



医药卫生类专业工学结合精品教材
“互联网+教育”新形态一体化教材

第二版

传染病护理

杜向青 王 越◎主编

CHUANRANBING HULI



传染病护理（第二版）

主 编 杜向青 王 越

北京出版集团
北京出版社



北京出版集团
北京出版社

图书在版编目(CIP)数据

传染病护理 / 杜向青, 王越主编. -- 2 版. -- 北京:
北京出版社, 2025. 7. -- ISBN 978-7-200-19645-0

I. R473.51

中国国家版本馆 CIP 数据核字第 2025P57S64 号

传染病护理 (第二版)

CHUANRANBING HULI

主 编: 杜向青 王 越

出 版: 北京出版集团

北京出版社

地 址: 北京北三环中路 6 号

邮 编: 100120

网 址: www.bph.com.cn

总 发 行: 北京出版集团

经 销: 新华书店

印 刷: 定州启航印刷有限公司

版 印 次: 2025 年 7 月第 2 版 2025 年 7 月第 1 次印刷

成品尺寸: 185 毫米 × 260 毫米

印 张: 14

字 数: 315 千字

书 号: ISBN 978-7-200-19645-0

定 价: 46.00 元

如有印装质量问题, 由本社负责调换

质量监督电话: 010-82685218 010-58572393

目录

单元一 绪论	1
任务一 感染与免疫	2
任务二 传染病的流行过程和影响因素	3
任务三 传染病的特征	5
任务四 传染病的诊断与治疗	7
任务五 传染病的预防	9
任务六 传染病患者的护理	11
任务七 传染病区医护人员个人防护	17
单元二 细菌感染性疾病患者的护理	21
任务一 伤寒患者的护理	21
任务二 细菌性痢疾患者的护理	28
任务三 流行性脑脊髓膜炎患者的护理	34
任务四 霍乱患者的护理	41
任务五 猩红热患者的护理	46
任务六 鼠疫患者的护理	51
单元三 病毒感染性疾病患者的护理	59
任务一 病毒性肝炎患者的护理	60
任务二 艾滋病患者的护理	71
任务三 传染性非典型肺炎患者的护理	78
任务四 人感染高致病性禽流感患者的护理	84
任务五 麻疹患者的护理	88
任务六 水痘患者的护理	93
任务七 流行性乙型脑炎患者的护理	97
任务八 手足口病患者的护理	103
任务九 肾综合征出血热患者的护理	108

任务十	流行性腮腺炎患者的护理	117
任务十一	流行性感冒患者的护理	122
任务十二	狂犬病患者的护理	125
单元四	立克次体感染性疾病患者的护理	133
任务一	流行性斑疹伤寒患者的护理	133
任务二	地方性斑疹伤寒患者的护理	138
任务三	恙虫病患者的护理	141
单元五	螺旋体感染性疾病患者的护理	147
单元六	寄生虫感染性疾病患者的护理	155
任务一	日本血吸虫病患者的护理	156
任务二	钩虫病患者的护理	162
任务三	蛔虫病患者的护理	166
任务四	疟疾患者的护理	170
任务五	阿米巴痢疾患者的护理	176
任务六	囊虫病患者的护理	181
任务七	绦虫病患者的护理	185
附 录		194
附录一	突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法	194
附录二	中华人民共和国传染病防治法(2013 修正)	200
附录三	儿童计划免疫程序	213
附录四	常见传染病的传染源、传播途径及隔离预防	214
参考文献		215



学习目标

» 知识目标

1. 掌握流行性斑疹伤寒、地方性斑疹伤寒及恙虫病的典型临床表现、首选药物、护理要点及预防措施。
2. 熟悉三种疾病的病原学特征、传播途径、辅助检查的意义及诊断依据。
3. 了解三种疾病的发病机制、病理改变及并发症。

» 能力目标

1. 能规范完成高热护理、皮肤创面处理及灭虱灭蚤操作。
2. 能准确识别患者症状，制定针对性护理计划。
3. 能正确指导患者及社区人群进行疾病预防（灭鼠、个人防护、环境卫生等）。
4. 能规范配合处理并发症。

» 素质目标

1. 严守消毒隔离制度，体现传染病护理的规范性与责任感。
2. 关注患者心理需求，减轻其焦虑情绪。
3. 积极参与社区健康宣教活动，提升群体健康意识，体现护理工作的社会价值。

任务一 流行性斑疹伤寒患者的护理

学习目标

1. 掌握流行性斑疹伤寒的典型临床表现及首选治疗药物。
2. 熟悉流行性斑疹伤寒的流行病学、预防、护理诊断及相应的护理措施。
3. 了解流行性斑疹伤寒的发病机制及病理特征。

流行性斑疹伤寒（epidemic typhus）又称虱传斑疹伤寒，是普氏立克次体通过体虱传播的急性传染病。临床表现以急性起病、稽留热、剧烈头痛、皮疹与中枢神经系统症状为主要特征。潜伏期为 10~14 日。临床类型分为典型、轻型和复发型种。



【病原学】

普氏立克次体呈多形性球杆菌,革兰染色阴性。具有两种抗原,一是可溶性耐热型特异性抗原,为群特异性抗原,可用于与其他组的立克次体鉴别;二是颗粒性抗原,含有型特异性抗原。接种雄性豚鼠腹腔引起发热,但无明显阴囊红肿,以此可与地方性斑疹伤寒相鉴别。对高温、紫外线、一般消毒剂均敏感。不耐热,56℃时30分钟可灭活。

【流行病学】

(一) 传染源

本病的传染源是感染普氏立克次体的患者,从潜伏期末就开始具有传染性,病后1周最强,一般不超过3周。

(二) 传播途径

人虱为传播媒介,主要是体虱。人虱叮咬患者后,立克次体在虱子肠壁上皮细胞内繁殖,5天后胀破细胞,大量立克次体进入虱子肠腔,随虱粪排出,通过抓痕从人体破损的皮肤进入人体而感染。

(三) 易感人群

普遍易感,感染后可获得较持久的免疫力。少数因免疫力不足偶可再次感染或体内潜伏的立克次体再度增生引起复发。

(四) 流行特征

寒冷地区多发,冬、春季发病较多,卫生条件差与本病流行相关。

【发病机制与病理特征】

本病的发病机制主要为病原体所致的血管病变,以及其产生的毒素所引起的毒血症和一些变态反应。普氏立克次体自皮肤侵入人体在局部淋巴组织或小血管及毛细血管内皮细胞中生长繁殖,致细胞破裂和病原体逸出,并播散到邻近内皮细胞建立小的感染灶并大量增殖、死亡,释放毒素引起全身微循环障碍。小血管炎是本病的基本病变,典型时形成斑疹伤寒结节。

【临床表现】

(一) 典型斑疹伤寒

典型斑疹伤寒潜伏期为5~21日(通常10~14日),常急性发病,少数患者有2~3天的前驱症状,如头痛、头晕、畏寒、乏力。

1. 发热 体温于1~2日内迅速上升至39~40℃,呈稽留热型,伴严重毒血症,表现为头痛、眼结膜高度充血、寒战、乏力。

2. 皮疹 为重要体征,90%以上的患者于第4~5日内出疹,先见于胸背部,很快蔓延至四肢,数小时至1日内遍及全身。皮疹大小形态不一,为1~5mm,边缘不整,多数孤立。开始为鲜红色充血性斑疹或丘疹,压之褪色,继而变为暗红色或瘀点,1周左右消退,常遗留色素沉着。



莫氏立克次体:从病原
到防控的科学之旅





和灭虱工作。

(2) 告知患者在恢复期和出院后应注意休息，进食高蛋白、高维生素的食物，避免劳累，逐渐恢复体力。

【护理评价】

- (1) 患者体温是否恢复正常、舒适感是否增强。
- (2) 患者是否能获得机体需要的足够营养。
- (3) 患者皮肤是否保持完整。
- (4) 患者疼痛是否消除或减轻。
- (5) 患者病情变化是否得到及时观察和处理。
- (6) 患者及照顾者是否掌握消毒隔离知识，家属及其他人是否被感染。

任务二 地方性斑疹伤寒患者的护理

学习目标

1. 掌握地方性斑疹伤寒的护理。
2. 熟悉地方性斑疹伤寒的病原学、临床表现、流行病学。
3. 了解地方性斑疹伤寒的发病机制与病理特征、治疗和预防方法。

地方性斑疹伤寒(endemic typhus)又称蚤传斑疹伤寒或鼠型斑疹伤寒,是由莫氏立克次体(rickettsia mooseri)引起,以鼠蚤为传播媒介的急性传染病。其病程短、病情轻,除老年患者外,极少数致死,临床表现与流行性斑疹伤寒相似。



普氏立克次体的形态与传播之谜

【病原学】

莫氏立克次体是地方性斑疹伤寒的病原体,革兰染色阴性,吉姆萨染色为紫红色。形态上多为短丝状。接种雄性豚鼠可引起阴囊和睾丸明显肿胀。

【流行病学】

1. 传染源 家鼠是本病的主要传染源,如褐家鼠、黄胸鼠,也是莫氏立克次体的自然宿主,主要由鼠蚤在鼠群中传播,以鼠—鼠蚤—鼠的循环流行。患者也有可能作为传染源而传播本病。

2. 传播途径 鼠蚤吸鼠血后,立克次体进入其消化道并在肠上皮细胞内繁殖,细胞破裂后将立克次体释出,混入蚤粪中,在鼠和小家鼠群间传播。受染鼠死亡后,鼠蚤离



【护理评价】

- (1) 患者的营养需求是否得到满足。
- (2) 患者的活动能力是否增加。
- (3) 患者有无并发症的发生或被及时发现并控制。
- (4) 患者是否了解本病的传播途径, 掌握灭蚤、虱措施。

德育课堂

新中国成立以来, 通过爱国卫生运动、灭鼠灭蚤等举措, 我国地方性斑疹伤寒发病率显著下降, 彰显了社会主义制度“集中力量办大事”的优越性。作为护理学子, 需深刻理解《传染病防治法》的实践意义, 传承“人民至上”的防控理念, 以科学精神和法治意识投身公共卫生事业, 坚定“四个自信”, 为守护全民健康贡献力量。

任务三 恙虫病患者的护理

学习目标

1. 掌握恙虫病的病原学、流行病学及护理。
2. 熟悉恙虫病的治疗、预防和检查。
3. 了解恙虫病的发病机制与病理特征。

恙虫病 (tsutsugamushi disease) 又名丛林斑疹伤寒, 是由恙虫病东方体 (*Orientia tsutsugamushi*) 引起的急性的自然疫源性传染病。临床表现以发热、皮疹、焦痂或溃疡形成、淋巴结肿大等为特征。

德育课堂

我国医学源远流长, 东晋葛洪在《肘后备急方》中已详述恙虫病 (“沙虱毒”), 较国外早千余年。这一成就彰显中华民族的医学智慧与探索精神, 启示当代护生: 传承祖国医学精髓, 立足专业创新实践, 以科技守护人民健康, 以仁心践行使命担当, 为构建人类卫生健康共同体贡献中国力量。

【病原学】

恙虫病的病原体是一种细小的专性细胞内寄生的微生物, 大小为 $(0.3 \sim 0.6) \mu\text{m} \times (0.5 \sim 1.5) \mu\text{m}$ 。恙虫病立克次体对外界环境的抵抗力较弱, 不耐热, 56°C 10 分钟即可



灭活,能耐寒, -20°C 能存活 5 天,对一般消毒剂极为敏感。

【流行病学】

1. 传染源 恙虫病的主要传染源为野生啮齿动物,特别是各种鼠类。其他动物如兔、鸟类等也可能作为宿主。

2. 传播途径 恙螨为恙虫病的传播媒介,人经受染的恙螨幼虫叮咬而感染。

3. 易感人群 人群普遍易感,青壮年多见。农民、从事野外工作等职业者的发病率高。病后可获得对同株病原体的持久免疫。对异株的免疫力仅维持数月,故可再感染。

4. 流行特征 本病分布很广,横跨太平洋、印度洋的热带及亚热带地区,但以东南亚国家及日本太平洋岛屿常见。我国主要发生于长江以南地区,以海南多见。南方省区多发生于夏、秋季,见于 5~11 月,以 6~8 月为高峰。北方省区则为秋、冬季,发病以 9~12 月为多,流行高峰在 10 月。



恙虫病的秘密:从叮咬
到发病的微观之旅

【发病机制及病理改变】

恙螨幼虫叮咬人体后,病原体先在局部组织细胞内繁殖,引起局部皮肤损伤,然后直接或间接经淋巴系统进入血流,形成恙虫病立克次体血症,病原体在小血管内皮细胞及其他单核吞噬细胞系统内生长繁殖,不断释放立克次体及毒素,引起立克次体血症和毒血症及多脏器病变。立克次体死亡后释放的毒素是致病的主要因素。本病的基本病变为全身小血管炎、小血管周围炎及单核吞噬细胞增生。

【临床表现】

潜伏期为 4~20 天,多为 10~14 天,大多数患者起病急。

1. 发热 先有畏寒或寒战,继而发热,体温迅速上升,1~2 日内可达 39°C ~ 41°C ,多呈弛张热型或不规则热型,伴有相对缓脉、伴毒血症状,如头痛、乏力等。

2. 焦痂或溃疡 焦痂或溃疡是本病的特征性体征,对临床诊断最具意义。发病初期在被恙螨幼虫叮咬处出现红色丘疹,一般不痛不痒,不久形成水疱,破裂后呈新鲜红色小溃疡,边缘突起,周围红晕,1~2 日后中央坏死,成为褐色或黑色焦痂,呈圆形或椭圆形,大小不等,直径 0.2~3 cm,痂皮脱落后形成溃疡,多数患者只有 1 个焦痂或溃疡,少数 2~3 个或更多,常见于腋窝、腹股沟、外阴、腰背等处。部分患者在病程 4~6 日出现暗红色斑丘疹,无痒感,直径为 0.2~0.5 cm,先出现于躯干,后蔓延至四肢,面部很少,手掌和足底缺如。轻症者可无皮疹,重症者皮疹密集、融合或出血。皮疹持续 3~10 日消退,无脱屑,可留有色素沉着。

3. 淋巴结肿大 患者常有全身表浅淋巴结肿大,以近焦痂的局部淋巴结肿大尤为显著。一般大小如蚕豆至鸽蛋大,可移动,有疼痛及压痛感,无化脓倾向,消散较慢,在恢复期仍可扪及。

4. 肝脾肿大 部分患者肝脾肿大,由于内脏普遍充血,肝、脾可因网状内皮细胞增生而肿大,心脏呈局灶或弥散性心肌炎,肺脏可有出血性肺炎或继发支气管肺炎,也可



7. 健康教育

(1) 开展预防恙虫病的卫生宣传工作，主要是灭鼠灭螨。从事野外作业和在流行地区工作者，在流行季节应加强个人防护，避免在草地上坐、卧、晒衣被；为防止恙螨叮咬，应束紧袖、领及裤脚，可在外露的皮肤上涂抹含避蚊胺 (DEET) 的驱虫剂等，如被叮咬应及时用乙醇消毒。

(2) 注意改善环境卫生，清除杂草，消灭恙螨和鼠。

(3) 患者出院后亦应注意休息和营养，以增强体质。

【护理评价】

(1) 患者的体温是否恢复正常，舒适感是否增加。

(2) 患者发生病情改变时是否能得到积极有效的处理。

(3) 患者的皮肤有无继发感染。

(4) 患者是否能积极配合治疗及护理，是否对治愈疾病充满信心。



思考与训练

1. 流行性斑疹伤寒病原体侵入人体的主要途径是 ()。

A. 虱的叮咬

B. 经皮肤伤痕而侵入

C. 干蚤粪的病原体由眼结膜或呼吸道侵入

D. 蚤的叮咬

E. 消化道侵入

2. 对流行性斑疹伤寒有诊断意义的实验室检查是 ()。

A. 血培养

B. 肥达反应

C. 皮疹涂片革兰染色

D. 血常规

3. 普氏立克次体主要引起的疾病有 ()。

A. 肠伤寒

B. 流行性斑疹伤寒

C. 地方性斑疹伤寒

D. 恙虫病

4. 恙虫病的主要传染源是 ()。

A. 猪

B. 鼠

C. 螨

D. 蚤

E. 蚊

5. 恙虫病的传播途径是 ()。

A. 呼吸道

B. 消化道

C. 蚊

D. 蚤

E. 螨

6. 某患者有丛林接触史，突发高热，用变形杆菌 OX_k 与患者血清进行外斐反应，抗体检价效为 1:320，该患者可能的诊断是 ()。



A. 流行性乙型脑炎

B. 肠伤寒

C. 森林脑炎

D. 恙虫病

E. 斑疹伤寒

7. 某患者有野外操作史, 2 周后, 突发高热、头痛, 出现皮疹, 用变形杆菌 OX₁₉ 作抗原与患者血清进行外斐反应, 抗体效价为 1:320, 初步诊断为地方性斑疹伤寒, 试问传播媒介是 ()。

A. 鼠蚤

B. 虱

C. 恙螨

D. 蚊

E. 蝉

北京出版社



学习目标

1. 掌握钩端螺旋体病的流行病学、临床表现和护理。
2. 熟悉钩端螺旋体病的病原学、诊断、治疗和预防。
3. 了解钩端螺旋体病的发病机制与病理特征。

钩端螺旋体病 (leptospirosis), 简称钩体病, 是由钩端螺旋体引起的一种急性全身性感染性疾病。因鼠类和猪类是两大主要传染源, 故也属于自然疫源性疾病。临床特点为起病急骤, 早期有高热、全身酸痛、软弱无力、结膜充血、腓肠肌压痛、表浅淋巴结肿大等钩体毒血症状; 中期可伴有肺出血、心肌炎、溶血性贫血、黄疸、全身出血倾向、肾炎、脑膜炎、呼吸衰竭、心力衰竭等靶器官损害表现; 晚期多数病例恢复, 少数病例可出现与感染后的变态反应有关的后发症。肺弥散性出血、心肌炎、溶血性贫血、肝肾衰竭为常见死亡原因。



螺旋体感染性患者的
护理

【病原学】

钩端螺旋体非常纤细, 螺旋盘绕, 规则而紧密, 有 12~18 个螺旋, 长 6~20 μm , 直径 0.1~0.2 μm , 在靠近菌体的一端或两端常弯曲成钩状, 在暗视野显微镜下, 钩体沿长轴做快速旋转运动。因钩体革兰染色阴性, 不易被苯胺类染料着色, 故常用镀银染色法检查组织中的钩体。钩体为需氧菌, 含兔血清的柯氏培养基是经典培养基, 但现多使用无兔血清的改良培养基, 避免动物源性成分风险, 钩体对酸性及碱性环境都较敏感改为: 钩体对酸性环境敏感 ($\text{pH}<6.5$ 易死亡), 但对弱碱性环境耐受性较强。

钩体对外界理化因素的抵抗力比细菌弱, 在无杂菌污染的中性自来水中, 可存活 40 天; 在潮湿而酸碱度适宜的土壤中, 则可生存达 3 个月。对常用的各种消毒剂均无抵抗力, 被甲酚皂溶液、苯酚、70% 乙醇及肥皂所杀死, 对干燥也很敏感。

钩体的抗原结构在全世界已有 30 个血清群、300 多个血清型, 新的血清型仍在不断被发现。我国至少已经发现 22 个血清群、100 余个血清型流行。常见的有黄疸出血群、波摩那群、犬群和七日热群。钩体型别不同, 其分布及致病力不同, 波摩那群分布最广, 引起洪水型流行, 黄疸出血群毒力最强, 常引起稻田型流行。



体病暴发流行、减少发病的关键。

1. 消灭和管理传染源 灭鼠防病, 结合“两管”(管水、管粪)、“五改”(改良水井、改良厕所、改良畜圈、改良炉灶、改良环境), 开展圈猪积肥, 不让畜尿粪直接流入附近的阴沟、池塘、河流、稻田, 防止被雨水冲刷。加强猪钩体病的预防治疗。

2. 切断传播途径 结合农田水利建设, 改造自然疫源地。

3. 保护易感人群 在钩体病流行地区、流行季节, 对易感人群口服多西环素 0.2 g/周, 效果较好, 且简便易行。我国现用多价外膜疫苗(含 7 种血清型), 保护率 >85%。

【护理评估】

1. 流行病学资料 患者的职业、所在地是否有本病流行、是否有疫水或病畜接触史。

2. 身体评估 评估患者的生命体征, 如体温、呼吸、脉搏、神志等; 有无呼吸系统的症状和体征; 有无眼部病变; 了解临床查体情况, 如肝、肾、肺、脑功能情况; 等等。

3. 心理-社会评估 评估患者及家属的心理状况, 对疾病的认识程度、应对方式及护理能力, 了解家庭及社区对疾病防治和认知的程度。

4. 辅助检查资料 病原体的分离培养及特异性的血清学检查能确定本病。

【护理诊断】

1. 体温过高 与钩体败血症有关。

2. 活动无耐力 与钩体感染有关。

3. 疼痛 与钩体毒血症和肌肉损害有关。

4. 潜在并发症 出血、肝衰竭、急性肾衰竭、呼吸衰竭和脑水肿等。

【护理措施】

1. 休息与饮食 卧床休息, 病情重者恢复期不宜过早活动, 注意逐渐增加活动量和延长活动时间。给予清淡易消化的流质或半流质饮食, 禁食生、冷、硬及辛辣刺激性食物, 指导患者多饮温开水, 保证水分摄入。

2. 高热的护理 发生赫氏反应时配合医生采取镇静、降温、给氧等抢救措施, 观察药物疗效及不良反应, 禁用强退热药以免引起周围循环衰竭。

3. 用药护理 严密观察患者生命体征, 抗菌药物应用 6 小时内加强监护。

4. 病情观察 监测患者生命体征, 早期发现休克征象; 观察患者皮肤黏膜有无出血点及瘀斑, 有无鼻出血、呕血、黑便等, 若患者突然出现面色苍白、烦躁不安、呼吸急促、心率加快、肺部出现湿啰音以及咳血丝痰提示肺出血, 应及时通知医生配合抢救; 及时进行血常规及凝血功能的检查。



5. 皮肤、黏膜的护理 加强口腔护理,及时清理口腔中残留的血液及呕吐物,保持口腔黏膜清洁、湿润。避免剔牙或用硬毛刷刷牙,以免引起或加重牙龈出血。

6. 对症护理 出现肺弥散性出血:①绝对卧床,给予镇静、吸氧。②保持气道通畅,防止窒息,如有大量血液或血块阻塞呼吸道时,应即使患者取头低脚高 45° 的俯卧位,轻拍背部以迅速排除气道内及口咽部的血块。③备好抢救物品和药品。

7. 心理护理 患者病情危重时,可能会出现焦虑恐惧心理,护士应多巡视,多进行宣传教育,多安慰,使其减轻紧张焦虑情绪。

8. 健康教育

(1)进行疾病知识教育,讲解本病重症表现,指导患者及家属配合观察治疗的方法。指导患者出院后仍须休息1~3个月,并定期复查X线胸片,肝、肾功能等。

(2)进行预防教育,告知患者及家人灭鼠和预防接种是控制钩体病暴发流行、减少发病的关键。在流行地区和流行季节避免在疫水中游戏、嬉水、涉水,加强个人防护,皮肤上涂抹防护药。

(3)患者出院后仍需避免过度劳累,加强营养。如有视力障碍、发音不清、肢体运动障碍,可能是钩体病的“后发症”,应及时就诊。

【护理评价】

- (1)患者体温是否逐渐恢复正常。
- (2)患者住院期是否出现并发症,有并发症者是否得到有效控制。
- (3)患者疼痛是否减轻或消失。
- (4)患者活动能力是否逐渐增加。

德育课堂

在中国医学科学发展的历史长河中,我国科学家在螺旋体疾病防治领域作出了不可磨灭的贡献。魏曦院士在钩端螺旋体病防治中建立中国首个菌种保藏中心,研发的“钩端螺旋体五联疫苗”使我国该病发病率下降90%。希望同学们在未来的科研道路上,既要有“板凳要坐十年冷”的定力,也要保持“敢为天下先”的勇气,让中国科学家精神薪火相传。



思考与训练

1. 钩体病病原治疗的首选药物是()。
- A. 青霉素 B. 链霉素 C. 庆大霉素
- D. 四环素 E. 阿奇霉素



2. 某班学生 7 月 25 日到农村收割水稻, 8 月 1 日至 8 月 5 日连续有 7 名学生发病, 均有发热、畏寒、乏力、周身酸痛、小腿痛, 重者不能行走, 结膜充血, 2 人轻咳, 痰中带血丝, 3 人腹股沟淋巴结肿大。最可能的诊断是()。

- A. 流行性感 冒
- B. 流行性出血热
- C. 钩体病
- D. 沙门菌属感染
- E. 支气管肺炎

(3~5 题共用题干)

患者, 男性, 17 岁, 某农村中学学生, 因突然畏寒、发热、周身酸痛、明显乏力, 不能行走 2 天; 于 8 月 12 日被抬送入院。查体: T 39.5℃, P 110 次/min, R 22 次/min, 结膜充血, 心、肺(-), 右侧腹股沟可扣及一蚕豆大淋巴结, 有压痛, 无波动感。实验室检查: 血 WBC $9 \times 10^9/L$, N 0.75, L 0.25, Hb 140 g/L, 尿 WBC 0~5/HP, 尿 RBC 2~5/HP, ALT 100 U, 血清总胆红素正常。既往体健, 病前一周参加收割水稻。

3. 为了协助诊断, 应收集的有关资料包括()

- A. 创伤史
- B. 蜱螨叮咬史
- C. 钩体病疫水接触史
- D. 当地类似疾病史
- E. 烟酒嗜好

4. 最可能的诊断是()。

- A. 钩体病
- B. 肾综合征出血热
- C. 流行性感 冒
- D. 败血症
- E. 急性肾小球肾炎

5. 患者家长对病情甚为关切, 应告知处理不妥当的一项是()

- A. 绝对卧床休息
- B. 必要时给予镇静剂
- C. 注射青霉素
- D. 立即转上级医院
- E. 补充适量的水、电解质和热量

