

法定传染病 防治手册

史鹏达 潘庆超 余自立 编著

广东科技出版社



1
R51
SPD

2/850112

法定传染病防治手册

史鹏达 潘庆超 余自立 编著

广东科技出版社

粤新登字 04 号

图书在版编目 (CIP) 数据

法定传染病防治手册/史鹏达, 潘庆超, 余自立
编著. —广州: 广东科技出版社, 1994. 5.

ISBN 7—5359—1177—3

I. 法…

II. 史…

III. 传染病

IV. R51

法定传染病防治手册

编 著 者: 史鹏达 潘庆超 余自立

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路 11 号)

经 销: 广东省新华书店

电脑排版: 广东科技出版社电脑室

印 刷: 广州永达印刷厂

规 格: 787×1092 1/32 印张 14.25 字数 320 千

版 次: 1994 年 5 月 第 1 版

1994 年 5 月 第 1 次印刷

印 数: 1—3 200 册

ISBN 7—5359—1177—3

R·211 定价: 10.80 元

前 言

传染病在我国仍为危害人民健康较严重的一类疾病。在全世界，特别是第三世界国家亦如此。例如世界卫生组织将病毒性肝炎列为世界第9位病死率的疾病。我们颁布《中华人民共和国传染病防治法》的目的就显得传染病的重要性，而且表示国家对此类疾病的重视。史鹏达主任医师等曾从事传染病的防治数十年，积累了丰富的经验，为了进一步推动传染病的防治工作，他们编写了《法定传染病防治手册》一书。该书对我国法定传染病，精辟扼要地阐述其病原特征、流行病学特征、临床表现、诊断及防治等。作者们除阐述一般资料外，并加入了最新的技术与方法，以及他们多年来的宝贵经验。这是难能可贵的。因此，此书对从事内科、儿科、皮肤性病、传染病和防疫等医师，特别是综合医院、基层医院的医务工作者有较高的参考价值。

中山医科大学传染病学教研室

教 授 罗章炎

1992年2月27日

目 录

第一部分 甲类传染病	1
第一章 鼠疫	1
第二章 霍乱	13
第二部分 乙类传染病	29
第三章 病毒性肝炎	29
甲型病毒性肝炎	58
乙型病毒性肝炎	61
丙型病毒性肝炎	65
丁型病毒性肝炎	67
戊型病毒性肝炎	69
第四章 痢疾	73
细菌性痢疾	73
阿米巴性痢疾	84
第五章 伤寒和副伤寒	90
伤寒	91
副伤寒	107
第六章 艾滋病	107
第七章 淋 病	122
第八章 梅毒	128
第九章 脊髓灰质炎	143
第十章 麻疹	155
第十一章 百日咳	166
第十二章 白喉	170

第十三章	流行性脑脊髓膜炎	179
第十四章	猩红热	194
第十五章	流行性出血热	202
第十六章	狂犬病	223
第十七章	钩端螺旋体病	229
第十八章	布氏菌病	248
第十九章	炭疽	257
第二十章	斑疹伤寒	265
	流行性斑疹伤寒	267
	地方性斑疹伤寒	275
第二十一章	流行性乙型脑炎	278
第二十二章	黑热病	291
第二十三章	疟疾	301
第二十四章	登革热	319
第三部分	丙类传染病	328
第二十五章	肺结核	328
第二十六章	血吸虫病	349
第二十七章	丝虫病	359
第二十八章	包虫病	371
第二十九章	麻风	378
第三十章	流行性感冒	396
第三十一章	流行性腮腺炎	403
第三十二章	风疹	409
第三十三章	新生儿破伤风	415
第三十四章	急性出血性结膜炎	420
第三十五章	感染性腹泻病	427
附录	中华人民共和国传染病防治法	437

第一部分 甲类传染病

第一章 鼠 疫

鼠疫 (Plague) 是一个古老的传染病, 早在公元 1320 年的《旧约圣经》就记载了腓力斯人与犹太人的战争中, 犹太人为流行病所败, 书中说是“上帝降罪于这个城市的人们, 无论大人和小孩, 其会阴部都患了肿块。”在人类历史上, 曾有多次严重的鼠疫流行, 造成重大的灾难, 其中三次成为世界性大流行。第一次从公元 524 年至 710 年, 开始于埃及商业中心 Pelusium, 扩散至欧、亚、非三大洲, 死亡近 1 亿人, 使东罗马帝国衰亡和十字军东征失败。据当时住在巴勒斯坦古城 Caesarea 的希腊历史学家 Procopius 在《History of the War's》一书对波斯战争中鼠疫流行的描述说:“在流行高峰每日死亡 1 万多人, 使东罗马帝国的人口减少一半。”因而就以当时的皇帝 Emperor Justinian 为名, 称为“汝斯丁尼安瘟疫”。鼠疫的第二次世界大流行于 11 世纪从中亚开始, 1347~1350 年间已遍及欧洲, 称为“黑死病 (Black Death)”, 使欧洲的 8 000 万人中死亡 2 000 万, 不少繁华城市变为坟场。曾在罗马教皇克里门七世 (Clement VII) 处任职的法国著名医生 Guy de chauliac 写有《1348 年阿维尼翁 (Avignon) 的鼠疫》一书。曾写过鲁滨逊漂流记的英国人 Daniel Defoe (1661~1731) 在 1722 年也写过《A Journal of the Plague year》。第三次世界大流行在 19 世纪末, 至今已百余年, 波及五大洲, 32 个国家和地区,

至第二次世界大战结束后才逐渐停息。但起源于何处尚未有定论,多数认为是1894年由广东传至香港再扩散至世界各地的:如Cecil的《Textbook of Medical》; Trazer等的《Textbook of Public Health》; Harrison's的《Principles of Internal Medicine》; Wilm的《A Report on the Epidemic of Bubonic Plague at Hongkong in the year 1896》。但罗杰斯(Rogers)的《Fever in the Tropics》书中认为:“1853年Mahamari(当时对鼠疫的俗称)在印度谟拉达巴德(Moradabad)暴发之后不断有小流行,直至1894年。”印度卫生部长Russel在第9次远东热带病学会上发表的《Plague in India》的附表中列有1898~1933年印度鼠疫死亡12 209 036人。

鼠疫在我国流行已久,远在春秋战国时期(公元前770~前221年)的《黄帝内经》已有类似鼠疫的记载,称为恶核病“恶核者内里忽有核、累累如桃李,小如豆粒,皮肉燥痛,左右走身中,卒然而起……不即治,毒入腹,烦闷恶寒,即杀人……。”隋巢元方和孙思邈在610年前后写的《诸病源候论》和《千金方》中均有恶核症的记载。麦格劳(Roderick E McGraw)在《医史全书(Encyclopedia of medical history)》中提到“762年中国沿海省份流行严重的高病死率的腺鼠疫,当时使山东失掉近半数的人口”,与《唐书·五行志》中记载唐代宗宝应元年(762年)“江东大疫,死者过半”相符。1108年云南曾有滇西南韶国鼠疫流行的记载。明朱橚《普济方·毒肿类》记载“金(1115~1234年),时疫疙瘩肿毒流行,岭北太原燕蓟,互相传染,多至死亡。”1281年罗谦甫(天益)的《卫生宝鉴》也提及“时疫疙瘩毒肿”。明崇祯壬午(1642年)吴有性《瘟疫论》卷下《杂气论》“或时众人呕血暴下,俗名为瓜瓢瘟,探头瘟是也。或时众人瘰核,俗名为疙瘩瘟

是也”。又据《花村谈经》中也有“崇祯十六年（1643），八月至十月京城内外，病称疙瘩，贵贱长幼，呼病即亡，不留片刻”。云南赵州师道南的《鼠死行》描述清乾隆壬子、癸丑（1792、1793年）云南弥渡、凤仪等地鼠疫流行惨状，未几作者亦死于鼠疫，年未三十，赋一开始就写“东死鼠，西死鼠，人见死鼠如见虎；鼠死不几日，人死如圻堵。”19世纪中叶，清兵在云南镇压农民起义，调动频繁，使疫情向外蔓延。《俞曲园笔记》（1862年）记载：“同治之初，滇中大乱。……疫之将作，其家之鼠，无故自毙。病皆骤然而起，身上先起小块，坚硬如石，颜色微红，扣之极痛，施身热谵语，或逾日死，或即日死，群医束手，不能处方，……疫起乡间，延及城市。”1890年传至广州，1894年香港流行，当年6月日人北里（Kitasato）和法籍瑞士人耶尔森（Alexander Yersin）先后在香港分离出鼠疫杆菌。当时香港已是繁忙港口，1890年就有54 109艘船只出入，以致疫情很快扩散至全世界。

据不完全统计，1604~1949年我国已有20个省、自治区，549个县、市、旗流行过鼠疫，自然疫源地达46万多平方公里，260多万人发病，死亡240多万人。其中最大的流行有东北三次、西北二次。东北第一次流行是1910年10月至1911年11月，由当时俄国传入肺鼠疫，造成43 802人死亡，并波及山东、河北等省。东北第二次流行于1920~1921年，死亡9 300人。东北第三次流行于1947年，波及3市25个县旗，93个区633村，共30 326例，死23 171人。西北第一次流行于1917~1918年，死亡16 000人；第二次流行于1928~1931年，死亡2万余人。台湾日本人仓冈彦助在《台湾鼠疫流行病学研究》附表中列出1896~1917年发生鼠疫30 101例，死24 104人。香港1894~1947年鼠疫病死18 826

人。广州 1894 年大流行时，3~6 月共售出棺材 9 万多具。此外，1936 年日军在哈尔滨市平房区建造鼠疫细菌工厂(731 部队)，多次向浙江、江西、湖南及黑龙江省的 12 个县市空投染鼠疫菌的蚤和鼠，造成人为的人鼠间连续 12 年的流行。1945 年日军投降前夕，又炸毁该厂，染菌鼠蚤四散，哈尔滨人为的疫源地，连续 5 年流行。

新中国成立后，开展了以灭鼠为主的大规模的综合防治，加强了国境检疫，至 1955 年已基本控制了人间鼠疫的发生和流行。但近年来由于大量人员涌入疫区采矿、采金、采药、捕獭和收购农副产品，进入疫区者又多数不懂鼠防知识，也没有接种疫苗，感染机会明显增多；且有些人有剥食旱獭习惯和具备快速交通工具，极易逃避检疫，将鼠疫病或染疫动物的皮、肉、油带出疫区，造成大面积扩散。尤其是 80 年代全世界鼠疫疫情明显上升，屡屡出现局部暴发，巴西、美国、原苏联、印度、非洲及我国都有发生，且不少为家鼠型，危害极大。

〔病原学特征〕 鼠疫是以啮齿动物为贮存宿主，以跳蚤为传播媒介，由鼠疫杆菌引起的急性传染病。鼠疫杆菌为革兰氏染色阴性的卵圆形杆菌，无芽孢，无鞭毛，虽无荚膜，但在动物体内或 37℃ 培养时，菌体周围有膜样外套，可用墨汁法及荧光抗体法观察。在加有 3% 氯化钠的培养基内及陈旧尸体中呈明显棒状、膨隆状或酵母状及大小不等的特点，有助于鉴定。在肉汤中形成絮状沉淀物及薄膜，紧贴管壁，形成白环。鼠疫杆菌的多数毒力决定因素是由它所携带的质粒控制的；在一定条件下，质粒可能在不同的菌株之间转移，这种转移可能会造成鼠疫自然疫源地的突然复活。本菌在尸体中夏天存活 7~10 天，冬天 5 个月以上。对光、热、干燥及

消毒剂的抵抗力较弱；直射日光 1~4 小时、加热 55℃ 15 分钟、100℃ 1 分钟可杀死。在 0.1% 升汞液中，数秒即死；5% 石炭酸或来苏液，5%~10% 氯胺液，3~5 分钟即可死亡，痰中菌经数分钟也可杀灭。本菌对寒冷抵抗力强，冷库中可生存 25 年；死鼠体内于 22℃ 可生存 30 日，6℃ 生存 93 日，蒸馏水中生存 6~20 日；病人痰中生存 10~16 日，人尸体中生存数日至 1 个月；在棉花、碎布等自然干燥环境中存活 6 日，肥沃土壤中存活 7 个月，不肥沃土壤存活 16 个月。

〔流行病学特点〕

一、传染源 野生啮齿动物是基本的传染源，已知有 200 多种，互相传染形成鼠间流行后，传给家鼠或家畜发病，再通过与人类有密切关系的体外寄生物（如蚤类等媒介），将鼠疫传播给人。但任何鼠疫病人也均是人间鼠疫的传染源，如吸血昆虫吸败血型等病人的带菌血、腺鼠疫破溃后的带菌脓液、肺鼠疫病人的含菌痰等。

二、传播途径

1. 体液传染：当鼠蚤吸食含菌的鼠血后，鼠疫杆菌便在前胃及消化道繁殖，形成菌栓，阻塞其消化道，再吸人血时，遇阻反流，将菌注入人体，每次可达 2~10 万个，这是“鼠—蚤—人”的主要传播方式。也可由蜱类传播给人。

2. 直接接触传播：如接触含菌的痰或脓液，剥宰染菌动物的皮、肉、血，经皮肤伤口或粘膜感染；或含菌之蚤类，随人搔痒而进入皮内。

3. 飞沫传染：原发性肺鼠疫患者经呼吸、咳嗽、喷嚏等形式飞沫传给他人。

4. 胃肠道传染：如食用未经煮透的受染旱獭或鼠肉而感染，但比较少见。

三、传播媒介

1. 我国主要的储存宿主有：嗜谷绒鼠、达乌尔黄鼠、阿拉善黄鼠、长爪沙土鼠、布氏田鼠、灰旱獭、长尾旱獭、喜马拉雅旱獭和蒙古旱獭等。

2. 我国主要媒介昆虫有：印鼠客蚤、人（致痒）蚤、缓慢细蚤、优胜病蚤、不等单蚤、猫节首蚤、谢氏山蚤、斧形盖蚤、腹窦纤蚤、方形黄鼠蚤、短凹黄鼠角蚤、山宇手蚤、近代新蚤和秃病蚤等。臭虫、虱子、蜱体内均可带菌，但尚未证实有传播本病作用。

四、流行特征 可呈连续性、间歇性和偶然性流行，受鼠疫杆菌的主要宿主、媒介、自然环境、气象条件等影响；如主要发生于松辽平原、贝加尔针茅草原和羊草草甸的达乌尔黄鼠鼠疫，3~4月份黄鼠冬眠出蛰后，流行至4~6月达高峰，过后即出现褐家鼠及人类鼠疫流行高峰，但我国南方的黄胸鼠不冬眠，流行高峰在温暖季节；而旱獭鼠疫则局限于当地。此外，还有分布较广的长爪沙鼠、布氏田鼠、嗜谷绒鼠等疫区类型。

五、易感性 人对鼠疫不分种族、性别和年龄普遍易感，且无带菌现象。

〔临床表现〕 潜伏期，腺鼠疫2~4日，常为1~2日；肺鼠疫数小时至3日，已接种菌苗者可为7~12日。

一、全身中毒症状 起病急骤，以寒战高热开始，发热达39~40℃，呈重病容；头痛、四肢剧痛，有时恶心、呕吐，烦躁不安，意识模糊，表情激动或迟钝，颜面及眼结膜明显充血，言语不清，步态蹒跚，呈衰竭样，脉搏及呼吸加快，心律不齐，血压下降，肝脾肿大；可出现粘膜及皮下出血、鼻衄、血尿及胃肠道出血，甚至发生休克。个别病人，体温可

于第3~4日下降，似乎好转，但可于次日恶化，不久死亡。

二、各型特殊表现

1. 腺鼠疫：流行初期最常见，主要表现为患部淋巴结肿大，以腹股沟部位最多，其次为腋窝、颈部，颌下较少，为一组淋巴结炎伴以周围组织水肿。通常在发病1~2天即出现，大小不一，肿胀迅速，直径可达5~7cm，与周围组织粘连，常不能活动；初时表面潮红，触之坚硬，以后化脓有剧痛，使病人处于特征性强迫体位。如不及早给予有效治疗，很快破溃，排出带菌脓液，常于3~5日内继发败血症或肺鼠疫，因严重毒血症与心力衰竭而死亡。但每次流行初期及末期均可见到部分患者呈轻型经过，仅轻度发热及少数淋巴结肿大，偶而化脓，数日即愈，以已接种菌苗者较多。

2. 肺鼠疫：分为原发性及继发性，前者为直接吸入鼠疫杆菌引起，两者均因其痰中排菌，在人与人之间传播鼠疫的危害性最大，病情严重，病死率高。

(1) 原发性肺鼠疫：起病急，中毒症状重，患者有危重感，骤然恶寒高热，精神忧郁，烦躁不安，咳嗽，剧烈胸痛，开始时排少量稀薄痰液，继而痰多、带血丝，以后呈稀薄之红色泡沫状血痰或血性粘液痰，内含大量鼠疫杆菌。听诊有干湿啰音、管状呼吸音和少量胸腔积液征。严重者发病初期即有呼吸急促，迅速出现呼吸困难及紫绀，但肺部体征并不明显，与病情严重程度不相称，如不及时进行抢救及有效治疗，很快意识不清，进入昏迷状态，多于2~3日内发生心力衰竭、大出血或中毒性休克而死亡，死后皮肤呈黑紫色，曾称为“黑死病”，病死率达70%以上。

(2) 继发性肺鼠疫：多由腺鼠疫或败血型鼠疫发展而来，兼有两者症状及体征，并迅速加重。除病死率高外，它是造

成原发性鼠疫的基本传染源。

3. 败血型鼠疫：亦分为原发性和继发性两种：

(1) 原发性败血型鼠疫：是鼠疫杆菌直接入血所引起，虽不多见，但十分凶险，又称“暴发型鼠疫”，多因患者免疫功能差或侵入菌量多、毒力强所致，发病急、无腺肿、突发高热伴严重全身中毒及中枢神经系统症状。于寒战后体温上升至 40°C 左右；个别衰弱者，体温不升。剧烈头痛伴以恶心、呕吐、脉速弱、呼吸促、面色土灰，发病后迅速呈现神志不清、谵妄及昏迷，极易发生 DIC（弥散性血管内凝血）如鼻衄、咯血、呕血、便血、血尿及皮肤粘膜出血等相继出现，因心力衰竭、血压下降及休克，可于数小时至一日内死亡，重症病死率几达 100%。

(2) 继发性败血型鼠疫：表现为骤然发病，高热，昏迷，并伴有呕吐、腹泻、便血、血尿、皮肤粘膜出现典型出血斑点，中枢神经系统症状较严重。血中可查到大量鼠疫杆菌。如不昏迷，发展较缓，有演变为肺、脑等鼠疫的可能。

4. 其他型：如脑型、肠型、咽型、皮肤型、眼型、轻型及隐性鼠疫均少见；妊娠鼠疫可发生流产、早产、死产。如早期进行有效的综合治疗，可保住胎儿。

〔实验检查〕

一、常规检查 除轻症外白细胞总数均升高，初期淋巴细胞增多，以后中性粒细胞显著增高，易见胞质中空胞及中毒颗粒，尿中可见蛋白及红细胞。

二、细菌检查

（一）首发病例取材

1. 腺鼠疫病人取腺肿穿刺液和血液；
2. 肺鼠疫病人取痰或咽喉分泌物和血液；

3. 败血型病人取血液；
4. 肠鼠疫病人取呕吐物、粪便和血液；
5. 脑膜炎型鼠疫病人取脊液和血液；
6. 皮肤型鼠疫病人取局部分泌物；
7. 可疑鼠疫的急死尸体，剖取淋巴结、肝、脾、肺、心等材料，如尸体腐败时，可取骨髓进行鼠疫杆菌检查。

(二) 涂片检查 用革兰氏、吉氏或怀森 (Wayson) 氏染色镜检。

(三) 细菌培养 用龙胆紫溶血琼脂、龙胆紫溶血胰酶消化液琼脂、龙胆紫胆碲铜琼脂、龙胆紫溶血胆盐胰酶消化液琼脂等 28~30℃ 24~48 小时，必要时观察 3~5 日。

(四) 快速诊断

1. 感染动物局部抽液法：可于 8~12 小时得出初步结果；
2. 滤膜培养法：过滤浓缩后染色检查；
3. 鼠疫噬菌体法：以双层平板及菌体被裂解的残体三管法，观察噬斑多少；
4. FI 检查法：将生长菌株，经氯仿处理再与 FI 抗体进行沉淀反应；
5. 其他：如反向血凝、荧光抗体、染色纤维法、放射免疫、酶联免疫、气相色谱法和改良抗体中和试验等。

(五) 血清学检查

1. 间接血凝试验：2 周后达高峰，效价可达 1:10 000 以上；如检材为死鼠，三排复试结果阳性，即可判为鼠间鼠疫。
2. 酶联免疫吸附试验：比较灵敏，亦可测完 FI 抗体，效价可达 1:100 万以上。
3. 放射免疫沉淀试验：方法简单、结果稳定。
4. 荧光抗体测定：快速准确。

5. 其他：炭凝、补结、小鼠保护试验等。

〔诊断标准〕 卫生部 1990 年。

一、疑似病例 起病前 10 天内，曾到过鼠疫动物病流行区或有接触鼠疫疫源动物及其制品、鼠疫病人或鼠疫菌培养物的历史。突然发病，病情迅速恶化的高热病人，具有下列症候群之一者，应考虑为疑似病例。

1. 急性淋巴结肿胀，剧烈疼痛，出现被迫性体位；
2. 呼吸困难，咳血性痰；
3. 具有毒血症候，迅速虚脱；
4. 伴有重度中毒症候的其他症候群；

5. 在没有接种过鼠疫菌苗的病人血清中，被动血凝试验 1:20 以上滴度的抗鼠疫杆菌 FI 抗体，或用其他经国家级单位认可（确定）的试验方法检测达到诊断标准的，亦可做出疑似病例的追踪诊断。

二、确诊病例

1. 在疑似病人或尸体材料中检出具有毒力的鼠疫杆菌，是确诊首例鼠疫病人的唯一依据。

2. 当一起人间鼠疫已经确诊后，在病人或尸体材料中检出鼠疫杆菌的 FI 抗原或 FI 抗体升高 4 倍以上，亦可对续发病例做出确诊。

实验确诊：疑似病例加 1 或 2。

〔鉴别诊断〕 主要依靠病原学诊断。

1. 腺鼠疫应与急性淋巴结炎、淋巴丝虫病、土拉菌病、性病淋巴肉芽肿等鉴别；

2. 各型鼠疫早期须与斑疹伤寒、恙虫病、流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热和钩端螺旋体病相鉴别；

3. 败血型鼠疫须与各种败血症鉴别，本病毒血症状出现

早，病情严重，早期血培养可确定病原。

4. 皮肤型须与炭疽相鉴别。

〔治疗〕

一、患者隔离 鼠疫病区应隔离在孤立建筑物内，病区内应做到无鼠、无蚤，病人须经仔细灭蚤、沐浴更衣后方可收入；肺鼠疫患者应单独隔离。隔离应到症状消失、血或分泌物培养每3日1次，检菌3次阴性；肺鼠疫痰培养每3日1次，6次阴性，方可出院。

二、局部处理 肿大的淋巴结可用抗菌药溶液外敷，在其周围组织内注入链霉素 (streptomycin) 0.5~1.0g；已软化者，在应用足量抗菌药物24小时后，可切开排脓，但勿挤压以免引起败血症。眼部可用四环素 (Tetracycline)、氯霉素 (Chloromycetine) 药水滴眼；皮肤可用抗菌药物湿敷、冲洗或外用软膏。

三、抗菌治疗 必须争取早期足量和注射给药，轻症亦可口服，首剂宜大量，用至热退后4~5日。

1. 首选为氨基糖甙类抗生素：如庆大霉素 (Gentamycin) 160~320 mg/日分次静滴，连续7~10日。链霉素只用于腺鼠疫，成人首剂2g，以后每6~8小时肌注1g，2日后改为2g/日，热退后改为1g/日，连用7~10日。氨基糖甙类与四环素、氯霉素合用更好，剂量亦可稍减。

2. 四环素、氯霉素。在开始时每日静滴2g，热退后改口服；主要用于链霉素耐药时，四环素比氯霉素毒性低。

3. 磺胺：磺胺嘧啶 (Sulfadiazine, SD) 首剂2~4g，每4小时1~2g，与等量碳酸氢钠 (Sodium Bicarbonate) 同服；复方新诺明 (Sulfamethoxazole Co.) 每片含SMZ 400mg、TMP 80mg，每次2片，每日3~4次，热退后改为2次。