

几种常见传染病的诊疗规范

甲类传染病(2种):鼠疫、霍乱.

乙类传染病(25种):传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病(12种):流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病,除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病,手足口病,水痘

甲型肝炎

【诊断要点】 1. 流行病学

(1) 注意当地甲型肝炎流行情况;

(2) 病前半月至一个半月有无甲型肝炎患者密切接触史;个人、集体饮食卫生状况;去外地或国外旅游、出差。

(3) 食物或水型暴发,起病前进食未煮熟海产品如毛蚶、蛤蜊等。

(4) 儿童及青少年为好发病年龄以及秋、冬和春季高峰,皆有利于甲型肝炎的诊

断. 2. 临床表现潜伏期 15~45 日,平均 30 日。(1) 急性黄疸型

1) 黄疸前期:起病较急,多有发热,突出的症状为乏力和厌食、厌油、恶心、呕吐等胃肠道症状。尿色逐渐加深.本期一般持续 5~7 日。

2) 黄疸期:热渐退,自觉症状好转,尿色继续加深,皮肤巩膜出现黄染,肝脏肿大,有压痛及叩击痛.本期持续 2~6 周。

3) 恢复期:黄疸渐退,症状消失,肝脏逐渐回缩至正常。本期持续 2 周~4 个月,平均 1 个月。

(2) 急性无黄疸型:临床表现与黄疸型相似但较轻,也以乏力和胃肠道症状为主,但不出现黄疸。

(3) 急性重型:极少见,参见乙型肝炎。(4) 急性淤胆型:主要表现为较长期(超过 3 周)的肝内梗阻性黄疸。黄疸较深而自觉症状较轻,肝肿大较明显,多有皮肤瘙痒。

3. 实验室检查

(1) 常规检查:外周血白细胞总数正常或稍低,淋巴细胞相对升高。黄疸前期末尿胆红素及尿胆原开始呈阳性反应。

(2) 血清酶的测定:血清转氨酶明显升高,是早期诊断的重要依据。多数患者 ALT>400~1000u/L,AST 亦有升高。

(3) 胆红素测定:黄疸型肝炎血清直接与间接胆红素均升高,淤胆型肝炎血胆红素明

显升高,以直接胆红素为主。

(4) 蛋白测定:血清白蛋白、球蛋白多在正常范围,比例正常.

(5) 凝血酶原时间:凝血酶原时间明显延长或凝血酶活动度明显下降,提示重症肝炎的可能.

(6) 血清学检查:

1)血清抗—HAV-IgM 阳性即可确诊为甲型肝炎。急性期和恢复期双份血清抗-HAV 总抗体 (主要是 IgG)有 4 倍以上升高亦可诊断为本病.

2) 粪便、血清或肝组织中发现 HAV 颗粒、HAV Ag 或 HAV RNA 可确诊为甲型肝炎。

(7) B 型超声波检查:B 超检查有助于了解肝脾大小及肝内、外梗阻性黄疸的鉴别诊断。【 鉴别诊断 】

1。 应与其他原因引起的肝炎如非肝炎病毒引起的肝炎、感染中毒性肝炎、药物性肝损害、酒精性肝炎等相鉴别.

2。 黄疸型肝炎尚应与溶血性黄疸、肝外梗阻性黄疸相鉴别 ;

3。 本病与乙型、丙型、丁型、戊型病毒性肝炎的鉴别,除参考流行病学资料外,主要依据血清病毒标志物的检测。

【 治疗原则 】

1. 一般治疗:早期卧床休息,直至黄疸消退。饮食清淡、易于消化。消化道症状明显而不能进食者,可静脉补液,给予葡萄糖、电解质液体及维生素 C 等。禁酒,禁用损害肝脏的药物。

2. 护肝、退黄治疗:一般对症治疗即可,亦可选用强力宁、门冬氨酸钾镁或还原型谷胱甘肽(TAD)。淤胆型肝炎可选用苯巴比妥钠或肾上腺皮质激素,但后者只在其他疗法无效时应用. 3. 中医中药治疗:中药以清热利湿为主。有黄疸者用茵陈蒿汤加减,淤胆型肝炎可用凉血活血中药.

【 预 防 】

1. 管理传染源:做好疫情报告及疫源地消毒。隔离病人至发病后 3 周。儿童接触者应进行医学观察 45 天。

2. 切断传播途径:是预防本病的重要环节。搞好个人和集体卫生,养成餐前便后洗手习惯,实行分餐制,加强水源、饮食、粪便管理,做好食具消毒及水产品的卫生监督等. 3. 保护易感人群:(1)

主动免疫:减毒活疫苗和灭活疫苗均已在临床应用。前者只需接种一次,如接种二

次(0、12月),效果更好。后者一般接种二次(0、6月);

(2) 被动免疫:对密切接触的易感人群,可用人丙种球蛋白,剂量:学龄前儿童 1ml,学龄儿童 2ml,成人 3ml。注射时间越早越好,不宜迟于感染后 7~10 天。

乙型肝炎

【 诊断要点 】 1. 流行病学 (1)

有与乙型肝炎或 HBsAg 携带者同吃、同住、同生活等密切接触史或多个家庭成员病史,特别是出生于 HBsAg 阳性母亲的婴幼儿,对乙型肝炎诊断有参考意义。

(2) 经常接触乙型肝炎病人的血液、粪便、尿液等排泄物而未采取预防措施者 ; (3) 静脉吸毒、纹身。

(4) 接受输血或血制品、血液透析、免疫接种、内窥镜检查、注射、手术或针刺治疗等. 2. 临床表现 : 潜伏期 30 ~ 180 日,平均 70 日。

(1)

急性乙型肝炎 : 分急性黄疸型、急性无黄疸型.起病较隐匿,多无发热,临床表现

与甲型肝炎相似,多数呈自限性。

(2) 慢性乙型肝炎

1) 我国的慢乙肝往往是新生儿或婴幼儿期感染,在成年期方出现症状或肝功能异常而被发现,因此,成年人中以急性乙型肝炎表现形式者约有半数慢性乙肝病毒感染的急性发作,需与真正的急性乙型肝炎进行鉴别。

2) 急性乙肝迁延不愈,病情超过 6 个月以上即为慢性乙肝,儿童中急性乙肝较多。
3) 发病日期不明,就诊时已有慢性肝炎的体征和/或化验者。

慢性肝炎的临床表现包括:消化道症状如厌食、恶心、呕吐、腹胀、腹泻等,神经症状如乏力、萎靡、头晕、失眠等,肝区不适、肝痛、肝肿大、压痛、质地变硬,脾肿大,可伴有蜘蛛痣、肝掌、毛细血管扩张或肝病面容。还可出现肝外多脏器损害如肾炎、关节炎等。根据症状、体征、化验综合分析,以判定慢性肝炎的程度。如有肝活检材料则按肝活检判定肝脏炎症活动程度与肝纤维化程度。

(3) 重型乙型肝炎

乙型肝炎约 1~5%发展为重症肝炎,以亚急性多见,急性重肝(暴发性肝炎)较少,在慢乙肝基础上发生重症肝炎(慢性重症肝炎)较常见。

1) 急性重型肝炎:发病初期常似急性黄疸型肝炎,但病情发展迅猛,起病 10 日内迅速出现精神神经症状(肝性脑病,如烦躁不安、神志不清、嗜睡、昏迷等)。有扑翼样震颤及病理性反射。肝浊音界迅速缩小,黄疸迅速加深,随即出现脑水肿甚至脑疝,明显出血倾向、肝肾综合征等。

2) 亚急性重型肝炎:发病初期亦类似急性黄疸型肝炎,但起病 10 日以上出现下列表现:高度乏力、高度食欲不振、恶心、呕吐、高度腹胀、黄疸迅速上升(数日内血清胆红素即达 $171\mu\text{mol/L}$ 以上),明显出血倾向,明显腹水,凝血酶原活动度低于 40%。肝性脑病常出现较晚(病期 10 日以上)。晚期可出现肝肾综合征。

3) 慢性重型肝炎:临床表现基本上同亚急性重型肝炎,但有慢性肝炎或肝硬化病

史。

4) 淤胆型肝炎：乙型淤胆型肝炎的临床表现与甲型淤胆型肝炎相似。但慢性淤胆型肝炎有慢性肝炎病史。

5) 慢性 HBsAg 携带者：无任何临床症状和体征，肝功能正常，HBsAg 持续阳性 6 个月以上者。

3. 实验室检查

(1) 肝功能试验：急性乙型肝炎 ALT、AST 均明显升高，ALT 常高于 AST。慢性乙肝 ALT、AST 持续增高或反复升高，血清胆红素、A/G 比值、PTA、胆固醇等可反应病情严重程度。HA、PIIIP、IV 型胶原等可提示肝纤维化程度。

重型乙肝胆红素迅速上升，平均每日上升大于 $17.1\mu\text{mol/L}$ ，ALT 逐渐下降，而形成胆酶分离现象，胆固醇及胆固醇酯均下降，凝血酶原时间延长、A/G 倒置、血氨升高，血浆支链氨基酸(BCAA)与芳香氨基酸(AAA)的比值下降或倒置。

(2) 病原学检查：

1) 血清 HBsAg、HBeAg、HBcAg、HBV DNA、DNAP 或抗—HBc—IgM，其中任有一项阳性可诊断为现症 HBV 感染。

2) 单项抗-HBc 阳性时，需同时伴有上述当中的 1 项阳性才能确诊。

3) 单项抗—HBs 阳性，或同时伴有抗—HBc 阳性，肝功能正常，特别是血清抗-HBs 浓度大于 10m IU/ml 时，可基本排除乙型肝炎。

流行性乙型脑炎

定 义

流行性乙型脑炎，简称乙脑，也称日本脑炎。是由乙脑病毒（日本脑炎病毒）经蚊虫叮咬而传播的以脑实质炎症为主要病变的急性传染病，发生于夏秋季，儿童多见。

临床上以高热、意识障碍、抽搐、呼吸衰竭、脑膜刺激征及病理反射征为主要特征。

重症病人病死率高。部分患者留有严重后遗症，重症患者病死率较高。

乙脑病毒属黄病毒科黄病毒属，有包膜，呈球型，直径 20~30nm，核心为含单股 RNA 的核衣壳。**乙脑病毒有三种蛋白：**

培

抵抗力

本病毒在外界环境中抵抗力不强，对酸、乙醚和氯仿等脂溶剂敏感，56℃30 分钟或 100℃2 分钟即可灭活。但对低温和干燥的抵抗力很强，用冰冻干燥法在 4℃冰箱中可保存数年。

临床分型

并发症

发生率 10%

支气管肺炎：最常见

肺不张

败血症

尿路感染

褥疮

诊断标准

疑似病例

流行病学资料:流行地区、流行季节

临床特征：发热、神志意识障碍

临床诊断病例

符合疑似病例条件，且 CSF 常规检查:压力增高,非化脓样改变

确诊病例

符合临床诊断病例条件，且下述 3 点中任一项阳性者：

①一个月内未接种乙脑苗，CSF 抗乙脑 IgM 抗体阳性

②恢复期血清中抗乙脑 IgG 抗体滴度较急性期有 4 倍以上增

加者,或抗乙脑 IgG 抗体急性期阴性，恢复期转阳性者

③CSF、脑组织、或血清分离出乙脑病毒者。

鉴别诊断

化脓性脑膜炎

结核性脑膜炎

霉菌性脑膜炎

中毒性菌痢

• 其它病毒: CMV , HSV , EBV

治 疗

• 一般治疗

• 对症治疗

- 恢复期及后遗症处理

- 一般治疗

- ◎ 病人住院隔离，防蚊
- ◎ 严密监护，密切观察病情变化
- ◎ 昏迷护理：保护角膜；昏迷抽搐防护舌咬伤；预防褥疮
- ◎ 水电解质平衡与能量供给：
 - ① 静脉给予足够量的液体，维持水、电解质的平衡；给予高热量的液体
 - ② 鼻饲给予营养和液体

治 疗

- 高热的处理：设法尽快将体温控制在 38°C 左右
 - ◎ 物理降温:可用 30%酒精擦浴，在腹股沟、腋下、颈部放置冰袋;也可用降温床或冷褥。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/437021142023006042>