

检疫的措施,在检疫期间,应对接触者每日进行医学观察,并根据传染病的种类和当时的条件,采取下列措施:①卫生整顿,对流行性斑疹伤寒与回归热的接触者应洗澡、理发、换衣,对衣服、被褥、住室(或帐篷、坑道)进行灭虱。②被动免疫,甲型肝炎的接触者可注射丙种球蛋白,乙型肝炎病毒意外感染者(如输入乙型肝炎表面抗原阳性血液的伤员),有条件时可注射乙型肝炎免疫球蛋白。③药物预防,鼠疫、流行性脑脊髓膜炎的接触者可服磺胺类药物预防,流感的接触者可用贯众等中草药预防。

④细菌学与血清学检查,霍乱、菌痢、流脑等的接触者,可进行细菌学检查,乙型肝炎的接触者可检测血清中的表面抗原与抗体,以判定是否受到传染;表面抗体阳性者解除检疫。⑤卫生教育,使受检疫者了解检疫的目的与意义,自觉地执行检疫规定与卫生制度。

检疫期限,一般等于该传染病的最长潜伏期,但根据情况可缩短或延长;接受过自动或被动免疫的接触者应适当延长检疫期,如鼠疫一般为留验9天,曾接种过菌苗者则延长到12天;检疫期间在被检疫人员中发生传染病患者时,则其余人员从该患者隔离时起,再延长一个检疫期;如确实证明接触者未受传染,或具有充分免疫力,或人工免疫后已产生免疫力,可提前停止检疫。

战时部队防疫工作计划的拟订 战时部队作战任务重,机动范围大,战斗情况与生活条件多变,防疫工作既要有计划性,又要有机动性、灵活性。

制订防疫计划的依据:①防疫工作计划必须适应部队的任务与具体条件,并根据上级卫勤部门指示的精神来制定。②根据部队当前疫情动态与卫生流行病学侦察和流行病学观察的结果,对今后的流行趋势作出判断。③制定计划既要根据需要,又要考虑实际可能,并估计各种可能出现的情况,以现有的人力、物力与上级可能的支援为基础。

战时部队防疫工作计划的内容和形式:防疫工作计划的基本内容如下:部队的任务与上级指示精神;部队当前(年度计划时为近一年中)与战区的流行病学情况;部队防疫工作的任务与要求;完成任务的条件与可能遇到的问题;工作步骤与方法;人力安排与物资器材的供应;必要的机动调配方案。

计划的形式以列表为主,可加必要的文字说明,一般包括:任务;工作步骤与方法;药品、器材分配;开始与完成日期;执行人与负责人;结果检查与检查人。任务项目可按时间先后顺序排列。在计划执行过程中,应随时掌握进度,注意发现问题,及时改进或修订计划。任务完成后,应进行检查与总结。

(陈友绩)

战时部队预防接种

战时由于条件的限制,许多管理传染源与切断传播途径的措施往往难以彻底实施,因而通过预防接种提高部队集体免疫来预防传染病,比平时更为重要。

战时接种疫苗的种类:战时需要接种的疫苗种类往往比平时多,因为战时部队活动范围大,可能进入各种环境中,接触各种传染病的机会比平时多。①新兵与5年内未接种过破伤风类毒素者接种吸附精制破伤风类毒素,以后每5年复种破伤风类毒素1次。②寒区部队或战区居民中或敌方部队中有斑疹伤寒流行时,应接种流行性斑疹伤寒疫苗;牧区部队应接种炭疽活菌苗与干燥布氏活菌苗;在有历史性鼠疫自然疫源地或可能存在活动性鼠疫自然疫源地的地区,尤其是以旱獭、黄鼠、沙鼠为保菌宿主的自然疫源地区内的部队应接种鼠疫活菌苗。在

南方地区作战的部队应接种钩端螺旋体菌苗。进入森林脑炎自然疫源地的部队,进入前接种森林脑炎疫苗。③新兵入伍后必须接种吸附精制破伤风类毒素与A群脑膜炎球菌多糖菌苗;对结核菌素试验阴性的新兵应接种卡介苗。④当发生传染病流行或敌人有可能使用生物武器时,应迅速接种相应的疫苗。

预防接种的时间:根据引导期的长短、免疫的持续时间以及该病的流行季节等,决定接种时间。由于战时接种的疫苗种类较多,必须妥善安排。免疫持续时间较长者,不受季节限制,全年都可安排,但一般在春秋季节进行。免疫时间短者,每年均需复种,接种时间应选择在接受后人群免疫力的高峰时期与疾病的流行季节相一致,一般在当地该种传染病流行季节前1~2个月完成接种。

预防接种的组织实施:①制订实施计划。师、团卫生部门根据上级关于预防接种的指示,制订一年的接种计划,内容包括疫苗的种类、接种开始与完成时间、接种对象与人数、接种途径、次数与间隔时间等。战时部队预防接种要利用战斗间隙或在部队休整时进行,在接种前应对部队进行卫生教育,着重讲明预防接种的意义和接种前后应注意的事项。②健康检查。在接种前应询问每一名受种者的健康状况,必要时测量体温或作临床检查,以检出不禁忌证而应免种、缓种或减少剂量者。③接种场所准备。接种室应清扫、消毒,空气流通,最好为通过式,不得利用外科门诊、敷料更换室作接种室。④物资与技术准备。根据接种人数,在接种前1~2天领取疫苗,放干燥、阴凉处保存。准备并检查接种用器材、药品、登记表册等。接种时要仔细检查疫苗,记录批号。凡过期、无标签或标签不清、安瓿有裂痕、瓶塞不严、有异物或不能摇碎的絮状物、块状沉淀或薄膜的疫苗,菌体有明显溶解的菌苗,破伤风类毒素有轻微浑浊等,均不得使用。接种时应准备急救药品,如肾上腺素、强心剂以及针刺针。参加接种工作的卫生人员要认真阅读说明书,熟悉接种方法、剂量、禁忌证、接种后反应及其处理方法、接种应注意事项等,并严格按照说明书上的要求进行接种。⑤接种登记与反应处理。登记接种者姓名、疫苗名称、剂量、接种途径、次数与日期等。对漏种者应进行补种,务使接种率达到95%以上。部队在接种24小时内应给予适当休息,避免重体力劳动,禁洗澡,以减少反应。军医与卫生员应巡诊,对有反应者应作记录。轻度反应不需处理,较重反应可作适当的对症处理,重反应者应予住院休息。

预防接种的方法和要求:战时,由于需要接种的疫苗种类多,接种规模大,时间紧迫,最好用高效价的多价或多联混合疫苗,以减少接种次数,并尽可能用无针注射、口服或气雾免疫法。

为防止预防接种时发生严重反应或事故,心须严格要求:①严格消毒与无菌操作,患咽喉炎、感冒、手部有化脓性感染或湿疹的人员,不得参加接种工作。工作人员应穿工作服,戴口罩,工作前须用流水、肥皂洗手。注射用具须经严格消毒,皮下注射时实行一人一针一管,用后严格消毒。②确保安全,减少反应,受种者在接种前15分钟

应安静休息,避免空腹、疲劳时接种。体温在37.1℃以上者推迟接种,严防有禁忌证者接种。抽取疫苗前要摇匀,接种剂量要准确。制品开启后,活疫(菌)苗应在半小时内、灭活疫(菌)苗应在1小时内用完,用不完的应予废

弃。接种完毕后,将活疫苗的空瓶与剩余的疫苗煮沸5分钟,勿随便抛弃(见表)。

(陈友绩)

预防接种制品及其使用方法

制 品 名 称	性 质	接 种 方 法					免疫有效期	说 明
		接种途径	剂 量 (ml)			间隔时间		
			第一次	第二次	第三次			
甲型流行性感胃活疫苗	活病毒,液体、干燥	喷 鼻	0.5				6~10个月	未接种过痘苗者 用于结核菌素试验阴性新兵 用于新兵 用于来自非流行区的新兵 被狂犬病动物咬伤后
痘苗	活病毒,液体、干燥	皮上划痕					4~6年	
流行性腮腺炎活疫苗	活病毒,液体	气雾、喷鼻	0.3				数年	
结核活菌苗(卡介苗)	活菌,液体、干燥	皮内	0.1				3~4年	
干燥鼠疫活菌苗	活菌,干燥	皮上划痕					1年左右	
炭疽活菌苗	活菌,液体	皮上划痕					1年	
干燥布氏菌病活菌苗	活菌,干燥	皮上划痕					1年	
霍乱菌苗	死菌、液体	皮下	0.5	1.0		7~10天	6~12月	
伤寒、副伤寒甲、乙三联菌苗	死菌,液体	皮下	0.5	1.0	1.0	7~10天	1年	
A群脑膜炎球菌多糖菌苗	死菌,液体	皮下	0.5	0.5		3~4周	1年左右	
钩端螺旋体菌苗	死菌,液体	皮下	1.0	2.0		7~10天	1年左右	
流行性斑疹伤寒疫苗	死立克次体、液体	皮下	0.5	1.0	1.0	5~10天	至少1年	
流行性乙型脑炎疫苗	死病毒,液体	皮下	2.0	2.0		7~10天	1年左右	
森林脑炎疫苗	死病毒,液体	皮下	2.0	2.0		7~10天	1年左右	
狂犬病疫苗	死病毒,干燥	皮下						
吸附精制破伤风类毒素	类毒素,液体	皮下	0.5	0.5		4~8周	3~5年	

战时卫生流行病学侦察

战时卫生流行病学侦察是对作战地区的卫生情况与流行病学情况进行的一种调查活动,查明该地区有无威胁部队健康的传染病与地方病以及发生这些病的各种有关因素与防治条件,从而采取相应的措施,以保障部队的战斗力。

地区流行病学资料的收集与汇编:战时卫生流行病学侦察以平时的侦察为基础。在平时即应收集各地区、特别是边防地区与战略要地的卫生流行病学资料,包括地形、气候、土壤、水文、植物的基本资料,卫生医疗机构与卫生兽医人员的数量与分布,人口与居民风俗习惯,卫生情况、尤其是水源,水质与污物处理情况,人、畜传染病与地方病发生情况,自然疫源地的分布,医学昆虫与动物的种类、分布与生态习性等的资料。整理后汇编成册。此外,也应收集与整理毗邻国家的卫生流行病学资料,以供边防部队防疫工作的参考。

战时流行病学侦察的内容与方法:战时流行病学侦察包括部队行军或运输经过的沿途、集结地区、作战地区与后方地区的卫生流行病学情况。各级侦察应分工负责,要互相配合补充,互相衔接,后一级要支援前一级,并在前

一级的基础上深入侦察,前一级要向后一级报告侦察结果。①师以下卫生部门侦察:负责本师作战地区与后方地区的侦察,可分师、团和营连三级进行。师派出卫生人员参加侦察分队和先头部队,对新进入地区进行侦察。团派出卫生人员对行进中沿途食宿点进行侦察。师和团的侦察主要是查明当地传染病的流行情况和水源情况。营、连卫生人员则重点侦察所用的水源。各级侦察的结果,要及时汇总并通报部队,及时提出防病的要求和措施。当部队向前推进时,要随时补充进行侦察。②军后勤卫生部门侦察:主要负责战役后方地区的侦察,由技术熟练的专业卫生防疫人员与检验人员组成侦察分队,着重侦察交通沿线与大城镇的卫生流行病学情况,包括传染病和地方病的发生、流行情况,病媒昆虫与动物的活动情况,水源卫生与有害动植物的情况以及敌人使用生物武器的情况等。必要时应派出侦察小组加强师团的侦察,并协助扑灭已发生的疫情。③集团军后勤卫生部门的侦察:主要负责战略后方要地、进驻的大城市、交通枢纽、军事基地的卫生流行病学情况的侦察,以及敌人使用生物武器时的卫生侦察等。由后勤卫生部门派出专业分队负责实施,并协助下级卫勤部门侦察与扑灭已发生的疫情。

侦察前要做好充分的准备,主要是:根据侦察范围、内

容和要求,确定侦察分队或小组的人数。较大的侦察应由流行病学与军队卫生学军医、熟悉医学昆虫与动物的技术人员和检验员参加,师、团侦察一般由防疫军医负责,营、连则由营军医、卫生员进行。卫勤首长组织侦察前,应收集所要侦察地区的军事、地理、交通、卫生与发病的情况,根据部队当前的任务,确定侦察目的和主要内容,向侦察人员交代清楚,并提供有关资料。要认真研究上级指示、部队任务与已提供的资料,制订侦察的实施方案,内容包括侦察的目的、路线、人员分工、工作内容、方法与程序等。如分组进行,则规定联络的时间、地点与方法,应准备军用地图、指北针、登记表格、听诊器、体温计、昆虫与动物采样箱、野战检水检毒箱,以及急救、消毒、防护用品等。参加侦察的人员应熟悉有关的业务技术。

战时侦察主要采用口头询问与现场查看的方法,有病人员时应予检查,确定诊断,查明发病原因。对水源、媒介昆虫、宿主动物可作采样,在现场或带回实验室检查。侦察后应将所得资料整理分析,作出卫生学和流行病学判断,向卫勤领导作口头或书面报告,必要时附简图。战时卫生流行病学侦察力求及时、真实,有继承性,以便不失时机地采取针对性措施。应把通过侦察掌握的情况与资料转交给防部队或友邻部队,以供参考并进行补充侦察。

(陈友绩)

流行性感冒

流行性感冒(简称流感)是一种藉飞沫传播的急性病毒性呼吸道传染病。易于流行,起病急骤,病程短,有发热及周身酸痛等症状,而呼吸道症状却较轻微。流感发病率虽然很高,但病死率却较低。本病为部队战时多发病之一,由于罹患者多,影响部队战斗力。

病原学 流感病毒属正粘液病毒。病毒颗粒表面呈粗糙的球形,直径80~120nm;有包膜,其中含有血凝素和神经氨酸酶,分别呈放射状的突刺。核心含有呈螺旋形分节的核蛋白与聚合酶。流感病毒能在鸡胚羊膜腔中生长繁殖,且可以通过羊膜腔接种传代,也可以在尿囊腔中生长。在猴肾单层细胞培养上可以生长。红细胞凝集现象是病毒产生特异凝集素的结果。神经氨酸酶是一种与凝集素同处于脂质衣上的酶,与相应受体接触后可释放出唾液酸,使细胞溶解释放出新生成的病毒颗粒而感染其他细胞。利用流感病毒的可溶性补体结合抗原型的特异性,可将本病毒群分为甲、乙、丙三型。甲型流感病毒是引起人间流感的主要病毒;本型也在动物中存在如猪、鸟类和马等。乙型流感病毒只引起较轻的症状;丙型流感病毒对人只有低的致病性。流感病毒由于其分节段的基因组在复制时可出现较高的重组率,便发生了新的血凝素或神经氨酸酶编码的遗传物质,新病毒株可从动物病毒株诱导产生。流感病毒也可以在人群中发生突变而产生新的毒株。流感病毒的分离主要依靠采取咽含漱液或咽拭子接种。

流行病学 流感传染源是患者和病毒携带者。流感患者在潜伏期末就有传染性,发病初期最强,体温正常后

一般消失。流感的轻型病例常被误诊或漏诊,在流行初期更为重要。健康携带者由于携带期不长,排病毒量不大,在流行期间不是重要的传染源,但可以把流感带到新的地区而引起爆发。甲型流感病毒可能有动物宿主,如在流行间隙期间的猪、马、家禽与某些鸟类等。流感主要经飞沫传播,病毒在外环境中抵抗力较低,故需比较密切的接触。战时部队由于居住拥挤,接触频繁,以及疲劳、受凉等,可助长流感的传播与流行。此外,被污染的饮食用具、手帕、毛巾等也可成为传播媒介。流感的病后免疫力不持久,甲型病毒变异性大,因而易引起流行,且发病率高。在部队中以新兵的发病率较高。

流感的流行有大流行与一般流行两种形式。一般流行多发生于冬春季,但热带与亚热带地区也常于夏季流行。部队多在居民中出现散发病例或流行时突然爆发,数天内可达发病高峰,然后迅速下降。这种流行常常是由于初期少数散发病例未能及时发现与处理,例如,在流行开始以后的室内大型集会,则1~2天内可出现发病高峰。流感的大流行发生于甲型流感病毒出现新的亚型时,有两种情况:①当病毒抗原发生亚型变异,即血凝素发生大变异而神经氨酸酶无变异或仅有小变异时,如1946年出现亚甲型(病毒抗原由 H_0N_1 变为 H_1N_1)、1968年出现香港型(由 H_2N_2 变为 H_3N_2)时,只发生小规模或中等规模的流行;②当病毒抗原发生大组变异,即血凝素与神经氨酸酶均发生大变异,如1957年出现亚洲甲型(H_1N_1 变为 H_2N_2)时,则发生大规模的世界性流行。此时,由于人群对新型病毒普遍易感,传播极快。流感大流行的特点是无季节与地区的限制,发病率高,传播极为迅速,沿交通线波浪式推进。在部队内则表现为突然爆发。

临床表现 临床上可有以下几种类型。

单纯流感 于接触感染后2~3天发病。患者有无畏寒,继有头痛、发热;有的有明显的发冷,全身困倦、广泛的肌肉疼痛和疲软无力。常晨起后还照常工作而至午间突然发病,至晚体温可升至 39°C ,遂迫使患者卧床休息。一般无特殊体征可寻,常见的有颜面发红,结合膜和咽部有轻度或中等度的充血。病程历时3~5天,于此期间有鼻塞、咽喉发痒、疼痛。常见轻咳。退热开始则主要症状减轻,于1~2天内即觉大部症状消失而逐渐恢复。部分患者或有疲乏、易倦。也可出现腹泻,但为时甚短,热退即愈。患者一般食欲良好,除高热时外能照常进食。流感病员一周后可恢复体力而进行正常工作。

气管支气管炎流行性感冒 主要表现为气管、支气管炎的症状和体征。咳嗽往往很严重,可有血痰;还可有呼吸困难与胸痛等症状。胸部两侧可听到捻发音或干性罗音,但无实变体征,X线胸部检查常无炎症表现。症状可持续数周。痰液涂片革兰染色检查只见有少数常见的呼吸道细菌和上皮细胞。可不给抗生素治疗,预后较佳。

原发性流感病毒性肺炎 见于具有慢性肺部疾患或原有器质性心脏病如风心病、心肌梗塞、动脉硬化性心脏病的中、老年患者。咳嗽多痰且迅速变成泡沫痰与血色痰。可有呼吸困难,中度紫绀。体温可达 39°C 或更高。肺部

有弥散性细罗音与哮鸣音,但无实变体征。X线检查可提示肺水肿或间质性肺炎。白细胞可增高至13000~20000/ μ l,粒细胞有核左移现象。痰培养只有常见的口咽部菌群。间质性肺炎发展迅速,常于36小时左右即表现呼吸困难,紫绀明显,血氧饱和度减低,且不易纠正。最后可造成呼吸性酸中毒和 PCO_2 上升。此种病毒性间质性肺炎抗生素治疗效果不佳。患者可死于缺氧。

流感易并发肺炎,常于流感退热后1~7天,突然又发热、咳嗽,并咳出血痰,肺有明显的实变体征。链球菌和金葡菌是常见的入侵菌群。流感对心血管亦可有严重的影响,心电图可有T波的改变。此外,还可有谵妄、抽搐和昏迷等脑炎症状,但少见。类似过敏和血清病的症状也可偶见,这可能是病毒血症时与抗体形成的免疫复合物所引起的。

诊断 在流行性感冒发病季节,一个单位迅速出现大批患者,这是诊断的重要依据之一。散发性流感的确诊依靠特别的检查方法,病原学诊断靠病毒分离,如接种含漱液于鸡胚与猴肾单层细胞培养,以观察其有无血凝发生,如有血凝发生则可进一步利用其可溶性补体结合抗原的型特异性,对本次流行之型属作出判断,常于发病后第9日左右出现阳性。单份血清补体结合滴度为1:80,可作为近期流感感染而非为预防注射所引起的判断依据。如以血凝及血凝抑制法测定双份血清滴度达到4倍增长,则可确诊流感。

治疗 单纯流感可用银翘散,也可加用针刺治疗。发热头痛、全身酸痛可针合谷、风池、曲池等穴;咳嗽频繁者针列缺;鼻塞针迎香、足三里等穴。盐酸金刚烷胺每天100~200mg,可缩短甲型流感之病程。其半衰期为20~40小时,偶尔可致困倦思睡、厌食、呕吐。剂量更大时,反可引起如安非他敏所致的兴奋状态。如与流感疫苗同时投给患者则可增强疫苗的免疫效果。对乙型无效。甲基金刚烷胺与金刚烷胺的作用相同,体外和体内试验效果大于金刚烷胺,副作用亦少。

预防 管理好传染源,主要做好三方面的工作:①防止传染源输入部队;战时部队应经常了解驻地、运输或行军途中,尤其是食宿地点以及将要进入的地区居民中流感发生情况,当居民中有流感流行时,应尽量减少部队人员外出,对经常外出人员进行医学观察,对来自流行区的新兵进行检疫。②早期发现与管理:做好上呼吸道患者的登记统计,注意观察部队上感的发病动态。在流感流行季节,应加强门诊、巡诊,注意早期发现病员。当上感发病数有上升趋势时,应引起警惕。在疑似流感不能确诊时,应先按流感处理。流感患者的隔离应根据情况采取不同方式,少数患者送团卫生队隔离;发病人数多时一般患者可在营、连组织临时隔离室隔离;个别重症患者送团卫生队或师医院隔离。患者在退热后24小时或发病后7天解除隔离。隔离后应进行疫源地消毒。③接触者检疫与发病单位管理:部队在开始发现个别流感患者时,对发病单位(班、排或连队、依据居住情况以及与患者接触情况而定)的全体人员可视为接触者,进行医学观察三天,如出现发

热患者立即隔离,并限制与其他无发病单位的人员接触;当大批发病时,经上级批准可对有发病的单位组织集体检疫,至最后一名患者发病后三天解除。当部队内流感有流行趋势时,应暂停室内大型集体活动,限制发病单位与无发病单位人员来往,必须来往时应戴口罩,同时加强巡诊,暂停门诊。

做好行政生活管理:①坚持查铺、查哨制度,在冬季要做好防寒保暖工作,保证热食,防止受凉。在淋雨或受凉后可煎服生姜红糖水或喝酸辣汤。②冬季住房或帐篷要保持空气流通,合理安排铺位,尽可能扩大铺间距离,或采取头足颠倒睡法;室内取暖应防止室温剧烈变化;采用湿法打扫,衣被要勤晒勤洗。③注意个人卫生,养成良好卫生习惯,不随地吐痰。④搞好食堂卫生,食堂应通风,避免就餐时过于拥挤。有流感流行趋势时,可采取分批用餐或分散用餐办法。早期发现炊事员中流感病员,及时隔离。

预防接种。现用流感疫苗有活疫苗与灭活疫苗两种。经鼻接种流感活疫苗后产生分泌型局部抗体,对防止流感病毒感染起重要作用。由于流行的主要是甲型流感,现在主要是用甲型流感减毒活疫苗。在战时,部队全体成员均应接种流感疫苗。一般用鼻腔喷雾法,每侧鼻孔喷入稀释的疫苗0.25ml;也可采用气雾免疫法,以提高工作效率,但反应较大。接种后一般在2周内开始产生抗体,1个月左右达高峰,免疫力维持6个月至1年,应在流行季节前1个月完成接种。

药物预防。金刚烷胺能抑制病毒进行细胞后的脱衣过程,预防甲型流感有较好效果,对乙型流感无作用。成人每天服2次,每次100mg,连服7~14天,可降低流感发病率或减轻症状。本品毒性很小,长期服用亦无副作用。复方金刚烷胺片有预防与治疗作用,成人每日服2次,每次1片。

(朱显征 陈友绩)

流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒所致的急性传染病,藉飞沫传播。主要侵犯唾液腺,以腮腺的非化脓性炎症为特征,可在部队新兵中引起流行。腮腺病毒属副粘液病毒,为球形颗粒,直径约90~300nm。病毒核心内含单股对称螺旋结构的RNA;核衣壳外有囊膜,含有血凝素、神经氨酸酶和溶血素。本病毒对物理和化学因素均很敏感。紫外线照射半分钟即死亡,在37℃可保持活力24小时,加热50~60℃20分钟即被灭活。一般化学消毒剂,如75%乙醇、甲醛溶液、3%来苏尔等在2~5分钟即可使其灭活。但能耐受低温,在4℃其活力能保持2月,-65℃达数月甚至数年。腮腺炎病毒含有S抗原(可溶性抗原)和V抗原(病毒体抗原),感染后人体可产生相应的S和V抗体。

本病在部队中的流行高峰多出现于新兵入伍后3~5个月内。腮腺炎病毒的唯一自然宿主是人类。病人和病毒携带者均为传染源。病人自腮腺肿大前2~6天至发病后7~9天均有传染性,从急性期病人的唾液、血、尿