



医药卫生类专业“互联网+”精品教材

传染病护理

主
编
杨
梅
郭
强

传染病护理

CHUANRANBING HULI

主 编 杨 梅 郭 强

北京出版集团公司
北京出版社

北京出版集团公司
北 京 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

传染病护理 / 杨梅, 郭强主编. — 北京 : 北京出版社, 2018.3 (2024 重印)

ISBN 978-7-200-13092-8

I. ①传… II. ①杨… ②郭… III. ①传染病—护理
IV. ① R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 139521 号

传染病护理

CHUANRANBING HULI

主 编: 杨 梅 郭 强

出 版: 北京出版集团公司

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: 北京出版集团公司

经 销: 新华书店

印 刷: 定州市新华印刷有限公司

版 次: 2018 年 3 月第 1 版 2024 年 6 月修订 2024 年 6 月第 4 次印刷

开 本: 787 毫米 × 1092 毫米 1/16

印 张: 13

字 数: 270 千字

书 号: ISBN 978-7-200-13092-8

定 价: 42.00 元

质量监督电话: 010-82685218 010-58572341 010-58572393

目 录

第一章	绪论	1
第一节	感染与免疫	1
第二节	传染病的流行过程 and 影响因素	3
第三节	传染病的特征	5
第四节	传染病的诊断与治疗	6
第五节	传染病的预防	9
第六节	传染病患者的护理	11
第七节	传染病区医护人员个人防护	17
第二章	病毒感染性疾病患者的护理	20
第一节	病毒性肝炎患者的护理	20
第二节	流行性乙型脑炎患者的护理	31
第三节	麻疹患者的护理	37
第四节	流行性感冒患者的护理	41
第五节	水痘患者的护理	44
第六节	流行性腮腺炎患者的护理	48
第七节	手足口病患者的护理	53
第八节	狂犬病患者的护理	58
第九节	传染性非典型肺炎患者的护理	63
第十节	肾综合征出血热患者的护理	69
第十一节	艾滋病患者的护理	78
第十二节	人感染高致病性禽流感患者的护理	84
第三章	细菌感染性疾病患者的护理	90
第一节	细菌性痢疾患者的护理	90
第二节	霍乱患者的护理	96
第三节	伤寒患者的护理	101
第四节	猩红热患者的护理	108
第五节	流行性脑脊髓膜炎患者的护理	112
第六节	鼠疫患者的护理	118

第四章	立克次体感染性疾病患者的护理	126
第一节	流行性斑疹伤寒患者的护理	126
第二节	地方性斑疹伤寒患者的护理	131
第三节	恙虫病患者的护理	134
第五章	螺旋体感染性疾病患者的护理	139
第六章	寄生虫感染性疾病患者的护理	147
第一节	阿米巴痢疾患者的护理	147
第二节	疟疾患者的护理	152
第三节	钩虫病患者的护理	157
第四节	日本血吸虫病患者的护理	162
第五节	蛔虫病患者的护理	168
第六节	绦虫病患者的护理	171
第七节	囊虫病患者的护理	176
附录		184
附录一	国家突发公共卫生事件应急预案	184
附录二	预防接种	195
附录三	儿童计划免疫程序	199
附录四	常见传染病的传染源、传播途径及隔离预防	200
参考答案		201
参考文献		202



第一章 绪论

学习目标

1. 掌握传染病的概念、特征、感染过程的表现、流行过程、预防方法、消毒隔离及传染病区医护人员的个人防护。
2. 熟悉传染病的临床特点，常见症状、体征及护理措施。
3. 了解传染病护理工作的特点、影响流行过程的因素、传染病的诊断与治疗原则。

传染病 (communicable diseases) 是由病原体感染人体后产生的具有传染性的疾病。常见的病原体有病毒、细菌、立克次体、衣原体、支原体、螺旋体、真菌、原虫、蠕虫等。由原虫和蠕虫感染人体后所引起的疾病又称寄生虫病。上述病原体引起的疾病均属于感染性疾病，但感染性疾病不一定有传染性，有传染性的疾病才称为传染病，它可在人群中传播并造成流行。

在我国，虽然传染病已不再是引起死亡的首要原因，但仍然有很多传染病广泛存在，如病毒性肝炎、流行性出血热等；近年来某些传染病的发病率又呈上升趋势，如霍乱、血吸虫、结核病等；还有一些新的传染病陆续出现，如传染性非典型肺炎、甲型 H₁N₁、流行性感冒等。所以防治传染病的任务仍然十分艰巨，传染病护理是传染病防治工作的重要组成部分。

第一节 感染与免疫

【感染的概念】

感染 (infection) 是病原体侵入机体后，与人体之间相互作用、相互斗争的过程。当人体免疫功能正常时，机体有足够的防御能力使病原体被消灭或排出体外；当人体免疫

功能低下时，病原体便在人体内生长、繁殖，使人生病。

病原体进入人体后可引起相互之间的作用。由于适应程度不同，双方在相互斗争的过程中可产生不同的表现，出现明显临床表现的感染只占全部感染类型的一部分，大多数病原体感染以隐性感染（无临床表现的感染）为主，如甲型肝炎病毒、乙型脑炎病毒、结核杆菌等，但有些病原体感染则以显性感染（有临床表现的感染）为主，如汉坦病毒、麻疹病毒、水痘病毒和流行性腮腺炎病毒等。

【感染过程的表现】

病原体通过各种途径进入人体后就开始了感染的过程。在感染过程中，由于病原体的致病力和人体的免疫功能不同，产生的表现也不同。

1. 病原体被清除 病原体进入人体后，人体通过非特异性免疫或特异性免疫，将病原体消灭或排出，不产生病理变化，也不引起任何临床症状。

2. 隐性感染 隐性感染又称亚临床感染或不显性感染，是指病原体进入人体后，仅引起机体发生特异性免疫应答，不发生或只发生轻微组织损伤，临床上无明显症状和体征，只有通过免疫学检查才能发现。大多数传染病以隐性感染较为常见，如脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎等。隐性感染后，大多数感染者可获得不同程度的特异性主动免疫，病原体被清除，少数人体内的病原体可持续存在于体内而转变为病原携带状态，这些人成为病原携带者，成为重要的传染源。

3. 显性感染 显性感染又称临床感染，是指病原体侵入人体后，不但引起机体发生免疫应答，而且通过病原体本身的作用或机体的变态反应，导致组织损伤和病理改变，出现临床特有的症状、体征。在大多数传染病中，显性感染只占一小部分，只有少数传染病以显性感染为主，如麻疹。显性感染过程结束后，病原体可被清除，且机体可获得稳定而持久的免疫力而不再被感染，但也有传染病感染后，机体由于免疫力不巩固，因此易再感染而发病，如细菌性痢疾。少部分患者成为病原携带者，成为传染源。

4. 潜伏性感染 潜伏性感染是指病原体感染人体后，寄生在机体中的某些部位，由于机体免疫功能足以将病原体局限化而不引起显性感染，但又不能将病原体清除，因此病原体便可长期潜伏在机体内。当机体免疫功能下降时，潜伏于机体内的病原体趁机繁殖，导致机体发病。常见的潜伏性感染有单纯疱疹、带状疱疹、疟疾、结核等。在潜伏性感染期间，病原体一般不会被排出体外，故不会成为传染源，这是和病原携带状态的不同之处。

5. 病原携带状态 病原携带状态指病原体侵入人体后，在人体内生长繁殖并不断被排出体外，而不会出现临床症状。在乙型肝炎、伤寒、霍乱、痢疾等许多传染病中，病原携带者成为重要的传染源。按病原体种类不同，病原携带者分为带病毒者、带菌者和带虫者；按发生的时期不同，病原携带者分为潜伏期病原携带者、恢复期病原携带者和健康病原携带者。

除病原体被清除外，上述感染的其他四种表现形式在不同传染病中各有侧重。一般来说，隐性感染最常见，病原携带状态次之，显性感染所占比重最低，而且一旦出现，很容易被识别。上述感染的五种表现形式不是一成不变的，而是在一定条件下可相互转化。

【感染过程中病原体的作用】

病原体侵入人体后是否会引起疾病，取决于病原体的致病力和机体的防御能力两个因素。其中病原体的致病力在传染过程中起着重要作用，主要包括以下四个方面。

1. **侵袭力** 侵袭力是指病原体侵入机体并在机体内生长、繁殖的能力。
2. **毒力** 毒力包括毒素和其他毒力因子。①毒素包括外毒素与内毒素。前者以白喉杆菌、破伤风杆菌和霍乱弧菌为代表；后者以伤寒杆菌、痢疾杆菌为代表。②毒力因子，如穿透能力、侵袭能力、溶组织能力等。
3. **数量** 在同一传染病中，入侵病原体的数量一般与致病能力成正比。
4. **变异性** 病原体可因环境、药物或遗传等因素而发生变异。

第二节 传染病的流行过程和影响因素

传染病的流行过程就是传染病在人群中发生、发展和转归的过程。流行过程的发生需要三个基本条件，即传染源、传播途径和易感人群。流行过程受社会因素和自然因素的影响。

【流行过程的基本条件】

（一）传染源

传染源是指病原体已在体内生长繁殖并能将其排出体外的人和动物。

1. **患者** 患者是重要传染源，包括急性期及慢性期患者，尤其是轻型患者，数量多、症状轻，且不易被发现，所以作为传染源意义更大。
2. **隐性感染者** 在某些传染病中，如脊髓灰质炎，隐性感染者是重要传染源。
3. **病原携带者** 病原携带者无任何症状和体征而不易被发现，但可长期排出病原体，是重要的传染源。
4. **受感染的动物** 某些传染病可由动物体内排出病原体，导致人类发病，如鼠疫、狂犬病等，称为动物源性传染病。

（二）传播途径

传播途径是指病原体从传染源体内排出后，侵入另一个易感者体内所经历的途径。传播途径由外界各种因素所组成，主要有以下几种。

1. **呼吸道传播** 呼吸道传播主要见于呼吸道传染病，如麻疹、流行性脑脊髓膜炎等。当患者讲话、咳嗽、打喷嚏时，含有病原体的飞沫和痰液坠落于地，干燥后随尘埃飞扬于空气中，使易感者通过呼吸而感染。
2. **消化道传播** 消化道传播主要见于消化道传染病，如伤寒、痢疾等。易感者因进食被病原体污染的水或食物而感染，苍蝇等可通过机械性携带病原体来污染食物和水。

此外,某些传染病可通过接触疫水,使病原体经皮肤或黏膜侵入人体导致感染,如血吸虫病、钩端螺旋体病等。

3. 接触传播 接触传播主要因接触被病原体污染的餐具或日常生活用品等而感染。既可传播消化道传染病,如痢疾等,也可传播呼吸道传染病,如白喉等。

4. 虫媒传播 虫媒传播见于吸血的节肢动物(如蚊子、跳蚤、白蛉等),通过在患病动物和人之间叮咬、吸吮血液来传播疾病,如蚊子传播乙脑、虱子传播斑疹、伤寒等。

5. 血液、体液、血制品传播 含有病原体的血液、体液、血制品通过血管进入人体而感染,见于乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病等。

6. 土壤传播 易感者接触被病原体的芽胞(如破伤风、炭疽)、幼虫(如钩虫)、虫卵(如蛔虫)污染的土壤而感染。

(三) 易感人群

对某一传染病缺乏特异性免疫力的人,称为易感者,易感者在某一特定人群中的比例决定了该人群的易感性。易感人群越多,传染病越容易发生。普遍推行人工主动免疫,可把易感者水平降到最低,使流行不再发生。

【影响流行过程的因素】

传染病流行过程的三个基本条件为传染病的流行提供了可能性,但是否流行及流行的程度则受自然因素和社会因素的制约,其中社会因素起主导作用。

1. 自然因素 自然因素主要是地理气候和生态环境等,通过作用于流行过程的三个基本条件对传染病的发生和发展起重要作用。寄生虫病和虫媒传染病对自然条件的依赖性尤为明显,传染病的地区性和季节性与自然因素有密切关系,如长江流域湖沼地区有适合钉螺生长的地理、气候环境,因而形成血吸虫病的地方性流行区,而乙型脑炎及疟疾等传染病的季节性特点与其传播媒介(蚊虫)的活动习性有关。自然因素除直接影响病原体在外环境中的生存能力外,也可通过降低机体的非特异性免疫而促进流行过程的发展,如寒冷可减弱呼吸道的抵抗力,炎热可减少胃酸的分泌等。

2. 社会因素 社会因素包括社会制度、经济和生活条件以及文化水平等,对传染病流行过程有决定性的影响,其中社会制度起主导作用。中华人民共和国成立后,我国各级医疗卫生机构贯彻“预防为主”的方针,大力宣传卫生知识和执行计划免疫工作,使许多传染病得到控制,如钉螺的消灭、饮水卫生、粪便无害化处理等,使血吸虫病、霍乱、钩虫病等得到控制。近年来,在国民经济日益提高的同时,人口流动、生活方式、饮食习惯的改变和环境污染等,有可能使某些传染病的发病率升高,如结核病、艾滋病和疟疾等,这应引起我们的重视。

第三节 传染病的特征

【传染病的基本特征】

传染病与其他疾病的主要区别在于具有下列四个基本特征。

（一）有病原体

每种传染病都是由特异性的病原体引起的，临床上检出病原体对诊断有重要意义。

（二）有传染性

有传染性是传染病与其他感染性疾病的主要区别。病原体从宿主体内排出，通过某种途径感染另一个宿主的特性，称为传染性。传染病患者具有传染性的时期，称为传染期。不同传染病，其传染程度不同，传染期长短不一。传染病的传染期是决定患者隔离期的重要依据。

（三）有流行病学特征

1. 流行性 在一定条件下，传染病能在人群中广泛传播蔓延的特征，称为流行性。按其强度可分为散发、流行、大流行和暴发流行。散发是指某种传染病在某地每年都有一定数量的病例。流行是指某种传染病的发病率显著高于当地一般发病水平。大流行是指某种传染病的流行超出国界或洲界。暴发流行是指传染病病例发病时间的分布高度集中于某一地区或某一单位，短时间内突然有大量病例发生。

2. 季节性 某些传染病的发生和流行受季节的影响，在每年的一定季节出现发病率升高的现象，称为季节性，如冬春季节，呼吸道传染病发病率升高；夏秋季节，消化道传染病发病率升高；虫媒传染病有明显季节性，与媒介节肢动物活跃季节相一致。

3. 地方性 受自然因素或社会因素的影响，某些传染病仅局限在一定地区内发生，这种传染病被称为地方性传染病，如血吸虫病多发生在长江以南地区。以野生动物为主要传染源的疾病，称为自然疫源性传染病或人畜共患病，如鼠疫、恙虫病、钩端螺旋体病，存在这种疾病的地区，称为自然疫源地。

（四）有感染后免疫

人体感染病原体后，无论是显性感染还是隐性感染，都能产生针对病原体及其产物（如毒素）的特异性免疫，从而阻止病原体的侵入，或限制其在体内生长繁殖，或消灭病原体。感染后的免疫属于主动免疫。由于病原体的种类不同，因此感染后所获免疫持续时间的长短和强弱也不同。

【传染病的临床特点】

（一）传染病病程发展的阶段性

急性传染病的发生、发展和转归，通常可分为以下四个阶段。

1. 潜伏期 自病原体侵入人体后至出现临床症状之前的一段时间,称为潜伏期。各种传染病的潜伏期长短不一,但每种传染病的潜伏期都有一个范围(最短、最长),通常相当于病原体在体内繁殖、转移、定位、引起组织损伤和功能改变导致临床症状出现之前的整个过程。了解潜伏期有助于我们对传染病的诊断和流行病学调查,是确定检疫期限的重要依据。

2. 前驱期 从起病至症状明显开始为止的时期,称为前驱期。在此期间的临床表现通常是非特异性的,如头痛、发热、疲乏、食欲缺乏、肌肉酸痛等,为许多传染病所共有,一般持续1~3天。起病急骤者,则无前驱期。

3. 症状明显期 急性传染病患者度过前驱期后,进入发展阶段,病情逐渐加重,达到顶峰,出现某种传染病特有的症状、体征,如具有特征性的皮疹、肝脾大和脑膜刺激征、黄疸等。此期又可分为上升期、极期和缓解期。

4. 恢复期 机体免疫力增长到一定程度时,体内病理生理过程基本终止,患者症状及体征基本消失,临床上称为恢复期。在此期间内可能还有残余病理改变或生化改变,病原体还未被完全清除,许多患者的传染性还要持续一段时间,但食欲和体力均逐渐恢复,血清中的抗体效价逐渐上升至最高水平。恢复期结束后较长时间内机体功能无法恢复正常时,称为后遗症,多见于中枢神经系统传染病,如乙脑、脊髓灰质炎等。某些传染病患者在恢复期后,已稳定退热一段时间,由于潜伏于体内的病原体再度繁殖到一定程度,使初发的症状再次出现,称为复发。如患者进入恢复期,体温尚未稳定下降至正常,又再发热时,称为再燃。

(二) 临床类型

根据传染病临床过程的长短可分为急性、亚急性和慢性,根据病情的轻重可分为轻型、中型或普通型、重型、暴发型。临床分型对治疗、隔离和护理等具有重要指导意义。

第四节 传染病的诊断与治疗

【传染病的诊断】

正确的早期诊断既是有效治疗的先决条件,又是早期隔离患者所必需的。诊断传染病时要综合分析下列三个方面的资料。

(一) 临床资料

全面、准确、详尽地询问病史,进行系统、细致的身体评估,对确定临床诊断极为重要,特别应注意有诊断价值的体征。

(二) 流行病学资料

流行病学资料包括年龄、职业、籍贯、发病季节、居住区或旅游地点、个人及周围卫生情况、密切接触史及预防接种史等,结合临床资料有助于对传染病的诊断。

(三) 实验室及其他检查资料

实验室检查对传染病的诊断具有特殊的意义, 因为病原体的被检出或被分离培养可直接确定诊断, 而免疫学检查亦可提供重要的依据。因此对许多传染病来说, 一般实验室检查对早期诊断也有很大帮助。

1. 一般实验室检查

一般实验室检查包括血液常规检查、尿及粪便常规检查和血液生化检查。

(1) 血液常规检查: 以白细胞计数和分类的意义较大。白细胞总数显著增多常见于化脓性细菌感染, 如流行性脑脊髓膜炎、败血症和猩红热等。革兰阴性杆菌感染时白细胞总数往往升高不明显甚至减少, 如布氏杆菌病、伤寒及副伤寒等。病毒感染时白细胞总数通常减少或正常, 如流行性感冒、登革热和病毒性肝炎等。原虫感染时白细胞总数也常减少, 如疟疾、黑热病等。蠕虫感染时嗜酸性粒细胞通常增多, 如钩虫、血吸虫和肺吸虫感染等。嗜酸性粒细胞减少则常见于伤寒、流行性脑脊髓膜炎等。

(2) 尿及粪便常规检查: 尿常规检查有助于对钩端螺旋体病和流行性出血热的诊断。大便检查有助于对肠道细菌与原虫感染的诊断。

(3) 血液生化检查: 血液生化检查有助于对病毒感染性疾病的诊断, 如病毒性肝炎、流行性出血热等疾病的诊断和病情的判断。

2. 病原学检查

病原学检查为传染病的确诊提供依据。

(1) 直接检查病原体: 许多传染病可通过显微镜或肉眼检出病原体而被明确诊断, 如从血液或骨髓涂片中检出疟原虫、利什曼原虫、微丝蚴及回归热螺旋体等, 从大便涂片中检出各种寄生虫卵及阿米巴原虫等, 从脑脊液离心沉淀的墨汁涂片中检出新型隐球菌等。用肉眼观察粪便中的绦虫节片和从粪便孵化出的血吸虫毛蚴等可迅速准确地确定诊断。

(2) 分离培养病原体: 细菌、螺旋体和真菌通常可用人工培养基分离培养, 如伤寒杆菌、志贺杆菌、霍乱弧菌、钩端螺旋体和新型隐球菌等。立克次体则需经动物接种或细胞培养才能被分离出来, 如斑疹伤寒、恙虫病等。病毒分离一般需用细胞培养, 如登革热、脊髓灰质炎等。用以分离病原体的检材可采用血液、尿、粪、脑脊液、痰、骨髓和皮疹吸出液等。标本的采集应注意尽量于病程的早期阶段进行, 当应用抗病原体的药物治疗后, 检出阳性率会明显下降。同时, 应注意标本的正确保存与运送方法。

3. 免疫学检查

(1) 检测特异性抗原: 对病原体特异性抗原的检测可较快地提供病原体存在的证据。其诊断意义往往较抗体检测更可靠。常用于检测血清或体液中特异性抗原的免疫学检查方法有凝集试验、酶联免疫吸附试验、酶免疫测定、荧光抗体技术、放射免疫测定和流式细胞检测等。

(2) 检测特异性抗体: 在传染病的早期, 特异性抗体在血清中往往尚未出现或滴度很低, 而在恢复期或后期则抗体滴度有显著升高, 故在急性期及恢复期双份血清检测其抗体由阴性转为阳性或滴度升高 4 倍以上时有重要诊断意义。特异性 IgM 型抗体的检出有助于对现存或近期感染的诊断。蛋白印迹法的特异性和灵敏度都较高, 常用于对艾滋

病的确定性诊断。因皮肤试验可引起不良反应，故目前较少被使用。

(3) 检测特异性核酸：可用分子生物学检测方法，如用放射性核素或生物素标记的探针做 DNA 印迹法或 RNA 印迹法，或用聚合酶链反应或反转录—聚合酶链反应检测病原体的核酸。必要时还可做原位聚合酶链反应和基因芯片技术等检查。

4. 其他 内镜检查，如纤维结肠镜常用于诊断细菌性痢疾、血吸虫病等，纤维支气管镜常用于诊断艾滋病并发肺孢子虫病和支气管淋巴结核等；影像学检查，如 X 线、超声波常用于诊断肝炎、肝硬化和肝脓肿等，计算机断层扫描 (Computerized Tomography, CT) 和磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) 常用于诊断脑脓肿和脑囊虫病等；活体组织检查常用于诊断各型慢性肝炎和肝硬化、各型结核病及各种寄生虫囊；药物检查等。

各种检查结果必须与临床资料结合，才能有助于对患者做出正确评估。

【传染病的治疗】

(一) 治疗原则

治疗传染病的目的，不但在于促进患者的康复，还在于控制传染源，防止其进一步传播。要坚持综合治疗的原则，即治疗、护理与隔离、消毒并重，一般治疗、对症治疗与特效治疗并重的原则。

(二) 治疗方法

1. 一般治疗 传染病患者一般应卧床休息，在各种传染病的不同阶段应合理饮食，补充营养，维持水、电解质和酸碱平衡，以提高机体防御能力和免疫功能。

2. 病原治疗 病原治疗又称特效治疗，具有清除病原体、促进身体康复的作用，以达到控制和根治传染源的目的。常用药物有抗生素、化学制剂和血清免疫制剂等。针对细菌和真菌的药物主要为抗生素与化学制剂，针对病毒的药物除少数外，目前的疗效还不够理想。血清免疫制剂包括各种抗毒素。此外，某些免疫调节剂，如白细胞介素、干扰素和胸腺素等对某些病原体亦有一定的清除作用。对原虫及蠕虫感染的病原治疗常使用化学制剂，如甲硝唑、吡喹酮和伯氨喹等。

3. 对症治疗 对症治疗不但可减轻患者痛苦，而且可通过调整患者各系统的机能，达到减少机体消耗、保护重要器官、使损伤降至最低的目的。例如，在高温时采取的各种降温措施，颅内压升高时采取的脱水疗法，抽搐时采取的镇静措施，昏迷时采取的恢复苏醒措施，心力衰竭时采取的强心措施，休克时采取的改善微循环措施，严重毒血症时采用的肾上腺糖皮质激素疗法等，能使患者度过危险期，促进康复。

4. 康复治疗 某些传染病，如脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎和流行性脑脊髓膜炎等可引起某些后遗症，需要采取针灸治疗、理疗、高压氧等康复措施，以促进机体恢复。

5. 中医中药治疗 有些中药有抗微生物、调节免疫机能及对症治疗等作用，对某些疾病有较好的疗效。针灸在治疗瘫痪等后遗症方面也有较好的作用。

第五节 传染病的预防

传染病的预防是一项非常重要的工作。传染病预防的原则是针对传染病流行过程的三个基本条件，采取综合性措施，同时根据不同传染病的流行特点，针对传播的主要条件，重点采取相应的措施，防止传染病继续传播。

【管理传染源】

（一）对患者的管理

对患者应尽量做到“五早”，即早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。

传染病报告制度是早期发现传染病的重要措施，必须严格遵守。根据《中华人民共和国传染病防治法》及其实施细则，将法定传染病分为甲、乙、丙三类。

1. 甲类 甲类为强制管理的传染病，包括鼠疫、霍乱两种。城镇要求于发现后 6 小时内上报，农村不超过 12 小时。

2. 乙类 乙类为严格管理的传染病，包括传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布氏杆菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。2009 年，全球很多国家出现的甲型 H₁N₁ 流感也被列为乙类。城镇要求于发现后 12 小时内上报，农村不超过 24 小时。

3. 丙类 丙类为监测管理的传染病，包括流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病、手足口病，以及除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病，要求于发现后 24 小时内上报。

值得注意的是在乙类传染病中，传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽、人感染高致病性禽流感、脊髓灰质炎和甲型 H₁N₁ 流感，必须采取甲类传染病的报告、控制措施，丙类传染病手足口病按乙类管理。

（二）对接触者的管理

接触者是指曾经与传染源发生接触的人，可能受到感染而处于疾病的潜伏期。对接触者采取的措施称为检疫。可根据具体情况对接触者分别进行医学观察、留验或卫生处理，并适当给予免疫接种或药物预防。

（三）对病原携带者的管理

应重点对传染病的接触者、曾患传染病者、流行区居民、某些职业（如托幼机构、饮食服务行业）的从业人员进行定时普查，以便及早发现和检出病原携带者。对病原携带者须隔离治疗、随诊观察，教育其养成良好的卫生习惯，必要时调离工作岗位。

（四）对动物传染源的管理

如属于有经济价值的动物，应尽可能给予隔离、治疗；如属于无经济价值的动物，则应予以灭杀，动物尸体应焚毁或深埋，尽可能减少污染。

【切断传播途径】

对于各种传染病，尤其是消化道传染病、虫媒传染病和寄生虫病，切断传播途径通常是主要的预防措施。应根据传染病的不同传播途径采取不同的措施，如针对消化道传染病，应着重加强饮食卫生、个人卫生及粪便管理，保护水源，消灭苍蝇、蟑螂、老鼠等；对呼吸道传染病，应着重进行空气消毒，加强通风，保持空气新鲜，提倡外出时戴口罩，流行期间避免大型集会等；对虫媒传染病，采用药物等措施进行防虫、杀虫、驱虫等。

【保护易感人群】

保护易感人群主要通过提高人群免疫力实施。提高人群免疫力可以从以下两个方面进行。

（一）增强非特异性免疫力

可以通过改善营养、锻炼身体、养成良好的卫生习惯、生活规律、改善居住条件等措施，增强非特异性免疫力。

（二）增强特异性免疫力

人体可通过隐性感染、显性感染或预防接种获得对该种传染病的特异性免疫力，其中预防接种起着关键作用。由于人类普遍接种牛痘苗，现已在全球范围内消灭了曾对人类危害很大的天花。由于我国在儿童中坚持实行计划免疫，全面推广服食脊髓灰质炎疫苗，目前我国已基本消灭脊髓灰质炎。儿童计划免疫对传染病预防起到关键性作用。预防接种，即人工免疫，分为人工主动免疫和人工被动免疫。

1. 人工主动免疫 将减毒或灭活的病原体，纯化的抗原和类毒素制成菌（疫）苗，接种到人体内，使人体于接种后 1~4 周产生抗体，称为人工主动免疫。免疫力可保持数月甚至数年。

2. 人工被动免疫 将制备好的含抗体的血清或抗毒素注入易感者体内，使机体迅速获得免疫力的方法，称为人工被动免疫。免疫持续时间仅为 2~3 周。常用于治疗或对接触者的紧急预防。常用的制剂有抗毒血清、人血丙种球蛋白、胎盘球蛋白和特异性高价免疫球蛋白等。

对某些尚无特异性免疫方法或免疫效果尚不理想的传染病，在流行期间可使易感者口服预防药物，对于降低发病率和控制流行有一定作用，如口服磺胺嘧啶预防流行性脑脊髓膜炎，口服乙胺嘧啶预防疟疾等。

第六节 传染病患者的护理

【传染病护理工作的特点】

对传染病患者进行护理与对其他科患者进行护理有相同之处，但也有其特殊性。这是由传染病的特点决定的，传染病具有起病急、病情重、变化快、并发症多等特点，更主要的是具有传染性。所以做好传染病患者的护理有着特别重要的意义。

(1) 传染科的护理人员应具备高度的责任感和同情心，重视患者的心理护理，运用临床护理学的知识，熟练掌握各项护理技术，结合传染病的特点指导对传染病人的护理，使患者转危为安，早日康复。

(2) 严格的消毒隔离制度和管理方法是传染病护理工作的重点。护理人员应熟练掌握隔离消毒的知识和技能，并能够对患者及家属进行健康教育，指导他们进行家庭护理及自我保健，防止院内感染和传染病的扩散。

(3) 护理人员在做好患者护理的同时，还应重视个人防护。

【传染病的隔离】

(一) 隔离的定义

隔离是指将传染病患者（传染源）与健康人和非传染病患者分开，安置在指定地方，进行集中治疗和护理，防止传染病传染和扩散。

(二) 隔离的种类及措施

隔离分为 A 系统和 B 系统两类。A 系统是以类别为特点的隔离，将许多不同疾病归纳在七个类目中，对同一类目的疾病采取的隔离措施相同。其优点是相对简单、易掌握，缺点是针对性不强，对某些疾病来说可能会有些不必要的隔离措施，而有的则可能措施不够。B 系统是以疾病分类的隔离方法，即针对每种疾病制订的隔离措施，避免隔离措施不全或缺乏针对性，但要求医护人员经过严格训练才能实施。目前，我国大多数医院实行 A 系统隔离法。

1. 严密隔离（黄色标志） 适用于甲类传染病或有高度传染性、致死性的传染病，如肺鼠疫、霍乱、咽部白喉、传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感等。隔离要求：① 患者应住单间病室，房内物品专用，门窗关闭并禁止随意开放，门外应有“严密隔离”标志，门口应设置用消毒液浇洒的门垫，门把手包有用消毒液浸湿的布套，禁止探视和陪护。② 凡入室者必须戴帽子和口罩、穿隔离衣及隔离鞋、戴手套。接触患者及污染敷料后护理下一个患者前应严格消毒双手。③ 污染敷料要装袋、贴签，进行消毒处理。患者的分泌物、排泄物及污染品应及时进行严格消毒处理。④ 病室每日消毒，患者出院或死亡后，应进行终末消毒。

2. 呼吸道隔离（蓝色标志） 适用于呼吸道传染病，如流感、麻疹、猩红热、流行性

脑脊髓膜炎、流行性腮腺炎等。隔离要求：①相同病种可同住一室，床间距至少 2 m，必要时置屏风。②患者一般不能外出，如必须外出，应戴口罩。③接近患者时，应戴口罩、帽子，必要时穿隔离衣、戴手套。④患者的呼吸道分泌物应先消毒后弃去，痰具每日消毒。⑤病室每日通风至少 3 次，空气紫外线消毒每日 2 次。室内保持适宜温、湿度。

3. 消化道隔离（棕色标志） 适用于消化道传染病，如伤寒、细菌性痢疾、阿米巴痢疾、甲型及戊型肝炎等。隔离要求：①同病种患者可同住一室，若条件不允许，不同病种患者也可同住一室，但患者之间必须实施床边隔离，床间距离应在 2 m 以上。②接触患者时穿隔离衣，护理不同病种患者时要更换隔离衣，接触患者或污染物品后以及护理下一个患者前应严格消毒双手。③患者的生活用具专用，用后要消毒。患者的呕吐物及排泄物应随时消毒，然后弃去。④室内保持无苍蝇、无蟑螂。

4. 接触隔离（橙色标志） 适用于病原体直接或间接地接触皮肤、黏膜而引起的传染病，如破伤风、狂犬病等。隔离要求：①接触患者时戴口罩、手套，穿隔离衣。②接触患者或污染物品后以及护理下一个患者前要洗手，手上有破损者应停止接触此类患者。③污染物品要装袋、贴签，进行消毒处理。

5. 血液（体液）隔离（红色标志） 适用于由血液、体液及血制品传播的传染病，如乙型肝炎、丙型肝炎、钩端螺旋体病、疟疾、梅毒、艾滋病、回归热、登革热等。隔离要求：①接触患者或其血液（体液）时要戴手套、穿隔离衣；若皮肤沾染其血液（体液），应立即清洗，必要时用消毒液洗手。②工作中注意避免损伤皮肤，用过的针头、注射器应放入防水、耐刺并有标志物和消毒液的容器内，送中心消毒室做毁形处理。③污染物装袋、贴标签后送出销毁或进行消毒处理。④血液污染室内物品表面时，要立即用次氯酸钠溶液清洗消毒。

6. 脓汁（分泌物）隔离（绿色标志） 防止因直接或间接接触感染部位的脓汁或分泌物引起的传染。适用于轻型皮肤和伤口感染、溃疡、脓肿、小面积烧伤感染等。隔离要求同接触隔离。

7. 虫媒隔离 目前列入 A 系统，但在基层医院仍强调。适用于以昆虫为媒介的传染病，如流行性乙型脑炎、丝虫病、斑疹伤寒等。隔离要求：①病室要有严密的防蚊、灭蚊设备。②由虱子传播的传染病患者需洗澡、进行更衣灭虱处理后才能进入病室，患者衣被需灭虱消毒。

8. 结核菌隔离（灰色标志） 适用于肺结核患者痰涂片结核菌阳性者，或阴性但 X 线检查证实为活动性结核者。隔离要求：①隔离室有特别通风设备，关闭门窗，同疗程者可同住一室。②医护人员接触患者时应戴口罩、穿隔离衣，患者咳嗽时应戴口罩；接触患者或污染物品后以及护理下一个患者之前要洗手。③污染物品要彻底清洗、消毒或弃去。

【传染病的消毒】

（一）消毒的定义

用化学、物理等方法消除或杀灭环境中的病原体的方法，称为消毒，它是切断传染病传播途径的重要手段。

（二）消毒的种类

1. 预防性消毒 预防性消毒是指在未发现传染源时，对有可能受病原体污染的场所和物品所采取的消毒措施，如垃圾、粪便的无害化处理，饮水消毒、餐具消毒等，目的是预防传染病的发生。

2. 疫源地消毒 疫源地消毒是指对目前存在或曾经存在传染源的地区进行的消毒，其目的是杀灭由传染源排到外界中的病原体。疫源地消毒又分为以下两种。

（1）随时消毒：指对传染源的排泄物、分泌物及其所污染的物品及时进行消毒。

（2）终末消毒：当患者痊愈出院、转科或死亡后，对其原居住地进行的最后一次彻底的消毒。

（三）消毒的方法

1. 物理消毒法 物理消毒法是指利用物理因素作用于病原体，将其消除或杀灭的方法，其中物理因素包括机械、热、光、电、微波、辐射等。物理消毒法经济、简便，应用广泛。

2. 化学消毒法 化学消毒法是指应用化学消毒剂使病原体蛋白质凝固、变性或使其失去活性而将其杀灭的方法。根据化学消毒剂的消毒性能，将其分为以下二种。

（1）高效消毒剂：能杀灭包括细菌芽孢、真菌孢子在内的各种病原微生物，如2.5%碘酊、戊二醛、过氧乙酸、甲醛、环氧乙烷等。含氯制剂和碘伏介于高、中效消毒剂之间。

（2）中效消毒剂：能杀灭除细菌芽孢以外的各种病原微生物，如乙醇、部分含氯制剂、氧化剂、溴剂等。

（3）低效消毒剂：只能杀死细菌繁殖体和亲脂类病毒，对真菌也有一定作用，如汞、洗必泰（氯己定）及某些季胺类消毒剂等。消毒方法详见附录一。

【传染病的护理】

（一）护理评估

护理评估是整个护理程序的基础。护理人员通过对患者的仔细询问、观察和护理体检等方法收集患者的流行病学、身心状况及辅助检查资料，了解其生理、心理—社会适应能力并进行整理分析后，才能做出护理诊断，制定护理措施。

1. 流行病学资料

（1）询问病史：询问年龄、职业、籍贯、发病季节、个人及周围卫生状况、居住区或旅游地点、家族成员或集体发病情况、既往传染病史、手术输血史、密切接触史及预防接种史等。此外，患者有无食物或药物过敏、有无烟酒嗜好等也应注意。

（2）起病方式及发病诱因：应了解患者起病时间、有无明显诱因、主要症状及其特点，了解患者有无受凉感冒、饮食不当、过度紧张、劳累、不良情绪或伴有其他疾病使机体抵抗力下降等诱发因素，应着重注意传染病所特有的基本特征，如潜伏期长短、有无毒血症等。

2. 身体状况评估 全面详细询问病史，认真细致地检查体格；评估生命体征、意识状态；了解传染病的起病方式、潜伏期的长短、发热规律和皮疹的特点，尤其注意各种

传染病特有的症状和体征,如麻疹的科氏斑(Koplik Spots),流行性出血热的三大主征(发热、出血、肾损害),流脑的皮肤瘀点、瘀斑等。

3. 心理—社会资料 一般情况下,传染病患者所承受的心理压力极大,其原因与隔离治疗、疾病对健康和生命造成的威胁、住院环境的陌生、经济承受力、缺乏关爱等有关。护理人员应细心观察并与患者沟通,评估患者存在的心理—社会问题。

(1) 评估患者对所患传染病的认识程度、顾虑及疾病痛苦所造成的心理反应如何,对该病有关知识缺乏、预后不了解、诊断不明确以及疾病所造成的痛苦。

(2) 了解患者对住院隔离治疗的认识,是否有被约束、孤独、被遗弃感。

(3) 了解患者患病后是否对工作、学习、恋爱、婚姻、家庭等造成影响。

(4) 观察患者是否有因心理障碍造成的生理反应,如食欲缺乏、睡眠障碍等。评估患者对心理障碍的应对能力,能否应用恰当的心理防卫机制进行应对。

(5) 评估社会支持系统,应了解患者的家庭、同事、亲友、单位领导等对该传染病的认识,患病后能否得到社会关系网的关怀及帮助,患者出院后继续就医的条件。

4. 辅助检查资料 辅助检查资料,即实验室检查,包括一般检查、病原体检查、免疫学检查和其他检查。这些检查对传染病的诊断有特殊意义。因此,护理人员应熟悉常用检查项目的参考值及临床意义,还应做好留、送标本及特殊实验室检查的准备工作、检查时的配合工作及检查后的观察,并给患者及其家属介绍有关检查的重要性、注意事项及目的等。

(二) 常见症状和体征

1. 发热 发热是传染病共有的、最常见的症状。传染病是由病原体感染引起的,所以为感染性发热,其过程可分为以下三个阶段。

(1) 体温上升期:体温骤然上升至 39°C 以上,常伴有寒战,见于伤寒、副伤寒、疟疾等。

(2) 极期:体温上升到一定高度,持续数天至数周。

(3) 体温下降期:体温可缓慢下降,几天后降到正常,如伤寒、副伤寒;也可在一天之内降至正常,如间日疟、败血症,此时多伴有大量出汗。

临床上根据每日定时记录的体温曲线,可见多种热型。常见热型有以下几种。①稽留热:见于伤寒、斑疹伤寒的极期。②弛张热:见于伤寒缓解期、流行性出血热等。③间歇热:见于疟疾、败血症。④回归热:见于布氏杆菌病、回归热等。

每一种传染病的发热时间及发热程度也不尽相同,如短期高热见于痢疾、流行性乙型脑炎等;长期高热见于伤寒、布氏杆菌病急性期;长期低热见于布氏杆菌病慢性期、艾滋病等。在发热时还可伴有多种症状,如细菌性痢疾患者可伴有腹泻、脓血便等;病毒性肝炎可伴有肝脾大等;麻疹、流行性出血热可伴有结膜充血等。所以对发热患者应询问发热的持续时间、热型、发热程度、伴随症状及处理经过等。

2. 发疹 发疹包括皮疹(又称外疹)和黏膜疹(又称内疹)。许多传染病患者在发热的同时,患有发疹。疹子的形态、出现的时间、分布的部位、出疹的先后顺序等对诊断有重要参考价值。

(1) 皮疹的形态：①斑丘疹：见于麻疹、风疹、猩红热、伤寒等。②出血疹：见于流行性脑脊髓膜炎、出血热、败血症、登革热等。③荨麻疹：见于血清病、病毒性肝炎等。④疱疹或脓疱疹：见于水痘、带状疱疹、单纯疱疹等。

(2) 出疹时间、顺序、分布：水痘、风疹多发生于病后的第1天，猩红热于第2天，天花于第3天，麻疹于第4天，斑疹伤寒于第5天，伤寒于第6天。水痘的皮疹，多集中于躯干，呈向心性分布；天花的皮疹多见于面部及四肢，呈离心性分布；流行性出血热的出血点多见于腋下；麻疹的皮疹自耳后、颈部开始，渐及面颊，自上而下遍及全身，最后到手心、脚底。

3. 中毒症状 病原体的各种代谢反应，包括细菌毒素在内，可引起除发热以外的多种症状，如乏力、全身不适、厌食、头痛、肌肉关节疼痛等。严重者可有意识障碍、谵妄、脑膜刺激征、中毒性脑病、呼吸循环障碍（感染性休克）等表现，有时还可引起肝、肾损害。

(三) 护理诊断

1. **有传播感染的危险** 与病原体通过呼吸道、消化道、血液、体液等传播有关。
2. **体温过高** 与病原体感染有关。
3. **营养失调，低于机体需要量** 与食欲缺乏、呕吐、腹泻有关。
4. **活动无耐力** 与饮食限制、病原体引起全身中毒表现有关。
5. **焦虑** 与不了解传染病的知识有关。
6. **社交孤立** 与患传染病住院隔离有关。
7. **皮肤完整性受损** 与病原体和（或）代谢性产物引起皮肤血管损伤有关；与躯体不能活动或与排泄物刺激有关。
8. **体液不足** 与呕吐、腹泻、入量过少或大量出汗有关。
9. **组织灌注量不足、休克** 与严重感染中毒有关。
10. **疼痛、头痛** 与中枢神经系统感染有关。
11. **潜在并发症** 如呼吸衰竭、消化道出血、消化道穿孔、肝功能衰竭、颅内高压症、惊厥发作等。

(四) 护理措施

1. 隔离与消毒 每种传染病患者都应根据病原学特点及流行病学资料执行相应的隔离消毒措施，以防止疾病的传播。

2. 一般护理

(1) 休息与活动：传染病急性期或症状明显者应卧床休息，保持病室环境整洁、空气新鲜，室温为20~24℃，湿度为55%~56%。患者宜穿柔软的棉质内衣，避免衣被过厚而阻碍散热，寒战时应注意保暖，病情恢复后逐渐进行活动。

(2) 饮食护理：一般发热患者应进食高热量、营养丰富的流质或半流质饮食，鼓励患者多饮水，无心肾功能损害者，每日至少摄入2 000 mL水分，必要时给予静脉补液，以防脱水。皮疹患者避免进食过冷、过热及刺激性食物。

3. 病情观察

(1) 发热：监测并记录体温变化，根据病种及病情确定测量体温的间隔时间，一般

高热时每日检测 4~6 次；注意发热的程度、持续时间和热型。

(2) 皮疹：观察皮疹（黏膜疹）消长情况以及与全身状况的关系，退疹时是否伴有脱屑、脱皮、结痂、色素沉着等变化。

(3) 意识：观察神志、瞳孔及生命体征变化。

(4) 液体的出入量：观察并记录饮食、饮水量、尿量及体重。

(5) 特殊体征：注意观察伴随症状及特殊体征的出现，以及时发现并发症，对症处理。

4. 对症护理

(1) 发热护理：①物理降温，冷敷头部或大动脉处；用 32~36℃ 的温水或 25%~50% 的乙醇拭浴；冷（温）盐水灌肠。要避免持续长时间冷敷同一部位，以免局部被冻伤，同时要注意周围循环状态，有脉搏细速、面色苍白、四肢厥冷者，禁用冷敷和乙醇拭浴。全身皮疹者，禁用乙醇擦浴。②持续高热，物理降温效果欠佳者，可配合药物降温。③高热惊厥者，可遵医嘱采用亚冬眠疗法。

(2) 皮肤护理：①保持皮肤清洁干燥，每日用温水洗浴（禁用肥皂水、乙醇），床铺要清洁平整，衣着宽松、柔软，勤洗勤换，翻身时应避免皮损处受压、碰撞、损伤。②修剪患者的指甲，避免其搔抓皮损处，瘙痒重时用炉甘石洗剂、2% 甲紫、5% 碘苷局部涂擦。③皮疹消退、脱皮不完整者，可用消毒剪刀修剪，忌撕扯，以防出血、感染。④患者皮肤出现大面积瘀斑、坏死时，局部用海绵垫、气垫保护，注意防止大、小便浸渍，尽量避免发生破溃，若发生破溃或合并溃疡感染时，按医嘱做相应处理。

(3) 口腔护理：口腔黏膜疹者，常规用温水或朵贝液漱口每日 2~3 次，每日进食后用温水清洁口腔；合并溃疡者，局部可用 3% 过氧化氢溶液洗净后涂以冰硼散；避免进食过冷、过热食物，鼓励用吸管。

(4) 眼部护理：眼结膜充血、水肿的患者，应注意保持眼部清洁，防止继发感染，可用 4% 硼酸水或生理盐水清洁眼痂，滴 0.25% 氯霉素眼药水或涂抗生素眼膏，每日 2~4 次。

5. 用药护理 对高热患者使用退热药物时，注意剂量不要过大，避免大汗导致身体虚脱；应用亚冬眠疗法者，用药前先补足血容量，用药期间避免搬动患者，密切观察生命体征，保持呼吸道通畅；按医嘱进行病因治疗，严格按照规定用药，注意观察疗效及药物的副作用。

6. 心理护理 护理人员应细心观察并与患者沟通，了解患者的情绪反应及其产生的原因，关心患者，有针对性地做好心理护理。

7. 健康教育

(1) 向患者及家属做好疾病的宣传教育工作，讲解疾病的预防及治疗。

(2) 向患者及家属解释症状的原因、过程及对机体的损害。

(3) 教会患者及家属一些自我护理方法。

(4) 指导患者转移注意力，消除焦虑情绪。

(5) 指导患者及家属学会病后康复的方法。

第七节 传染病区医护人员个人防护

传染科室是医院感染控制中的一个重要部门，其医护人员的个人防护极为重要。要使医护人员不被感染，必须从以下几个方面做起：①必须有合理的病区设置，严格划分清洁区、污染区和半污染区；②有明显标志，各区之间设立缓冲带，并加装实际的隔离屏障。

传染病病房内划分为以下几个区域。①清洁区：更衣室、会议室、值班室、配膳室及库房等。②污染区：病室、浴室、厕所、外走廊、化验室、处置室及消毒室。③半污染区：内走廊、医护办公室、治疗室、工作人员的厕所等。

凡进入发热（急）门诊、隔离留观室、隔离病区的医护人员应当严格按照清洁区、污染区、半污染区的划分，正确穿戴和脱卸防护物品，特别注意呼吸道、口腔、鼻腔、黏膜和眼睛的卫生和防护。

1. 进入前 医护人员工作前，应当在清洁区认真洗手后依次戴工作帽和防护口罩、穿防护服或长袖工作服、换工作鞋后进入半污染区。在隔离区、重症监护病房（Intensive Care Unit, ICU）工作的医护人员可以先穿工作衣裤或手术服，再穿防护服或长袖工作服，换工作鞋后进入半污染区。手部有破损或疑有损伤的应戴乳胶手套。

进入污染区之前，应洗手后加戴一次性工作帽、一次性外科口罩、防护眼镜，穿隔离衣，戴乳胶手套、鞋套，为患者实施吸痰、气管切开等有可能使患者呼吸道分泌物、体内物质喷射或飞溅的工作前，应戴上全面型呼吸防护器。

一次性外科口罩、隔离衣只限于污染区内穿着，被患者血液、体液、分泌物污染时应当立即更换，并适当处理。

2. 离开 医护人员离开污染区，应当按程序脱卸防护物品，避免洁污交叉、增加污染的机会。

医务人员从污染区进入半污染区前，必须先清洁、消毒双手，依次摘掉防护眼镜、外层口罩、一次性工作帽，脱掉隔离衣、鞋套、手套等物品，将其分置于专用污物容器中，再进行手的清洁和消毒。进入清洁区前，应当清洁、消毒双手后脱掉防护服或工作服，摘掉防护口罩、工作帽后再清洗和消毒双手。脱卸防护物品时，手应当接触物品的清洁面。

✚ 思考与训练

1. 可作为传染病检疫和留检接触者的重要依据的是（ ）。
- | | |
|--------|--------|
| A. 传染期 | B. 隔离期 |
| C. 潜伏期 | D. 恢复期 |
| E. 前驱期 | |

2. 传染病的下列特征中最主要的是()。
- A. 有病原体 B. 有传染性 C. 有地方性
D. 有季节性 E. 有免疫性
3. 保护易感人群最重要的免疫措施是()。
- A. 接种疫苗、菌苗、类毒素 B. 注射高效价免疫球蛋白
C. 口服中草药 D. 接种抗毒素
E. 注射丙种球蛋白
4. 关于切断传播途径的措施, 下列概念错误的是()。
- A. 对肠道传染病应着重做好“三管一灭”措施
B. 对呼吸道传染病应保持室内空气流通, 戴口罩, 必要时进行空气消毒
C. 对虫媒传染病应因地制宜采取药物或其他措施, 进行防虫、杀虫、驱虫
D. 对接触性传染病首先应接种疫苗
E. 经皮肤传染的疾病主要要搞好个人防护, 如在血吸虫病流行区下水前涂防护剂
5. 关于消化道隔离, 下列选项错误的是()。
- A. 同一病种患者最好收住同一病室
B. 工作人员接触患者时应穿隔离衣、隔离鞋、戴帽子及口罩
C. 患者的用品、食具、便器、排泄物、呕吐物均需消毒
D. 病室应有防蝇及灭蝇设施
E. 患者出院后不必进行终末消毒
6. 关于消毒的概念, 下列选项错误的是()。
- A. 消毒的种类包括疫源地消毒和预防性消毒
B. 疫源地消毒包括随时消毒和终末消毒
C. 终末消毒指预防性消毒
D. 预防性消毒是指对可能受病原体污染的场所、物品所采取的消毒措施
E. 病室的日常卫生处理、餐具消毒等属于预防性消毒
7. 在我国, 属于丙类传染病的是()。
- A. 麻疹 B. 流行性出血热
C. 流行性脑脊髓炎 D. 麻风病
E. 流行性乙型脑炎
8. 传染过程中可出现的表现, 最易识别的是()。
- A. 显性感染 B. 潜伏性感染 C. 病原携带状态
D. 隐性感染 E. 亚临床感染
9. 麻疹、水痘、伤寒、天花、猩红热、斑疹伤寒患者, 皮疹的性质、形态、颜色、大小、分布以及出疹时间和顺序不同, 但在护理诊断上可用下列选项表述的是()。
- A. 体温过高 B. 体液不足
C. 有传染的危险 D. 皮肤完整性受损
E. 躯体移动障碍

10. 患者，女性，29岁，因发热、头痛、乏力、全身不适、肌肉关节酸痛前来就诊。医师认为可能是病原体侵入体内后繁殖，其产生的毒素或代谢产物不断进入血液所引起的中毒性病理变化。估计此中毒症状为（ ）。

- A. 菌血症 B. 败血症 C. 毒血症
D. 病毒血症 E. 脓毒血症

北京出版社