

内科学知识点辅导：传染病学(霍乱) PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/15/2021\\_2022\\_\\_E5\\_86\\_85\\_E7\\_A7\\_91\\_E5\\_AD\\_A6\\_E7\\_c22\\_15229.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/15/2021_2022__E5_86_85_E7_A7_91_E5_AD_A6_E7_c22_15229.htm) 概述 霍乱是由霍乱弧菌

引起的烈性肠道传染病，为国际检疫传染病，我国法定管理传染病中的甲类传染病。本病起病急骤、来势凶猛、传播迅速，典型的临床表现为剧烈泻吐，“米泔水”样排泄物，致严重脱水，酸中毒，重者可危及生命。病原学 霍乱弧菌为弧菌属革兰染色阴性，呈弧形或逗点状，菌体短小，有一极端鞭毛，活动极活泼，如穿梭样，在暗视野显微镜下观察宛如夜空中之流星，普通显微镜下呈鱼群状。霍乱弧菌可产生内毒素和外毒素。内毒素对人类的致病作用不大。外毒素即霍乱肠毒素，是霍乱弧菌的重要致病物质。流行病学 从1817年至今，霍乱曾有过七次世界大流行。 1．传染源 患者和带菌者是传染源。 2．传播途径 经粪-口途径传播。包括经水、食物、生活接触及苍蝇等传播。 3．易感人群 普遍易感。肠道局部免疫和体液免疫的联合作用可使病后产生一定的免疫保护作用，但仍然可以再次感染。 4．流行特点 地区分布以沿海地带为主，一般先沿海后内陆。埃尔托型沿海分布特点尤为突出； 季节分布 无严格的季节性，7～10月份为高发季节； 人群分布 新疫区成人发病较多，老疫区儿童较多； 具有地方性特色 印度恒河三角洲为古典型霍乱的地方性疫源地；印度尼西亚的苏拉威西岛为埃尔托型的地方性疫源地。埃尔托型霍乱常在新传播地区固定下来，成为新的地方性疫区。临床表现诊断与鉴别诊断 确诊标准 有下列三项之一者即可确诊： 有腹泻症状，粪便培养霍乱弧菌阳性者；

流行期间的疫区内，凡具有典型症状，粪便培养阴性但无其他原因可查者；或在流行期间的疫区内有腹泻症状，双份血清抗体效价测定血清凝集试验呈4倍以上增长或杀弧菌抗体测定呈8倍以上增长者；在疫区检索中，首次粪便培养阳性前后各5日内有腹泻症状者。疑似诊断标准具有下列两项之一者应按疑似病例处理：有典型症状的首发病例，病原学检查尚未肯定之前；流行期间有明确接触史，出现腹泻症状而无其他原因可查者。

2. 鉴别诊断 主要应与夏秋季常见的其他各种原因引起的腹泻相鉴别，如菌痢、食物中毒、不凝集弧菌性肠炎、病毒性肠炎等，但均有赖于病原学检查。

治疗

1. 补液治疗 及时适量补充水电解质是治疗的关键。静脉补液 严重脱水者可先予以生理盐水或2:1液快速静滴，血压回升后可选用3:2:1液，补液量和输入速度根据失水程度而定，严重者每分钟入液量可达50ml~100ml。血压接近正常或脉率及脉力恢复正常后应减慢输液速度。[24小时补液量] 此为抢救和治疗重、中型患者最常用的主要手段。

口服补液 WHO推荐口服补液盐(ORS)，口服补液盐可用于轻、中度脱水及重度脱水病情改善后的患者，也可用于预防脱水。一般按照排出量的1.5倍口服，或简单地采取患者能喝多少就给多少的方法，直至水样便完全停止。

2. 抗菌治疗 首选氟喹诺酮类，如氟哌酸(400mg，每日2次)、氟嗟酸(500mg，每日2次)等，也可酌情选用四环素0.5g，每日4次×3~5日；强力霉素300mg 1次服用或首剂200mg，次日100mg，口服。此可缩短病程，减少腹泻量，缩短排菌时间，但不能替代补液。

转贴于：100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)