一、传染病及传染病学

**传染病**：由具有致病性的生物（病原体）引起的、能在人群、人和动物间传播并在一定条件下可造成流行的传染性疾病。

**共生状态**：指两种不同生物之间所形成的紧密互利关系，一方为另一方提供有利于生存的帮助，同时也获得对方的帮助。分为互利共生、偏利共生。

**机会性感染**：指一些条件致病菌在人体免疫力正常的情况下不能致病。当免疫力低下时会导致感染。内源性感染也属于机会性感染。

**感染谱**：机体感染病原体后，经过传染过程，所表现出轻重不等的临床表现。分为“病原体被消除”、“隐性感染/亚临床感染”、“病原携带状态”、“显性感染/临床感染”、“潜伏性感染”、“死亡”六种。

**隐性感染**：指机体被病原体侵袭后，仅出现轻微病理损害而不出现明显的临床症状，只能通过免疫检测才能发现（病原体和抗体）的一种感染过程。

**病原携带状态**：包括带菌、带病毒、带虫状态。病原体侵入机体后，存在与机体的一定部位，虽有可能有轻度的病理损害，但不出现疾病的临床症状。一般有无症携带者、恢复期携带。由于携带者可以向外排除病原体，成为具有传染性的重要传染源。

**显性感染**：病原体入侵人体后，因免疫功能的改变，致使病原体不断繁殖，并产生毒素，导致机体出现病理及病理生理改变，临床出现传染病特有的临床表现，则为传染病发作。

**潜伏性感染**：病原体寄生在人体某个部位，当机体免疫功能下降时间可引起显性感染，无传染性和免疫反应。

**感染性疾病**：能通过呼吸、接触、输血等方式，由病人把病毒传给健康人的疾病。

**自然疫源地**：以野生动物作为传染源的传染病，经常存在于某地区。由于该地区具有该病的动物传染源、传播媒介及病原体在动物之间传播的自然条件，当人类进入该地区时，就会染病，这些地区称为自然疫源地。

**自然疫源性疾病**：上述疾病即为自然疫源性疾病。

**传染期**：传染病患者排出病原体的整个时期

**病原携带者**：没有明显临床症状但能排出病原体的人

**潜伏期**：从病原体侵入人体至出现最初的临床症状止。

**传染源**：能将病原体传播到外界的人或动物。是指初始携带病毒或病菌的生物个体，一般是病毒或病菌的寄主，是散播病原体的源头。

1. 人体免疫系统

**炎症**：指具有血管系统的活体组织针对各种致炎因子造成的损伤所发生的防御反应。属于天然免疫。

**趋化运动：**免疫细胞沿趋化因子，诱发趋化运动和炎症效应。（巨噬细胞介导）

**抗原递呈：**抗原递呈细胞通过MHC分子将病原肽递呈于细胞表面的过程。（树突状细胞介导）

三、传染病常见表现及发病机制

**症状**：患病时由于机体生理功能异常，病人主观的不适感觉或病态，自己向医生陈述或由别人代述的痛苦感受。

**体征**：医生在检查病人时所发现的异常变化，具有诊断意义的症候。

**发热**：狭义的发热指由于体温调节中枢的体温调定点上移使产热大于散热，体温超过正常范围。分为感染型发热和非感染型发热。非感染型发热包括无菌性炎症、变态反应性发热、中流行发热、类固醇发热、甲亢、中暑等。

**过热**：由于体温调节障碍导致的，不引起体温调定点上移的病理性体温过高。

**水肿**：过多的体液在机体组织间隙内积聚。

**热型：**发热体温曲线的形态。

**休克：**各种有害因素侵袭机体后发生的、以组织有效血液灌注量急剧降低，从而导致各重要器官功能代谢紊乱和结构损伤的全身性病理过程。

四、细菌性传染病

**败血症**：指致病菌在血液中或条件致病菌侵入血循环，在血液中大量生长繁殖，并且释放大量毒素而导致全身性中毒反应。

**菌血症**：指病原菌自病灶不断入血，只是短暂停留，不繁殖，全身无中毒症状。多出现在在感染早期。

**毒血症**：病原菌在入侵的局部繁殖,细菌不侵入血流,只是其产生的毒素进入血流引起全身症状。

**脓毒血症**：由于病原菌随血流播散,在全身多种组织或脏器引起多发性化脓病灶。

**内毒素**：指革兰氏阴性菌细胞壁中的脂多糖成分，因为它在活细胞内不分泌到外界，只有在细菌死亡自溶或人工裂解后才释放出来。内毒素不能通过甲醛脱毒成为类毒素，向恒温动物或人类注射内毒素会导致发热。（内毒素是主要的致病因素，可作为免疫疫苗。）

**外毒素**：指病原菌在生长繁殖过程中分泌到菌体以外的一类毒性蛋白质。

**类毒素**：外毒素用0.3%-0.4%的甲醛处理后可以是其毒性完全丧失，但是仍保留有抗原性。此类经甲醛处理完全失毒的外毒素成为类毒素。

**抗毒素**：将类毒素注射入机体后，可使机体产生对相应外毒素具有免疫性抗体，称为抗毒素。

五、其他

**溃疡**：发生于皮肤黏膜表面，因坏死脱落而形成的局限性缺损溃烂。

**致敏**：免疫细胞因接触抗原物质而主动产生、或因机体接受抗体或具有免疫活性的淋巴细胞后被动产生的免疫反应性增高状态。当它们再次接触到有关抗原是即可引起强烈的免疫反应。

**相对缓脉**：体温升高与脉搏不成比例，即脉搏不随体温的升高而加快。常见于伤寒。

**再燃**：**伤寒**：伤寒部分患者进入恢复期前体温尚未降正常时，又重新上升，症状再次家中，称为再燃。可能与伤害沙门菌菌血症尚未得到完全控制有关。

**疟疾**：疟疾初发后免疫力不高，或未经过彻底治疗，临床症状受到控制，但血中疟原虫未完全消失，一旦免疫力降低，原虫再次增殖，引起临床发作。多见于病愈后1-4周。有血液中参与的原虫引起，四种疟疾都可出现。

**复发**：**伤寒**：伤寒的一些病例在退热1~3周后临床症状再现，称为复发。复发的症状一本矫情，病程较短，并发症与合并症较少。与病灶内的伤寒沙门菌未被完全清除，当机体抵抗力降低时再度繁殖侵入血流有关。

**疟疾**：初经治疗，临床症状及原虫血症均小时候又出现发作。90%以上的复发见于初发痊愈后3-6个月。是由迟发型孢子引起，见于间日疟原虫、卵形疟原虫感染。

**阿米巴瘤**：由于验证围绕阿米巴脓肿部位的肠壁增厚。其外层为纤维组织，内层为肉芽组织（肉芽组织由新生薄壁的毛细血管以及增生的成纤维细胞构成，并伴有炎性细胞浸润），中央为坏死组织。容易误诊为肿瘤。

**伤寒细胞**：吞噬有细菌、红细胞、淋巴细胞、坏死细胞、碎屑的巨噬细胞。

**伤寒肉芽肿**：多个伤寒细胞聚集成团。

**肉芽组织：**由新生薄壁的毛细血管以及增生的成纤维细胞构成，并伴有炎性细胞浸润。

**带虫免疫**：病人感染疟原虫后反复发作或重复感染后获得一定免疫力，能抵抗同种疟原虫的再感染，有一定的杀伤作用但无法完全清除疟原虫，因此血液中有低水平的原虫血症，虽有小量疟原虫增殖，但可恶疟疾发作的临床症状。

**伴随免疫（与带虫免疫类似）**：人感染血吸虫后可获得部分免疫力，患者门静脉内仍有成虫寄生和产卵，但宿主对再感染有一定免疫力，而对体内已有的成虫无清除力，这种免疫称为伴随免疫。

**门脉高压(综合)症**：由于肝脏炎症纤维化或虫卵肉芽肿阻塞，使得门静脉血不易流入肝内静脉，门静脉的血流受阻，引起门静脉压增高。

临床表现为脾肿大、脾功能亢进，进而发生食管胃底静脉曲张，呕血、黑便、腹水、下肢静脉曲张等症状。

**两对半：**乙肝两对半是国内医院最常用的乙肝病毒 (HBV)感染检测血清标志物。乙型肝炎病毒免疫学标记一共3对，即表面抗原(HBsAg)和表面抗体(抗HBs或HBsAb)、e抗原(HBeAg)和 e抗体(抗HBe或HBeAb)、核心抗原(HBcAg)和核心抗体(抗HBc或HBcAb)。乙肝两对半又称乙肝五项，其检查意义在于：检查是否感染乙肝及感染的具体情况，区分大三阳、小三阳。

**大三阳：**HBsAg(+)抗-HBs(-)HBeAg(+)抗-HBe(-)抗-HBc(+)

**小三阳：**HBsAg(+)抗-HBs(-)HBeAg(-)抗-HBe(+)抗-HBc(+)

**窗口期/空白期**：从血清中HBsAg消失到抗HBs-Ab出现中间相隔的数周时间。

**血清转换：**机体的免疫系统在受到抗原（包括细菌、病毒、甚至自身肿瘤细胞等）刺激后会产生抗体，我们从免疫细胞（B细胞）开始产生抗体算起，将血清中无法检测到抗体**至**能够检测到抗体的这个“转换点”定义为血清转换。

**血清抗原-抗体转换率：**HBeAg-抗HBe-Ab

**转阴标志：**血清抗原-抗体转换率；HBv-DNA转阴率

**三少：**白细胞、血小板、红细胞含量减少。

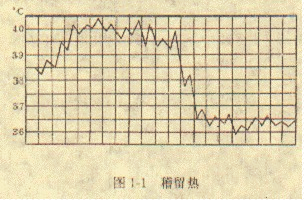
**中间宿主：**寄生虫的幼虫或无性生殖阶段所寄生的宿主。

**终末宿主：**寄生虫的成虫或有性生殖阶段所寄生的宿主。

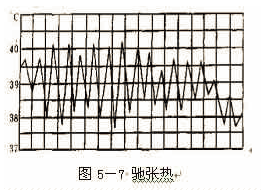
**肥达反应（Widal reaction）：**伤寒血清凝集试验。用已知的伤寒沙门氏菌菌体抗原O、鞭毛抗原H、副伤寒杆菌鞭毛抗原A、B、C，与病人血清做定量凝集试验，以测定患者血清中有无相应抗体存在。

五、热型汇总

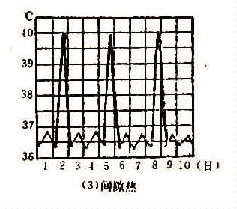
**稽留热**：39度以上，24小时波动不超过1度，常见于大叶性肺炎，伤寒高热期。



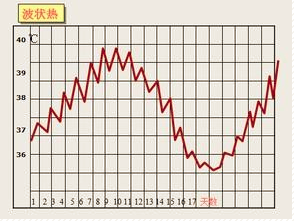
**弛张热**：39度以上，24小时波动超过2度，常见于败血症，风湿热，化脓性炎症。



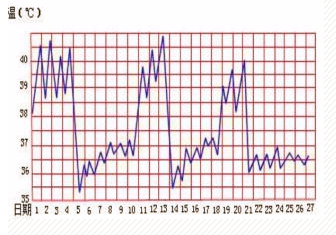
**间歇热**：骤升骤降，有无热期，常见于疟疾，急性肾盂肾炎。



**波状热**：39度以上，缓升缓降，有无热期，常见于布鲁杆菌病。



**回归热**：39度以上，骤升骤降，高低热交替进行，常见于霍奇金病。



**不规则热**：无规律，常见于结核病，风湿热。支气管肺炎。

