



北京大学医学出版社

## 第一节 伤寒



❖ 伤寒是由伤寒沙门菌引起的急性消化道传染病

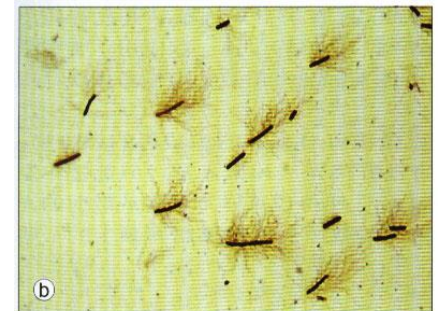
❖ 典型临床表现：

- 发热、相对缓脉；
- 肝脾肿大、玫瑰疹；
- WBC减少；
- 并发症—肠出血、肠穿孔。

# 【病原学】

## 伤寒沙门菌（沙门菌属）

- G<sup>-</sup> 杆菌，有鞭毛，运动活泼
- 主要抗原
  - “O” 抗原、“H” 抗原和 “Vi” 抗原
- 释放内毒素一致病原因
- 生活能力及抵抗力
  - 生活力较强，耐寒；
  - 对光、热、酸与干燥抵抗力较弱；
  - 对一般化学消毒剂敏感。



# 【流行病学】

## (一) 传染源

### ■ 患者及带菌者

(轻型患者▲、慢性带菌者▲)

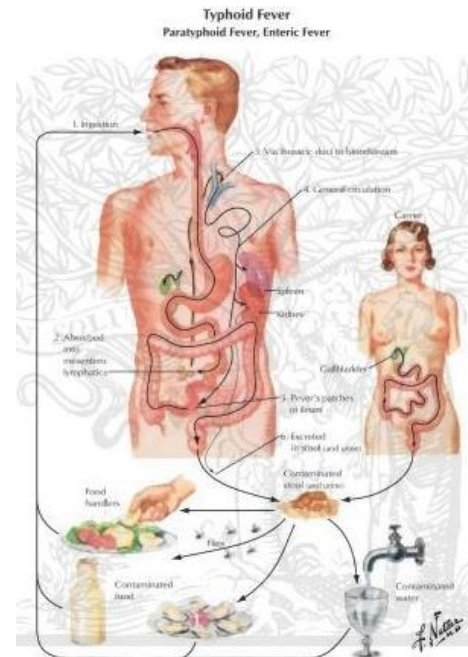
## (二) 传播途径

### ■ 消化道传播

## (三) 人群易感性

### ■ 普遍易感

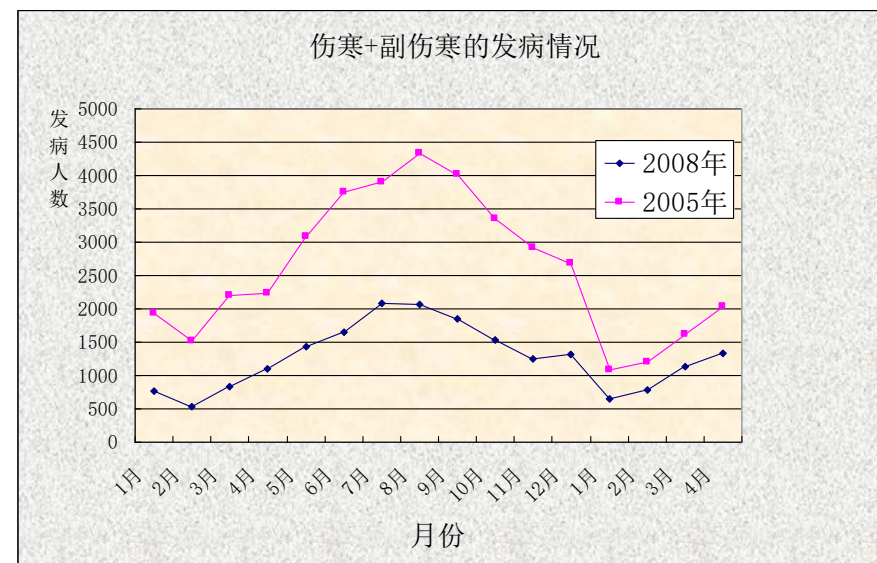
### ■ 病后可获持久免疫力



# 【流行病学】

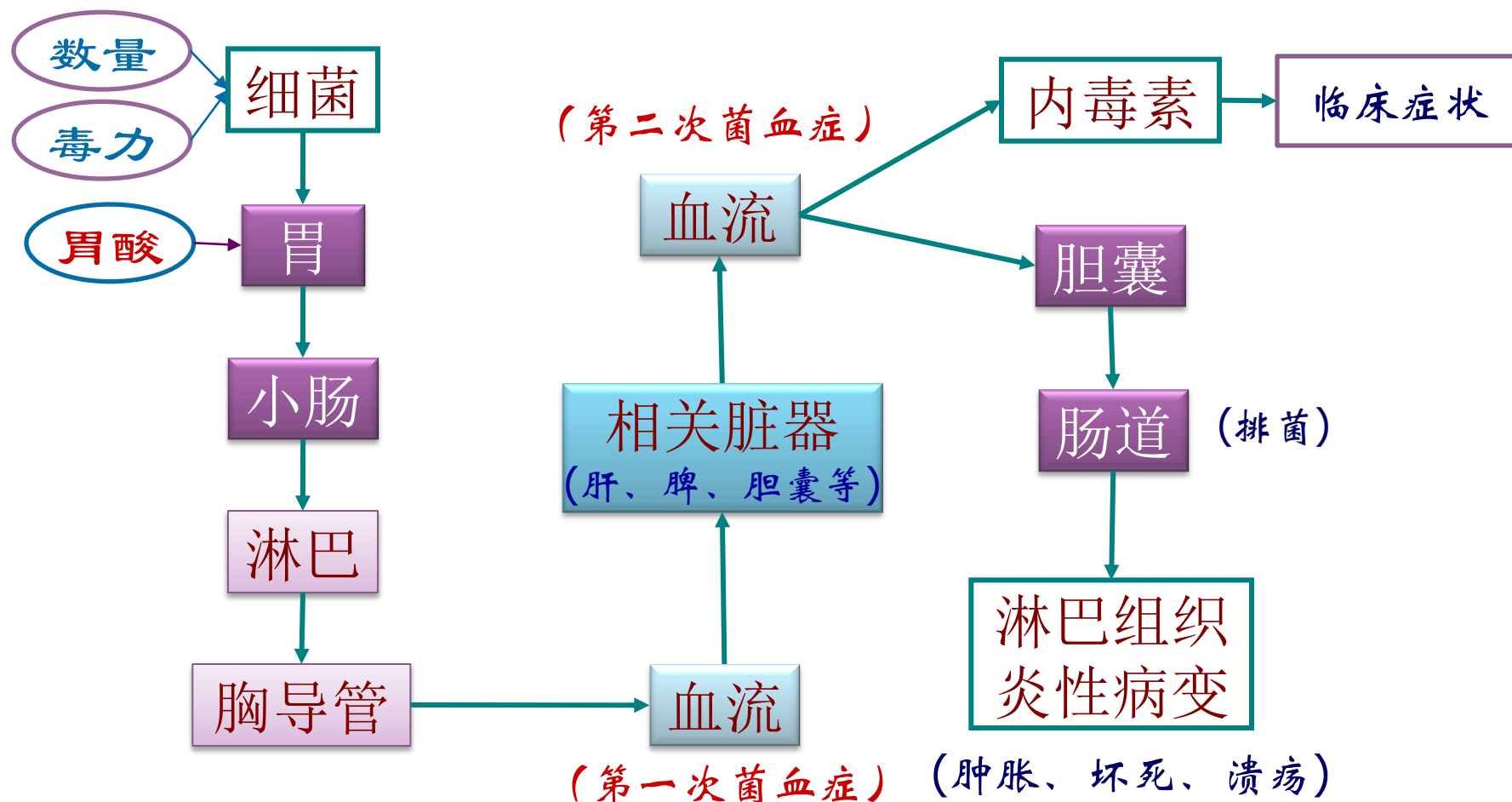
## （四）流行特征

- 夏、秋季多见
- 以儿童、青壮年多见
- 散发
  - 日常生活接触
- 暴发
  - 水源和食物污染



# 【发病机制和病理变化】

## (一) 发病机制



# 【发病机制和病理变化】

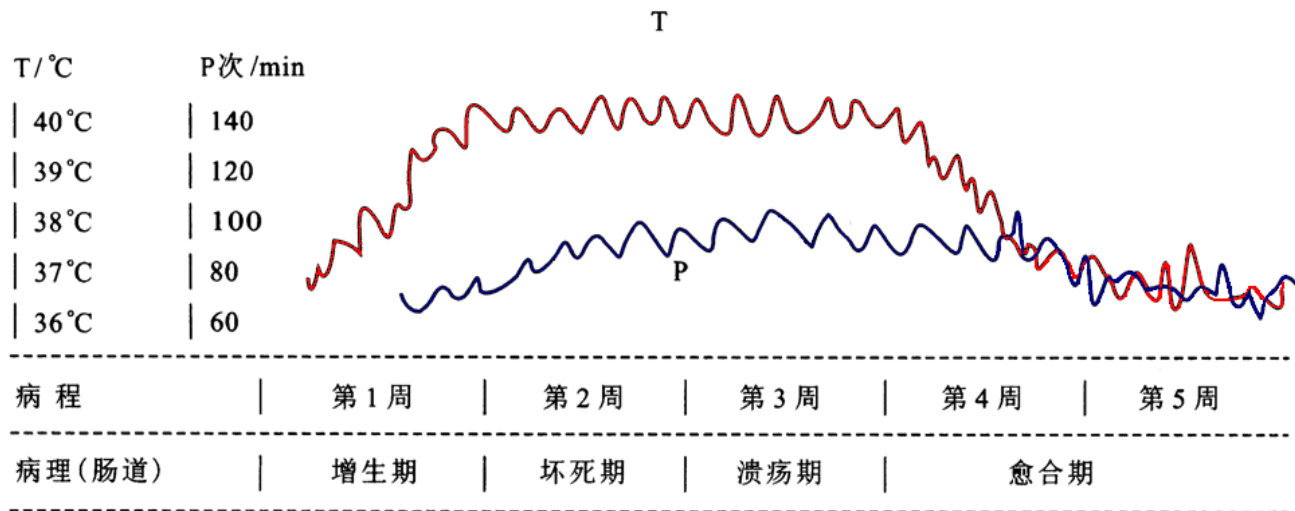
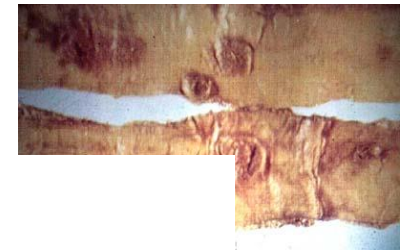
## (二) 病理变化

### ■ 基本病理变化

- 全身的单核-巨噬细胞系统的增生性反应

### ■ 主要病变部位

- 回肠下段的淋巴组织



伤寒的病程与病理变化

## 【临床表现】

- 潜伏期

一般1~2周(7~23天)

(一) 初期 (病程的第1周)

- 起病缓慢
- 发热
- 毒血症症状



# 【临床表现】

## (二) 极期 (第2~3周)

### 1. 持续高热

### 2. 消化系统

- 食欲减退、肠胀气、便秘等

### 3. 神经系统

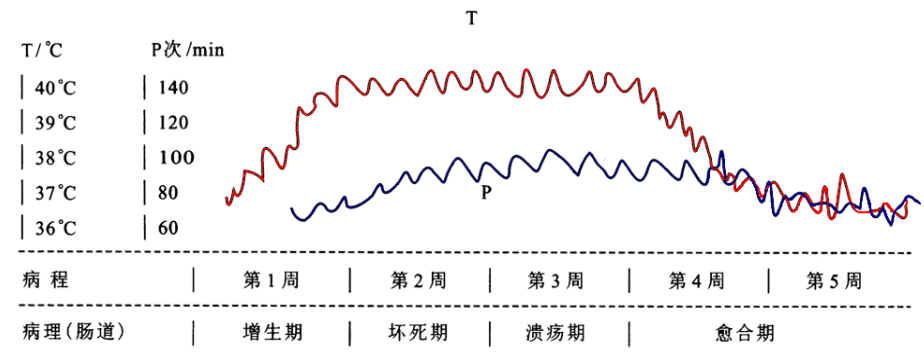
- 精神恍惚，表情淡漠，反应迟钝

(无欲状)

- 听力下降、耳鸣等

### 4. 循环系统

- 相对缓脉



## 【临床表现】

### 5. 皮疹（玫瑰疹）

- 病程第7日左右出现
- 直径2~4mm充血性丘疹
- 以胸、腹部多见
- 多在10个以下



### 6. 肝、脾大

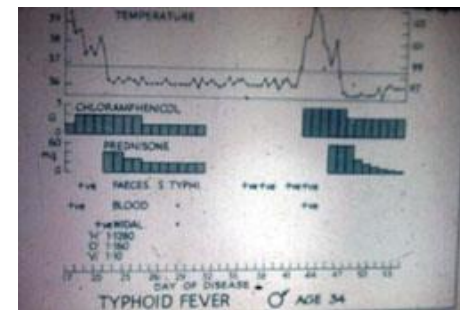
# 【临床表现】

## （三）缓解期（第3～4周）

- 体温逐渐下降；症状、体征逐渐好转
- 此期易发生并发症
- 再燃
  - 体温下降期（未降至正常前），体温又上升。

## （四）恢复期（第5周）

- 体温恢复正常
- 症状消失
- 复发
  - 体温正常1～3周后，发热等初发症状又再出现。



## 【并发症】

### （一）肠出血

- 常见的并发症，多见于病程第2～3周
- 诱因
  - 饮食不当、腹泻、灌肠压力过高

### （二）肠穿孔

最严重并发症，多见于病程第2～3周

### （三）中毒性肝炎

# 【实验室及其他检查】

## （一）血常规

- WBC减少，N↓，E↓或消失

## （二）细菌培养

- 血培养：阳性是确诊伤寒依据
- 粪便培养、尿培养、骨髓培养

## （三）免疫学检查

- 肥达反应：有辅助诊断价值
- 特异性抗原及抗体检测

## 【治疗要点】

### （一）一般治疗

- 隔离
- 发热
- 便秘、腹胀
- 严重毒血症

### （二）病原治疗

- 喹诺酮类
- 头孢菌素类

### （三）并发症治疗

- 肠出血
- 肠穿孔

# 【预防】

## （一）管理传染源

### ■ 患者

- 隔离至体温正常后，每5天做一次便培养，连续两次阴性

### ■ 密切接触者

- 医学观察15日

### ■ 带菌者

- 调离饮食服务业工作，并予以治疗

# 【预防】

## （二）切断传播途径

- 是消化道传染病重要的预防措施

## （三）提高人群免疫力

- 伤寒、副伤寒甲、乙三联菌苗预防接种



# 【护理】

## （一）护理评估

### 1. 病史及心理、社会资料

- 病史

- 起病情况、主要症状的特点及其变化，所采取的措施及其效果等

- 流行病学资料

- 伤寒的流行状况、个人卫生习惯、伤寒患者接触史、疫苗接种史等

- 心理、社会资料

- 对伤寒相关知识的了解程度、心理情绪反应、疾病对工作、生活的影响等

## 【护理】

### 2. 身体评估

- 生命体征、神志状态、面容与表情等
- 皮疹的特点
- 心率、心音
- 腹部评估
  - 有无胀气、急性腹膜炎体征
  - 肝、脾大小及有无压痛
  - 肠鸣音

### 3. 实验室检查

- 血常规、细菌培养、特异性抗体等。

## 【护理】

### (二) 主要护理诊断

1. 体温过高：与伤寒沙门菌感染有关；
2. 潜在并发症：肠出血、肠穿孔；
3. 营养失调：低于机体需要量：与高热及摄入减少有关；
4. 有感染的危险：与长期卧床及机体免疫力低下有关；
5. 知识缺乏：缺乏伤寒的康复及消毒、隔离知识。

## 【护理】

### （三）护理计划与评价

“潜在并发症：肠出血或肠穿孔”

#### 1. 目标

- （1）患者能按要求实施预防并发症的措施
- （2）住院期间未发生并发症或并发症被及时发现和处理

# 【护理】

## 2. 护理措施

(1) 病情观察

(2) 休息

(3) 饮食

- 发热期

- 营养丰富、清淡、流食或半流食

- 保证足够液体量

- 退热期

- 无渣或少渣、低纤维素，不易产生肠胀气的高营养物质

- 恢复期

- 软饭逐渐过渡到正常饮食



## 【护理】

### (4) 腹胀的护理

- 停食牛奶、糖类食物；
- 松节油热敷腹部及肛管排气；
- 禁用泻药及新斯的明。

### (5) 便秘的护理

- 有便秘者可用开塞露或温生理盐水低压灌肠
- 忌用泻药
- 避免大便时过度用力

### (6) 进行有关的知识教育

## 3.评价

# 【健康教育】

## 1. 公众教育

- 进行伤寒预防知识的宣传和指导

## 2. 患者及家属教育

- 进行疾病相关知识的教育和指导



北京大学医学出版社

## 第二节 细菌性痢疾





## ❖ 细菌性痢疾（简称菌痢）

- 是由志贺菌（痢疾杆菌）引起的肠道传染病
- 主要临床表现
  - 发热
  - 腹痛、腹泻、黏液脓血便
  - 里急后重
  - 严重者有感染性休克，中毒性脑病

# 【病原学】

## ■ 志贺菌属G<sup>-</sup>杆菌

- 4个群，47个血清型
  - 痢疾志贺菌（**A**群）
  - 福氏志贺菌（**B**群）
  - 鲍氏志贺菌（**C**群）
  - 宋内志贺菌（**D**群）
- 均能产生内毒素
  - 引起发热、毒血症及休克；
- 可产生外毒素
  - 具有神经毒、细胞毒及肠毒素作用。
- 生存能力较强，对各种化学消毒剂敏感。



# 【流行病学】

## （一）传染源

——人类是志贺菌的唯一重要储存宿主

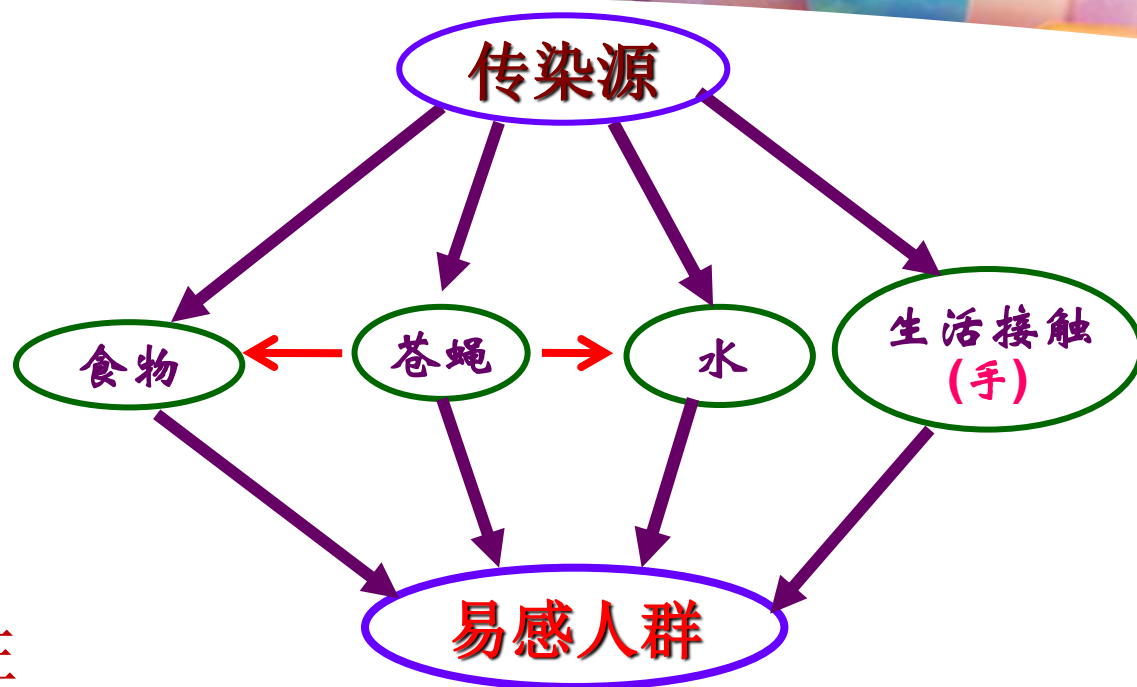
### ■ 患者和带菌者

- 急性典型菌痢患者
- 急性非典型菌痢患者：为重要传染源
- 慢性菌痢患者
- 健康带菌者：为重要传染源

# 【流行病学】

## (二) 传播途径

### ■ 粪-口传播



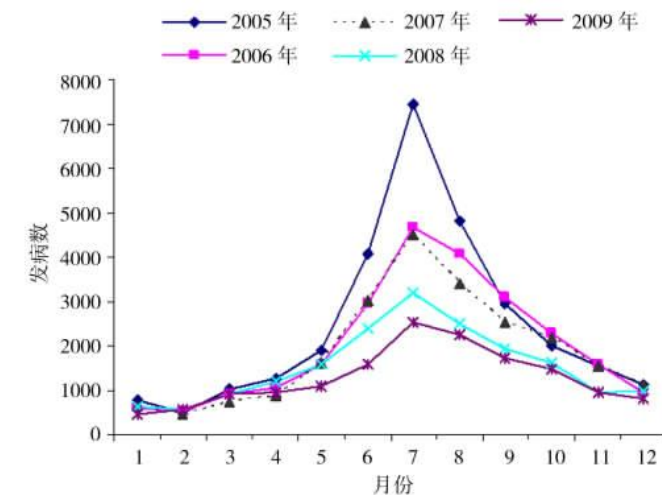
## (三) 人群易感性

- 普遍易感（学龄前儿童患病较多）
- 病后免疫力短暂且不稳定
- 不同菌群、血清型之间无交叉免疫

# 【流行病学】

## （四）流行特征

- 以夏、秋季节多见
  - 适合细菌生长繁殖
  - 苍蝇多，传播媒介多
  - 多喜食冷饮及生瓜果
  - 胃肠道防御功能降低

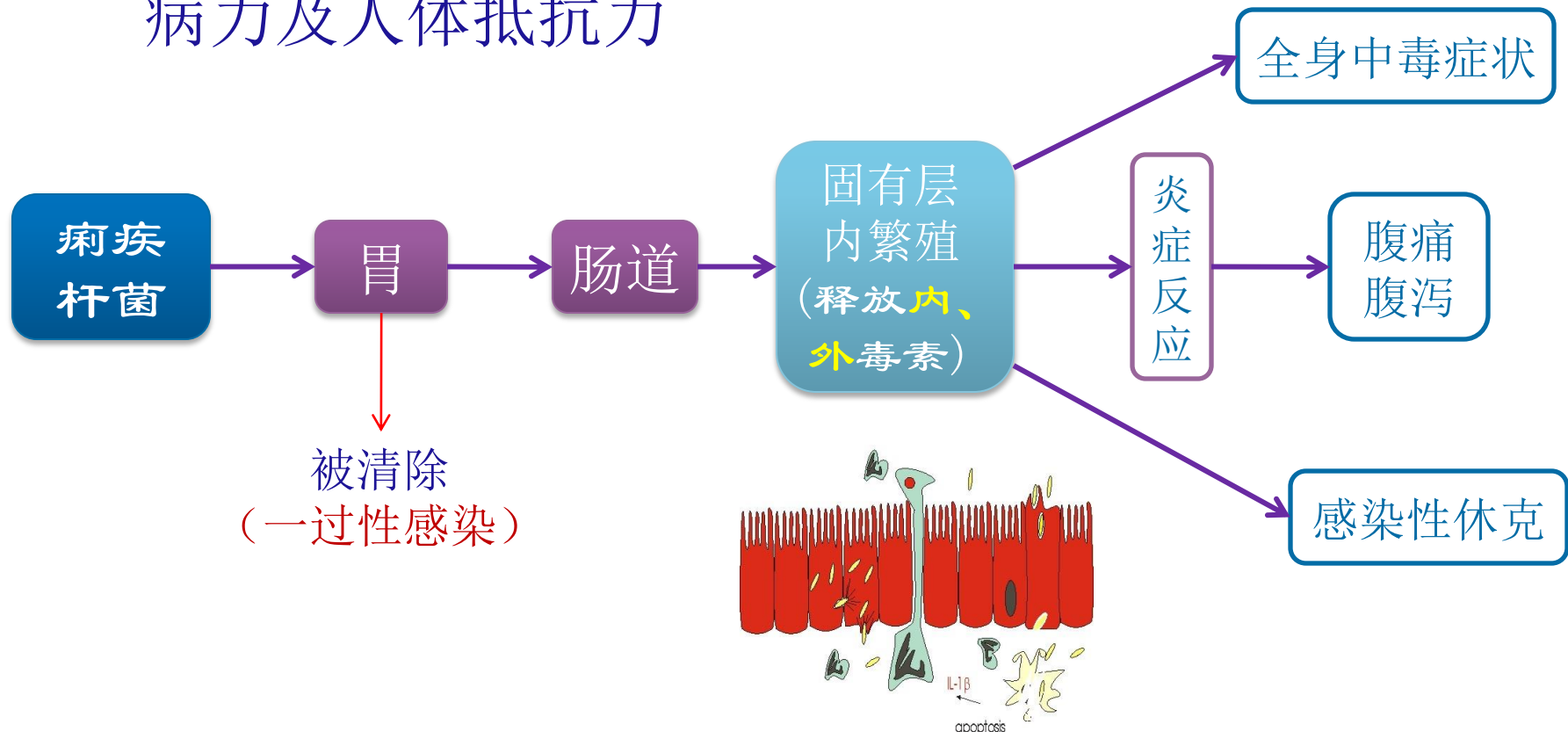


河南省细菌性痢疾流行概况

# 【发病机制与病理变化】

## （一）发病机制

- 志贺菌进入人体是否发病，取决于细菌数量、致病力及人体抵抗力



# 【发病机制与病理变化】

## （二）病理变化

### ■ 病变部位

- 主要在结肠，以乙状结肠和直肠病变最为显著

### ■ 病变特点

- 主要为渗出性炎症、浅表溃疡

# 【临床表现】

- 潜伏期

1~2天（数小时~7天）

## （一）急性菌痢

### 1. 普通型（典型）

- 发热等毒血症症状
- 腹痛、腹泻
  - 十多次~数十次/日
  - 黄色稀便→黏液脓血便
  - 里急后重
- 体征
  - 左下腹压痛
  - 肠鸣音亢进

### 2. 轻型（非典型）

- 症状较轻





# 【临床表现】

## 3. 中毒型

- 起病急骤，病情凶险
- 迅速出现循环衰竭或呼吸衰竭
- 全身毒血症症状严重
- 肠道症状轻微或缺如
- 分型：
  - 休克型（周围循环衰竭型）
    - 感染性休克的表现
  - 脑型（呼吸衰竭型）
    - 脑血管痉挛 → 脑缺氧 → 脑水肿 → 脑疝 → 呼吸衰竭
  - 混合型

# 【临床表现】

## (二) 慢性菌痢

- 病程超过2个月
- 分为慢性迁延型、急性发作型、慢性隐匿型三型。
- 可能原因<sup>△</sup>
  - 急性期治疗不及时、不彻底；
  - 营养不良；
  - 免疫功能低下；
  - 原有慢性疾病，如胃肠道疾病、肠寄生虫病等

# 【实验室及其他检查】

## （一）血常规：

WBC ↑，N ↑

## （二）粪便常规<sup>Δ</sup>

- 黏液脓血便，镜检：可见大量的WBC、RBC

## （三）粪便培养<sup>Δ</sup>

- 标本留取
  - 标本新鲜，立即送检
  - 取新鲜粪便的脓血部分
  - 使用抗生素之前
  - 早期多次送检

## （四）乙状结肠镜或纤维结肠镜

- 适用于慢性菌痢患者

## 【治疗要点】

### （一）急性菌痢

- 一般及对症治疗
  - 发热
  - 腹痛
  - 脱水
- 病原治疗
  - 喹诺酮类，疗程5~7天

## 【治疗要点】

### (二) 中毒型菌痢

- 病原治疗
- 对症治疗：  
降温、镇静
- 抗休克治疗
- 呼吸衰竭的治疗

# 【预防】

## ——以切断传播途径为主的综合措施

### （一）管理传染源

- 患者：

消化道隔离至症状消失，粪便培养2次阴性

- 密切接触者：

医学观察1周

### （二）切断传播途径

- “三管一灭”、控制“3F”环节

### （三）保护易感人群

# 【护理】

## （一）急性菌痢

### 1. 主要护理诊断

- 体温过高：与痢疾杆菌感染有关。
- 腹泻：与痢疾杆菌引起肠道病变有关。
- 有体液不足 / 有体液不足的危险：与发热、腹泻、摄入减少有关。
- 皮肤完整性受损 / 有皮肤完整性受损的危险：与排便次数增多及排泄物刺激有关。

# 【护理】

## 2. 护理措施

### ■ 病情观察

- 生命体征；
- 腹痛、腹泻等症状的变化；
- 有无脱水及电解质紊乱的表现；
- 记录出入量；
- 腹部体征
- 肛周皮肤



## ■ 休息

- 症状明显者应卧床休息
- 症状不重者可适当活动

## ■ 饮食▲

- 频繁腹泻并伴有呕吐患者可暂禁食，给以静脉补液
- 能进食者应给以少渣、少纤维素、高蛋白、高热量、易消化的流食或半流食，脂肪不宜过多
- 忌食生冷及刺激性饮食
- 少量多餐
- 腹泻好转后逐渐增加食量。

# 【护理】

- 保持水、电解质平衡：
- 肛门周围皮肤护理：
  - 对排便频繁者，便后宜用软纸擦拭
  - 每天用温水坐浴，然后局部涂以油膏
  - 有脱肛者轻揉局部，助肠管还纳
  - 保持肛门周围清洁
  - 保持内裤、床单清洁和干燥。
- 药物治疗的护理：
  - 抗生素药物
  - 解痉剂
- 向患者介绍急性的相关知识和相关措施的指导

## 【护理】

### （二）中毒型菌痢

#### 1. 主要护理诊断

- 体温过高：与痢疾杆菌感染有关
- 组织灌注量改变：与痢疾杆菌内毒素作用有关
- 气体交换受损：与呼吸衰竭有关
- 意识障碍：与颅内压增高有关
- 有窒息的危险：与惊厥有关
- 潜在并发症：休克、呼吸衰竭、脑水肿、脑疝

## 【护理】

### 2. 主要护理措施

- 消化道隔离
- 病情观察
  - 监测生命体征、意识状态、面色等；
  - 抽搐先兆、发作次数、抽搐部位及间隔时间；
  - 瞳孔的大小、形状、对光反应等；
  - 准确记录出入量

# 【护理】

- 循环衰竭的护理
  - 休克体位
  - 氧气吸入
  - 迅速开放静脉，尽快补充血容量、纠正酸中毒
  - 注意观察循环衰竭改善情况
  - 注意观察有无急性肺水肿的表现
  - 应用血管活性药的护理
- 呼吸衰竭的护理
- 症状护理
  - 发热
  - 惊厥、意识障碍
- 病原治疗的护理

# 【健康教育】

## 1.对于公众

- 宣传细菌性痢疾的预防知识

## 2.对于患者及家属

- 介绍疾病的相关知识以及急性菌痢彻底治疗的重要意义
- 指导其避免转为慢性菌痢和导致慢性菌痢急性发作的各种因素



北京大学医学出版社

## 第三节 细菌性食物中毒



# 一、胃肠型食物中毒

## （一）病原学

### ❖ 沙门菌属

- 最常见的病原菌之一，G<sup>-</sup>杆菌
- 广泛存在于家畜、家禽及鼠类的肠道、内脏和肌肉中
- 在自然界的抵抗力较强
  - 在水、肉、蛋及乳类食品中可存活数月
  - 在22～30℃下可在食品中大量繁殖



# 一、胃肠型食物中毒

## ❖ 副溶血性弧菌：

- G<sup>-</sup>弧菌
- 在**高盐**环境下生长良好，无盐条件下不能生存
- 广泛存在于**海产品及含盐较高的腌制食品**中
- 本菌存活能力强，但对酸和热敏感

## ❖ 大肠埃希菌

- G<sup>-</sup>杆菌
- 某些血清型可引起食物中毒
- 该菌在室温下可存活数月，在水和土壤中存活数周

# 一、胃肠型食物中毒

## ❖ 金黄色葡萄球菌

- $G^+$ 球菌
- 产生肠毒素的菌株可引起食物中毒
- 所产生的肠毒素耐热，且不易被胃蛋白酶和胰蛋白酶等分解

## ❖ 变形杆菌

- $G^-$ 杆菌
- 在食品中可产生肠毒素，主要污染熟食品、卤菜（卤制肉、蛋、内脏）等

# 一、胃肠型食物中毒

## （二）流行病学

### ❖ 传染源

- 被致病菌感染的动物或人

### ❖ 传播途径

- 进食被细菌或其毒素污染的食物而传播
- 苍蝇和蟑螂等可作为传播媒介

### ❖ 人群易感性

- 人群普遍易感
- 感染后所产生的免疫力弱



# 一、胃肠型食物中毒

## ❖ 流行特征

- 多见于夏、秋季节
- 可散发，亦可集中发病
  - 集中发病的特点：
    - 存在共同进食的可疑食物，未食者不发病
    - 病情轻重常与进食量有关
    - 停止进食可疑食物后疫情便可控制

# 一、胃肠型食物中毒

## （三）发病机制

- 发病与否、病情轻重与食物受细菌或其毒素污染的程度、进食量、人体的抵抗力等因素有关
- 最基本的致病因素
  - 细菌的侵袭力及其释放的毒素
- 感染性食物中毒：有感染表现，并可传染他人
- 毒素性食物中毒：无明显传染性

# 一、胃肠型食物中毒

## （四）临床表现

- 潜伏期短，常于进食后数小时发病
- 主要表现
  - 起病急，病程大多在1~3天内
  - 急性胃肠炎症状
    - 呕吐、腹痛、腹泻等。
    - 吐、泻严重者
      - 可出现脱水，甚至酸中毒和休克等
  - 体征
    - 上腹部轻压痛，肠鸣音亢进

# 一、胃肠型食物中毒

## （五）实验室及其他检查

- 细菌培养
  - 可取患者的吐、泻物及可疑食物做细菌培养
- 血清学检查

# 一、胃肠型食物中毒

## (六) 治疗要点

以对症治疗为主

### ■ 对症治疗

- 卧床休息
- 清淡、多盐饮食
- 呕吐、腹痛严重者：可应用解痉剂
- 剧吐不能进食或腹泻频繁者
  - 可静脉滴注葡萄糖生理盐水
- 脱水严重甚至休克者
  - 积极补液及抗休克治疗，注意维持水、电解质和酸碱平衡

### ■ 病原治疗

- 一般不用抗生素
- 症状较重的感染性食物中毒
  - 应及时选用抗菌药物



# 一、胃肠型食物中毒

## (七) 预防

- 加强食品的监督、检疫
- 加强饮食行业的卫生管理
  - 建立严格的卫生管理制度
    - 食品制作应符合卫生要求
    - 从业人员应定期体检，发现带菌者应暂时调离原工作岗位，治愈后复岗
    - 消灭苍蝇、蟑螂等媒介昆虫
- 养成良好的饮食卫生习惯
  - 海产品及肉类食品要烧熟、煮透
  - 剩余食物应加热后再食用
  - 不吃不洁、腐烂变质及未经合理烹制的食物

# 一、胃肠型食物中毒

## （八）护理

### ❖ 主要护理诊断

1. 腹泻：与细菌侵袭力及其毒素有关
2. 疼痛：腹痛：与胃肠道炎症及痉挛有关
3. 体液不足/有体液不足的危险：与呕吐、腹泻引起大量体液丢失有关
4. 潜在并发症：酸中毒、休克

# 一、胃肠型食物中毒

## ❖ 主要护理措施

1. 隔离：感染性食物中毒患者应行消化道隔离

2. 病情观察

- 监测生命体征
- 呕吐、腹泻的次数、量及性状的变化
- 伴随症状
- 记录24小时出入量
- 注意有无脱水、电解质紊乱及酸碱平衡失调的表现

3. 休息

- 严重者应绝对卧床休息

# 一、胃肠型食物中毒

## 4. 饮食

- 鼓励患者多饮淡盐水，以补充液体，促进毒素的排泄
- 吐泻、腹痛剧烈者
  - 暂禁食，呕吐停止后可给予易消化的流质或半流质饮食，恢复期后逐渐过渡到正常饮食
- 剧吐不能进食或腹泻频繁者，可静脉滴注葡萄糖生理盐水

# 一、胃肠型食物中毒

## 5. 症状护理

- 呕吐：有助于清除胃肠道内残留的毒素
  - 一般不予止吐处理
  - 呕吐频繁者，可遵医嘱给予止吐剂
- 腹泻：给以相应护理

## 6. 药物治疗的护理

- 重症患者需用抗菌治疗者，要观察疗效及不良反应

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### ❖ 神经型食物中毒

- 因进食被肉毒杆菌外毒素污染的食物而引起的中毒性疾病
- 临床上以神经系统症状为主要表现，若抢救不及时，病死率较高

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （一）病原学

#### ■ 肉毒杆菌

- 严格厌氧的芽孢杆菌
- 广泛存在于土壤及泥浆中
- 火腿、腊肠、罐装或瓶装食物被肉毒杆菌污染后，在缺氧条件下大量繁殖，并产生外毒素
- 外毒素
  - 是一种嗜神经性毒素，毒力极强
  - 对酸有抵抗力，但不耐热
- 在外界抵抗力强

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （二）流行病学

#### ❖ 传染源

- 携带肉毒杆菌的动物，患者无传染性

#### ❖ 传播途径

- 主要由进食被肉毒杆菌外毒素污染的食物而传播

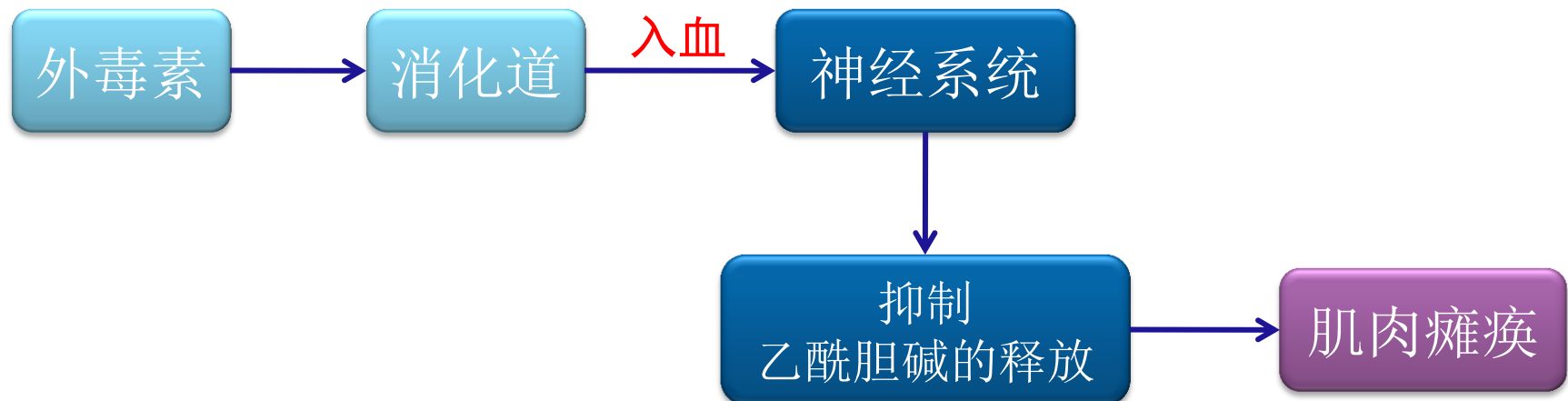
#### ❖ 人群易感性

- 人群高度易感
- 病后无免疫力



## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （三）发病机制



## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （四）临床表现

#### ❖ 潜伏期：

- 一般为12～36小时
- 潜伏期越短，病情越重

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （四）临床表现

#### ❖ 主要表现

- 起病急
- 以神经系统症状为主
  - 先有全身乏力、头痛、眩晕，继而出现视物模糊、复视、瞳孔散大等眼肌麻痹的表现
  - 严重者可出现咽肌麻痹，甚至出现呼吸困难
  - 患者体温正常，神志清楚，知觉不受影响
  - 危重者可于3~6日内死于呼吸衰竭或继发感染
- 胃肠道症状较轻
  - 可有恶心、便秘、腹胀等。
- 病程长短不一

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （五）实验室及其他检查

- 细菌培养
  - 取可疑食物或患者粪便做厌氧菌培养
- 动物试验
  - 取可疑食物渗出液做动物试验

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （六）治疗要点

#### ❖ 一般治疗

1. 洗胃、导泻

2. 吞咽困难

- 可鼻饲或静脉输液以补充营养和液体

3. 呼吸困难

- 给予吸氧，必要时及早气管切开

4. 继发感染

- 给予抗生素治疗

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### ❖ 抗毒素治疗

- 早期应用多价抗毒血清治疗
  - 以发病后24小时内或肌肉麻痹出现前应用效果最佳
  - 用药前先做皮肤过敏试验，阳性者采用脱敏疗法

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （七）预防

- 管理传染源
  - 立即报告当地卫生防疫部门
  - 及时调查、分析和制订防疫措施
- 切断传播途径
  - 同胃肠型食物中毒
  - 尤其是罐装及瓶装食品等的卫生监督检查
- 保护易感人群
  - 对进食可疑食物而未发病者，应立即肌注多价抗毒血清

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （八）护理

#### ❖ 主要护理诊断

1. 有受伤的危险：与眼肌麻痹引起视物不清有关；
2. 有营养失调：低于机体需要量的危险：与咽肌麻痹所致进食困难有关；
3. 潜在并发症：窒息、呼吸衰竭。



## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### ❖ 主要护理措施

#### 1. 病情观察

- 注意有无呼吸困难或继发感染的表现；
- 密切观察患者眼肌麻痹的表现及进展情况；
- 注意有无咽肌麻痹的表现；
- 注意有无胃肠道症状。

#### 2. 休息

- 严格卧床休息

#### 3. 饮食

- 胃肠道症状较轻者，可进普通饮食
- 有进食困难者，可鼻饲或静脉输液

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### 4. 洗胃和导泻

- 应在进食可疑食物后4小时内进行；
- 宜选用碱性溶液，以利于毒素的灭活；
- 向患者及家属说明目的和要求。

### 5. 症状护理

- 眼肌麻痹
  - 注意环境安全，以防受伤
- 咽肌麻痹
  - 及时吸出口腔分泌物；
  - 呼吸困难者予以吸氧；
  - 做好气管切开等抢救准备。

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### 6. 药物治疗的护理

- 宜早期、尽快应用多价抗毒血清
  - 注射前应做过敏试验，备好抢救物品
    - 阴性者：静脉注射速度不宜过快
    - 阳性者：采用脱敏疗法
  - 注射后应密切观察有无呼吸急促、脉率增加等过敏反应的表现
  - 一旦出现，应立即给予肾上腺素、吸氧等抢救处理

## 二、神经型细菌性食物中毒（肉毒中毒）

### （九）健康教育

#### 1. 预防食物中毒的健康教育

- 严把“病从口入”关；
- 必要时尽早注射多价抗毒血清。

#### 2. 有关细菌性食物中毒的知识教育

- 感染性食物中毒患者有传染性，应注意消毒隔离；
- 胃肠型食物中毒较多见，预后良好；
- 神经型食物中毒的预后与摄入毒素的量及治疗早晚有关，病死率较高，宜尽早治疗。



北京大学医学出版社

## 第四节 霍乱





## ❖ 霍乱

- 是由霍乱弧菌引起的烈性肠道传染病
- 国际检疫传染病
- 典型临床表现

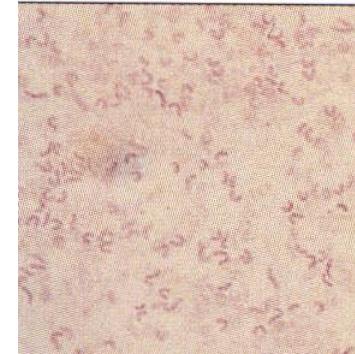
剧烈腹泻、呕吐

脱水  
周围循环衰竭

# 【病原学】

## ■ 霍乱弧菌

- G<sup>-</sup>杆菌、有鞭毛
- 生物型
  - O<sub>1</sub>群：古典生物型、埃尔托生物型
  - 非O<sub>1</sub>群：O<sub>139</sub>型
- 致病力
  - 肠毒素—目前最强烈的致泻毒素
- 抵抗力
  - 对热、干燥、日光、酸及一般消毒剂均敏感
  - 对低温和碱的耐受力强。



# 【流行病学】

## (一)传染源

- 患者及带菌者
- 中、重型患者因其排菌量大、污染面广而成为重要传染源

## (二)传播途径

- 经粪-口途径传播
- 水是最重要的传播途径





# 【流行病学】

## (三) 人群易感性

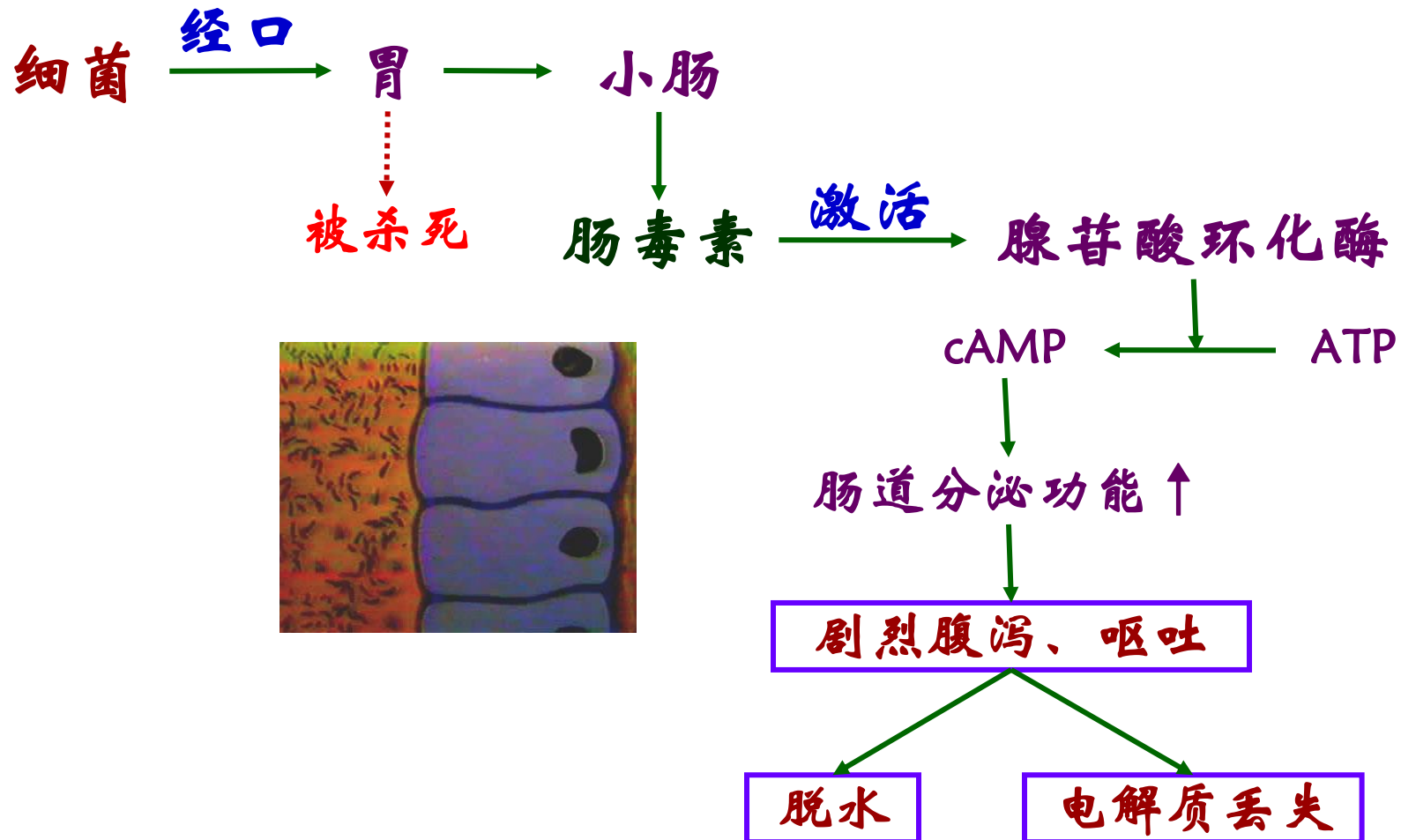
- 人群普遍易感
- 以隐性感染为主
- 感染后可获得一定的免疫力

## (四) 流行特征

- 流行季节为夏、秋季，高峰在7~9月之间

# 【发病机制与病理变化】

## (一) 发病机制



# 【发病机制与病理变化】

## （二）主要病理变化

### ■ 严重脱水

- 皮下组织、肌肉及组织器官干瘪、缩小
- 肠腔内充满米泔水样物



# 【临床表现】

## ■ 潜伏期

- 1~3天

## (一) 泻吐期

腹泻在前、呕吐在后

- 腹泻
  - 次数多、量大
  - “米泔样”
  - 无粪臭
- 呕吐
  - 呈喷射状，初为食物残渣，继为水样
- 无腹痛及里急后重感



# 【临床表现】

## (二) 脱水虚脱期

- 脱水的表现
- 周围循环衰竭的表现
- 酸碱平衡及电解质紊乱



## (三) 反应（恢复）期

- 反应热



脱水纠正后，部分患者出现发热性反应，为低热。

## 【临床表现】

### 临床分型：

- 按脱水程度、血压、脉搏及尿量分为：
  - ①轻型：脱水程度轻，血压、脉搏无变化。
  - ②中型：失水量相当于体重的5%~10%，血压下降，尿量减少。
  - ③重型：脱水严重，失水量相当于体重的10%以上，血压测不出，处于休克状态，尿少至无尿。

# 【实验室及其他检查】

## （一）血液检查

- 血常规：

WBC ↑，N ↑

- Hb ↑、血浆比重 ↑、血细胞比容 ↑

- 血生化：K<sup>+</sup> ↓、Na<sup>+</sup> ↓、Cl<sup>-</sup> ↓、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> ↓、BUN ↑

## （二）粪便常规检查

呈水样，镜检：见少数白细胞、红细胞。

# 【实验室及其他检查】

## （三）细菌学检查

- **悬滴试验（动力试验）**：将新鲜粪便滴于玻片上，在暗视野显微镜下可见快速运动的弧菌，为动力试验（+）。
- **制动试验**：可作为初筛试验。
- **涂片染色**：可见革兰阴性呈鱼群样排列的弧菌。
- **粪便培养**：阳性可作为最后确诊依据。

## （四）血清学检查

检测血清中抗体



# 【治疗要点】

## (一) 补液疗法

早期、迅速、足量补充液体与电解质是治疗本病的关键。

### ■ 方法：

- 口服补液
- 静脉补液：
  - 补液量
  - 补液速度
- 纠正电解质紊乱及酸中毒

# 【治疗要点】

## （二）病原治疗

- 辅助治疗，能减少腹泻量和缩短排菌期
- 常用药物
  - 环丙沙星、诺氟沙星
  - 多西环素
  - 复方磺胺甲基异恶唑（SMZco）

## （三）其他治疗

# 【预防】

## （一）管理传染源

- 按甲类传染病进行管理
- 患者
  - 及时发现，尽早隔离治疗
  - 严密隔离至症状消失后，隔日粪便培养1次，连续2次阴性
- 密切接触者
  - 严格检疫5天
  - 预防性服药

# 【预防】

## (二) 切断传播途径

- 作好“三管一灭”
- 患者或带菌者排泄物应严格消毒

## (三) 保护易感人群

- 霍乱菌苗预防接种

## 【护理】

### (一) 主要护理诊断

- 1.腹泻：与细菌外毒素作用致肠细胞分泌功能增强有关
- 2.体液不足：与大量腹泻、呕吐有关
- 3.恐惧：与外界隔离有关
- 4.潜在并发症：休克、电解质紊乱、急性肾衰竭

# 【护理】

## (二) 主要护理措施

- 严密隔离、疫情报告
- 严格卧床休息
- 饮食
- 病情观察：
  - 生命体征，特别是血压的监测
  - 腹泻、呕吐的量、颜色、性状
  - 严格记24小时出入量
  - 水、电解质及酸碱平衡紊乱的观察

## 【护理】

- 液体治疗的护理
  - 快速补液
    - 开放两条静脉;
    - 适当加温至**37~38℃**;
    - 心功能不全的观察与处理
- 对症护理
  - 腹泻
  - 痉挛性疼痛
  - 皮肤、黏膜的护理
    - 口腔及肛周的护理

## 【健康教育】

1. 对于公众进行预防霍乱的健康教育
2. 对患者及家属进行霍乱的疾病知识教育





北京大学医学出版社

## 第五节 流行性脑脊髓膜炎



## ❖ 流行性脑脊髓膜炎

- 简称流脑，是由脑膜炎球菌引起的一种化脓性脑膜炎，经呼吸道传播。

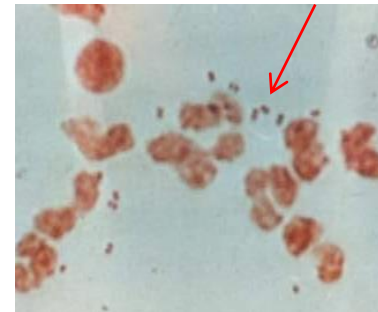
## ❖ 主要临床特点

- 突起高热；
- 头痛、呕吐；
- 皮肤黏膜淤点；
- 脑膜刺激征。

# 【病原学】

## ■ 脑膜炎球菌(奈瑟菌属)

- 属G<sup>-</sup>、成对排列
- 可释放内毒素
  - 是致病的重要因素
- 可产生自溶酶,在体外极易自溶而死亡
- 细菌存在于患者鼻咽部、血液、脑脊液、皮肤瘀斑中
- 体外生活力及抵抗力很弱
  - 对干燥、寒冷、热和常用消毒剂均很敏感



### 标本采集后

应注意保温（+4℃～+20℃），并  
立即送检或在床边直接接种

# 【流行病学】

## （一）传染源

- 带菌者、患者

带菌者作为传染源意义更大

## （二）传播途径

- 经咳嗽、打喷嚏借飞沫由呼吸道传播

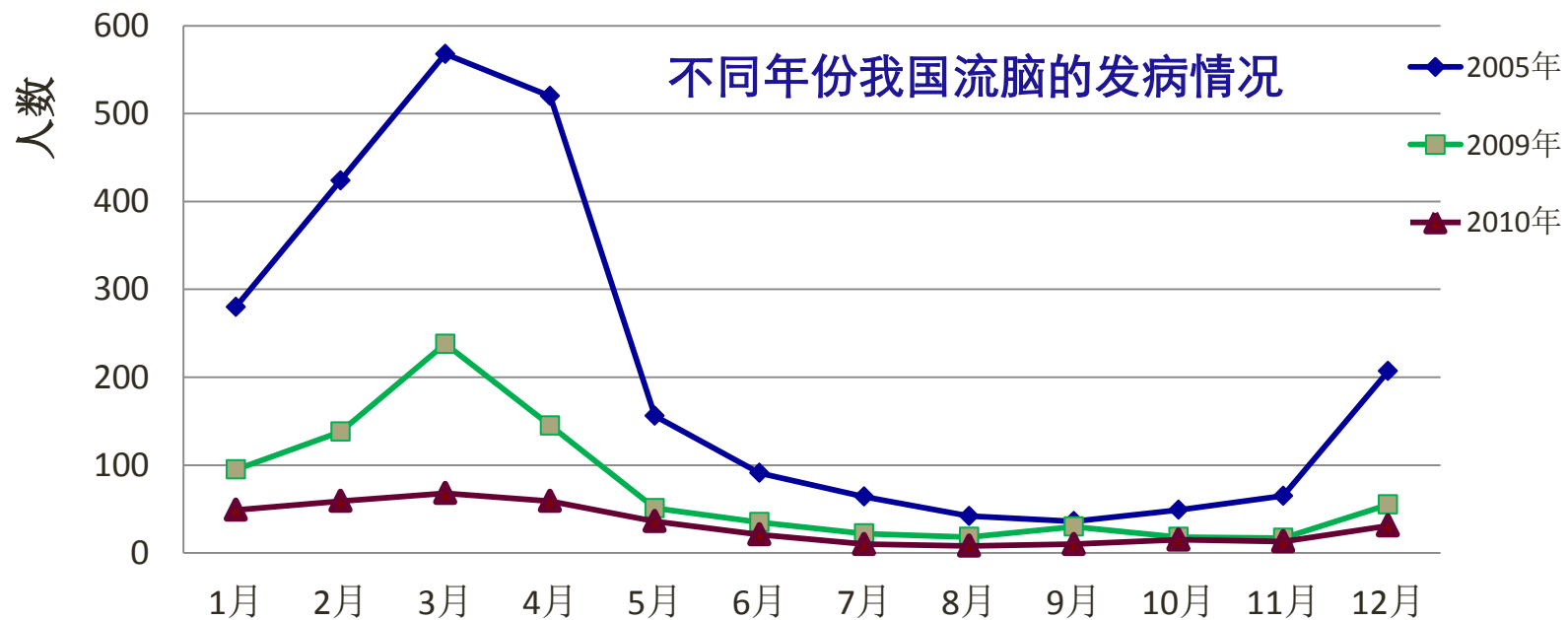
## （三）人群易感性

- 普遍易感
- 儿童多见
- 可获持久免疫力

# 【流行病学】

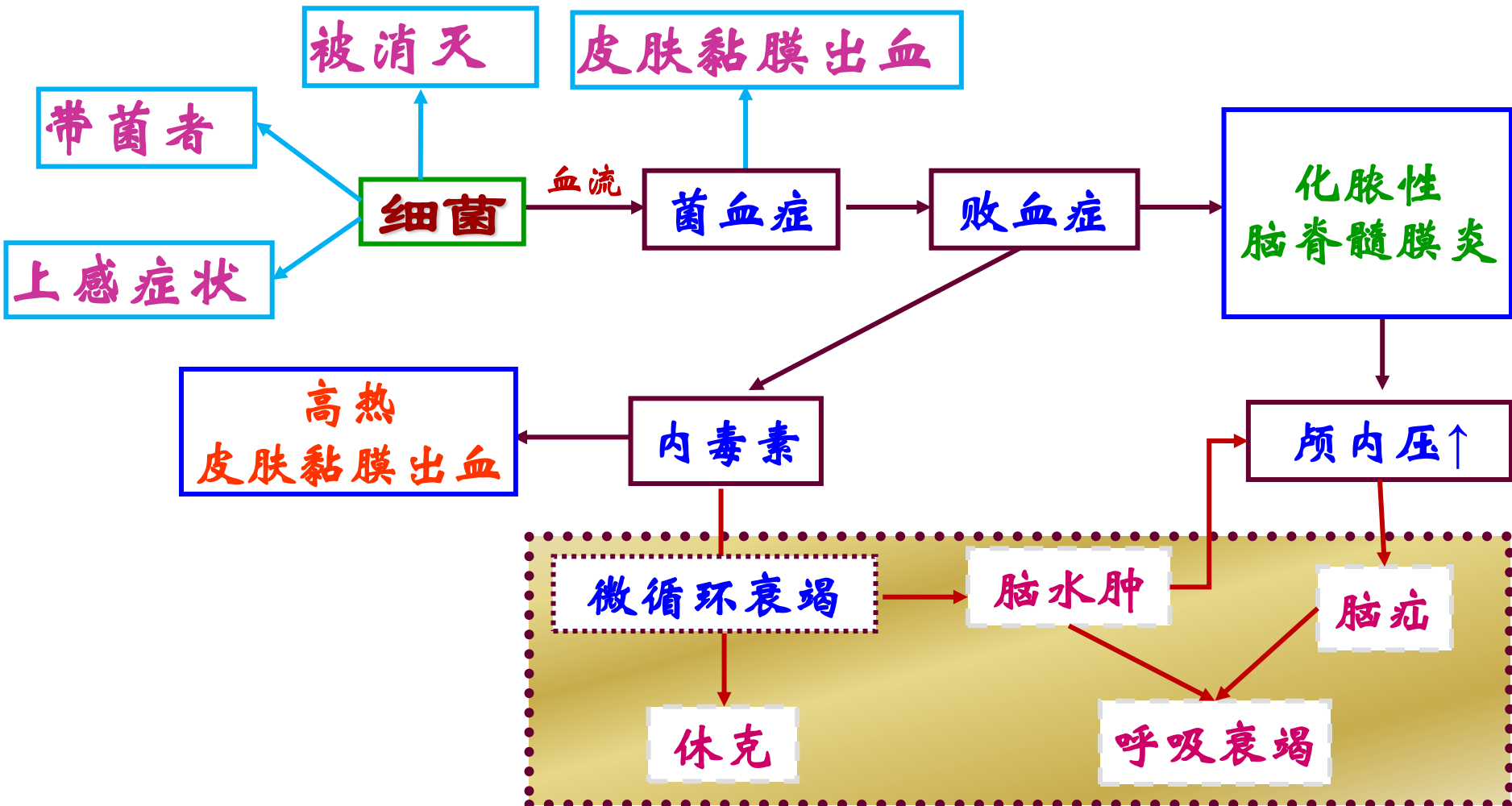
## （四）流行特征

- 冬、春季
- 周期性



# 【发病机制与病理变化】

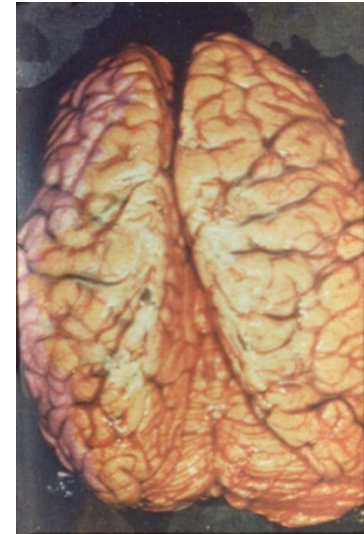
## (一) 发病机制



# 【发病机制与病理变化】

## (二) 病理变化

- 败血症期
  - 血管内皮损害
- 脑膜炎期
  - 软脑膜、蛛网膜的化脓性炎症



# 【临床表现】

## ■ 潜伏期

- 2~3日(1~7日)

## (一) 普通型

### 1. 前驱期（上呼吸道感染期）

### 2. 败血症期

- 高热
- 毒血症症状
- 皮肤、黏膜瘀点或瘀斑（特征性表现）
- 口唇疱疹

### 3. 脑膜炎期

- 剧烈头痛、频繁呕吐、烦躁不安、惊厥、意识障碍等
- 脑膜刺激征





## 【临床表现】

### 4. 恢复期

- 症状逐渐好转
- 体征逐渐消失

### (二) 暴发型

- 多见于儿童
- 起病急骤，病情凶险、发展迅速
- 死亡率高

■ 突起高热、中毒症状重

■ 皮肤黏膜广泛淤点、淤斑

# 【临床表现】

## 1. 休克型：

- 循环衰竭的表现

## 2. 脑膜脑炎型：

- 脑实质损害的表现
- 脑水肿、脑疝的表现

## 3. 混合型：

兼有上述二型表现，是最严重的类型，病死率极高



## (三) 轻型

- 多见于流行后期
- 症状轻微

# 【实验室及其他检查】

## (一) 血常规

- $WBC > 20 \times 10^9/L$ ,  $N \uparrow$

## (二) 脑脊液检查

是确诊的重要方法

- 压力升高
- 化脓性改变

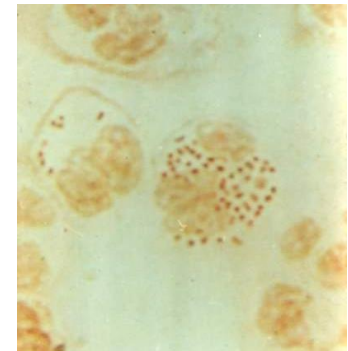
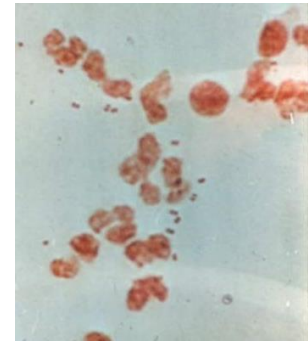
## (三) 细菌学检查

阳性是确诊最可靠的依据

- 涂片：取皮肤瘀点、脑脊液
- 细菌培养：取瘀斑组织液、血液或脑脊液

## (四) 血清免疫学检测

- 特异性抗原



# 【治疗要点】

## (一) 普通型

### ■ 病原治疗

- 应尽早、足量
- 常用药物

– 青霉素G：首选药物

– 其他：第三代头孢霉素、氯霉素等

### ■ 一般对症治疗

- 降温
- 脱水
- 维持水及电解质平衡

# 【治疗要点】

## （二）暴发型

- 病原治疗
  - 尽早应用

### 1. 休克型

- 迅速纠正休克
- 肾上腺皮质激素
- DIC治疗

### 2. 脑膜脑炎型

- 脱水治疗
- 呼吸衰竭的治疗
- 降温及抗惊厥治疗

# 【预防】

## （一）管理传染源

- 患者
  - 隔离至症状消失后3天
- 密切接触者
  - 医学观察7天

## （二）切断传播途径

切断呼吸道传播途径

## （三）保护易感人群

- 菌苗预防注射
- 药物预防

# 【护理】

## (一) 主要护理诊断

1. 体温过高：与脑膜炎球菌感染有关
2. 疼痛：头痛：与脑膜炎症、脑水肿、颅内压增高有关
3. 组织灌注量改变：与脑膜炎球菌内毒素引起微循环障碍有关
4. 意识障碍：与脑膜炎症、脑水肿、颅内压增高有关
5. 皮肤完整性受损：皮疹：与皮肤血管受损有关
6. 潜在并发症：休克、脑水肿、脑疝、呼吸衰竭

# 【护理】

## (二) 主要护理措施

### 1. 呼吸道隔离

### 2. 病情观察

- 生命体征、意识状态
- 瞳孔的大小、形态
- 皮疹的表现及变化
- 惊厥的先兆及表现
- 出入量

### 3. 休息

卧床休息

### 4. 饮食

- 高热量、高蛋白、高维生素、易消化的流食或半流食

### 5. 皮肤的护理

- 衣着、床褥应宽松、柔软、清洁
- 定时皮肤消毒
- 皮疹部位勿受压及剪切力等
- 对症处理（破溃、结痂）



## 【护理】

### 6. 对症护理

- 高热的护理
- 循环衰竭的护理
  - 体位
  - 吸氧
  - 开放静脉
  - 保暖
- 呼吸衰竭的护理
  - 吸氧
  - 保持呼吸道通畅
  - 辅助呼吸
- 意识障碍的护理
  - 保持呼吸道通畅
  - 预防各种感染
  - 保护患者的安全
- 惊厥的护理
  - 病情观察
  - 减少刺激
  - 患者的保护

## 【护理】

### 7. 药物治疗的护理

- 抗菌药
- 脱水剂
- 抗凝治疗

### 8. 心理护理

# 【健康教育】

## 1.对公众

- 宣传疾病的预防措施
- 在流行季节出现相应表现应及时就诊

## 2.对患者及家属

- 介绍疾病的有关知识
- 指导做好疾病的自我护理



北京大学医学出版社

## 第六节 布鲁菌病



## ❖ 布鲁菌病

- 又称布氏杆菌病或波浪热
- 由布鲁菌引起的人、畜共患的传染病
- 主要临床特点
  - 长期发热、多汗、关节疼痛、肝脾肿大
- 本病易慢性化，易复发

# 【病原学】

## ■ 布鲁菌

- G<sup>-</sup> 球杆状菌
- 分为6个种：
  - 羊种菌、牛种菌、猪种菌、犬种菌、绵羊附睾种菌、沙林鼠种菌
- 羊种菌致病力最强
- 此菌在自然环境中生命力强，可在乳及乳制品、皮毛、冻肉等中长时间生存



# 【流行病学】

## （一）传染源

- 主要为病畜，包括羊、牛、猪等，羊为主要传染源
- 病原菌存在于病畜的皮毛、胎盘、羊水、尿液、乳汁等中。

## （二）传播途径

1. 接触传播
2. 消化道传播
3. 其他

- 还可经呼吸道黏膜、眼结膜、性器官黏膜进入人体

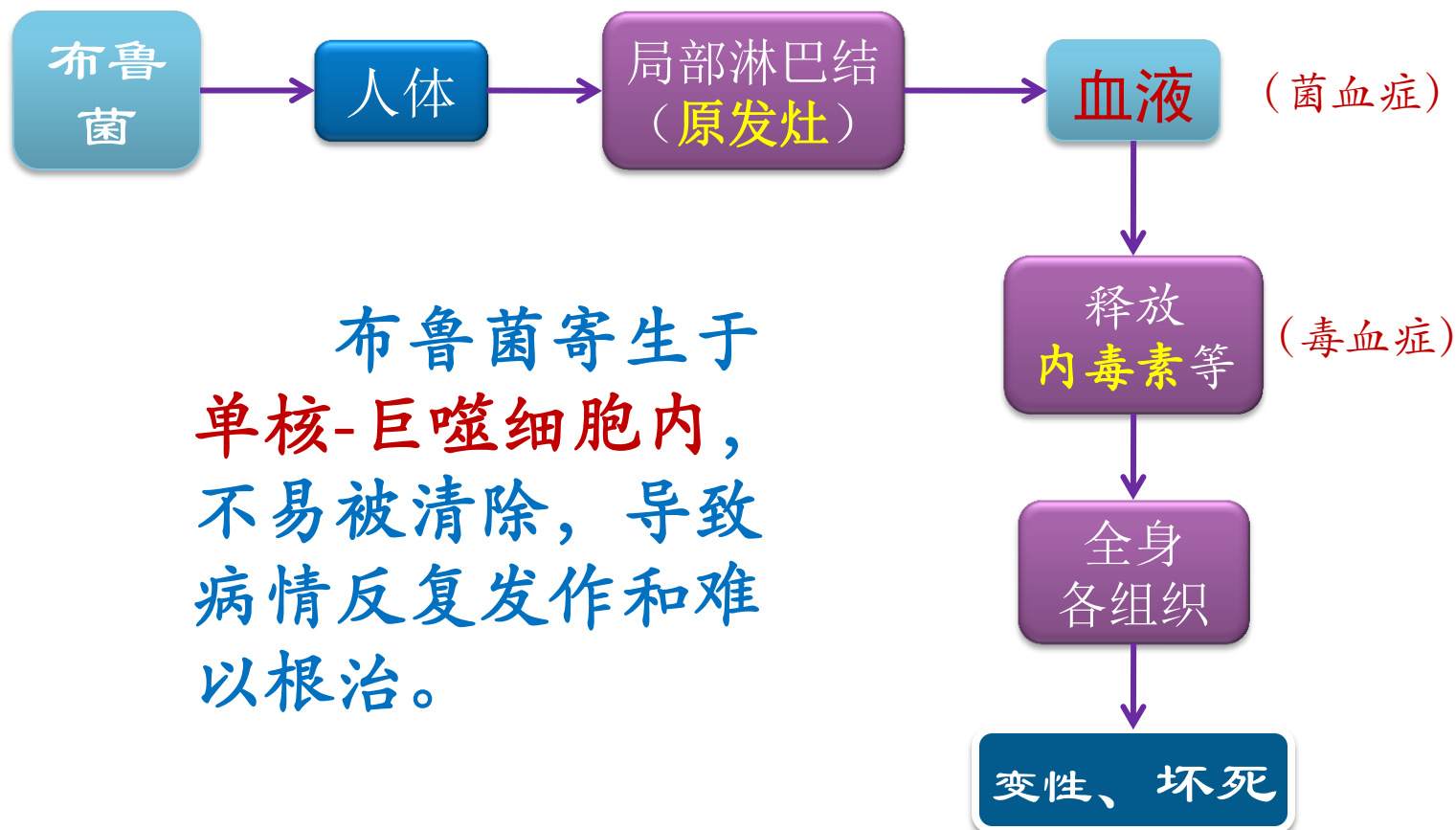
# 【流行病学】

## (三) 人群易感性

- 人群普遍易感
- 病后有一定的免疫力，但不稳固
- 各型间有交叉免疫



# 【发病机制及病理变化】



# 【临床表现】

## ■ 潜伏期

- 1~3周（3日至数月）

## （一）急性期：大多缓慢起病

### 1. 发热

- 热型不一，以不规则热多见
- 发热与其他症状相矛盾

### 2. 多汗

- 本病主要症状之一，大量出汗后可发生虚脱

### 3. 关节疼痛

- 为关节炎所致，多发生于大关节
- 初为游走性、针刺样疼痛，以后固定在某些关节

## 【临床表现】

### ■ 4. 神经系统症状

- 以神经痛多见，常有坐骨神经痛和腰骶神经痛

### 5. 泌尿、生殖系统症状

- 男性：睾丸炎、附睾炎及前列腺炎
- 女性：卵巢炎、输卵管炎及子宫内膜炎

### 6. 肝、脾及淋巴结肿大

# 【临床表现】

## (二) 慢性期

- 病程超过一年
- 主要表现
  - 疲乏无力
  - 关节和肌肉疼痛
  - 骨和关节的器质性损害
  - 精神症状：精神抑郁、失眠、注意力不集中等

# 【实验室和其他检查】

## (一) 血常规

- 白细胞正常或↓，淋巴细胞或单核细胞↑，血沉增快

## (二) 细菌培养

取血液、骨髓、乳汁、脑脊液等作培养  
为确诊的重要依据

## (三) 血清学检查

- 1. 凝集试验：
  - 特异性IgM和IgG抗体， IgM效价 $\geq 1:160$ 有诊断意义
- 2. 酶联免疫吸附试验

## (四) 皮内试验

# 【治疗要点】

## (一) 急性期

### 1. 一般和对症治疗

①卧床休息

②注意水和电解质的补充

③高热：

应用物理降温

④头痛、关节疼痛

剧烈者应用镇痛剂

⑤中毒症状明显和睾丸炎

严重者可适当应用肾上腺皮质激素

## 【治疗要点】

### 2. 病原治疗

- 常用利福平+多西环素
- 采用联合给药及多疗程治疗
- 疗程不低于3周，交替使用2~3个疗程，
- 更换方案的间隔5~7天。

### (二) 慢性期

- 具有局部病灶或细菌培养阳性者，需病原治疗

# 【预防】

## （一）管理传染源

### 1. 隔离病畜

- 流产的胎羔应加生石灰后深埋
- 定期对健康牲畜进行预防接种

### 2. 急性期患者

- 隔离至症状消失，血、尿细菌培养阴性可解除隔离
- 患者的排泄物、污染物应消毒



## 【预防】

### (二) 切断传播途径

1. 加强对畜产品的卫生监督
2. 加强粪便、水源管理

### (三) 保护易感人群

1. 预防接种
  - 凡有可能受染者均应进行预防接种
2. 做好个人防护

## 【护理】

### (一) 主要护理诊断

1. 体温过高：与布鲁菌感染有关。
2. 疼痛：关节痛：与关节炎症有关。
3. 有体液不足的危险：与出汗过多有关。

# 【护理】

## (二) 主要护理措施

### 1. 消化道隔离

### 2. 病情观察

- ① 体温变化；
- ② 关节有无红肿、疼痛表现；
- ③ 男性患者注意有无睾丸肿大及疼痛；
- ④ 淋巴结及肝、脾变化；
- ⑤ 治疗后病情变化等

### 3. 休息：急性期卧床休息

### 4. 饮食

- 给以营养丰富、易消化的饮食
- 保证足够的水分和电解质

# 【护理】

## 5. 症状护理

### (1) 发热

### (2) 多汗

- 应给予温水擦浴
- 及时更换内衣裤及寝具
- 保持皮肤清洁、干燥

### (3) 关节痛

- 遵医嘱给予解热镇痛剂
- 局部湿热敷或用理疗等
- 采用支架保护损伤关节
- 协助患者翻身、按摩、进行肢体被动运动

## 【护理】

- (4) 睾丸炎
  - 睾丸肿大者，可用“十”字吊带托

### 6. 药物治疗的护理

- 做好药物疗效及不良反应的观察
- 告知患者药物治疗的相关知识及坚持治疗的重要性

### 7. 心理护理

- 应根据不同病期患者的不同心理表现给以心理护理

# 【健康教育】

## 1.重点对牧民进行预防教育

- 讲述管理传染源及切断传播途径的措施，
- 特别强调要加强个人防护及进行预防接种

## 2.介绍本病有关知识

- 疾病的临床表现、治疗方法等
- 说明本病复发率较高，急性期常采用联合用药和多疗程疗法，以避免复发及慢性化
- 出院后仍应避免过度劳累及注意增加营养
- 出院1年内应定期复查



北京大学医学出版社

## 第七节 猩红热



## ❖猩红热

- 是由A组  $\beta$  型溶血性链球菌引起的急性呼吸道传染病
- 临床特点
  - 急性起病、发热、咽峡炎
  - 全身弥漫性鲜红色皮疹和疹后脱屑
  - 少数患者病后出现心、肾变态反应性并发症



# 【病原学】

- A组 $\beta$ 型溶血性链球菌
  - G<sup>+</sup>球菌
  - 可产生多种与致病有关的毒素和酶
  - ①致热外毒素（红疹毒素）
    - 可导致发热和皮疹，抑制吞噬系统功能
  - ②溶血素
    - 对白细胞和血小板具有毒性
  - ③透明质酸酶与链激酶
    - 可溶解组织间的透明质酸，利于细菌在组织中扩散
  - 对热及干燥的抵抗力较弱

# 【流行病学】

## （一）传染源

- 患者和带菌者
- 自发病前24小时至疾病高峰时传染性最强

## （二）传播途径

- 空气飞沫传播为主
- 经皮肤伤口或产道等处传播（“外科型猩红热”或“产科型猩红热”）

# 【流行病学】

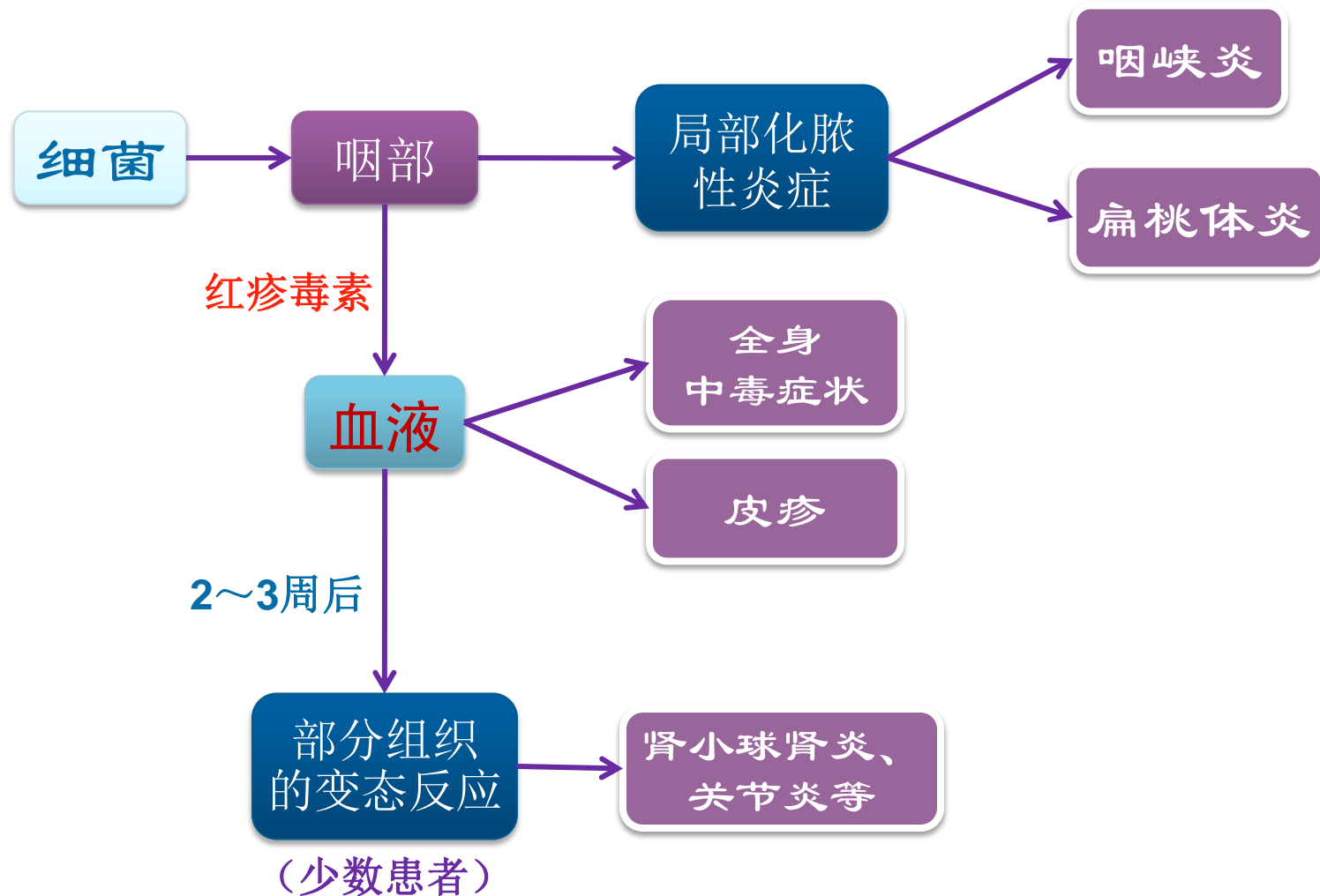
## (三) 人群易感性

- 人群普遍易感
- 感染后可产生抗菌免疫和抗毒免疫

## (四) 流行特征

- 冬、春季节多见
- 常见于学龄前儿童

# 【发病机制及病理变化】



## 【临床表现】

- 潜伏期
- 一般2~5天（1~12天）

### （一）发热

- 持续性发热，体温可达39℃以上
- 全身中毒症状

### （二）咽峡炎

咽痛

咽及扁桃体充血，有脓性渗出物

■

# 【临床表现】

## (三) 皮疹

### 1. 出现时间

- 发热后第2天出现皮疹，24小时内漫延至全身

### 2. 皮疹型态

- 全身皮肤弥漫性充血的基础上，广泛散布着均匀的、针尖大小的丘疹，压之褪色
- 伴瘙痒
- 也可有“鸡皮疹”或“粟粒疹”



## 【临床表现】

### 3. 帕氏线

- 在皮肤皱褶处皮疹密集，形成紫红色线状，称“帕氏线”

### 4. “口周苍白圈”

- 面部潮红无皮疹，口鼻周围相对苍白

### 5. 脱皮

- 疹退后皮肤脱屑，多呈片状脱皮

### 6. “草莓舌”和“杨梅舌”



## 【并发症】

### (一) 化脓性或中毒性并发症

- 化脓性淋巴结炎、中耳炎、中毒性心肌炎、中毒型肝炎等。

### (二) 变态反应性并发症

- 发生于病程第2~3周
- 主要有急性肾小球肾炎、风湿性关节炎等



# 【实验室及其他检查】

## (一) 血常规

- 白细胞总数 ↑，中性粒细胞 ↑

## (二) 细菌培养

咽拭子或病灶分泌物培养：可有 $\beta$ 型溶血性链球菌生长

## (三) 尿常规

- 肾脏并发症：尿蛋白 ↑，出现红、白细胞及管型

## 【治疗要点】

### (一) 病原治疗

- 青霉素为首选治疗药物
- 疗程5~7日

### (二) 并发症治疗

- 对急性肾小球肾炎、风湿热予以相应治疗

# 【预防】

## (一) 管理传染源

### 1. 患者

- 住院或家庭隔离
- 隔离期限：咽拭子培3次阴性或从治疗日起隔离7日。

### 2. 密切接触者

- 医学观察7~12日

### 3. 带菌者

- 在儿童机构工作的带菌者：应调离工作岗位，积极治疗，至3次咽培养阴性后恢复工作

## 【预防】

### (二) 切断传播途径

- 切断呼吸道传播途径

### (三) 保护易感人群

- 药物预防：
  - 密切接触者可采用青霉素或磺胺类

## 【护理】

### (一) 主要护理诊断

1. 体温过高：与  $\beta$  型溶血性链球菌感染有关。
2. 皮肤完整性受损：皮疹：与细菌产生红疹毒素引起皮肤损害有关。
3. 疼痛：咽痛：与咽及扁桃体炎症有关。
4. 潜在并发症：急性肾小球肾炎、风湿性关节炎。

## 【护理】

### (二) 主要护理措施

#### 1. 呼吸道隔离

#### 2. 病情观察

(1) 体温变化;

■ (2) 咽痛症状及咽部分泌物变化;

■ (3) 皮疹变化;

■ (4) 并发症观察: 有无其他部位化脓性病灶; 注意定时检查尿常规, 及时发现肾损害。

#### 3. 休息:

卧床休息

## 【护理】

### 4. 饮食

- （1）发热期给以营养丰富、高维生素的流食、半流食
- （2）保证足够入量

### 5. 症状护理

- （1）发热：常规护理

## 【护理】

- (2) 皮疹：
  - ①注意保持皮肤清洁，每日用温水轻擦皮肤，禁用肥皂水、乙醇擦拭皮肤。
  - ②有皮肤瘙痒者应避免搔抓，注意修剪指甲。皮肤剧痒者可涂止痒剂等。
  - ③疹退后若皮肤干燥可涂润肤露保护皮肤。
  - ④皮肤脱皮时应让其自行脱落，不要强行撕脱，翘起的部分可用消毒剪刀剪去。
  - ⑤衣着应宽松，内衣裤应勤换洗。床褥应保持清洁、松软、平整、干燥。



## 【护理】

### (3) 咽痛：

- ①注意口腔卫生，常规口腔护理
- ②咽痛明显者按医嘱用药。

### 6. 药物治疗的护理：

应用青霉素治疗时，注意观察疗效及过敏反应。

## 【健康教育】

### 1.进行预防本病的健康教育

### 2.向家属介绍疾病的相关知识

- 轻型猩红热患者可在家中治疗及护理
- 讲述猩红热的临床表现、治疗药物、疗程等
- 指导发热及皮疹的护理方法
- 病程第2~3周易出现急性肾小球肾炎等并发症，应注意每周查一次尿常规



北京大学医学出版社

## 第九节 百日咳



## ❖ 百日咳

- 是由百日咳杆菌引起的急性呼吸道传染病
- 临床表现
  - 阵发性、痉挛性咳嗽
  - 咳嗽终止时伴有吸气性“鸡鸣样”吼声
  - 多见于儿童
  - 病程可持续2~3个月，故名“百日咳”

# 【病原学】

## 百日咳鲍特菌（百日咳杆菌）

- 鲍特杆菌属，G<sup>-</sup>短小杆菌
- 具有多种抗原物质
- 产生多种具有抗原性质的毒素
- 对理化因素的抵抗力很弱

# 【流行病学】

## (一) 传染源

- 患者是唯一传染源
- 传染期主要为病后1~3周
- 病程第1周卡他期传染性最强

## (二) 传播途径

- 通过飞沫传播

# 【流行病学】

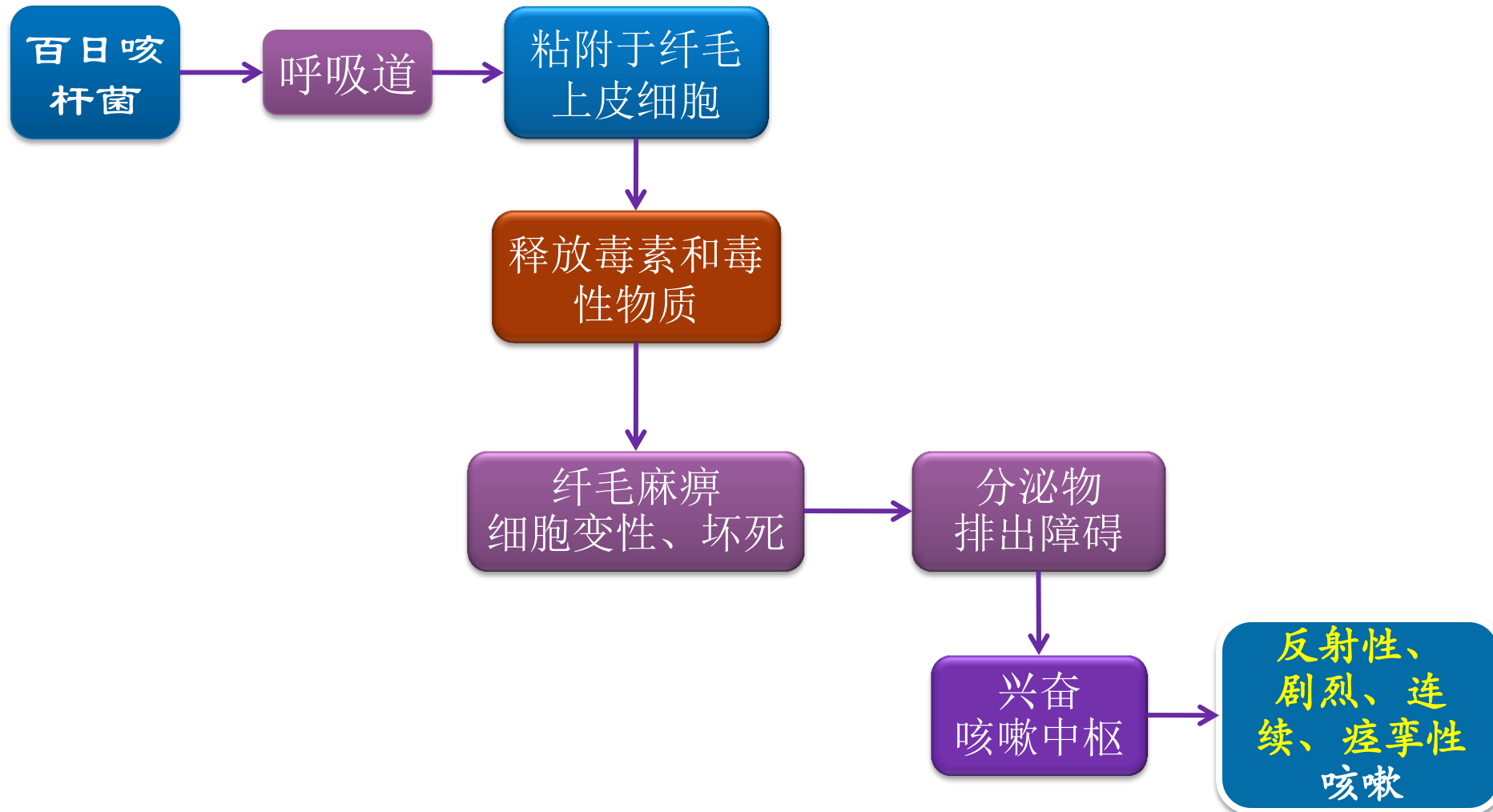
## (三) 人群易感性

- 人群普遍易感，尤以幼儿最易感，
- 病后不能获得持久性免疫

## (四) 流行特征

- 全年均可发病，但以冬、春季节多见

# 【发病机制与病理变化】





## 【临床表现】

- 潜伏期
- 2~20日
- (一) 痉咳前期 (卡他期) 持续约7~10日：
  - 发热
  - 上呼吸道感染表现
  - 3~4日后咳嗽进一步加重，尤以夜间严重

# 【临床表现】

## (二) 痉咳期：持续数周

- 每日发作数次至十余次，夜间尤重
- 每次连续咳嗽十余声后产生吸气性“鸡鸣样”吼声
- 反复多次，持续数分钟→咳出黏液痰
- 伴眼睑水肿、结膜下出血、鼻出血、舌系带溃疡等
- 咳嗽可自发，也可有诱因

## (三) 恢复期

- 自痉咳减轻至完全不咳，一般经历2~3周
- 有并发症者可持续数周至数月

## 【并发症】

### 1. 支气管肺炎：

常见并发症，多发生于痉咳期  
为继发感染所致

### 2. 百日咳脑病：

最为严重，常危及生命。

# 【实验室及其他检查】

## (一) 血常规:

白细胞总数↑，淋巴细胞↑。

## (二) 细菌学检查:

1.细菌培养: 用咽拭子法，阳性可确诊。

2.百日咳杆菌DNA: 从鼻咽分泌物中检测。

## (三) 免疫学检查

1.特异性抗体IgM: 检测特异性抗体IgM，可作早期诊断的参考。

2.特异抗原

## 【治疗要点】

### (一) 病原治疗:

红霉素为首选药物, 疗程14~21天。

### (二) 对症治疗:

1.咳嗽: 可用祛痰剂。

2.痰液黏稠: 可加用雾化吸入。

3.痉咳剧烈: 可给镇静剂。

### (三) 肾上腺皮质激素与高效价免疫球蛋白治疗:

重症患儿可加用肾上腺皮质激素。

高效价免疫球蛋白可减少痉咳次数和缩短痉咳期。

### (四) 并发症治疗:

有肺炎、百日咳脑病等并发症时给以相应治疗。



## 【预防】

### (一) 管理传染源：

- 1.患者：从痉咳开始隔离30天。
- 2.接触者：隔离21天，并服红霉素3~5天。

### (二) 切断传播途径：

切断呼吸道传播途径。

### (三) 保护易感人群：

百日咳菌苗接种是预防该病的重要手段。

## 【护理】

### (一) 主要护理诊断

- 1.清理呼吸道无效：与痰液黏稠不易咳出有关。
- 2.有营养失调：低于机体需要量的危险：与痉咳引起呕吐或拒食有关。

# 【护理】

## (二) 主要护理措施

1. 呼吸道隔离。

2. 病情观察：

① 痉咳次数、发作表现及严重程度；

② 发作诱因；

③ 呕吐次数、量、性状；

④ 体重变化；

⑤ 并发症表现。

3. 休息：

① 对痉咳频繁、体弱、年龄小及有并发症者应卧床休息

② 病室应清洁、温暖、空气流通。





## 【护理】

### 4.饮食:

①应选择**浓稠**、不需**长时间咀嚼**、不久留胃内的营养丰富、高维生素、易消化饮食，**少量多餐**。

②入量不足者可给以静脉输液，并注意水、电解质平衡。

③因呕吐剧烈而拒食者，应**鼓励**患儿进食，并应少量多次喂食。

④各种护理操作应在**餐前半小时**进行。

## 【护理】

### 5. 痉咳的护理:

- ①避免痉咳诱发因素;
- ②痰液黏稠者按医嘱用药;
- ③必要时按医嘱给以镇静剂。

### 6. 舌系带溃疡:

- ①嘱意饮食及饮水不宜过热, 以免引起疼痛;
- ②作好口腔护理, 避免继发感染。

### 7. 药物治疗的护理:

- ①应向患者及家属说明药物名称、剂量、用法、不良反应等;
- ②服药应在痉咳后10~20分钟进行, 以避免诱发痉咳及呕吐。

# 【健康教育】

## 1.对人群进行健康教育

进行预防百日咳的教育，并说明接种百日咳菌苗的重要意义。

## 2.对患儿家长的健康教育

讲解痉咳发作的表现、发作诱因、治疗药物及疗程、本病对患儿的危害、饮食要求等，避免诱因，减少发作次数。