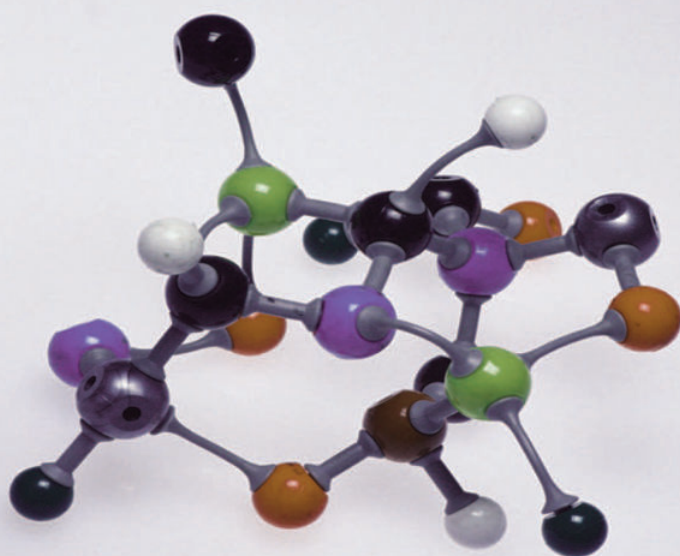


CHANGJIAN CHUANRANXING JIBING YUFANG YU KONGZHI


常见传染性疾病预防与控制

主 编 张 鹏



常见传染性疾病预防与控制

主编 张鹏

 江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见传染性疾病预防与控制 / 张鹏主编. -- 南昌 :
江西科学技术出版社, 2018.7
ISBN 978-7-5390-6417-8

I. ①常… II. ①张… III. ①常见病-传染病预防②
常见病-传染病-控制 IV. ①R183

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 118467 号

选题序号:KX2018271
图书代码:B18073-101

常见传染性疾病预防与控制

张鹏 主编

出版 江西科学技术出版社
发行
社址 南昌市蓼洲街 2 号附 1 号
邮编:330009 电话:(0791)86623491 86639342(传真)
印刷 北京中献拓方科技发展有限公司
经销 各地新华书店
开本 787mm×1092mm 1/16
字数 244 千字
印张 10.25
版次 2018 年 7 月第 1 版 2018 年 7 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978-7-5390-6417-8
定价 48.00 元

赣版权登字 03-2018-212
版权所有,侵权必究
(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)

静察 趣懒幼孟癡鑽勿末布

主 编 张 鹏

副主编 范孝青 宋慧婷



张鹏,男,1976年2月生,甘肃武威人,毕业于宁夏医科大学,本科学历,现就职于天祝县疾病预防控制中心地方病科,内科主治医师。

1996年7月毕业于武威卫生学校临床医学专业,2005年毕业于西北民族大学成人教育临床医学大专班,2011年毕业于宁夏医科大学成人教育临床医学本科班。2004年起从事传染病控制和应急处置工作,参与并成功处置了2009年人感染甲型H7N9禽流感等重大疫情,参与编写完成《中西医结合急危重症学》,参与完成的《构建学校-家庭-社会健康教育网络对结核病控制作用的研究》获天祝县科技进步二等奖,在《疾病监测》刊出论文《2017年甘肃省天祝县畜牧兽医人员接触羊布鲁氏菌病活疫苗(S2株)导致的人间布鲁氏菌病疫情调查》,2015年被甘肃省卫计委评为“万名医师支援农村卫生工程”优秀支农队员。



范孝青,女,1970年9月生,大学本科学历,现就职于山东省青州市邵庄卫生院,主管防疫师。

自一九九二年参加工作以来,一直在本单位防疫科从事预防医学工作。二十六年里,积极利用一切可利用的时间钻研业务知识,阅读了大量的有关书籍,对常见传染病的预防与控制多有研究。能够按照《中华人民共和国传染病防治法》的要求正确处理各种常见传染病疫情,做到学以致用,理论指导实践,辖区内从未出现疾病暴发情况,较好地控制了传染病在本地的流行和传播。工作积极主动,任劳任怨,多次参加各级组织的业务培训班,不断提高自己的业务水平。由于工作成绩突出,多次受到上级领导和同志们的好评,年年被评为全市卫生系统先进工作者。



宋慧婷,女,汉族,江西南昌人,2013年毕业于江西中医药大学中西医结合临床专业,2014年就职于《实用中西医结合临床》编辑部从事医学编辑工作,同年通过全国统招硕士考试就读于福建中医药大学内科学专业,2017年毕业后继续供职于《实用中西医结合临床》编辑部,并长期关注中西医结合临床医药相关领域的最新研究进展。

彩 录

传染病是全球各国面临的共同威胁。世界卫生组织说过,我们正处于一场传染性疾病的全球危机的边缘。从早年间的“非典”、“人感染 H7N9 型禽流感”疫情,到 2014 年西非“埃博拉”、2015 年韩国“中东呼吸综合征”、2016 年南美洲“寨卡”疫情,再到 2017 年底爆发的全球性“流感”疫情,近几年几乎每年都有大规模传染性疾病的暴发,造成全球性恐慌,且不排除新发再发病毒引发的传染性疾病的涌现。

传染性疾病的预防与控制一直是我国疾病预防控制工作的重要内容之一,1949 年以来,我国传染病预防与控制取得不少成绩,且制度不断完善,技术手段不断革新,在控制传染性疾病的暴发与流行中发挥了不可替代的作用。当前全球传染病形势仍然较为严峻,传染性疾病的防控依然是有效控制疾病扩散的有效途径。为方便基层工作人员实践操作,我们编写了《常见传染性疾病预防与控制》一书,旨在更好地普及传染病防治方面的新知识。该书共包括病毒性传染病、细菌感染性疾病、螺旋体感染性疾病及其他常见病原体感染性疾病。在病种的选择上我们主要以介绍新发、多发、常见的传染病为主,如寨卡病毒、埃博拉出血热及中东呼吸症;在内容选取上更讲究接近基层实践和个人经常遇到的传染病。在章节与问题的安排上,针对各种传染性疾病,按照疾病流行病学、诊断与治疗、预防与控制措施等体例编写。张鹏同志主要编写了本书第一章概论和第二章病毒性传染病;范孝青同志编写了本书第三章细菌感染性传染病;宋慧婷同志结合专业特长,除参与了本书的框架编写及编辑、审稿工作外,提出了诸多具体可行的意见和建议,同时在百忙之中还编写了本书第四章螺旋体感染性疾病和第五章其他病原体感染性疾病等内容。全书紧密结合我国传染病的现状,注重内容的科学性、先进性、系统性和适用性,全书内容新颖详实、覆盖面广、实用性强。

《常见传染性疾病预防与控制》一书将理论与实用性相结合,深入浅出,通俗易懂。对防疫人员、相关行政管理者防控传染病及普通民众了解传染病等均有一定的参考价值。

编者

二〇一七年初

目 录

第一章 概论	(1)
第一节 传染病的流行过程	(1)
第二节 传染病常见症状、体征	(3)
第三节 传染病的诊断	(15)
第四节 传染病的预防	(18)
第二章 病毒性传染病	(21)
第一节 流感	(21)
第二节 风疹	(31)
第三节 麻疹	(34)
第四节 艾滋病	(37)
第五节 狂犬病	(42)
第六节 登革热	(46)
第七节 手足口病	(50)
第八节 病毒性肝炎	(54)
第九节 寨卡病毒病	(58)
第十节 埃博拉出血热	(63)
第十一节 流行性出血热	(66)
第十二节 流行性腮腺炎	(74)
第十三节 流行性乙型脑炎	(77)
第十四节 中东呼吸综合征	(82)
第十五节 急性出血性结膜炎	(85)
第三章 细菌感染性疾病	(88)
第一节 鼠疫	(88)
第二节 霍乱	(92)
第三节 淋病	(97)
第四节 结核病	(100)
第五节 猩红热	(106)
第六节 百日咳	(109)
第七节 破伤风	(111)
第八节 布鲁氏菌病	(115)

第九节 感染性腹泻病	(118)
第十节 伤寒、副伤寒	(122)
第十一节 流行性脑脊髓膜炎	(127)
第四章 螺旋体感染性疾病	(132)
第一节 梅毒	(132)
第二节 钩端螺旋体病	(135)
第五章 其他病原体感染性疾病	(141)
第一节 疟疾	(141)
第二节 包虫病	(146)
第三节 黑热病	(148)
第四节 血吸虫病	(150)
第五节 斑疹伤寒	(154)

廣 州 芍 妃

廣 擷 趣孟云蹄渌戡仔

传染病在人群中的发生、发展、传播和终止的过程,称为传染病的流行过程。传染病的流行必须具备传染源、传播途径和易感人群 3 个基本环节,这 3 个基本环节必须同时存在、互相配合才能造成流行,缺少一个环节或 3 个环节互相脱离,传染病就不会流行。流行过程又受社会因素及自然因素的影响。

一、流行过程的基本环节

1. 传染源

是指体内有病原体生存、繁殖并能将病原体排出体外的人和动物。

(1)患者:在大多数传染病流行过程中,现症患者病原体排出量多、传染性强,是重要的传染源,然而在不同病期的患者,传染性的强弱可有所不同,尤其在发病初期其传染性最强。

(2)病原携带者:病原体携带者是指不论有无病史,有无症状的个人,体内存在而且排出所携带的病原体。一般可分为 3 类:①潜伏期病原体携带者,有些传染病在潜伏期特别是潜伏期末期即可排出携带的病原体;②恢复期或病后病原体携带者,有些传染病在临床症状消失后,体内病原体仍未被清除,且不断排出体外,例如沙门菌;③健康病原体携带者,过去并无患病历史,现在亦无明确症状,但可排出某一传染病的病原体,检出病原体经过一个潜伏期亦未出现症状。就传播疾病的意义而论,健康病原体携带者最为重要。3 个月内排菌的为暂时病原携带,超过 3 个月的为慢性病原携带。病原携带者不易被发现,其在传染病的播散传染的危险性更大,具有更重要的流行病学意义。

(3)隐性感染者:某些传染病如脊髓灰质炎、流行性脑脊髓膜炎,隐性感染者可能是重要传染源。

(4)受染动物:传播疾病的动物为动物传染源,动物作为传染源传播的疾病,称为动物性传染病,如狂犬病、布氏杆菌病等;野生动物为传染源的传染病,称为自然疫源性传染病,如鼠疫、钩端螺旋体病、肾综合征出血热等。值得警惕的是,近年人类的新发传染病多与受染动物有关,如 SARS、禽流感、甲型 H1N1 流感等。

2. 传播途径

病原体从传染源排出体外,经过一定的传播方式,到达并侵入新的易感者的过程,谓之传播途径。传染病的主要传播途径有:

(1)呼吸道传播:所有呼吸道传染病均可通过空气飞沫或气溶胶传播,特点是传播速度快、广泛,发病率高。

(2)消化道传播:所有消化道传染病以及部分呼吸道传染病可以通过污染食物、水源或食具经消化道传播。水源受到病原体污染后不仅可通过消化道传播,如甲型肝炎;也可与水

直接接触受到感染发病,如钩端螺旋体病。

(3)接触传播:分为直接接触和间接接触传播两类,前者是指传染源与机体直接接触所造成的传播,如皮肤炭疽、狂犬病等。后者是指传染源通过污染的手、日常用品等所致的传播,在肠道传染病中尤为常见。

(4)节肢动物传播:通过蚊、蝇、蚤、虱、蜱、恙虫等叮咬吸血传播疾病。有些病原体尚可在媒介昆虫体内,甚至可经卵传给后代再起传播作用。

(5)土壤传播:有些肠道寄生虫卵在土壤中发育到一定阶段才能致病。有些细菌可长期保存在土壤中,接触者可致感染发病。

(6)血液、体液传播:病原体存在于血液、体液(如精液、唾液)中,不仅可通过下述的医源性传播,还可通过密切的生活接触、性生活等其他途径传播,有些是水平传播,有些可为母婴垂直传播,如乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病等。

(7)医源性传播:在日常医疗预防处置中亦可传播某些传染病,如通过输血传播疟疾、乙肝、丙肝、艾滋病等。

3.易感人群

是指人群对某种传染病病原体缺乏特异免疫力,整体易感程度高或免疫水平低下,如在此类人群中出现此种传染病时,易发生该传染病的流行。新生人口增加、易感者的集中或新进入疫区,部队的新兵入伍等,均易引起传染病流行;而病后获得免疫、人群隐性感染、人工免疫等,均可使人群易感性降低,不利于传染病流行或终止其流行。

二、影响流行过程的因素

(1)自然因素:包括地理因素与气候因素。由于作为传染源的啮齿动物、节肢动物的生存、繁衍、活动受地理和气候条件的限制,大部分虫媒传染病和某些自然疫源性传染病,有较严格的流行地区和流行季节。自然因素不仅可直接影响病原体在外环境中的生存能力,也可影响人体的免疫状态,对传染病的流行造成一定的影响。如寒冷季节可减弱呼吸道抵抗力易发生呼吸道传染病,夏秋季节可减少胃酸分泌易发生消化道传染病。

(2)社会因素:主要与人民的生活水平,社会卫生保健事业的发展,预防普及密切相关。生活水平低、工作与卫生条件差,可致机体抗病能力低下,无疑增加感染的机会,亦是构成传染病流行的条件之一。此外当地的风俗习惯、文化水平等对传染病的流行也有一定的影响。

三、流行特征

(1)强度特征:传染病流行过程中可呈散发、暴发、流行及大流行。

(2)地区特征:某些传染病和寄生虫病只限于一定地区和范围内发生,自然疫源性疾病也只限于一定地区内发生,此等传染病因有其地区特征,均称地方性传染病。

(3)季节特征:是指传染病的发病率随季节的变化而升降,不同的传染病大致上有不同的季节性。季节性的发病率升高,与温度、湿度、传播媒介因素、人群流动等因素有关。

(4)职业特征:某些传染病与所从事职业有关,如炭疽、布鲁氏菌病等多见于牧民。

(5)年龄特征:如某些传染病,尤其是呼吸道传染病,儿童发生率高。

(6)性别特征:有些传染病发病的性别差异主要是由于接触感染的机会不同,如血吸虫病多见于男性,与男性接触疫水的机会较多有关。

(7)周期特征:有些传染病可在一定的时间间隔后发生流行,如甲型流感每 10~15 年可发生一次大流行等。

虞 撄 趣孟静寮榆续廿 肯

一、传染性疾病基本特征

传染病与其他疾病的主要区别,在于具有下列 4 个基本特征。

(一)病原体

每一种传染病都是由其特异性的病原体所引起,包括微生物与寄生虫。历史上许多传染病(如霍乱、伤寒)都是先认识其临床和流行病学特征,然后认识其病原体。目前还有一些传染病的病原体仍未能充分地加以认识。

(二)传染性

这是传染病与其他感染性疾病的主要区别。例如耳源性脑膜炎和流行性脑脊髓膜炎,在临床上都表现为化脓性脑膜炎,但前者无传染性,无须隔离,后者则有传染性,必须隔离。传染性意味着病原体能通过某种途径感染他人。传染病病人有传染性的时期称为传染期,它在每一种传染病中都相对固定,可作为隔离病人的依据之一。

(三)流行病学特征

除传染源、传播途径、易感人群外,传染病的流行受许多自然和社会因素的影响,表现出多种特征。在质的方面有外来性和地方性之分,前者指在国内或地区内原来不存在,而从国外或外地传入的传染病如霍乱,后者指在某些特定的自然或社会条件下在某些地区中持续发生的传染病如血吸虫病。在量的方面按传染病流行过程的强度和广度可分为散发、暴发、流行和大流行。流行病学特征还包括传染病发病率在时间上(季节分布)、空间上(地区分布)、不同人群(年龄、性别、职业)中的分布。

1.流行性

(1)散发:病例以散在的形式发生,各病例之间在发病时间与发病地点上没有明显的联系。散发多见于人群对某种传染病的免疫水平提高、隐性感染比例高、传播难以实现或潜伏期长。

(2)暴发:是指在某一局部地区或集体单位中,短期内突然出现大批同类传染病的病人,如食物中毒、流行性感胃等。这些病人大多是同一传染来源或同一传播途径,多数病人发生于该病的最长潜伏期内。

(3)流行:当一个地区某病的发病率显著超过该病常年的发病率水平或为散发发病率的若干倍时称为流行。但是,确定流行时还应根据各种传染病在不同地区、不同历史条件下的具体情况来区别“散发”或“流行”,如伤寒,在几十年前每 10 万人口每年发生 100 例,也曾定为散发,而在现代供水和饮食卫生有明显改善的情况下,如果达到如此高的伤寒发病率则应认为是流行。又如平时很少或甚至未发生过霍乱的国家或地区,即使发生几例,就应考虑是霍乱流行,而那些经常发生霍乱的国家或地区,这样的发病水平,只能被认为是散发。

(4)大流行:某种传染病在一定的时间内迅速传播,波及全国各地甚至超出国界或洲界,

就被称为大流行或世界流行。如果该病的发病率大大地超过了该地区一般的流行强度,波及范围又相当广泛,就可认为是大流行。

2.季节性

一些传染病的发病率,每年有一定的季节性升高称为季节性,季节性升高的原因主要与气温的高低和昆虫媒介密度有关。

3.地方性

有些传染病,由于中间宿主的存在、地理环境、气候条件、居民生活习惯等原因,常局限于一定地区范围内发生,称为地方性传染病。如恙虫病、丝虫病、血吸虫病、森林脑炎、黑热病等。以野生动物为主要传染源的自然疫源性疾疾病也属于地方性传染病。

4.周期性

呼吸道传染病如流感、麻疹等,由于人群免疫水平的下降,易感人群的积累,往往若干年出现一次较大的流行,即为流行的周期性。

(四)感染后免疫

人体感染病原体后,无论是显性或隐性感染,都能产生针对该病原体及其产物(如毒素)的特异性免疫。保护性免疫可通过抗体(抗毒素、中和抗体等)检测而获知。感染后免疫属于自动免疫,通过抗体转移而获得的免疫属于被动免疫。感染后免疫的持续时间在不同传染病中有很大差异。一般来说,病毒性传染病(如麻疹、脊髓灰质炎、乙型脑炎等)的感染后免疫持续时间最长,往往保持终身,但有例外(如流感)。细菌、螺旋体、原虫性传染病(如细菌性痢疾、阿米巴病、钩端螺旋体等)的感染后免疫持续时间通常较短,仅为数月至数年,也有例外(如伤寒)。蠕虫病感染后通常不产生保护性免疫或仅有带虫免疫,因而往往产生重复感染(如血吸虫病、钩虫病、蛔虫病等)。

二、传染性疾疾病发展特点

急性传染病的发生、发展和转归,通常分为4个阶段。

(1)潜伏期:从病原体侵入人体起,至开始出现临床症状为止的时期,称为潜伏期。每一个传染病的潜伏期都有一个范围(最短、最长),并呈常态分布,是检疫工作观察、留验接触者的重要依据。潜伏期通常相当于病原体在体内定位、繁殖、转移、引起组织损伤和功能改变导致临床症状出现之前的整个过程。因此潜伏期的长短一般与病原体感染的量成反比。如果主要由毒素引起病理生理改变,则与毒素产生和播散所需时间有关。如细菌性食物中毒,毒素在食物中已预先生成,则潜伏期可短至数小时。狂犬病的潜伏期取决于病毒进入体内的部位(伤口),与伤口至中枢神经系统的距离成正比。

(2)前驱期:从起病至症状明显开始为止的时期称为前驱期。在前驱期中的临床表现通常是非特异性的,如头痛、发热、疲乏、食欲减退、肌肉酸痛等,为许多传染病所共有,一般持续1~3d。起病急骤者,则无前驱期。

(3)症状明显期:急性传染病患者度过前驱期后,某些传染病(如脊髓灰质炎、乙型脑炎等)患者大部分随即转入恢复期,临床上称为顿挫型,仅少部分患者转入症状明显期。某些传染病(如麻疹、水痘等)患者则绝大多数转入症状明显期。在此期间该传染病所特有的症状和体征通常都获得充分表现,如具有特征性的皮疹、肝、脾肿大和脑膜刺激征、黄疸等。

(4)恢复期:机体免疫功能增强达一定程度,体内病理生理过程基本终止,患者症状及体征基本消失,临床上称为恢复期。在此期间体内可能还有残余病理改变(如伤寒)或生化改变(如病毒性肝炎),病原体还未完全清除(如霍乱、痢疾),许多患者的传染性还要持续一段时间,但食欲和体力均逐渐恢复,血清中的抗体效价亦逐渐上升至最高水平。

(5)复发与再燃:有些传染病患者进入恢复期后,病情已稳定且退热一段时间后,由于潜伏于组织内的病原体再度繁殖至一定程度,使初发病的症状再度出现,称为复发。有些传染病患者在恢复期时,体温尚未稳定或完全恢复至正常,此时由于潜伏的病原体再度繁殖,又再发热并出现初发传染病原有的症状及体征时,称为再燃。复发和再燃可见于伤寒、疟疾、细菌性痢疾等传染病患者。

(6)后遗症:有些传染病患者在恢复期结束后,机体某器官功能仍长期未能复常者称为后遗症,多见于中枢神经系统传染病如脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎等。

三、传染性疾病临床类型

临床常根据传染病发病性质、临床表现、病程经过及病情严重程度进行分类或分型。如按疾病过程可分为急性、亚急性、慢性;按病情严重程度可分为轻型、中型、重型、暴发型;按临床过程可分为典型及非典型等,其中典型相当于中型或普通型,由于非典型缺乏该病常见的临床经过,可轻可重,极轻者可照常工作及生活,又称逍遥型,不仅在诊断上有困难,而且在传染病的管理上也造成困难。轻型、重型、暴发型,实际上亦属非典型类型,中型则为典型。所谓暴发型在主要症状尚未出现时,病情即十分严重,必须积极抢救,可见于流脑、中毒性菌痢、暴发性病毒性肝炎等。临床类型的识别与划分,对判断预后、治疗措施以及流行病学调查都有重大意义。

四、传染性疾病常见症状

(一)发热

发热是传染病常见的症状,也是多种疾病所共有的临床表现。凡体温超过 37.3℃或一日温差大于 1℃而除外生理因素及人为因素影响后称之为发热。

1.病因

(1)短程发热:热程短于 2 周。以感染多见,最常见为病毒感染,其次为细菌感染(如菌痢、肺炎、猩红热等),再次为原虫感染、输液输血反应、过敏性发热等。

(2)长程发热:热程超过 2 周。常见全身性感染疾病(如结核、细菌性心内膜炎等),其次为局灶性感染(如肾盂肾炎、胆囊炎、支气管炎等),再次为结缔组织疾病、变态反应性疾病等。

(3)未明热:发热持续 3 周以上,体温高于 38℃,住院 1 周仍未能明确诊断的发热。

感染性(约 40%):包括全身性感染及局灶性感染。①全身性感染:以结核、伤寒、细菌性心内膜炎、败血症多见。②局灶性感染:如肝脓肿、肾周围脓肿、泌尿系统感染、胆道感染等。

肿瘤性(约 20%):淋巴瘤、白血病、恶性组织细胞病、肝癌、肾脏肿瘤、结肠癌等。

结缔组织疾病(约 15%):系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、风湿热、结节性多动脉周围炎等。

其他(约 15%):药物热、肝硬化、肠道炎性疾病、变应性亚败血症(成人 Still 病)等。

病因不明(约 10%):病人已愈或死亡仍未查明病因。

2. 诊断要点

(1) 短期发热: 多为急性感染, 有明显症状、体征, 结合实验室检查可协助诊断。

(2) 长期高热: 分感染类与非感染类两大类。

感染性疾病: ①伤寒: 非典型伤寒发热可达 1 个月以上, 在长期发热的感染性疾病中占首位(约 30%)。一般夏秋季发病, 热程超过 2 周, 脾脏轻度肿大, 白细胞偏低, 酸性粒细胞减少或消失, 肥达反应滴度在 1:160 以上或多次检查滴度递增, 血及骨髓培养阳性可确诊。②结核: 占长期发热感染性疾病中的第二位(约 23%), 好发于青少年, 外貌逍遥, 体征无重要发现, 红细胞沉降率(血沉)可增快, OT 或 PPD 试验若强阳性则进一步摄胸片有助于诊断粟粒性结核。肺外结核可做淋巴结活检或胃肠、泌尿系统造影以协助诊断。必要时给予抗结核试验治疗 1 个月有助于回顾诊断。③败血症: 凡遇原因不明的畏寒、高热、白细胞显著增多而无局限于某一系统的急性感染, 应考虑败血症的可能; 如起病前有皮肤感染或外伤史, 特别是疖肿挤压史, 或在慢性局灶性感染过程中虽经治疗而发热仍不能控制, 则败血症的可能性更大。如在病程中出现皮肤瘀点、肝脾大以及迁徙性病灶等, 则败血症的临床诊断基本成立。进一步确诊有赖于骨髓和血培养阳性。④感染性心内膜炎: 长期发热不退, 白细胞增多, 进行性贫血, 皮肤有瘀点, 肝脾肿大及栓塞表现, 心脏有杂音或原杂音性质改变要考虑到感染性心内膜炎的可能, 二维超声心动图检查及反复多次血培养有助于明确诊断。如原有先天性心脏病、风湿性心瓣膜病或心脏手术史, 对亚急性细菌性心内膜炎的诊断有价值。⑤疟疾: 不典型疟疾可以每天发作, 且血片中不易查到疟原虫, 但有发作性寒战、高热及大汗, 肝脾肿大, 白细胞偏低, 单核细胞增多, 进行性贫血, 尿胆原增加。必要时做骨髓涂片或进行试验性抗疟治疗。⑥急性血吸虫病: 有疫水接触史, 高热, 汗多, 热退逍遥, 肝脾大, 白细胞及酸性粒细胞显著增多。大便查见虫卵或孵化阳性可确诊。环卵试验阳性也有助诊断。⑦胆道感染: 反复发热、黄疸、腹痛及白细胞增多, 结合病人为 40 岁以上女性肥胖者要考虑本病的可能。B 超、十二指肠引流液常规及培养检查有助于诊断。⑧泌尿道感染: 对已婚女性、老年前列腺增生症或有血尿病史者, 如长期发热, 腰酸不适, 尿常规异常, 应反复进行中段尿培养, 必要时尿路造影检查以求明确诊断。⑨肝脓肿: 长期弛张热, 肝肿大及压痛, 消瘦, 右侧横膈抬高, 白细胞增多常提示肝脓肿可能。超声波可协助诊断并可在超声定位引导下行脓肿穿刺引流。⑩其他局灶性感染: 鼻窦炎、中耳炎、肾盂肾炎、盆腔炎症、膈下脓肿、肾周围脓肿等。

非感染性疾病: ①肿瘤: 为引起不明原因发热的非感染病因之首位。包括恶性组织细胞增生症、淋巴瘤、白血病、肝癌及肾脏癌肿等。对发热伴进行性消瘦、衰竭, 无明显毒血症状, 有贫血、低蛋白血症, 白/球蛋白比例倒置等要警惕肿瘤的可能。②结缔组织疾病: 包括类风湿关节炎、皮炎、系统性红斑狼疮等。常表现长期不规则发热, 大多有关节症状及皮肤损害, 有不同程度的脏器功能, 甚至多个脏器功能受损, 血沉增快, 球蛋白增加, 病程中常见缓解期与加剧期交替, 病人多为年轻女性。③变态反应性疾病: 包括成人 Still 病、药物热、过敏性肺炎、血清病等。成人 Still 病临床有发热、皮疹、关节酸痛三大主症; 实验室检查有白细胞计数及中性粒细胞升高, 血沉增快, 黏蛋白, α_2 和 γ 球蛋白升高; 各种培养阴性; 抗生素治疗无效, 激素治疗有效的特点。药物热则多在用药 7~10 日后发热, 可伴有或不伴皮疹, 停药后多于 24~48 小时内热度下降。

(3)长期低热

感染性疾病:以结核、慢性病灶感染、慢性胆道及尿路感染为多见。

非感染性疾病:①夏季低热:以年轻女性体弱者多见,每年夏季出现低热伴乏力、食欲减退、头晕等症状,检查无阳性发现。夏季一过,症状也消失,连续数年后自愈。②内分泌疾病:如甲亢、嗜铬细胞瘤、类癌综合征等。③神经性低热:系自主性神经功能紊乱所致。可伴有其他神经官能症症状,如多汗、多梦、多虑、失眠等。女性更年期往往手足心灼热而体温并不高。

(4)十大常规检查:对长期原因不明发热者不仅需要详细询问病史,仔细体格检查,还要进行必要的实验室检查以综合分析诊断。①血、尿、粪常规检查。②血沉检查。③肝肾功能检查。④X线检查。⑤血清学检查,包括肥达反应、病毒性肝炎抗原抗体检测、黏蛋白、抗“O”、甲胎蛋白等。⑥皮试,如PPD试验等。⑦各种培养,如血培养、骨髓培养及各种体液、分泌物、排泄物的培养等。⑧各种体液检查,如胸水、腹水、脑脊液及关节液检查等。⑨超声波检查。⑩穿刺及活检,如骨髓穿刺涂片、肝穿刺及淋巴结活检等。

3.处理原则

(1)不明原因发热病人除严重者外,一般停药观察3日热型,低热者最好口、肛表体温对照。

(2)不随便使用退热药物,以物理降温为首选,无效者可用适量退热药物,体温越高,用量要越小。

(3)支持治疗:如休息、营养,注意水、电解质平衡,补充维生素。

(4)对症治疗:如高热惊厥者降温止惊,可用亚冬眠疗法。

(5)病因未明勿随便使用抗生素和糖皮质激素,如毒血症状重,病情危重时,可在有效抗生素使用同时加用糖皮质激素。

(6)试验治疗,应有目的、有步骤地进行试验治疗,做到“用药有指征,停药有依据”。

(二)腹泻

腹泻是指大便稀薄,每日排出水分200g以上并伴有次数增加。病程在2个月以内者称急性腹泻;腹泻持续或反复超过2个月者称慢性腹泻。

1.病因

(1)感染性腹泻:因病毒、细菌、寄生虫等病原体感染所致,可用抗感染药物治疗。

(2)非感染性腹泻:包括过敏性紫癜、变态反应性胃肠病、急性中毒、肿瘤等疾病。

2.诊断要点

(1)急性腹泻

急性感染性腹泻:①细菌性食物中毒好发于夏秋季节,有同食者集体发病的特点,潜伏期短,急性呕吐、水泻,重者有黏液血便,病程短(1~3日),大便培养可获致病菌。②急性菌痢多发于夏秋季,起病急,先有发热、腹痛,继之腹泻、脓血便、里急后重,大便常规见大量红、白细胞及巨噬细胞。大便培养可获痢疾杆菌而确诊。③霍乱有流行史,多发于夏秋季节,起病急,有剧烈腹泻与呕吐,先泻后吐,大便呈米泔水样,无里急后重。病人常呈严重脱水状态。大便培养可获霍乱弧菌。④急性阿米巴痢疾起病较缓,全身毒血症状轻,里急后重不多见,大便粪质多,与脓血混合,有腥臭。镜检可见溶组织阿米巴滋养体而确诊。⑤抗生素相关性腹泻多

见于接受广谱抗生素治疗病人或腹部大手术后,突然频繁腹泻,黄绿色水样便,严重者呈血水样便,内含假膜,状如烂鱼肠,伴发热、腹胀、腹痛、呕吐,24小时内大便量可达3 000~5 000ml,病情凶险。大便培养分离到梭状芽孢杆菌及金黄色葡萄球菌而确诊。

急性非感染性腹泻:①急性出血坏死性肠炎:好发于小儿及青年。临床表现为突发性腹痛、腹泻、便血和毒血症。腹痛多位于左上、中腹部,呈阵发性绞痛、伴恶心、呕吐,大便呈糊状血便,有腥臭,无里急后重。大便镜检无溶组织阿米巴滋养体,培养也无痢疾杆菌。X线透视可见局限性小肠胀气及大小不等的液平面有助于诊断。②变态反应性胃肠病:过敏体质者食用虾、蟹、乳、蛋类食物后引起腹痛、腹泻、呕吐,常伴荨麻疹和血管神经性水肿。③急性中毒:包括化学毒物、生物毒素,如发芽马铃薯、毒蕈、河豚、砷、锑等食用后都可引起急性胃肠炎症状。④过敏性紫癜:可引起急性腹泻,伴皮肤紫癜,血中嗜酸性粒细胞增多,毛细血管脆性试验阳性,大便反复培养阴性。

(2)慢性腹泻:因病程长,病史及体征不显著,大便培养往往阴性,故诊断较困难。下列资料有助诊断参考。

病史:①年龄:肠寄生虫病、肠系膜淋巴结结核多见于儿童,结肠癌多见于中年以后。②腹痛:结肠病变以左下腹痛为甚且便后能缓解,小肠病变以脐周为主且便后不能缓解。③里急后重:直肠和乙状结肠病变多伴里急后重,如慢性菌痢、非特异性溃疡性结肠炎、直肠癌等。④腹泻与便秘交替:多见于肠结核、结肠过敏及结肠癌等。⑤发热:多见于肠结核及小肠恶性淋巴瘤等。⑥贫血、消瘦:多见于恶性肿瘤。⑦与饮食的关系:多见于肠变应性疾病。

体检:①腹部压痛:小肠病变压痛部位多在脐周,右下腹压痛多见于阿米巴痢疾、肠结核等,左下腹压痛多见于慢性菌痢与溃疡性结肠炎等。②肛门指检:直肠癌可触及肿块并易出血。

实验室检查:①粪便外观稀水便常为小肠病变;脓血便见于慢性痢疾、非特异性溃疡性结肠炎、血吸虫病等;黏液便多见于结肠过敏等。②镜检注意寄生虫卵、阿米巴滋养体及包囊、巨噬细胞等。③大便培养根据不同的病原体选择不同的培养基。标本的取样要正确,并及时送检。④对慢性菌痢、血吸虫病、结肠癌和非特异性溃疡性结肠炎进行乙状结肠镜检查以鉴别。必要时行纤维结肠镜检查。⑤钡餐及钡灌肠X线检查可发现胃癌、结肠癌、肠结核、溃疡性结肠炎、局限性肠炎及过敏性结肠炎等。

3.治疗

(1)支持治疗:休息,病因未明前先做床边隔离;进食易消化有营养饮食,供给足量液体及维生素;做好肛门护理。血性大便较多或贫血严重者可输新鲜血液。

(2)病因治疗:迅速查明病因,按不同的病因采用不同的治疗。

(3)对症治疗:①脱水严重者迅速补充水、电解质,并注意酸碱平衡,维持机体内环境稳定。②毒血症状严重者如高热、谵妄,中毒性肠麻痹等则在有效抗生素治疗下短期应用糖皮质激素,如静脉注射氢化可的松,每次100mg,必要时每日可用300~500mg。③腹泻伴腹痛时可用山莨菪碱5~10mg,口服或肌内注射。慢性腹泻次数频繁时,可给收敛剂或止泻剂,如双八面体蒙脱石(思密达),1~2包冲服,一日3次,或复方苯乙哌啶1~2片,一日3次。

(4)试验治疗:不能排除感染性腹泻的慢性腹泻病人,试行一疗程的抗菌或抗阿米巴痢疾的试验性治疗。

(三)肝脾肿大

1.肝肿大

正常人肝脏下缘于右肋弓下往往不被触及或仅触及边缘,剑突下可触及3cm左右(不超过受检者剑脐线长度的1/3大小),肝脏上界在右锁骨中线上第5肋间,上下径约12cm。因此肝脏是否肿大的检查除触诊外,还需结合肝上界的叩诊,防止将移位的肝脏误认为肝肿大;还需结合触诊肝脏的质地、边缘的锐钝及有无压痛进行综合判断。

(1)病因

感染性肝肿大:病毒、细菌性感染,如病毒性肝炎、细菌性肝脓肿、败血症、化脓性胆管炎、肺结核及慢性胆囊炎等。②寄生虫感染,如血吸虫病、阿米巴肝脓肿、中华分枝睾吸虫病、肝包虫病、疟疾及黑热病等。

非感染性肝肿大:①中毒性肝肿大,如异烟肼、四环素、四氯化碳等。②瘀血性肝肿大常见于充血性心力衰竭。③胆汁瘀滞性肝肿大,如瘀胆型病毒性肝炎、胆道结石、先天性胆道闭锁及癌肿等。④代谢障碍性肝肿大,如脂肪肝、肝豆状核变性(Wilson病)等。⑤原发性或继发性胆汁性肝硬化及酒精性肝硬化。⑥肿瘤及血液病性肝肿大,如肝癌、霍奇金病、恶性组织细胞增生症等。

(2)诊断要点:①病史:流行病史对寄生虫感染的诊断有帮助;肝区疼痛常提示肝内炎症、瘀血及占位性病变;肝肿大伴发热提示肝脓肿、肝炎、胆道感染及肝癌或血液病等;短期内体重下降明显、消瘦、恶液质提示肿瘤的可能性。②体检:肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、男性乳房发育、脾肿大多见于慢性肝炎及肝硬化病人;肝质硬,表面不平滑者提示肝癌;肝大伴右侧膈肌抬高及肋间增宽及局限性压痛者提示肝脓肿等。③实验室检查:肝功能酶系统异常多见于急性、慢性肝炎及肝癌等;蛋白系统异常多见于慢性肝炎及肝硬化病人;胆红素代谢系统改变参见“黄疸”节。④免疫学检查:病毒性肝炎特异性抗原抗体检测,寄生虫感染循环抗原的免疫学检测有助于诊断。⑤其他:十二指肠引流、超声波、CT、肝穿刺活检及X线检查根据临床需要而定。

2.脾肿大

凡在肋下触及脾脏者称脾肿大。脾肿大按程度可分为轻度、中度和重度。

(1)病因:①轻度脾肿大:见于急性感染伴全身毒血症症状及单核-巨噬细胞增生反应的疾病,如伤寒、败血症、疟疾、血吸虫病、病毒性肝炎等。②中度脾肿大:多见于慢性感染及自身免疫性疾病,如慢性肝炎、慢性血吸虫病、疟疾、系统性红斑性狼疮、慢性溶血性贫血等。③巨脾:见于晚期血吸虫病、肝硬化、慢性白血病、戈谢病、晚期恶性组织细胞增生症等。

(2)诊断要点

病史:流行区居住史有助于寄生虫感染的诊断;急性感染性脾肿大往往伴有发热等全身毒血症症状;家族遗传史多见于戈谢病等。

体检:检查有无贫血、黄疸、出血、蜘蛛痣及肝掌;注意淋巴结的大小与质地变化(若出现异常则争取早期淋巴结活检以助诊断);注意有无心源性肝硬化的心脏病体征,肝脏肿大的程度与质地,有无腹水等。

实验室检查:①血象可见有无感染性血象、寄生虫感染、贫血、脾功能亢进等。②大便检