

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
病毒性肝炎	<p>一、甲、戊肝</p> <p>1.传染源：急性期患者和隐性感染者</p> <p>2.传播途径：粪口传播</p> <p>3.易感人群：</p> <p>甲：抗 HAV（-）都易感，>6 个月儿童易感</p> <p>戊：成人多见、儿童隐性</p> <p>4.感染后免疫力：甲持久免疫、戊短期消失</p>	<p>潜伏期：1~6 个月</p> <p>一、急性肝炎</p> <p>（1）急性黄疸型肝炎</p> <p>1.黄疸前期（5~7 天）：甲、戊起病急，发热、伴畏寒。全身症状、消化道症状明显，肝功能改变（AST、ALT↑）</p> <p>2.黄疸期（2~6 周）：巩膜与皮肤黄染、尿黄、肝/脾肿大，少数出现梗阻性黄疸表现</p> <p>3.恢复期（1~2 月）：症状、体征消失、肝功恢复正常</p> <p>（2）急性无黄疸型肝炎</p> <p>较常见，症状体征较轻，无黄疸</p>	<p>1.流行病学资料：</p> <p>甲、戊：流行区、季节、饮食</p> <p>乙、丁：输血、不洁注射史、密切接触史、家庭成员</p> <p>丙：输血或血制品史、静脉毒瘾者、不洁性生活</p> <p>2.临床诊断：急性肝炎、慢性肝炎、重型肝炎、淤胆型肝炎、肝炎肝硬化</p> <p>3.病原学诊断：</p> <p>甲：抗-HAV IgM、抗-HAV IgG（保护性抗体）</p> <p>乙：两对半、HBV DNA</p> <p>丙：抗-HCV IgM、HCV RNA</p> <p>丁：HDV Ag、抗-HDV IgM、抗-HDV IgG、HDV RNA</p> <p>戊：抗-HEV IgM、抗-HEV IgG、HEV RNA</p>	<p>一、急性肝炎</p> <p>1.一般治疗：隔离、休息、饮食清淡</p> <p>2.对症治疗：保肝</p> <p>3.抗病毒治疗：急性期不主张抗病毒！（丙肝除外）</p> <p>二、慢性肝炎</p> <p>1.一般治疗：休息、饮食、心理平衡</p> <p>2.对症治疗：改善和恢复肝功能、抗肝纤维化</p> <p>3.抗病毒治疗：主要！</p> <p>①干扰素：乙、丙</p> <p>②核苷类似物：乙，替诺福韦、恩替卡韦、拉米夫定</p> <p>③直接抗病毒药物：丙</p> <p>三、重症肝炎</p> <p>1.一般治疗：休息、饮食、水电解质</p> <p>2.对症治疗：促进肝细胞再生、人工肝、肝移植</p> <p>3.抗病毒治疗：核苷类似物、禁用干扰素！</p> <p>4.免疫调节</p> <p>5.并发症防治</p>	<p>1.管理传染源：隔离急性患者</p> <p>2.切断传播途径：</p> <p>甲、戊：三管一灭</p> <p>乙、丙、丁：防止母婴、血源、性传播</p> <p>3.保护易感人群：</p> <p>甲、戊：疫苗接种</p> <p>乙：乙肝疫苗、乙肝免疫球蛋白（被动免疫）、HBV 母婴传播阻断</p> <p>丙、丁：无疫苗！</p>
	<p>二、乙、丙、丁肝</p> <p>1.传染源：急、慢性患者、病毒携带者</p> <p>2.传播途径：</p> <p>乙、丁：母婴传播、血液、体液传播、性传播</p> <p>丙：输血及血制品传播；注射、针刺、透析、移植；性传播</p> <p>3.易感人群：</p> <p>乙：抗 HBs（-）均易感，抗 HBs（+）有持久免疫力</p> <p>丙、丁：普遍易感、无保护性抗体</p>	<p>二、慢性肝炎（>半年）</p> <p>三、重型肝炎（肝衰竭）</p> <p>分类：</p> <p>1.急性：2 周内，黄疸（胆酶分离）、出血、肝性脑病</p> <p>2.亚急性：发病 15 天~26 周内出现肝衰竭综合征，脑型、腹水型</p> <p>3.慢加急性（亚急性）：慢性肝病+急/亚急肝功能失代偿</p> <p>4.慢性：肝硬化基础上慢性肝功能失代偿（腹水、门脉高压、凝血功能障碍、肝性脑病等）</p> <p>时相分期：</p> <p>1.早期：PTA≤40%，未出现肝性脑病或明显腹水</p> <p>2.中期：20%<PTA≤30%，Ⅱ度以下肝性脑病或明显腹水</p> <p>3.晚期：PTA≤20%，伴难治性并发症，Ⅲ度以上肝性脑病</p> <p>四、淤胆型肝炎（急、慢性）</p> <p>1.黄疸时间长：持续 3 周以上</p> <p>2.黄疸三分离：消化道症状、ALT、PT 远远低于黄疸程度</p> <p>3.大便颜色浅、皮肤瘙痒</p> <p>五、肝炎肝硬化</p> <p>活动性、静止性、代偿性、失代偿性肝硬化</p>			

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
流感	<p>病原体：流感病毒（甲乙丙型）</p> <p>1.传染源：病人、隐性感染者，潜伏期即有传染性，发病 2~3 天传染性最强</p> <p>2.传播途径：呼吸道、直接/间接接触</p> <p>3.易感人群：普遍易感</p> <p>4.感染后免疫力：不持久、无交叉</p>	<p>潜伏期：1~3 天</p> <p>一、单纯型</p> <p>起病急、高热、全身症状重、呼吸道症状轻（咳嗽、鼻塞、流涕、咽痛）</p> <p>二、胃肠型</p> <p>儿童多见，主要为消化道症状</p> <p>三、肺炎型</p> <p>多见于婴幼儿、老年人；肺炎症状、无实变体征，呼吸循环衰竭</p> <p>四、中毒型</p> <p>全身毒血症表现，高热、神经系统、心血管系统受损，休克、DIC、心衰等</p>	<p>1.流行病学资料：冬春季、同一地区、短时间大量病例</p> <p>2.临床特征：呼吸道症状轻而全身中毒症状重</p> <p>3.实验室检查：血 WBC↓，病原学、血清学阳性</p>	<p>1.一般治疗：隔离</p> <p>2.对症治疗：解热、镇咳、祛痰（儿童忌阿司匹林）</p> <p>3.抗病毒治疗：金刚烷胺（仅甲流有效）、奥司他韦（甲、乙都有效）</p> <p>4.抗菌治疗：合并细菌/真菌感染</p>	<p>1.管理传染源：早发现、早报告、早隔离（病后一周或退热后 2 日）、早治疗</p> <p>2.切断传播途径：通风、消毒、避免聚集</p> <p>3.保护易感人群：疫苗接种（最有效）、药物预防</p>
人感染高致病性禽流感	<p>病原体：禽甲型流感病毒</p> <p>1.传染源：患禽流感或携带禽流感病毒的禽类，潜伏期即有传染性，发病 2~3 天传染性最强</p> <p>2.传播途径：呼吸道、直接/间接接触（羽毛、粪便、分泌物）</p> <p>3.易感人群：普遍不易感、但普遍缺乏免疫力</p>	<p>潜伏期：1~7</p> <p>H7N7：症状轻，咽结膜炎+上呼吸道卡他症状</p> <p>H9N2、H10N7：症状轻，一过性流感样症状</p> <p>H5N1：重型，起病急、类流感、肺部表现、肺部实变体征</p>	<p>1.流行病学资料：7 天内禽类、病人接触史</p> <p>2.临床特征：流感样症状</p> <p>3.实验室检查：病原学→分离培养、核酸检测、血清学抗体检测</p>	<p>一、轻症患者</p> <p>同普通流感</p> <p>二、重症患者</p> <p>四抗：抗病毒、抗休克、抗继发感染、抗低氧血症及多脏器衰竭</p> <p>两平衡：维持水电解质平衡、微生态平衡</p>	<p>1.管理传染源：乙类传染病，按甲类管理和治疗：隔离、封锁疫区，捕杀疫区内全部家禽，易感禽类强制性疫苗接种</p> <p>2.切断传播途径：关闭活禽市场、销毁或深埋死禽</p> <p>3.保护易感人群：无疫苗</p>

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
艾滋病	<p>病原体：HIV 病毒</p> <p>1.传染源：HIV 感染者、艾滋病患者、窗口期感染者</p> <p>2.传播途径：性接触、经血及血制品、母婴传播</p> <p>3.易感人群：普遍易感，高危人群→男同性恋者、性乱者、静脉药物依赖者、多次接受血制品者</p>	<p>潜伏期：8~9 年，最长 15 年</p> <p>一、急性期</p> <p>初次感染 1~4w，症状无特异性，发热最常见</p> <p>二、无症状期</p> <p>持续 6~8 年，无任何临床表现</p> <p>三、艾滋病期</p> <p>1.HIV 相关症状：发热、盗汗、腹泻、体重减轻>1 个月；神经精神症状；持续性全身淋巴结肿大</p> <p>2.各种机会性感染、肿瘤：卡氏肺孢子菌肺炎、卡波西肉瘤、隐球菌性脑膜炎、弓形虫脑病、隐孢子虫性肠炎、鹅口疮、恶性淋巴瘤</p>	<p>1.流行病学资料：不安全性生活史、静脉注射毒品史、输血史、阳性者所生子女、职业暴露史</p> <p>2.临床特征：HIV 相关症状、各种机会性感染、肿瘤</p> <p>3.实验室检查：</p> <p>血常规：血细胞↓</p> <p>免疫学：CD4+T 细胞进行性↓、CD4+/CD8+比例倒置</p> <p>HIV 抗体：金标准</p> <p>①初筛→ELISA 检测血清 gp120、go24 抗体</p> <p>②确证→WB 复检</p>	<p>1.高效抗反转录病毒治疗（ HAART ）：2 种 NITIs+NNRTI/PI，一线首选替诺福韦+拉米夫定/恩曲他滨+依非韦伦</p> <p>2.免疫重建：继续 ART、治疗根本疾病、对症治疗（严重时用糖皮）</p> <p>3.治疗机会性感染及肿瘤：肺孢子菌肺炎首选复方磺胺甲噁唑</p> <p>4.对症治疗</p>	<p>1.管理传染源：HIV 检测、隔离</p> <p>2.切断传播途径：ABCDE：教育、针对性传播途径、针对母婴传播途径、注意个人卫生</p> <p>3.保护易感人群：无疫苗！</p>
传染性非典型肺炎（了解）	<p>病原体：SARS 冠状病毒</p> <p>1.传染源：急性期患者、潜伏期患者</p> <p>2.传播途径：呼吸道传播、消化道传播、直接传播</p> <p>3.易感人群：人群普遍易感，青壮年居多，儿童和老人少见</p> <p>4.感染后免疫力：一定程度的免疫力</p>	<p>潜伏期：1~16 天，平均 3~5 天</p> <p>一、早期</p> <p>中毒症状（发热首发）、呼吸道症状（常无卡他症状，干咳、少痰，偶有血丝痰，肺部体征不明显）</p> <p>二、进展期</p> <p>中毒症状、呼吸道症状加重，频繁咳嗽、气促、呼吸困难、胸闷，肺实变加重，最易继发感染，少数出现 ARDS</p> <p>三、恢复期</p> <p>2~3W，发热减退、症状及体征减轻甚至消失</p>	<p>1.流行病学资料：与患者有密切接触史</p> <p>2.临床特征：急性起病</p> <p>首发症状为发热，全身中毒症状，无上呼吸道卡他症状，干咳、少痰、胸闷、呼吸困难，肺部体征不明显或有肺实变体征</p> <p>3.实验室检查：外周血 WBC 正常或减少、淋巴细胞减少；.血清学检测 IgM(+)或 IgG 抗体急性期和恢复期抗体滴度升高 4 倍或以上</p> <p>4.影像学检查：胸部 X 线、CT</p>	<p>1.一般治疗：休息、营养</p> <p>2.对症治疗：镇咳、祛痰、退热药物、物理降温、糖皮质激素（严重中毒症状）</p> <p>3.抗病毒治疗：洛匹那韦及利托那韦</p> <p>4.抗菌治疗：预防和治疗继发性细菌感染→喹诺酮类</p> <p>5.重症病例的处理：无创正压机械通气、有创正压机械通气、MODS 对症治疗</p>	<p>1.管理传染源：疫情报告、隔离治疗患者、隔离观察密切接触者</p> <p>2.切断传播途径：社区综合性预防、保持良好个人卫生习惯、严格隔离患者、实验室条件要求</p> <p>3.保护易感人群：自我防护</p>

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
肾综合征出血热	<p>人兽共患的自然疫源性疾病</p> <p>病原体: 汉坦病毒</p> <p>1.传染源: 黑线姬鼠、褐家鼠</p> <p>2.传播途径: 多样! 呼吸道、消化道、接触、垂直、虫媒(恙螨)</p> <p>3.易感人群: 普遍易感、男性青壮年为主</p> <p>4.感染后免疫力: 多为显性感染、感染后有稳固免疫力</p>	<p>潜伏期: 4~46 天(多 7~14 天)</p> <p>三大主症、五期经过:</p> <p>一、发热期</p> <p>发热、三痛、三红、三出血、酒醉貌、恶心、呕吐、蛋白尿</p> <p>二、低血压休克期</p> <p>发热末期或热退同时出现血压下降!</p> <p>三、少尿期</p> <p>少尿/无尿、尿毒症、酸中毒、高血钾、高血容量综合征和肺水肿</p> <p>四、多尿期</p> <p>移行期(400~2000ml)→多尿早期(>2000ml)→多尿后期(>3000ml)</p> <p>五、恢复期</p> <p>尿量<2000ml</p> <p>临床分型: 非典型、轻型、中型、重型、危重型</p>	<p>1.流行病学资料: 发病季节、病前2 个月内进入疫区、鼠类接触史</p> <p>2.临床特征: 三大主症、五期经过、热退后症状加重</p> <p>3.实验室检查:</p> <p>①血常规: 红、白、淋巴c↑、血小板↓</p> <p>②尿常规: 蛋白尿、膜状物、管型</p> <p>③血生化: BUN、Cr↑</p> <p>④血清学: 特异性 IgM 抗体双份血清效价升高 4 倍以上可诊断</p> <p>⑤分子生物学: RT-PCR 检测汉坦病毒 RNA</p>	<p>“三早一就、防治三关”</p> <p>1.发热期: 早期抗病毒(利巴韦林)、物理降温、减轻外渗、预防 DIC、一般治疗</p> <p>2.低血压休克期: 补充血容量、纠正酸中毒、多巴胺、糖皮</p> <p>3.少尿期: 稳、促、导、透</p> <p>4.多尿期: 移行期和多尿早期同少尿期、多尿后期维持水电解质平衡、防治继发感染</p> <p>5.恢复期: 营养、休息、复查</p> <p>6.并发症治疗: 腔道出血、CNS、肺水肿</p>	<p>1.管理传染源: 疫情检测、防鼠灭鼠</p> <p>2.切断传播途径: 食品卫生、个人卫生、灭螨防螨</p> <p>3.保护易感人群: 高危人群疫苗接种</p>
登革热	<p>病原体: 登革病毒(黄病毒科)</p> <p>1.传染源: 患者和隐性感染者</p> <p>2.传播媒介 (伊蚊):</p> <p>埃及伊蚊: 东南亚、海南省</p> <p>白蚊伊蚊: 太平洋岛屿、广东</p> <p>3.易感人群:</p> <p>新流行区: 均易感</p> <p>地方性流行区: 儿童为主</p> <p>4.感染后免疫力:</p> <p>同型: 长期</p> <p>其它型: 短期交叉保护性免疫</p>	<p>临床特征: 突起发热、骨关节肌肉痛、疲乏、皮疹、淋巴结肿大、白细胞减少、束臂试验阳性</p> <p>潜伏期: 3~14 天(平均 7 天)</p> <p>一、典型登革热</p> <p>1.急性发热期: 高热、三痛、三红、针尖样出血点+皮岛、全身淋巴结肿大</p> <p>2.极期: 血浆渗漏(休克)、严重出血、并发症(急性血管内容血最多见)</p> <p>3 恢复期: 极期后 2-3 天</p> <p>二、重症登革热</p> <p>严重出血、血浆渗漏、器官损伤</p> <p>1.无休克的重症登革热(登革出血热)</p> <p>2.登革休克综合征</p>	<p>1.流行病学资料: 流行区、季节、类似病人</p> <p>2.临床特征: 同前</p> <p>3.实验室检查:</p> <p>①血常规: 白细胞、血小板↓</p> <p>②血生化: 肝功、凝血</p> <p>③血清学: IgM、IgG</p> <p>④病原学: 核酸、病毒分离</p> <p>⑤影像学: CT、B 超、MRI</p>	<p>1.一般治疗: 休息、隔离到完全退热</p> <p>2.对症治疗: 物理降温、口服补液、镇静止痛</p> <p>3.重症登革热治疗: 补液、抗休克、止血、脑型者甘露醇+地塞米松</p>	<p>1.管理传染源: 隔离、上报</p> <p>2.切断传播途径: 防蚊灭蚊是根本、改善卫生环境、消灭伊蚊滋生地</p> <p>3.保护易感人群: 疫苗接种</p>

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
伤寒	<p>病原体：伤寒沙门菌</p> <p>1.传染源：带菌者、患者</p> <p>2.传播途径：粪口传播→水、食物、生活接触、苍蝇/蟑螂（同霍乱）</p> <p>3.易感人群：普遍易感</p> <p>4.感染后免疫力：免疫力持久、和副伤寒无交叉免疫力</p>	<p>病变部位：回肠下段 Peyer 淋巴结</p> <p>潜伏期：7~14 天</p> <p>临床表现：</p> <p>一、典型伤寒</p> <p>1.初期：发热（最早，阶梯样上升）</p> <p>2.极期：稽留热、相对缓脉、表情淡漠、右下腹压痛、便秘、肝脾肿大、玫瑰疹</p> <p>3.缓解期：可能肠出血、肠穿孔</p> <p>4.恢复期：临床症状消失</p> <p>二、其他类型</p> <p>轻型、暴发型、迁延型、逍遥型</p> <p>三、特殊类型</p> <p>小儿、老年伤寒、再燃、复发</p> <p>并发症：</p> <p>肠出血（最常见、极期）、肠穿孔、中毒性肝炎、中毒性心肌炎、支气管炎、肺炎</p>	<p>1.流行病学资料：夏秋季、不洁饮食史、伤寒患者接触史</p> <p>2.临床特征：持续高热>1w，伴厌食、腹胀、肝脾肿大+伤寒面容、相对缓脉、玫瑰疹</p> <p>3.实验室检查：血象 WBC ↓、嗜酸性粒细胞 ↓、肥达试验（+）、血/骨髓培养（+）可确诊</p>	<p>1.一般治疗：消毒、隔离、休息、护理、饮食</p> <p>2.对症治疗：</p> <p>高热→物理降温</p> <p>便秘→低压灌肠</p> <p>腹泻→低糖低脂饮食</p> <p>腹胀→减少产气食物</p> <p>严重毒血症→足量有效抗菌药物基础上用糖皮质激素</p> <p>3.病原治疗：首选喹诺酮类、三代头孢（儿童、孕妇、哺乳期妇女）、二线药物（氯霉素等）</p> <p>4.带菌者治疗：氧氟沙星、左氧氟沙星、环丙沙星</p> <p>5.复发治疗：敏感药物、足量、足疗程</p> <p>6.并发症治疗：肠出血、穿孔等</p>	<p>1.管理传染源：1 隔离至体温正常后第 15 天，或症状消失连续 2 次粪检阴性；慢性携带者调离饮食业，并给予治疗；接触者医学观察 15 天</p> <p>2.切断传播途径：三管一灭</p> <p>3.保护易感人群：疫苗接种</p>
霍乱	<p>病原体：霍乱弧菌（O1 群、O139 群致病）</p> <p>1.传染源：带菌者、患者</p> <p>2.传播途径：粪口传播→污染水源、食物、生活接触、苍蝇</p> <p>3.易感人群：普遍易感</p> <p>4.感染后免疫力：隐性感染多，有一定免疫力，可再次感染</p>	<p>病理特点：不引起小肠上皮器质性损害！</p> <p>潜伏期：1~3 天</p> <p>临床表现：</p> <p>一、泻吐期 “先泻后吐，两多两无”</p> <p>1.腹泻：次数、数量多，含水多→米泔水样便，无腹痛和里急后重、无发热</p> <p>2.呕吐：喷射性呕吐</p> <p>二、脱水期 “5 低”</p> <p>脱水（霍乱面容、洗衣工手）、低钠（肌肉痉挛）、低钾、低碳酸氢钠盐（尿毒症、酸中毒）、低血容量（休克、意识障碍）</p> <p>三、恢复期或反应期</p> <p>1/3 病人有反应性低热</p> <p>临床分型：轻、中、重型</p> <p>并发症：急性肾衰竭、急性肺水肿</p>	<p>1.流行病学资料：流行区、流行季节</p> <p>2.临床特征：腹泻、脱水</p> <p>3.实验室检查：</p> <p>血常规：血液浓缩、RBC ↑、WBC ↑</p> <p>尿常规、粪便检查、生化检查</p> <p>病原学：涂片染色、动力实验和制动试验、粪便培养可确诊</p> <p>血清学：抗凝集素抗体双份血清滴度 4 倍以上增长</p>	<p>1.一般治疗：严格隔离</p> <p>2.及时补液：最重要！</p> <p>①口服补液：轻中度脱水</p> <p>②静脉补液：重度脱水，早期、迅速、足量、先盐后糖、先快后慢、纠酸补钙、见尿补钾</p> <p>3.抗菌治疗：环丙沙星、诺氟沙星、多西环素、复方磺胺甲噁唑</p> <p>4.对症治疗：补钾、纠酸、抗肠毒素作用/抗分泌药物（氯丙嗪）</p>	<p>1.管理传染源：按甲类传染病管理；隔离至症状消失后隔日大便培养，连续 2 次阴性；接触者检疫 5 天，服药预防</p> <p>2.切断传播途径：严格消毒、三管一灭</p> <p>3.保护易感人群：口服疫苗</p>

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
细菌性痢疾	<p>病原体: 痢疾杆菌（痢疾、福氏、鲍氏、宋内志贺菌）</p> <p>1.传染源: 急、慢性菌痢患者和带菌者</p> <p>2.传播途径: 粪口传播、生活接触</p> <p>3.易感人群: 普遍易感</p> <p>4.感染后免疫力: 短暂免疫、不同菌群和血清学免疫无交叉、感染易反复</p>	<p>病变部位: 直肠、乙状结肠</p> <p>潜伏期: 1~4 天</p> <p>一、急性菌痢</p> <p>1.轻型/非典型: 急性腹泻，有黏液、无脓血</p> <p>2.普通型/典型: 畏寒发热、腹痛腹泻、里急后重、黏液脓血便、左下腹压痛</p> <p>3.重型: 中毒性休克（体温不升）、肠道病变严重（严重腹胀、中毒性肠麻痹）</p> <p>4.中毒性菌痢: 畏寒高热、意识障碍、全身中毒症状严重、局部肠道症状不明显或缺如; 分型: ①休克/周围循环衰竭型; ②脑型/呼吸衰竭型; ③混合型</p> <p>二、慢性菌痢 (>2 个月)</p> <p>慢性迁延型、急性发作型、慢性隐匿型</p>	<p>1.流行病学资料: 夏秋季、不洁饮食或菌痢患者接触史</p> <p>2.临床特征:</p> <p>急性菌痢: 发热、腹痛、腹泻、里急后重、黏液脓血便、左下腹明显压痛</p> <p>慢性菌痢: 急性菌痢史，病程>2 个月</p> <p>中毒性菌痢: 儿童多见，高热、惊厥、意识障碍、呼吸循环衰竭，胃肠道症状轻微</p> <p>3.实验室检查: 血常规 WBC ↑、粪检大量 WBC (≥15 个/HP)、脓细胞、红细胞、粪便培养出痢疾杆菌可确诊</p>	<p>一、急性菌痢</p> <p>1.一般治疗: 隔离、饮食、卧床</p> <p>2.对症治疗: 口服补液盐、物理降温、小剂量糖皮质激素（毒血症状严重）、阿托品解痉（腹痛）</p> <p>3.抗菌治疗: 重者→首选环丙沙星（儿童、孕妇、哺乳期妇女禁用）</p> <p>二、慢性菌痢</p> <p>一般治疗、对症治疗、抗菌治疗（根据药敏选药、联用 2 种不同类型抗菌药、必要时多个疗程）</p> <p>三、中毒性菌痢</p> <p>抗菌治疗、对症治疗（降温止痉、抗休克、减轻脑水肿、防治呼衰）</p>	<p>1.管理传染源: 隔离至临床症状消失、粪便培养连续 2 次阴性; 带菌者治疗与随访、饮食从业人员管理</p> <p>2.切断传播途径: 三管一灭（管理水源、食物、粪便、灭苍蝇）、良好卫生习惯</p> <p>3.保护易感人群: 疫苗接种</p>
阿米巴痢疾	<p>病原体: 溶组织内阿米巴</p> <p>1.传染源: 慢性患者、恢复期患者、无症状包囊携带者（急性期不是!）</p> <p>2.传播途径: 粪口传播、STD</p> <p>3.易感人群: 普遍易感，营养不良、免疫力低下多见</p> <p>4.感染后免疫力: 抗体无保护作用，易重复感染</p>	<p>病变部位: 近端结肠和盲肠</p> <p>病理特点: 烧瓶样溃疡、溃疡间黏膜正常</p> <p>潜伏期: 3 周</p> <p>一、无症状型/包囊携带者</p> <p>无临床症状，粪检可检出包囊，免疫力下降时→急性</p> <p>二、急性阿米巴痢疾</p> <p>1.轻型: 临床症状轻，腹痛、腹泻</p> <p>2.普通型: 全身症状轻，腹泻，黏液血便、果酱样便、带腥臭、右下腹压痛</p> <p>3.重型: 中毒症状严重、高热、剧烈肠绞痛、腹泻、粘液血便、里急后重、呕吐、失水、休克，并发肠出血、穿孔、腹膜炎</p> <p>三、慢性阿米巴痢疾 (>2 个月)</p> <p>腹泻与便秘交替</p> <p>四、其他型阿米巴病泌尿、生殖、皮肤等</p>	<p>1.流行病学资料: 不洁饮食史、与慢性腹泻患者密切接触史</p> <p>2.临床特征: 起病缓慢、腹痛、腹泻、暗红色果酱样便、腥臭味、右下腹压痛</p> <p>3.实验室检查: 血象、粪便检查、粪便检测到阿米巴滋养体和包囊可确诊、血清学</p>	<p>1.一般治疗: 休息、饮食、补液</p> <p>2.病原治疗:</p> <p>①硝基咪唑类: 杀滋养体，肠内、外阿米巴病首选</p> <p>②二氯尼特: 杀包囊</p> <p>③抗菌药物: 巴龙霉素、喹诺酮类抗生素</p>	<p>1.管理传染源: 检查和治疗从事饮食业的排包囊者和慢性者</p> <p>2.切断传播途径: 三管一灭、饮用开水、不吃生菜、注意个人卫生</p> <p>3.保护易感人群: 无疫苗</p>

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
阿米巴肝脓肿	同阿米巴痢疾 溶组织内阿米巴通过门静脉到达肝脏引起脓肿（肝脓肿也可在无阿米巴痢疾患者种出现）	症状： 长期发热（ 弛张热 ）、肝区痛、黄疸（多为 隐源性黄疸 ）、右侧反应性胸膜炎、肺炎、食欲减退、腹胀、恶心呕吐 体征： 肝脏肿大、边缘钝、肝区叩痛 并发症： ① 脓肿穿破： 脓胸、急性腹膜炎、心脏压塞和休克、膈下脓肿、肾周脓肿、盆腔脓肿 ② 继发感染： 寒战、高热、中毒症状	1.流行病学资料： 流行区、季节、近期有无肠阿米巴史 2.临床特征： 体温逐日上升、肝区疼痛；发热伴寒战出汗、血 WBC↑、肝区疼痛明显、肝大、压痛→提示肝脓肿存在 3.实验室检查： 血 WBC↑、粪便检查出滋养体和包囊、血清学抗原提示肠外阿米巴、抗体提升机既往或现症感染	1.一般治疗： 休息、营养 2.病原治疗： 首选 甲硝唑 ，无效时选用 氯喹 ，继发感染抗生素 3.肝穿刺引流： 肝脓肿直径≥3cm、靠近体表 4.外科治疗： 化脓性腹膜炎、内科治疗欠佳者，可做外科手术引流	同阿米巴痢疾

	急性细菌性痢疾	急性阿米巴痢疾
病原体	志贺菌	溶组织内阿米巴
流行病学	散发性、可流行	散发性
潜伏期	数小时~7 天	数周~数月
临床表现	多有 发热、毒血症状 腹痛重、有 里急后重 、腹泻>10 次 多为 左下腹 压痛	多无发热、毒血症状 腹痛轻、无里急后重、腹泻数次 多为 右下腹 压痛
血象	WBC、中性粒细胞↑↑	早期略增多
粪便常规	便量少， 黏液脓血便 镜检： 大量 WBC、RBC，可见吞噬细胞 培养： 志贺菌	便量多， 暗红色果酱样便 、腥臭味浓 镜检： RBC 多、WBC 少、有 夏科-莱登晶体 溶组织内阿米巴滋养体
结肠镜检	直肠、乙状结肠 为主 肠黏膜弥漫性充血、水肿及浅表溃疡	盲肠、升结肠 为主，其次是直肠、乙状结肠 烧瓶样溃疡，溃疡间黏膜正常

	病原	好发季节	传染源	传播途径
伤寒	伤寒杆菌	夏秋	患者和带菌者	消化道（粪-口）
菌痢	痢疾杆菌			
霍乱	霍乱弧菌			

	阿米巴肝脓肿	细菌性肝脓肿
病史	可有 阿米巴肠病史	常继发于 败血症或腹部感染
症状	起病较缓、病程较长	起病急、毒血症状重
肝脏	肿大明显 右肝单个大脓肿 多见	肝大不显著 多发小脓肿 常见
穿刺	巧克力状 穿刺液 偶见滋养体	黄白色脓液 细菌培养（+）
血象	WBC↑不显著，血培养（+）	WBC↑显著，血细菌培养（+）
阿米巴抗体	+	-
治疗反应	抗阿米巴有效	抗细菌治疗有效
预后	较好	易复发

	霍乱	急性菌痢	大肠埃希菌肠炎	细菌性食物中毒
发热	-	+	+	+
腹痛	-	+	++	+
里急后重大便性状	-	+		常先吐后泻
	清水样/米泔样	粘液脓血便	黄色水样，蛋花样	黄水样
粪便常规	少量白细胞	大量白/脓细胞	少量白细胞	少量白细胞
大便培养	霍乱弧菌	痢疾杆菌	大肠埃希菌	副溶血弧菌 葡萄球菌/变形杆菌 蜡样芽胞杆菌

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
流行性乙型脑炎	<p>人畜共患的自然疫源性疾病</p> <p>病原体: 乙脑病毒</p> <p>1.传染源: 猪（尤其是幼猪）、家畜、家禽（人不是！）</p> <p>2.传播途径: 蚊虫叮咬。三带喙库蚊</p> <p>3.易感人群: 普遍易感</p> <p>4.感染后免疫力: 多为隐性感染、免疫力持久</p>	<p>潜伏期: 10~14 天</p> <p>临床经过:</p> <p>一、初期（病毒血症期）</p> <p>起病急、高热头痛（似上感）</p> <p>二、极期</p> <p>危及生命：高热、抽搐、呼吸衰竭</p> <p>神经系统症状与体征: 意识障碍、病理反射、脑膜刺激征、颅内压↑等</p> <p>三、恢复期（多 2 周内完全恢复）</p> <p>体温↓、精神神经症状减少</p> <p>四、后遗症期</p> <p>6 个月后症状仍不恢复：失语、意识障碍、瘫痪、痴呆等，癫痫可持续终身</p> <p>临床分型: 轻、普通、重、极重型</p>	<p>1.流行病学资料: 夏秋季、10 岁以下儿童</p> <p>2.临床特征: 起病急、高热、头痛、呕吐、意识障碍、抽搐、病理反射、脑膜刺激征</p> <p>3.实验室检查: 血象、脑脊液、血清或脑脊液抗体检测或病原分离可确诊、血清学 IgM（早期诊断）</p>	<p>1.一般治疗: 隔离、防蚊、营养、补液</p> <p>2.对症治疗: 关键!</p> <p>高热: 物理降温、退热药、亚冬眠</p> <p>抽搐: 降温、脱水剂、地西泮</p> <p>呼衰: 氧疗、脱水、呼吸兴奋剂</p> <p>3.恢复期及后遗症处理: 加强护理、防感染、功能锻炼</p> <p>4.抗病毒治疗: 无特效</p>	<p>1.管理传染源: 隔离、疫苗免疫幼猪</p> <p>2.切断传播途径: 防蚊、灭蚊</p> <p>3.保护易感人群: 预防接种</p>
流行性脑脊髓膜炎	<p>病原体: 脑膜炎奈瑟菌</p> <p>1.传染源: 带菌者和流脑患者，人是唯一天然宿主</p> <p>2.传播途径: 呼吸道、密切接触（2 岁以下婴幼儿）</p> <p>3.易感人群: 普遍易感，5 岁以下尤其是 6 个月~2 岁婴幼儿发病率最高</p> <p>4.感染后免疫力: 对同种菌群有持久免疫力</p>	<p>潜伏期: 1~2 天</p> <p>一、普通型</p> <p>前驱期→败血症期（皮肤黏膜瘀点、瘀斑）→脑膜脑炎期（脑膜刺激征）→恢复期</p> <p>二、暴发型</p> <p>休克型（三重两轻）、脑膜脑炎型、混合型（最严重）</p> <p>三、轻型</p> <p>上感症状</p> <p>四、慢性型</p> <p>间歇性发冷、发热，发作后出现皮疹或瘀点</p>	<p>1.流行病学资料: 冬春季、接触史（1 周内）、本地流行、未接种疫苗</p> <p>2.临床特征: 化脓性脑膜炎/感染中毒性休克+皮肤黏膜瘀点瘀斑</p> <p>3.实验室检查: 血象、脑脊液、细菌学、血清免疫学抗原检测（+）</p>	<p>一、普通型</p> <p>1.一般治疗: 隔离</p> <p>2.对症治疗: 降温、镇静、脱水</p> <p>3.病原治疗: 青霉素、三代头孢、氯霉素</p> <p>二、暴发型</p> <p>休克型: 尽早联合使用抗菌药、抗休克、抗 DIC、糖皮质激素</p> <p>脑膜脑炎型: 尽早联合使用抗菌药、脱水（甘露醇、呋塞米）、防治呼衰</p> <p>混合型: 兼顾</p>	<p>1.管理传染源: 隔离至症状消失后 3 天</p> <p>2.切断传播途径: 通风、避免聚集</p> <p>3.保护易感人群: 疫苗接种、药物预防（磺胺甲噁唑）</p>

			流行性乙型脑炎	流行性脑脊髓膜炎
病原			乙脑病毒	脑膜炎奈瑟菌
传播途径			三带喙库蚊	呼吸道
发病季节			夏秋	冬春
易感人群			<10 岁（2~6 个月）	6 个月~2 岁
潜伏期			4~21 天（10~14 天）	1~7 天（1~2 天）
病变部位			脑实质（大脑皮层、基底核、视丘）	血管内膜、软脑膜、蛛网膜、脑实质
症状	同		高热、头痛、脑膜刺激征	
	异		定位症状	颅内高压明显、皮肤瘀斑瘀点、DIC
分期（4 期）			前期、极期、恢复期、后遗症期	前驱期、败血症期、脑膜炎期、恢复期
分型（4 型）			轻型、普通型、重型、极重型	普通型、暴发型、轻型、慢性型
检查	脑脊液	同	细胞数 ↑，蛋白质 ↑	
		异	糖和氯化物正常	糖和氯化物降低
	血象		↑	
	病原体		病毒不易分离 病毒核酸或抗原	脑脊液、瘀斑可见脑膜炎奈瑟菌 抗原抗体、DNA
治疗			对症	抗菌、对症
预防（保护易感人群）			减毒活疫苗、灭活疫苗	脑膜炎球菌 A 糖多糖菌苗

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
恙虫病	人畜共患的自然疫源性疾病 病原体: 恙虫病东方体 1.传染源: 鼠类 2.传播途径: 恙螨（地里纤恙螨、红纤恙螨） 3.易感人群: 普遍易感，接触丛林杂草发病率高 4.流行特征: 南夏秋季（5~10月），北秋冬季（9~12月）	潜伏期: 10~14 天 临床表现: 1.第一周: 发热（弛张热）、全身中毒症状、 焦痂或溃疡、皮疹、淋巴结/肝脾肿大 2.第二周: 加重，出现神经、循环、呼吸系统症状，少数患者可广泛出血、危重者多器官损害 3.第三周: 恢复/死亡 特征性体征: 溃疡与焦痂、淋巴结肿大、皮疹、肝脾肿大	1.流行病学资料: 发病前 3 周是否到过疫区、流行季节、有无户外工作或在林地草丛上坐 2.临床特征: 起病急、高热、颜面潮红、 焦痂或溃疡 、皮疹、浅表淋巴结肿大、肝脾肿大 3.实验室检查: 血象 WBC ↓ /N、血清学 外斐试验 凝集效价 ≥ 1:160 可辅助诊断、检测特异性抗体 IgM、PCR、分离病原体	1.一般治疗: 休息、饮食易消化、护理 2.对症治疗: 物理降温、镇静药、严重者糖皮 3.病原治疗: 多西环素 有特效，氯霉素、四环素、红霉素有效	1.管理传染源: 灭鼠，患者不必隔离、接触者不必检疫！ 2.切断传播途径: 避免恙螨幼虫叮咬 3.保护易感人群: 无疫苗
钩体病	人畜共患的自然疫源性疾病 病原体: 钩端螺旋体 1.传染源: 南鼠北猪 2.传播途径: 直接接触、消化道 3.易感人群: 普遍易感 4.感染后免疫力: 同型: 较强 其它型: 无交叉免疫	潜伏期: 7~14 天，平均 10 天 一、早期（构体败血症期） 三症状: 发热身痛一身乏 三体征: 眼红腿痛淋巴结大 二、中期（器官损伤期） 流感伤寒型、肺出血型、黄疸出血性、肾衰竭型、脑膜脑炎型 三、后期（后发症期） 后发热、眼后发症、反应性脑膜炎、闭塞性脑动脉炎 “反应后闭眼”	1.流行病学资料: 流行区、季节、28 天内接触疫水或病畜 2.临床特征: 三、三、 或并发器官损伤; 或青霉素治疗中出现赫氏反应 3.实验室检查: 特异性血清学检查或病原学检查 (+) → 确诊	治疗原则: “三早一就” 1.一般治疗 2.病原治疗: 首选 青霉素 (避免 赫氏反应) 3.对症治疗: 赫氏反应/肺出血 → 镇静剂+静滴氢化可的松 ; 黄疸出血型 → 参照病毒性肝炎、急性肾衰 4.后发症治疗: 无需抗生素! 轻者自愈，重者糖皮	1.管理传染源: 防鼠、灭鼠，管理粪尿 2.切断传播途径: 保护水源，用水消毒，防止接触疫水 3.保护易感人群: ① 预防接种: 钩体菌苗，流行前 1 个月接种 2 次 ② 化学预防: 多西环素口服
布鲁菌病	人畜共患的自然疫源性疾病 病原体: 布氏杆菌 1.传染源: 病畜， 羊、牛、猪 2.传播途径: 皮肤及黏膜接触 （能穿透正常皮肤!）、消化道、呼吸道 3.易感人群: 普遍易感 4.感染后免疫力: 持续 2 年	潜伏期: 1~3 周 一、急性期 “关神浪热汗” 发热（波状热）、多汗、乏力、关节肌肉疼痛、神经系统、泌尿生殖系统症状、肝脾淋巴结大 二、慢性期 1.全身非特异性症状: 疲乏无力、精神症状 2.器质性损害: 关节肌肉疼痛、神经系统、泌尿生殖系统等症状	一、急性期 1.流行病学资料: 病畜接触史等 2.临床特征 3.实验室检查: 病原分离、试管凝集实验、ELISA 二、慢性期 细菌培养	一、急性期 1.一般治疗、对症治疗 2.病原治疗: 多西环素+利福平 （孕妇: 利福平，忌用链霉素） 二、慢性期 1.病原治疗 2.脱敏治疗（菌苗疗法） 3.对症治疗	1.管理传染源: 隔离病人、治疗病畜；家畜检疫 2.切断传播途径: 做好个人防护和职业人群防护 3.保护易感人群: 易感者、病畜菌苗预防接种

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
疟疾	<p>病原体: 疟原虫（间日疟、卵形疟、三日疟、恶性疟）</p> <p>1.传染源: 疟疾患者及带疟原虫者</p> <p>2.传播途径: 雌性按蚊叮咬（中华按蚊）、输血、母婴传播</p> <p>3.易感人群: 人群普遍易感</p> <p>4.感染后免疫力: 免疫力不持久、各型间无交叉</p>	<p>潜伏期: 间日疟、卵形疟 13~15 天；三日疟 24~30 天；恶性疟 7~12 天</p> <p>一、典型发作</p> <p>突发寒战、高热、大量出汗；贫血、脾大</p> <p>间歇期: 间日、卵形 48h；三日 72h；恶性 36~48h</p> <p>二、脑型疟</p> <p>见于恶性疟，剧烈头痛、发热、意识障碍</p> <p>三、急性肾衰竭</p> <p>1.恶性疟→肾血管堵塞</p> <p>2.恶性疟→溶血-尿毒综合征（大量 Hb 尿）</p> <p>四、输血后疟疾（主要为间日疟）</p> <p>五、再燃</p> <p>血液中残存疟原虫引起，四种疟疾都可见，多见于病愈后 1~4 周，可多次出现</p> <p>六、复发</p> <p>寄生于肝内的迟发型子孢子引起，只见于间日疟和卵形疟，多见于病愈后 3~6 个月，输血感染和母婴传播不会复发（不进入肝细胞）</p>	<p>1.流行病学资料: 去过疫区、被蚊虫叮咬、近期输血</p> <p>2.临床特征: 典型表现、贫血、脾大</p> <p>3.实验室检查:</p> <p>①血液的厚、薄涂片：厚→寻找疟原虫 薄→鉴别虫种</p> <p>②吡啶橙荧光染色法</p> <p>③免疫学方法</p>	<p>1.一般治疗: 休息、隔离</p> <p>2.对症治疗: 物理降温、脱水（脑水肿）、纠正低血糖（恶性疟）、低分子右旋糖苷（改善微循环）</p> <p>3.抗疟原虫治疗:</p> <p>①杀红细胞内疟原虫→控制</p> <p>症状: 青蒿素及其衍生物、氯喹、磷酸咯萘啶、哌喹</p> <p>②杀灭配子体和迟发型子孢子→防止传播与复发：伯氨喹、特芬喹</p> <p>【注】 G6PD 酶缺乏禁用伯氨喹！（导致溶血、肾衰竭）</p>	<p>1.管理传染源: 隔离并根治病人，健全疫情报告制度</p> <p>2.切断传播途径: 灭蚊、蚊帐、防止被蚊虫叮咬</p> <p>3.保护易感人群: 药物预防（间断预防性服用氯喹）、疟疾疫苗</p>

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
日本血吸虫病	<p>人畜共患病</p> <p>病原体: 日本血吸虫</p> <p>1.传染源: 血吸虫病人、耕牛、猪</p> <p>2.传播途径: 粪便入水、钉螺存在、皮肤接触含尾蚴的疫水</p> <p>3.易感人群: 普遍易感</p> <p>4.感染后免疫力: 感染后有部分免疫力</p> <p>成虫寄生于: 门静脉系统</p> <p>主要病变: 虫卵沉积于肠道或肝脏等组织而引起的虫卵肉芽肿</p>	<p>潜伏期: 30~60 天（平均 40 天），其间可出现疫水接触处皮肤发痒、红色小丘疹（尾蚴性皮炎），咳嗽、胸痛（童虫移行）</p> <p>一、急性血吸虫病</p> <p>发热（重者缓脉）、过敏反应、消化道症状、肝脾肿大、咳嗽、气喘、胸痛、肾脏损害</p> <p>二、慢性血吸虫病</p> <p>1.无症状型: 仅粪检发现虫卵或体检发现肝大</p> <p>2.有症状型: 血吸虫性肉芽肿肝病和结肠炎。慢性腹泻、黏液脓血便、肝脾肿大</p> <p>三、晚期血吸虫病——肝硬化、门脉高压</p> <p>巨脾型（最常见）、腹水型、结肠肉芽肿型、侏儒型</p> <p>四、异位血吸虫病</p> <p>肺型、脑型（急性→脑膜脑炎、慢性→癫痫）、其他（胃、胆囊、肾、睾丸、子宫、心包等）</p>	<p>1.流行病学资料: 疫水接触史（必要条件）</p> <p>2.临床特征</p> <p>3.实验室检查:</p> <p>①血常规: 嗜酸性粒细胞显著↑</p> <p>②粪检: 检出虫卵和孵出毛蚴→确诊</p> <p>③肝功能</p> <p>④免疫学</p> <p>⑤影像学</p> <p>⑥直肠黏膜活检</p>	<p>1.病原治疗: 吡喹酮（对移行期童虫无杀灭作用！）</p> <p>2.对症治疗: 纠正消化道出血、大量腹水、脾亢</p>	<p>1.管理传染源: 疫区对病人、病畜进行普查普治</p> <p>2.切断传播途径: 消灭钉螺是关键</p> <p>3.保护易感人群: 严禁在疫水中游泳、戏水。接触疫水时应穿着防护衣裤和使用防尾蚴剂</p>
华支睾吸虫病	<p>人畜共患病</p> <p>病原体: 华支睾吸虫</p> <p>1.传染源: 感染华支睾吸虫的哺乳动物（猫、犬、猪）和人</p> <p>2.传播途径: 吃入活囊蚴（鱼生）</p> <p>3.易感人群: 普遍易感</p> <p>成虫寄生于: 人或哺乳动物的肝胆管内</p> <p>主要病变: 肝的次级胆管→胆石症、胆管炎、胆囊炎、阻塞性黄疸、胆管上皮癌、肝细胞癌、胆汁性肝硬化</p>	<p>潜伏期: 1~2 个月</p> <p>一、轻度感染者</p> <p>症状不明显，进食后饱胀、食欲缺乏等</p> <p>二、急性期</p> <p>过敏反应、消化道症状，常见发热、疲乏、上腹不适、消化不良、腹痛、经常性腹泻、肝区隐痛、肝肿大、头晕等，嗜酸性粒细胞增多</p> <p>三、慢性期</p> <p>消化道症状为主，晚期可造成肝硬化、黄疸、门脉高压</p> <p>四、儿童和青少年感染者</p> <p>临床表现较重，可致侏儒症</p>	<p>1.流行病学资料: 食用未煮熟淡水鱼虾史</p> <p>2.临床特征: 腹胀、腹泻等消化不良及头晕、失眠等神经衰弱症状，并伴有肝大或其他肝胆系统表现</p> <p>3.实验室检查:</p> <p>血常规、肝功能、粪检查虫卵（确诊）、十二指肠引流胆汁查虫卵（或成虫）、免疫学、影像学（超声、CT、MRI）</p>	<p>1.病原治疗: 吡喹酮（首选）、阿苯达唑；手术治疗</p> <p>2.对症治疗: 营养、保肝、纠正贫血</p>	<p>1.管理传染源: 及时治疗患者及病畜</p> <p>2.切断传播途径: 粪便、水源管理</p> <p>3.保护易感人群: 不食生的或未煮熟的鱼虾</p>

传染病	流行病学	临床表现	诊断	治疗	预防
囊尾蚴病	<p>人畜共患病</p> <p>病原体：猪带绦虫幼虫（囊尾蚴）</p> <p>1.传染源：猪带绦虫患者（唯一）</p> <p>2.传播途径：食入虫卵：自体感染（外源性、内源性）、异体感染</p> <p>3.易感人群：普遍易感</p> <p>【注】吃米猪肉(囊尾蚴)→肠绦虫病;摄入猪绦虫卵→囊尾蚴病</p>	<p>潜伏期：3个月~数年</p> <p>一、脑囊尾蚴病</p> <p>颅内高压、局灶神经体征、癫痫、精神障碍</p> <p>分型：</p> <p>①皮质型：癫痫发作最常见</p> <p>②脑室型：颅内压↑、活瓣综合征</p> <p>③蛛网膜下隙型或颅底：囊尾蚴性脑膜炎</p> <p>④混合型：以皮质型和脑室型混合存在的症状最重</p> <p>二、眼囊尾蚴病</p> <p>多为单眼感染、玻璃体和视网膜下、轻者可有“飞蚊症”、视力下降、视野缺损、结膜损害、虹膜炎、角膜炎，重者可致失明</p> <p>三、皮下组织和肌肉囊尾蚴病</p> <p>圆形或卵圆形，0.5-1cm，质硬，与周围组织无粘连和压痛的囊尾蚴结节；以头颈部、躯干多见，四肢较少，手足罕见。四肢肌肉内大量囊尾蚴寄生，可见肌肉酸痛、发胀，引起假性肌肥大</p>	<p>1.流行病学资料：进食生的或未煮熟猪肉、肠绦虫病史、粪便发现带状节片史</p> <p>2.临床特征</p> <p>3.实验室检查：血象嗜酸性粒细胞↑、脑脊液出现嗜酸性粒细胞及异常粒细胞、脑脊液压力↑、粪便找到虫卵或节片（合并猪带绦虫病者）、皮下结节活检、免疫学、影像学（颅脑CT、MRI）</p>	<p>1.病原治疗：阿苯达唑、吡喹酮</p> <p>2.对症治疗：降颅压、激素、癫痫发作</p> <p>3.手术治疗：眼囊尾蚴必须手术，不应药物！（虫体被杀死后引起全眼球炎）、有脑积水者应手术治疗</p>	<p>1.管理传染源：及时发现和治疗患者</p> <p>2.切断传播途径：</p> <p>①改变不良饮食习惯，不吃生猪肉，对生吃的水果、蔬菜应洗净、消毒。如厕后及处理食物前应洗手。</p> <p>②改变养猪方式：建立圈养，将人厕和猪圈分开。</p> <p>③卫生防疫部门加强肉类检疫，防止“米猪肉”上市。</p>