

学校的理想装备

电子图书·学校专集

校园网上的最佳资源

皮肤病和传染病问答



前 言

近几年，改革开放的春风给我国的医疗卫生事业带来勃勃生机，以提高临床疗效为宗旨，防病治病为目的的医学各专业学科（专病）得到了长足的发展。为了进一步提高医疗质量，同时满足当前人们对医药、保健、防病、治病，康复等方面知识的迫切要求，郑州市卫生局组织了几十位著名医学专家编写完成了《投医问药》系列丛书，约 160 多万字，共 8 个分册。它包括有内科各系统疾病、外科各系统疾病、妇科、儿科、中医科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、肿瘤、骨伤、烧伤、整形、美容、传染病、性病等专科专病的中西医药知识。

本书在编写过程中，以普及为原则，注重用通俗易懂的语言向病人及其家属解释他们经常提出的和最为关心的问题，因此，本书在深度、广度、层次、格调等方面都做了大量的工作。这部丛书既有“下里巴人”之貌，又有“阳春白雪”之涵，为雅俗共赏之读物。它的问世，希望能对广大的读者有所裨益，为我国的医疗卫生事业尽我们的微薄之力。

本书在编写过程中，得到了有关方面的关怀及人民卫生出版社的支持，在此谨致谢意。由于我们水平有限，时间仓促，难免挂一漏万，书中不妥之处，希读者批评指正。

主 编

1996 年 5 月

皮夫病篇

皮肤病常识

皮肤病有何特点

皮肤位于人体表面，是人体的第一道防线，具有十分重要的功能。人体的皮肤和其它的器官及组织一样，参与全身的机能活动，以维持机体和外界自然环境的对立统一，维护人体的健康。

皮肤病的症状是认识和诊断皮肤病的一个很重要的依据，它分为自觉症状和他觉症状。自觉症状指病人主观感觉到的症状，它是多种多样的，与皮肤病的性质、严重程度及病人个体特异性有关。他觉症状即皮肤损害，指可以被他人用视觉或触觉检查出来的皮肤、粘膜上所表现的病变。只要熟悉各种损害，再结合其它症状及检查结果，大多数皮肤病可以作出正确的诊断。

皮肤病的治疗要根据疾病的病因及病期来选择不同的药物、不同的剂型或一些特殊治疗。如在急性渗出期只能选择溶液湿敷，无渗液的急性期可选用洗剂，亚急性期可选用乳剂，慢性期可选用酊剂、软膏或硬膏。在临床上抗组织胺类药、抗生素、皮质类固醇激素等用处比较广泛，但要正确掌握其适应证和使用方法，要了解其禁忌证及副作用。

皮肤的主要功能有哪些

1. 保护作用：表皮的角质层坚韧而致密，对外界的各种机械刺激有一定抵抗力，可防止水分和化学物质的渗入，还能调节水分，阻止水分蒸发与散失。皮下脂肪可以起到软垫作用。皮肤中的色素能防止日光中的紫外线进入，避免对皮肤的损伤。

2. 调节体温作用：人体能维持 37 左右的恒温，主要靠皮肤的调节作用。

3. 感觉作用：皮肤里遍布神经末梢和神经小体，可接受温觉、痛觉、触觉和压觉。这种感受外界各种刺激的本能是保卫生命和使机体与外界环境相适应必不可少的，对人的生存具有极重要的意义。

4. 分泌和排泄作用：皮肤有皮脂腺和汗腺参与机体的代谢。

5. 吸收作用，可吸收类脂质溶解物。

6. 代谢作用：皮肤经紫外线照射后，可把它所含的固醇转变为维生素 D，维生素 D 和人体内钙和磷的代谢密切相关。皮肤细胞还可产生胶原酶有助于延缓皮肤衰老。

什么是原发性皮肤损害和继发性皮肤损害

原发性皮肤损害即皮肤病理变化直接产生的第一个结果。不同的皮肤病有不同的原发损害，原发损害包括下面几种：

(1) 斑疹：表现为皮肤局限性颜色改变，既不凸起，也不凹陷。小于 1~2 厘米的称斑疹，超过 2 厘米的叫斑片。

(2) 丘疹：表现为局限性隆起皮面的实质性损害。小于 1 厘米的叫丘疹，较大者称斑块。

(3) 结节：表现为可触及的圆形或椭圆形的局限性实质性损害。比丘疹深而大。

(4) 风团：表现为局限性，水肿性圆顶隆起的皮肤损害。其特点是骤起骤落，可在数小时内消失。

- (5) 脓疱：为局限性损害，内含脓液。
- (6) 肿瘤：表现为皮内和皮下组织的肿块。
- (7) 囊肿：为含液体或半固体物质的囊性损害。

继发性皮肤损害可由原发性损害转变而来，或由于治疗或机械性损伤所引起。常见下面几种表现：

- (1) 鳞屑：指脱落的表皮细胞。
- (2) 表皮剥脱或抓痕：为表皮的浅表缺失。
- (3) 浸渍：指表皮长时间浸水或经常处于潮湿环境，使皮肤变白，称为浸渍。
- (4) 糜烂：由于水疱、脓疱或浸渍后表皮脱落，或丘疹、结节表面破损后露出潮湿面，称之为糜烂。愈后不留瘢痕。
- (5) 破裂：指皮肤出现线状损害。
- (6) 苔藓化：表现为皮肤肥厚，纹理加深，象皮革或树皮状。
- (7) 硬化：指皮肤局限性或弥漫性变硬。
- (8) 痂：指创面上浆液或脓液与脱落的表皮及细菌混合而成的物质。
- (9) 溃疡：皮肤缺损或破坏，深达真皮或真皮以下者为溃疡。
- (10) 萎缩：表现为表皮变薄，并伴有表皮细胞数目减少。真皮萎缩指真皮结缔组织减少。
- (11) 瘢痕：指真皮或深部组织缺损或破坏后由新生结缔组织修复而成。

应用糖皮质激素的禁忌证及注意事项有哪些

糖皮质激素有抗炎、抗过敏的作用。适用于重症药疹、较重的接触性皮炎、过敏性休克、系统性红斑狼疮、皮炎、天疱疮，重症多形红斑、急性荨麻疹等。长期使用激素可有许多副作用，如满月脸、兴奋、失眠、血压升高、糖尿病、消化道出血、溃疡穿孔、屑质疏松、水及电解质紊乱、结核病加重等，还易并发细菌感染和真菌感染，应引起注意，尤其是患有上述疾病时用药前更应该注意。长期使用激素的病人不可突然停药，停药太快可使疾病反复加重，用药期间还要注意补充钾、钙及维生素 D，并注意电解质和血糖的改变。

皮肤病外用药的选择原则有哪些

治疗皮肤病选择外用药，首先要根据临床皮损特点及临床症状。对急性炎症性皮损渗出多时，应该选择湿敷，如 3% 硼酸液等水溶液，经过湿敷，渗出可在几天内很快停止。对急性炎症性皮损，仅有潮红、肿胀、斑丘疹时，宜选用粉剂或振荡剂，如炉甘石洗剂。对亚急性炎症性皮损，可选用油剂、糊剂或乳剂，如氧化锌油或合霉素乳剂。对慢性炎症性皮损可选用软膏、糊膏、硬膏或酊剂。

选择外用药物除选择剂型外，还要根据病因、病理变化和自觉症状等选择药物。如对变态反应性皮肤病，可选用抗组织胺药物；对真菌性皮肤病，可选用抗真菌性药物；对化脓性皮肤病，可选用抗菌药物。伴有瘙痒者可选用止痒剂，角化不全者可选用角质促成剂，角化过度者可选用角质剥脱剂。

使用外用药物治疗皮肤病，患者应与医生配合，用药次数、部位、用量和方法应遵医嘱。对于皮肤敏感性强的，宜选择温和而刺激小的药物。皮损面积广泛者，为避免刺激和药物吸收过量，应选择性质较弱，浓度较低的药物，

或分片治疗。

怎样进行湿敷

湿敷是皮肤病外用药物治疗的方法之一。选择合适的溶液和正确的方式能迅速控制局部皮损的发展，收到较好疗效。

湿敷常用的溶液有 3% 硼酸溶液、1 : 5000 至 1 : 10000 过锰酸钾溶液、1 : 1000 雷佛奴尔溶液及中药等。湿敷时每次溶液都要新鲜配制，湿敷垫应用 6 层至 8 层白布或纱布做成，热湿敷还需准备棉垫。操作中尽量注意无菌原则。湿敷的面积一般不超过全身总面积的三分之一，面积大时应注意保温。湿敷垫要保持湿润与清洁，以不流水为度，每次用过的湿敷垫须消毒后方能再次使用。

湿敷分冷湿敷与热湿敷二种。

冷湿敷运用于渗出面积较大的急性皮炎。此法有 2 种方式：开放式：把病损处用生理盐水等清洁，将浸于室温溶液的湿敷垫准备好并放置患处使之紧密接触约 15 分钟至 20 分钟，然后重新浸入溶液，稍拧干再贴敷，此操作反复持续 1 小时至 2 小时为一次。每日次数依病情而定，一般需 4 次至 5 次；封闭式：如上法将湿敷垫敷于患处，外盖稍大于湿敷垫的油纸及棉垫，并用绷带包扎。每 2 小时更换一次。每日次数根据病情而定。

热湿敷是将棉垫放在盆内加超量溶液煮开，用镊子将棉垫拧干以不滴水、不超过 50℃ 为宜，置于病损部位，在湿敷垫上加盖一层干棉垫以保持温度。一般 10 分钟至 20 分钟更换一次。

穴位埋线法有什么作用，应注意哪些事项

穴位埋线法是取医用羊肠线埋植在有关经络穴位中。羊肠线是一种蛋白质，质硬，吸收慢。穴位埋线法能起到刺激穴位，调节脏腑功能，提高机体抵抗力，消炎，止痛，解痉，脱敏，镇静的作用，从而达到治疗疾病的目的。临床上常用于治疗急慢性荨麻疹，泛发性神经性皮炎、慢性湿疹、斑秃、银屑病、红斑狼疮、脂溢性皮炎、多发性疖肿、痤疮等。

取穴及方法：赤医穴，位于第 5 至 6 胸椎之间。取 0 号羊肠线 3~4 厘米装入 12 号腰穿针，在消毒好的穴位上或下方呈 30 度角刺入皮下，将肠线推入穴位后用无菌纱布包扎即可。

注意事项：进针要轻，避免折针，操作中应消毒严密，术后要注意卫生，不要打湿，防止感染。埋线深度以皮下组织与肌肉之间为宜，羊肠线头不可暴露在皮肤外面。埋线次数：轻症者 1 次即可，重症者一般 3 次为 1 疗程，每隔 10 天治疗 1 次。严重心脏病患者，妊娠期一般不宜埋线。

皮下注氧法有何作用，应注意哪些事项

皮下注氧法是指将一定量的氧气注射到皮下，可增强网状细胞活跃能力和机体抵抗力，有止痒、消炎、镇静，促进睡眠的作用。临床上常用于治疗玫瑰糠疹，老年性皮肤痒痒症，泛发性神经性皮炎等。

常用部位及方法：肩胛下角约 10 厘米处或大腿内侧皮下。按常规消毒皮肤。7 号针头接在有玻璃接头的橡皮管一端，同时用夹子夹紧通往氧气袋的橡皮管，50 毫升空针接三通另一端，右手持针呈 30 度至 45 度角进针，抽吸无回血、呈负压状时，松开夹子，抽取氧气，缓缓注入皮下。拔针后在局部

压迫片刻。每次注氧 100~200 毫升，每 3 日 1 次。

注意事项：注意无菌操作，防止感染。注射部位不能距颈部太近，以免引起颈部皮下气肿而产生压迫症状。注射前一定要空针抽吸，见无血方可注氧，以免引起气栓，造成死亡。注氧时要慢，以免太快发生皮下组织急剧扩张致患者感疼痛等不适。

冷冻疗法常用来治疗哪些皮肤病

冷冻治疗是利用低温作用于病变组织，使之发生坏死，以达到治疗目的的治疗方法。

冷冻治疗常用来治疗良性皮肤病，包括寻常疣、跖疣，尖锐湿疣、扁平疣、脸黄疣、疣状痣、单纯性血管瘤、杨梅状血管瘤、色素痣、小面积瘢痕疙瘩、肥厚性痤疮瘢痕、环状肉芽肿、囊肿性腺样上皮瘤、皮脂腺瘤、结节性痒疹、疥疮结节、神经性皮炎、汗管角化、鸡眼等。

冷冻治疗皮肤癌前期病变，如粘膜白斑、老年性角化病、皮角等。

冷冻治疗皮肤恶性肿瘤，如基底细胞癌、鳞状细胞癌、原位癌。

冷冻治疗雀斑也有良好的治疗效果。

常见的自血疗法有几种，可以治疗哪些皮肤病

常见的自血疗法有三种：自血局部封闭疗法，自血肌肉注射疗法和自血穴位注射疗法。

自血疗法是一种非特异性刺激疗法，可产生一种非特异性脱过敏作用，促进白细胞吞噬作用，从而增强机体免疫力。用于治疗白癜风，慢性荨麻疹，全身皮肤瘙痒症，泛发性湿疹和皮炎，过敏性紫癜，某些大疱性疾病，银屑病，复发性疖肿和毛囊炎，青年痤疮等。

治疗慢性荨麻疹和青年痤疮效果最好。

黑光疗法可用来治疗哪些疾病

通常人们将位于可见光谱中紫光之外的、波长为 320 毫微米至 400 毫微米的长波紫外线称黑光，临床上使用的人工光源是高压水银石英灯，因其波长可达真皮上、中部，我们利用这种穿透力来治疗某些皮肤病，此种方法就称作黑光疗法。

它的作用主要有 红斑形成。可促进血液循环和上皮新生，有消炎抑菌，止痒镇痛作用。 杀菌作用。使细菌体内蛋白分子受到光化作用破坏而死亡，同时能提高局部皮肤组织的防御功能。 色素沉着。激活酪氨酸酶，刺激色素增加。 抗佝偻病作用及促毛发生长、脱屑、免疫和保健等。

黑光疗法在皮肤科有较广泛的适应证，如银屑病、玫瑰糠疹、白癜风、皮肤瘙痒症、毛囊炎、疖、痈、丹毒、痤疮、慢性溃疡、带状疱疹、斑秃和早秃、冻疮等。

治疗时要在特定的黑光室或空气流通的房间，在医务人员指导下进行。每个机体对紫外线的敏感性有较大差异，以求其最小的照射量获得最满意的疗效为宜。当然，并非凡有适应证的患者都可以照射，如有活动性肺结核、甲状腺机能亢进或心、肝、肾功能不全者，12 岁以下儿童、孕妇及年老体弱者，急性皮炎、急性进行期银屑病、内服光敏药物者，患有光敏性皮肤病者都在禁忌之列，不宜盲目使用。

病毒性皮肤病

病毒性皮肤炎可分为哪些类型

病毒感染所引起的皮肤病，可由病毒直接侵犯皮肤引起损害，也可由病毒的抗原作用而引起皮肤变态反应性皮疹。根据其临床特点可分为三型：

(1) 新生物型：多由乳头瘤病毒引起，皮疹呈疣状增生。常见的有寻常疣、扁平疣、跖疣、尖锐湿疣、传染性软疣等。

(2) 疱疹型：多由疱疹病毒与痘病毒引起，基本病变为水疱。常见的有单纯疱疹、带状疱疹、水痘等。

(3) 红斑发疹型：多由核糖核酸病毒引起，皮疹以红斑及斑丘疹为主。常见的有传染性红斑、麻疹、风疹、幼儿急疹等。

病毒侵入体内可引起局限性、播散性及隐胜感染 3 种基本类型，其发生取决于病毒与人体的许多因素。

“猴子”是什么原因引起的，如何治疗

“猴子”是由人类乳头瘤病毒感染所致，是寻常疣的俗称。

对于少数孤立者，可用 0.1% 争光霉素生理盐水注射于疣基底部，至疣表面发白，每次 0.2~0.5 毫升，每周一次，通常 2~3 次疣即脱落。也可试用氟尿嘧啶软膏外涂，还可用液氮冷冻、电烧灼、激光或手术切除。

对于多发性者，可用中药治疣汤：桃仁、红花、熟地、归尾、赤芍、白芍各 9 克，川芎、白术、山甲、甘草、首乌各 6 克，板蓝根、夏枯草各 15 克，每日 1 付，6 付为一疗程，水煎服。

跖疣和鸡眼如何区别

跖疣就是长在足底上的寻常疣，由病毒感染所致，外伤和摩擦可为其发病的诱因。初起为一针头大的发亮的丘疹，后逐渐增大，成为圆形或类圆形灰黄或褐色的斑块。皮纹中断，中央有角质软蕊，表面常有散在小黑点，此系微血管破裂血液外渗凝固所致，好发于足跟及跖部，一般多单侧发生，数目多少不定，有明显触痛。

鸡眼是由于局部长期受压与摩擦，使皮肤角质增厚所致。损害为针尖至蚕豆大小黄色圆锥状角质增生，表面平滑，连续的皮纹通过其表面。好发于足缘足跖压迫部，通常 1~2 个，压痛很明显。

“水猴”是怎样传染的，有何特点

传染性软疣俗称“水猴”，是由传染性软疣病毒感染所致，主要通过直接接触而传染，也可自体接种。

本病多见于儿童及青年人。初起为米粒大的半球形丘疹，

以后逐渐增大可至黄豆大，中心稍凹称脐窝，表面有蜡样光泽。挑破顶端后，可挤出白色乳酪样的软疣小体。损害可有痒感，如搔抓后可自体传染扩散。可发生于全身任何部位。一般 6~9 个月可自行消退，但亦有持续数年不退的。

治疗上将损害中的软疣小体全部挤出，或用小镊子将疣体夹除，然后涂以 2% 碘酒即可。

扁平疣有何特点，有什么治疗方法

扁平疣多发于青少年，常表现为骤然出现米粒大至黄豆大扁平隆起的丘疹，表面光滑，呈浅褐色或正常肤色，圆形、椭圆形或多角形，数目可多可少，偶有痒感。好发于颜面、手背及前臂等处。偶可自行消退。

治疗可内服中药，金银花、黄芩、生地、紫草各9克，水牛角、代赭石、珍珠母、生牡蛎各30克，大青叶15克，蝉衣4.5克，水煎服。也可内服氧化镁0.5克/次，1日3次，或乌洛托品0.6克/次，每日3次口服。肌肉注射聚肌胞或板蓝根针剂。局部可涂5-氟尿嘧啶软膏（面部慎用），或肽丁胺搽剂等。

单纯疱疹临床特点有哪些，如何治疗

单纯疱疹是由人类单纯疱疹病毒感染所致。感染后的病毒潜伏于体内，当存在某些诱因如发热、受凉、消化不良或外伤时，可使处于潜伏状态的病毒激活而发病。

单纯疱疹好发于口角、唇缘及鼻孔附近，也可发于颜面部及生殖器。起初局部皮肤可感到灼热、瘙痒，继而皮肤潮红，出现成群的针尖大至绿豆大小水疱，破裂后糜烂、渗液，逐渐干燥结痂、痂脱而愈。全程约1周，愈后可留有暂时性色素沉着。疱疹在同一部位可多次复发。

治疗上可口眼病毒灵片，肌注干扰素，外涂2%龙胆紫液、肽丁安搽剂或合霉素乳剂。

什么是“蜘蛛疮”，如何治疗

带状疱疹俗称“蜘蛛疮”，是由水痘-带状疱疹病毒感染所致。初次感染此病毒后，可表现为水痘或呈隐性感染，病毒潜伏于神经细胞中，当机体免疫力低下时，病毒可被激活而发病。

本病好发于春秋季节，成人多见。多有轻度发热、全身不适及患部皮肤灼热感或神经痛等前驱症状。本病起病较快，在炎性红斑基础上出现簇集性粟粒大至绿豆大水疱，并伴有疼痛，呈针刺样或烧灼样痛。皮疹常发生在身体一侧，沿周围神经呈带状分布，皮疹邻近浅表淋巴结可肿大，有压痛。随后水疱渐干涸结痂，痂脱后可留有暂时性淡红色斑或色素沉着。全程约2~4周，愈后极少复发，神经痛可持续1~2个月或更长。

治疗以止痛、缩短病程和防止感染为原则。

(1) 镇痛剂：可给予消炎痛、阿司匹林等。

(2) 皮质激素：常用于起病早期。在无明显禁忌症时，可给予强的松口服或肌注地塞米松针。

(3) 抗病毒药物：可肌注聚肌胞或病毒唑，内服病毒灵、甲氧咪呱等。

(4) 维生素类：维生素B1、B12等。

(5) 外用药物：2%龙胆紫溶液或炉甘石洗剂外涂，如果疱破溃可用新霉素软膏或百多邦软膏外涂。眼部受累时，可用0.1%疱疹净滴眼。

(6) 其他治疗：可做局部封闭、神经根阻滞及周林频谱仪照射患处。

手足口病的特点有哪些，如何治疗

本病是由柯萨奇病毒所致，通过飞沫由呼吸道直接传染。

常见于5岁以下儿童，多夏秋季流行。潜伏期为4~7日。发疹前可有低

热、头痛、食欲减退等前驱症状。主要表现手（足）指（趾）背或侧缘发生米粒至豌豆大小的水疱，圆形或椭圆形，疱壁薄，内容澄清，呈珠白色。与皮疹同时或稍前在口腔出现疼痛性小水疱，迅速破溃呈灰白色糜烂或浅溃疡，绕以红晕。病程约1周，很少复发。

治疗上可内服病毒灵、抗病毒口服液或板蓝根冲剂。

水痘的特点有哪些，如何治疗

水痘是由水痘-带状疱疹病毒感染所致，多接触感染，可造成流行。好发于6个月至6岁小儿，冬春季多见。可有发热、全身倦怠等前驱症状。本病起病较急，初为红色针头大斑疹，数小时后即变为绿豆大小的水疱，周围绕以红晕。疱液透明，疱壁薄易破，可伴瘙痒。疱疹始于躯干、渐至头面及四肢，以躯干为多，呈向心性分布。经2~3天后，疱疹干燥结痂，痂脱而愈，不瘤疤痕。皮疹分批出现，病程约2周。

对患者应隔离至全部皮疹干燥结痂为止。治疗上可口服病毒灵、扑尔敏，肌注病毒唑针，外用炉甘石洗剂，如疱壁破溃应涂以合霉素乳剂或百多邦软膏防治感染。

麻疹、风疹、幼儿急疹如何鉴别

麻疹好发于5岁以下儿童。前驱期通常3天，热度逐渐上升，最高体温可达40℃以上，其他症状明显。发热3天后体温渐下降至正常，全身皮肤可出现玫瑰色斑疹或丘疹。发疹顺序为耳后、面颈、胸背腹、四肢，疹间可见正常皮肤。发病1~2天后，口腔内可见Koplik斑。出疹5~7天后，皮疹按出疹顺序逐渐消退，消退后留有棕褐色色素沉着斑，并覆有糠状细屑。全病程10~14天。

风疹好发于幼儿。发疹前可有轻度发热。发疹顺序为面部、躯干、四肢，出现淡红色斑疹或丘疹，分布较稀疏，软腭有斑疹或瘀点。出疹1~2天后皮疹消退，不留痕迹，可有轻度脱屑。全病程2~3天。

幼儿急疹好发于9个月至2岁婴幼儿。一般持续高热3~5天后骤然下降时出疹。发疹情况从颈部、躯干、上肢及下肢、面部出现玫瑰红色的斑丘疹。出疹1~2天后即消退，不留痕迹。全病程5~7天。

细菌性皮肤病

细菌性皮肤病有哪些

细菌性皮肤病可分为球菌性及杆菌性两大类。细菌性皮肤病常见的有脓疱疮、毛囊炎、疖、丹毒、甲沟炎等；杆菌性皮肤病主要的有类丹毒、麻风、皮肤结核病、皮肤炭疽等。

“黄水疮”是什么疾病

“黄水疮”又称脓疱疮，是由金黄色葡萄球菌或溶血性链球菌，或由两者混合感染引起。温度较高，出汗较多，细菌在皮肤上容易繁殖。小儿常先患有痱子、湿疹、虫咬皮炎等瘙痒性皮肤病，继发上述细菌感染而引起。“黄水疮”基本损害为脓疮，黄豆大或更大，有红晕，疱壁薄。破后形成糜烂面，干燥后结黄色脓痂。好发于面部，四肢及婴幼儿臀部等暴露部位。局部可有不同程度痒感，愈后一般不留疤痕。重症患者常合并淋巴管炎，邻近浅淋巴结肿大，发热，败血症，并可引起急性肾炎。预防要注意全身皮肤卫生，勤洗澡，勤修指甲。全身给予抗生素，如青霉素或磺胺类药。局部用抗生素软膏，如新霉素软膏。

毛囊炎、疖、痈怎样区别

毛囊炎是整个毛囊发生化脓性炎症。病原菌主要是葡萄球菌，不清洁、搔抓及机体抵抗力低下为本病诱因。

疖是一种急性化脓性毛囊和毛囊周围的感染。皮肤擦伤、糜烂等均有利于细菌侵入及繁殖。此外，贫血，慢性肾炎、营养不良，糖尿病，皆易并发疖。

痈是由金黄色葡萄球菌使多个相邻近的毛囊发生深部感染，引起聚集性疖肿。常发生于机体抵抗力低下者，如心衰，剥脱性皮炎。

丹毒的好发部位及临床特点是什么

丹毒是由溶血性链球菌引起的急性皮肤炎症。一般因鼻、咽、耳等处有感染病灶，细菌通过鼻、咽粘膜或耳部周围皮肤而引起颜面丹毒。足癣继发感染，或下肢外伤后感染，易诱发下肢丹毒。所以说丹毒好发于面部和小腿。

临床特点是发病前患者有全身不适，寒战、发热、恶心、呕吐等，继而局部出现境界明显的水肿性鲜红斑片，表面紧张发亮。有时皮损表面可出现大小水疱，疱壁较厚，内容混浊，自觉灼热疼痛，可伴发淋巴管炎及淋巴结炎。预防丹毒发生，要去除可能的诱因，如足癣、下肢外伤、鼻粘膜损伤等，需及时处理。治疗应注意急性发作时卧床休息，多饮水，抗生素可选用青霉素，皮损处可用炉甘石洗剂。

皮肤结核的分型及传染途径有哪些

皮肤结核分二型。一是局限型，病损处可检出结核杆菌，病理变化呈典型的结核图象，属于此类者有结核性初疮，寻常性狼疮，瘰疬性皮肤结核，溃疡性皮肤结核。二是血源型，主要通过血行播散，病损内不易查见结核杆菌，病理改变除呈结核图象外，常伴有血管变化，对结核菌素试验非常敏感。属于此型者有丘疹坏死性结核疹，颜面播散性粟粒狼疮，硬结性红斑，瘰疬

性苔藓等。

皮肤结核的传染途径有两种。一是外感染，结核杆菌可通过皮肤或粘膜轻微损伤而感染，如接触含有结核杆菌的痰、粪便或被结核杆菌污染的用具即可被感染。二是内感染，患者体内器官或组织有结核病灶，结核杆菌通过血行，淋巴系统或由邻近结核病灶直接传播到皮肤，或由呼吸道或肠道将结核杆菌排至口腔及肛门附近皮肤或粘膜而发病。

寻常狼疮和红斑狼疮是一回事吗

寻常狼疮和红斑狼疮不是一回事。

寻常狼疮是皮肤结核病的一种，多侵犯儿童及青少年。初起为少数鲜红或褐红色，粟粒或稍大的小结节，逐渐增大增多，相互融合成片，浸润明显，境界明显，表面被有薄屑。红斑狼疮是一种炎性结缔组织病。又分为盘状红斑狼疮和系统性红斑狼疮。盘状红斑狼疮常侵犯露出部的皮肤，如好发于颧部，鼻尖，鼻梁、侧头部，口唇，手背，指背等处，皮疹多为圆形或不规则形、境界清楚的斑块，边缘有色素沉着。系统性红斑狼疮除皮肤外侵犯全身多器官，可表现有关节炎，发热，全身乏力，体重减轻，面部红斑及脱发。

硬红斑和结节性红斑有何区别

硬红斑被认为是结核疹的一种。而结节性红斑为急性炎性结节性皮肤病。

硬红斑多见于青年女性，皮疹好发于小腿后方，呈对称性，皮疹为暗红色或紫红色硬实结节，逐渐增大，可溃破形成溃疡，一般经3~4月而逐渐自愈，愈后遗留萎缩性瘢痕，但容易复发。

结节性红斑好发于青年或中年女性。一般在发疹前可有上呼吸道感染，发热、乏力，关节和肌肉疼痛等症状。结节好发于小腿伸侧，稍高出皮面，表面光滑，境界不清，中等硬度，有自觉痛及压痛，结节不破溃。

麻风病的分型及传染途径怎样

麻风病分为五级分类法，即结核样型麻风、界线类偏结核样型麻风、中间界线类麻风、瘤型麻风、界线类偏瘤型麻风。

麻风病是通过直接接触而传染的。麻风杆菌通过破伤处侵入机体。麻风杆菌进入机体后是否发病，主要取决于接触者对麻风杆菌的抵抗力。抵抗力强的人，麻风杆菌即被消灭。抵抗力低的人，麻风杆菌侵入机体后大量繁殖，临床上表现为瘤型麻风。

真菌病

真菌病有何特点

真菌是一种真核类的原生物，大约有十几万种，和人类有关的有几百种。由真菌引起的疾病称真菌病。真菌病分两大类。侵犯皮肤、毛发和甲的是浅部真菌病，也叫皮肤霉菌病。侵犯皮下组织和内脏的称为深部真菌病，也叫深部霉菌病。浅部真菌病常见的有头癣、手癣、足癣、体癣、股癣、甲癣、花斑癣等。深部真菌病常见的有念珠菌病、孢子丝菌病和着色霉菌病等。真菌喜欢温暖潮湿的环境，最适合它生长的温度是 25~35℃，高温可使其死亡。本病在夏季发病率最高。真菌病的发生，取决于人体的抵抗力和菌种的类别。近年来，由于皮质类固醇激素、免疫抑制剂及广谱抗生素的广泛应用，使一些条件致病菌致病，引起各种真菌病。皮肤真菌病在我国分布广泛，传染性较强。其传播途径有直接和间接两种。直接传染可因互用生活用具、理发等而发生感染。

患了真菌病虽不可怕，但它直接影响到患者的身心健康，还可传染别人，给人们带来不小的痛苦。所以，我们要早发现，早诊断，早治疗，而且要正确地治疗。临床上我们经常看到一些病人自行外用激素一类的药物来治疗真菌病，不但没治好，反而越治越重，使原来很轻的真菌病变得越来越重，严重者可合并其它感染。所以，在这里要提醒人们，治疗真菌病千万不要单纯用激素类药物，而要用抗真菌类药。

怎样区别头黄癣、白癣、黑癣

黄癣：多在儿童发病，先是毛根部发红，继而发生小脓疱，干后变成黄痂。病发干燥无光泽，但不一定折断，剧痒，常有萎缩性疤。直检可见发内孢子、菌丝。滤过紫外线灯检查可见暗绿色荧光。病期长者可留下永久性疤痕。

白癣：多为儿童期发病，接触传染，病发上有白套，病发出头皮一段即断，愈后不留疤。直检见发外有成堆孢子，较小。滤过紫外线灯检查可见亮绿色荧光。青春期可自愈。

黑癣：儿童及成人都可发病。病发出头皮即断，外观看似黑点状，轻痒。直检见发内链状较大孢子。滤过紫外线灯检查没有荧光。愈后很少有疤。

患了头癣怎么办

头癣是一种接触传染性疾病，要消灭头癣，首先要抓好预防工作，早发现，早隔离及认真治疗是消灭传染源的重要措施。对患者污染的衣帽、枕、被等应采取晒、烫、煮、薰等措施，污染的理发工具应采取刷、洗、泡等措施。带菌的毛发，鳞屑及痂皮等应焚烧。对患病的动物也应进行治疗，以防传播。在治疗方面仅局部用抗真菌药还不能杀死毛囊及发内的真菌，不利彻底治愈头癣，故在头癣范围小时，最好逐步拔去全部病发并外用抗真菌药。常用的有 5%~10% 硫磺软膏，复方苯甲酸软膏，2% 碘配或体癣药水，治疗期间要勤洗头，每天洗一次，每周理发一次。同时服用灰黄霉素片，每公斤体重每天 10~15 毫克，分次口服，连用 4~6 周，或口服酮康唑，体重在 20 公斤以下者每天 50 毫克，体重 20~40 公斤者每天 100 毫克，体重在 40 公斤以上者每天 200 毫克。

怎样治疗“鹅掌风”

“鹅掌风”就是手癣，是由真菌感染引起的。手癣可分以下几种类型，丘疹鳞屑型：常有小水疱发生，且有环状鳞屑。水疱型：瘙痒较显著。角化过度型：掌指部明显角化，皮肤增厚，常有皲裂。浸渍糜烂型：此型多见于手指缝。

在治疗方面，如为鳞屑或水疱型患者，可选用复方水杨酸酞、体癣药水，复方土槿皮酞、达克宁霜或环吡酮胺霜等。角化过度型可选用复方水杨酸软膏、怀氏软膏或手癣软膏。有渗液的可用3%硼酸液湿敷。如果手癣范围广且严重，可考虑全身应用抗真菌药物，如灰黄霉素片0.2克，每天3次，或酮康唑200毫克，每日1次，连服3周。

灰指甲如何治疗

“灰指甲”即甲癣，由真菌感染引起。甲癣十分顽固，由于甲板比较致密，药物不易渗入，所以治疗甲癣需要耐心，应坚持治疗。指甲生长速度缓慢，每天仅能生长0.1毫米。单个指甲可行拔甲，然后口服灰黄霉素，每天0.6~1.0克，连服4~5周，或用酮康唑每天200毫克，口服3~4周，同时，局部外涂2%碘酞。多个指甲可选用溶甲疗法，局部用帕特药合或20%~40%尿素软膏贴敷病甲，5~7天换1次，使病甲变软后去除病甲，局部再用复方水杨酸软膏或口服斯皮仁诺片治疗，斯皮仁诺每日一次，每次2片，连服7天，停药3周，重复使用此法2次。共3个月。多数病人服用此药后病甲逐渐脱落，生长出新甲。

股癣有什么表现及怎样治疗

股癣是体癣的一种，也是由真菌感染引起的一种浅部真菌病。病变主要发生在股内侧及腹股沟皱褶部，也可向上或向后蔓延至会阴、肛周及臀部。表现为片状红斑，表面有鳞屑，自觉瘙痒，如不正确及时治疗，损害可向周围蔓延扩大，边缘清楚，其上有丘疹，水疱及结痂，中央可自愈。冬轻夏重，病程缓慢，病久局部可呈苔藓样改变。真菌镜检阳性。

股癣在治疗方面，主要以局部治疗为主。因股部皮肤多较嫩，可选用霜剂或刺激性小的药水外用，如咪康唑霜、达克宁霜、霉克霜，或环吡酮胺软膏、体癣药水等。对皮肤广泛者可以口服一些抗真菌药物，如灰黄霉素片，每次0.2，每日3次，连服3~4周。或酮康唑200毫克，每日1次。另外，患者的衣裤及毛巾应煮沸消毒或日晒。

“脚气”有哪些表现及怎样治疗

“脚气”也就是足癣，属浅部真菌病，足癣分为六型。水疱型：多发于夏季，早期发生小水疱，有时可变成大疱，剧烈瘙痒，如继发细菌感染可变成脓疱。鳞屑型：多数由水疱发展而来。增厚型：开始多为鳞屑型，日久皮肤角化过度，可增厚，冬天易发生皲裂。浸渍型：此型多见于足汗多的人，在足部皮肤出现发白，如长时间浸泡水以后一样变白。糜烂型：由浸渍型发展而来，易继发细菌感染，局部有脓性分泌物。体癣型：损害可从足底向足背蔓延成片状。

在治疗方面主要以外用药为主，各型用药剂型不太一样，以水疱为主的，

一般用复方苯甲酸搽剂或复方雷琐辛搽剂、体癣药水等。以鳞屑为主的可用克霉唑霜、达克宁霜、环吡酮胺霜，也可用足光粉浸泡。增厚型可用复方苯甲酸软膏、白癣软膏、怀氏软膏等。糜烂型可用3%硼酸液或0.1%雷凡诺尔液湿敷，如有继发感染可用汗红膏或合霉素乳剂换药，全身应用抗生素治疗。

怎样治疗汗斑

“汗斑”也叫花斑癣。是一种浅部真菌病，它是由一种圆形糠秕孢子菌引起的，此种真菌系条件致病菌，当皮肤多汗，卫生条件差，或长期使用皮质类固醇激素及患有慢性消耗性疾病时，此菌可转变为致病菌而引起发病。夏秋炎热季节多发，皮损多位于汗腺丰富部位，有时糠秕孢子菌还可以引起毛囊炎性损害。花斑癣损害一般为黄豆大的圆形或类圆形斑疹，表面覆盖淡棕褐色细薄糠状鳞屑，陈旧损害为色素减退斑。皮疹好发于躯干、腋下、面颈等汗腺丰富部位，自觉症状轻微。皮损直接镜检可见花斑癣的菌丝及芽孢。

在治疗方面可选用抗真菌霜剂，如咪康唑霜、克霉唑霜等，也可选用体癣药水。严重者可口服酮康唑片，每次200毫克，每日2次，每周服一天，连服2~3周。也可口服伊曲康唑，每日200毫克，连服7天。另外，患者的衣物应清洁消毒，防止再感染。

常见的皮肤深部真菌病有哪些，应如何治疗

常见的皮肤深部真菌病有孢子丝菌病和着色霉菌病。

孢子丝菌病是由申克氏孢子丝菌引起的皮肤、皮下组织及其邻近淋巴系统的慢性感染。皮肤多有外伤史，好发于四肢和头面部等暴露部位。在局部产生皮下结节或暗红色浸润性斑块，挤压可有少许分泌物，渐扩大与皮肤发生粘连，并沿淋巴管蔓延。出现成串排列的皮下结节称为淋巴管型，如不及时治疗可破溃。如结节单纯固定在原发部位，为固定型孢子丝菌病，如经血行播散至全身各器官，称为播散型。自觉症状轻微，脓液培养有孢子丝菌生长。在治疗方面，可以口服10%碘化钾液，每次10毫升，每日3次。也可口服伊曲康唑，每日100毫克，连服3个月以上。或口服酮康唑，每日200毫克，连服3个月。局部治疗可采用物理疗法，热疗或冷冻，必要时可考虑手术切除治疗。

着色霉菌病是由几种暗色真菌侵犯皮肤和皮下组织引起的慢性肉芽肿性疾病。此菌常在朽木和土壤中腐生，通过外伤进入人体，病情顽固可达数十年，造成肢体残废。早期损害为丘疹或结节，渐融合成斑块，表面呈疣状或菜花样，表面可见黑色小点及小脓疮，皮损新旧交替存在，陈旧瘢痕可使淋巴回流障碍，形成橡皮肿，影响肢体功能。自觉症状轻微。真菌直检，在分泌物和痂皮内可查到棕色厚壁孢子，真菌培养有暗色真菌生长。在治疗方面可口服伊曲康唑每日200毫克，连服3个月以上，减量后维持6个月至1年。也可口服酮康唑每日200毫克，连服3个月以上。局部可用温热疗法或外用10%~30%冰醋酸等。

昆虫性皮肤病

昆虫的致病方式有哪些

侵袭人类皮肤的动物寄生虫大多为昆虫，它的致病方式有 机械性损伤。 毒素反应。 变态反应。 接触反应。 异物反应。 继发感染。 寄生反应。 传播病菌。临床表现可因昆虫种类和个体反应差别而不同。常表现为水肿性红斑、丘疹、风团、水泡、瘀血，严重者引起全身反应，甚至发生过敏性休克而死亡。

阴虱是怎么传染的？如何治疗

阴虱寄生于阴部和肛门周围的体毛上，偶尔可在脸毛、眉毛、胡须部发现。阴虱体形较小而扁平，常贴附于皮肤或毛干，虱卵附着于毛干上。主要由性接触而直接传染，使用患者内裤或床垫均可间接传染，夫妻常同患此病。

治疗阴虱剃除阴毛最为彻底，内衬裤要烫洗后再用。局部用 1% 升汞酒精外搽。有继发感染者，可酌情应用抗生素制剂。

隐翅虫皮炎有什么表现？怎样治疗

隐翅虫皮炎是接触隐翅虫毒液而引起的一种毒性皮炎，主要发生于暴露部位如面、颈、胸背、上下肢等，表现为水肿性红斑，其上方有密集排列的小丘疹，水疱或脓疱，呈条状、点状及片状，以条状为最多，宛如皮肤被竹签刮伤后继发感染所致的形态。皮损的数目、长短、方向各不一致。患处自觉的痛、微痒或不适感，严重者可出现发热等全身症状。一般在 1~2 周内痊愈，愈后遗留暂时性色素沉着斑。

发生隐翅虫皮炎后，局部可选用 1 : 5000 高锰酸钾溶液、0.1% 利凡诺溶液、5% 碳酸氢钠溶液做冷湿敷，然后外搽炉甘石洗剂或氧化锌油。中药可用南通蛇药片 6~8 片加醋调成糊状局部外用。另外可口服抗过敏药以减轻反应。皮损广泛者可小剂量皮质激素治疗。有全身症状者给予对症处理。

蜂螫伤后怎么办

蜂螫伤是由蜂尾的毒刺或毒液进入人体皮肤所引起的局部和全身症状。

被蜂螫伤后，先检查螫伤处有无折断的毒刺遗留，如有可用镊子拔出或用尖刀挑出，然后用拔火罐的方法吸出毒液，外用 10% 氨水或 5% ~ 10% 小苏打液，疼痛明显者可用 1% 普鲁卡因或 1% 吐根硷水溶液在螫伤处近端或周围作皮下注射，可很快止痛消肿。轻者外用虫咬药水，风油精等。如果有明显的全身过敏反应时，可给予抗组织胺药如扑尔敏、赛庚啶等药，还可给予皮质激素 20~30 毫克/日，逐日递减 5 毫克至停药。如出现休克及中毒症状严重时，应积极抢救，给予肾上腺素皮下注射及静脉注射氢化考的松。

疥疮有什么表现

疥疮是由疥螨所致的传染性皮肤病，疥螨喜欢侵犯皮肤柔嫩的部位，所以皮肤损害常发生在手指间、腕部屈侧、腋前缘、乳晕、脐周、阴部及大腿内侧，成人不侵犯头面部，婴儿及儿童的面颊、头皮、手掌、足底可侵犯。疥螨的致病作用有两种，一是在皮肤角质层掘凿隧道所引起的皮肤机械性损害，隧道是本病的主要特征，长约 3~10 毫米，宽约 0.5~1 毫米，呈灰白色、

浅黑色或正常肤色，可为线条状、弧状或不规则状。隧道入口处常为一个小黑点，末端为一个小水疱，挑破可找到疥螨、卵和粪便。二是疥螨分泌物的毒素刺激皮肤引起剧烈瘙痒，夜间尤甚，为疥疮的主要自觉症状，常因搔抓引起表皮剥脱、血痂或触发感染。

疥疮是如何传染的？如何治疗

疥疮是疥螨寄生于人体表皮内所致的慢性传染性皮肤病，易在家庭和集体中传播。疥螨是引起疥疮的主要病源，疥螨是用肉眼刚刚可看到的小虫。疥疮由密切接触而传播，如同疥疮患者同卧一床、同盖一被褥、甚至握手皆可被传染。使用疥疮患者用过的被褥或穿过的内衣可间接传染。

硫黄制剂是治疗疥疮最早而有效的药物，常选用 10% ~ 20% 硫黄软膏从头以下全身搽药一遍，每日早晚各一次，连用 3 天，第四天洗澡换衣，换下的衣服、被单等物品用开水煮沸，不能煮沸的用日光曝晒，以彻底消灭疥螨和虫卵。或用丙体氯苯霜外用，用法同上。为彻底消灭疥螨可连用两个疗程。

物理性皮肤病

物理性皮肤病有哪些

某些物理因子如温度、光线、放射线或机械性刺激等可引起皮肤病。常见的有痱子，日光性皮炎，夏季皮炎，冻疮，鸡眼，胼胝等。

夏秋季为什么会长痱子

痱子是由于夏秋季炎热，周围气温高，湿度大，使人体出汗过多，汗管口阻塞，汗液储留于汗腺管内而排泄不畅，汗液的反流压力使汗管或汗腺管穿破，汗液外漏而引起。痱子好发于前额，颈部、肘窝、前胸、后背，腹股沟部等处，一般分两种类型：红痱和白痱。红痱发病初起皮肤发红，继而出现密集的针尖大小丘疹或丘疱疹，周围绕以轻度红晕。自感瘙痒，灼热。白痱常见高热、骤然出汗退热或大量出汗的患者。表现为密集的针头大小水疱。疱液清澈透明，周围没有红晕。在夏秋季和高温环境中，室内应有通风降温措施。穿着轻松宽大衣服，保持皮肤清洁干燥。如果已长痱子，可用温水洗澡后擦干，扑痱子粉或用炉甘石洗剂。

如何防治冻疮

冻疮是由于寒冷刺激，引起局部血管痉挛，组织缺血，或周围血液循环不良而引起。

冻疮一般好发于手指、手背、足趾、足背、足跟、耳廓、面颊等处。初起损害多为局限性红斑或青紫色肿块，触之冰凉，有痒感。重者肿胀加剧，表面可发生水疱，疱破后形成糜烂或溃疡，有疼痛感。

寒冷季节注意保暖，坚持体育锻炼，促进血液循环，提高机体对寒冷的适应性。对未破溃的冻疮可用促进血液循环的药物如 10% 樟脑醑或辣椒酊局部揉擦。已成溃疡时应用 5% 硼酸软膏或红霉素软膏。

什么是光毒反应和光敏反应

光毒反应是由于皮肤接触或系统地吸收某种光感物质后，经一定光谱引起日晒伤样反应。

光敏反应是接触或系统地吸收光感性物质后，经日光中紫外线照射，光感物质发生某些化学变化成为半抗原，后者与组织中蛋白质结合形成全抗原，刺激机体产生抗体或细胞免疫反应。

怎样预防日光性皮炎

日光性皮炎是由日光中波长 290 毫微米至 320 毫微米的紫外线所引起。还与日光照射的强弱，照射时间的长短，照射范围的大小和个体素质的强弱有关。

日光性皮炎的皮疹发生于受日光照射部位皮肤。轻者有轻度红斑，中等度者为水肿性红斑，边界清楚，局部疼痛不适，严重者可发生水疱和大疱。更严重的大面积晒斑，可发生头痛、头晕、恶心、发热，低血压等全身症状。应当避免过度烈日曝晒，外出时应注意遮阳或涂防光剂，如 5% 对氨基苯甲酸酊。外用激素类药膏，如肤轻松软膏，皮炎平霜等。

变态反应性皮肤病

变态反应性皮肤病分哪些类型

由变态反应引起的皮肤病，是皮肤病中有代表性的最为复杂的常见病和多发病。变态反应又称过敏反应，是由血清免疫球蛋白（如 IgE、IgG、IgM）或淋巴细胞所中介的一种免疫反应，根据其发生机理不同分为四型：

第 一 型：又称立刻过敏反应型或速敏型。属此型的常见皮肤病有荨麻疹、血管性水肿、过敏性休克、异位性皮炎等。

第 二 型：又称细胞溶解型或细胞毒型。属此型的皮肤病有药物过敏引起的贫血，血小板减少性紫癜，自身免疫病中的天疱疮、类天疱疮等。

第 三 型：又称免疫复合物反应型。属此型的皮肤病有某些药物引起的血清病样综合征、血清病、荨麻疹、血管炎及狼疮肾等。

第 四 型：又称迟发型变态反应。属此型的皮肤病有接触性皮炎及湿疹类皮肤病等。

变态反应性皮肤病是多发病，有时危害很大，因此防治有重要意义，尤其是预防。而预防的关键，在于寻找病因。争取患者的积极配合，千方百计将可疑的病因除去，则可以获得良好的治疗效果。

染发为何会过敏

日常生活中，我们经常可以看到一些中老年朋友使用染发剂。而有的人却在第二次染发后，发生了头皮剧痒、烦躁不安、恶心，忍不住随即用水冲洗头部，谁知越洗越重。头面肿胀，两眼肿胀不能睁开，面部潮红，甚至糜烂、渗液不止。无奈之中到医院就诊，诊断为接触性皮炎，是因为染发引起的过敏反应。她们不解地问医生，为什么别人染发没事？自己第一次染发没事而第二次会过敏呢？

这种过敏反应叫做迟发型过敏反应，并不是所有染发的人都会发生过敏，而是一部分过敏体质的人，才会对染发剂发生过敏。染发剂是引起接触性皮炎的物质之一。

引起接触性皮炎的因素，可分为原发性刺激和变态反应两类。前者是接触物本身具有强烈的刺激作用，任何人接触后都会发生皮炎，如强酸、强碱等化学物质。后者对大多数人无不良反应，而仅使少数具有过敏体质者发病。初次接触时并不起反应，一般须经 4~20 天左右的潜伏期，再次接触同类物质后，可于几小时至 2 天内发病。第二次染发后发生过敏的缘故正是如此。

接触性皮炎易发生于哪些部位，可能致敏物有哪些

接触性皮炎是皮肤或粘膜因接触某些外界物质后，在接触部位发生的炎症反应。能引起接触性皮炎的物质很多，而皮炎多发生在暴露部位，其范围、形态、排列与接触物的大小形态多一致，境界清楚。因此，了解接触性皮炎发生部位与可能致敏物，有助于追寻病原，去除病因。

头面部：常见于染发剂、肥皂、化妆品、植物花粉、眼镜架等。耳部：金属类耳环、塑料物。颈部：多见于项链、衣领、围巾等。手腕部：多由于洗涤剂，指甲油、手镯、表带、手套、职业或各种日用接触物等。躯干部：衣料、洗衣剂、除臭剂、乳罩、钮扣、腰带等。踝、足部：鞋、袜、皮革染料、水泥、沥青等。

如接触物为气体、挥发性物或粉尘，皮炎先在暴露部位，并易扩散全身；有时由于搔抓可将接触物带到其它部位而发生相似皮疹；如患者高度敏感时，致敏物的吸收可使全身泛发皮疹。

因此，患了接触性皮炎后，要尽快去除病因，避免再接触；慎用一切致敏物或刺激物；避免搔抓、肥皂及热水烫洗，以免加重病情。

接触性皮炎与急性湿疹怎样鉴别

接触性皮炎的病因以外因为主，多有接触史。一般急性发病，多见于接触部位和暴露部位，边界清楚，皮损形态决定于接触物的性质、浓度、接触方式及处理情况，皮损呈单一形态。炎症较重，可有大疱及坏死。患者自觉瘙痒、灼热或疼痛。病程较短，病因去除可迅速自愈，不再接触不复发。斑贴试验多呈阳性。

急性湿疹：病因复杂，常查不清，以内因为主，急性发作。皮疹为多形性，可发生于任何部位，常对称分布，边界不清楚，瘙痒剧烈。病程较长，屡有复发，不易发现过敏原。

哪些因素可以诱发湿疹

湿疹是一种常见的皮肤病，病因比较复杂，常为内外多种因素相互作用的结果。哪些因素可以诱发湿疹呢？

内因：患者往往有过敏性体质，家族中有过敏性病史，与遗传有关。消化不良、营养障碍、肠寄生虫、病灶感染、新陈代谢和内分泌功能紊乱等均可作为发病因素。多汗、劳累、紧张、焦虑、失眠、精神创伤等均可诱发或使病情加重。吸入物如花粉、皮屑、屋尘等也有关。

外因：如寒冷、日光、干燥、湿热、摩擦、搔抓、肥皂、化妆品、皮毛、衣服染料等均可诱发湿疹。

某些食物如鱼、虾、蟹、牛羊肉、蛋、奶制品、辣椒等也可使湿疹加重。

湿疹分哪几种

湿疹是一种常见的过敏性炎性皮肤病，其特征为皮疹具有多形性，易渗出，剧烈瘙痒，常对称分布和反复发作。祖国医学文献中记载的“浸淫疮”、“旋耳疮”、“绣球风”、“四弯风”、“奶癣”等类似急性湿疹、耳周湿疹、阴囊湿疹、肘膝窝部湿疹及婴儿湿疹等。

按其病程和皮损表现，湿疹可分为急性、亚急性、慢性三种。

(1) 急性湿疹：发病较快，皮疹呈多形性，在红斑水肿基础上出现密集性针头大小丘疹、水疱，疱破后出现点状糜烂、流水、结痂，易连成片，边界不清，伴有难以忍受的瘙痒，常因搔抓、肥皂、热水烫洗使病情加重。全身部位均可发生。常见于头面、手足、暴露部位及阴部、肛门等处。如继发感染，可伴有发热、局部淋巴结肿大及全身不适。

(2) 亚急性湿疹：由急性湿疹迁延而来。炎症减轻，渗液停止，糜烂吸收，表面可有结痂或脱屑。

(3) 慢性湿疹：由急性、亚急性湿疹反复发作转变而来。皮损多局限于躯体的某一部位，皮肤粗糙、变厚、苔藓化显著，伴有色素沉着。瘙痒剧烈，呈阵发性，晚间较重。易复发，经久不愈，患者甚感痛苦。

湿疹由于发生部位、皮损形态不同，临床上常有不同的命名，有其各自

的特点。如面部湿疹、耳部湿疹、乳房湿疹、手部湿疹、外阴或阴囊湿疹等。

怎样治疗湿疹

湿疹的治疗，关键在于积极寻找病因，并除去之。患者要主动配合治疗，保持皮肤清洁，生活规律，避免饮用浓茶、咖啡、酒或食用腥膻、辛辣等易过敏与刺激性食物；避免外界各种刺激如搔抓、摩擦、肥皂洗、热水烫、用药不当等，其中以搔抓最为突出，其次为肥皂洗。然后在医生指导下，可用抗组胺类药物及镇静药，必要时两种配合或交替使用，如扑尔敏、苯海拉明、安太乐、非那根、赛庚啶、去氯羟嗪、特非那丁、息斯敏、冬眠灵、5%溴化钠等，还可注射钙剂或硫代硫酸钠等。

对病情较重或上述治疗无效可用静脉封闭或肌注胸腺因子 D 或自血疗法。对急性、泛发、严重者经一般治疗效果不佳者，可短期使用皮质类固醇，见效后即酌情逐渐减量，并注意副作用。有感染者及时应用有效抗生素。

局部治疗，根据皮损情况选用适当药物。如急性湿疹、渗出多者，可用3%硼酸溶液、1%醋酸铅溶液湿敷，每日4~6次，每次20~30分钟。渗出少者，可用炉甘石洗剂。亚急性湿疹宜用糊剂，如3%~5%糠馏油糊剂或含有2%~5%的硫黄煤焦油糊剂。对慢性湿疹应用皮质类固醇霜剂如肤轻松软膏、去炎松尿素软膏等。对范围小的慢性肥厚苔藓化的皮损可用肤疾宁硬膏等；对面积较小、顽固性的局限性损害可采用局部封闭、32磷、90镭敷贴治疗或浅层X线放射疗法，但易复发，不宜轻易用。

另外还可进行中医疗法。

“奶癣”怎样预防和治疗

“奶癣”就是婴儿湿疹。多在生后2周至2个月左右发病，2岁左右可缓解，病情时轻时重。有些婴儿在出生后数周内，从母体获得的雄性素较多，使皮脂增多，从而皮疹带有脂溢性。有的婴儿有遗传过敏性素质，家族中有荨麻疹、皮炎等病史；消化不良以及对食物过敏都可引起湿疹。因婴儿皮肤比较薄嫩，受到刺激也容易发病。如机械的刺激，过多的使用肥皂和水洗等都是婴儿湿疹的发病原因。按皮疹特点可分三型：

脂溢型婴儿湿疹：多发生于生后1个月至2个月的婴儿。额、眉间、面颊皮肤潮红，有黄色油腻性鳞屑，头顶有较厚的脂痂。皮肤皱褶处可有潮红、糜烂、渗出等。

渗出型婴儿湿疹：发生于体质肥胖的婴儿，先在额、颊部发生红斑、丘疹、小水疱、小脓疱，由于剧痒搔抓而糜烂、流水、出血、结痂，重者逐渐发展并累及头皮、双耳、颈、躯干、四肢，皮损边界不清，常有继发感染。

干燥型婴儿湿疹：多见于体质瘦弱的婴儿。皮疹好发于面部及四肢的屈侧，以红斑、丘疹、灰糠状鳞屑为主，瘙痒。患儿常伴有消化不良或长期慢性腹泻。

防治原则：寻找和避免可能的外界刺激物和致敏原，合理喂养、精心护理是特别重要的。婴儿衣、被要清洁、柔软、宽大，不要过暖，以免加重痒感。内衣不用毛、丝制品。要注意患儿消化情况，纠正便秘或腹泻，母乳喂养时，要注意母亲的食物中是否有引起患儿皮损加重的因素，如避免食用易致敏的鱼、虾等海产食物。人工喂养时，应将牛奶煮沸时间加长以减少它的抗原性。发病时，不宜注射预防针，更不要接触患单纯疱疹的病人，以防引起

疱疹性湿疹。婴儿湿疹的痂、屑，避免用水和肥皂洗涤，最好用植物油擦拭、清除。患部应用纱布保护，患儿应戴手套，以防搔抓。

在精心护理下，可酌情使用一些抗组织胺类药物。注意纠正消化不良，同时外用一些作用缓和的外用药，如氧化锌油、黑豆馏油软膏、肤轻松软膏、肤乐软膏等。

“风疹块”的病因有哪些

“风疹块”或“风疙瘩”均系荨麻疹的俗称，是一种最常见的变态反应性皮肤病。表现为时隐时现的瘙痒性风团。由多种不同原因所引起。常见的有以下几方面。

(1) 药物：常见的有青霉素、磺胺、痢特灵、血清制品、解热镇痛类、疫苗等。其次有吗啡、可待因、阿托品等。由药物引起的通常称荨麻疹型药疹。

(2) 食物及添加剂：主要是蛋白质一类食品，如鱼、虾、蟹、贝类、牛奶、肉、蛋；蘑菇、草毒；食物中的颜料、调味品、防腐剂以及一些腐败食物。

(3) 感染：各种感染均可引起，如细菌感染，常见的有齿槽脓疡、副鼻窦炎、扁桃体炎、化脓性乳腺炎、败血症等；病毒感染如上呼吸道感染、肝炎、传染性单核细胞增多症和柯萨奇病毒感染等；寄生虫感染如蛔虫、钩虫、蛲虫、血吸虫、丝虫、溶组织阿米巴和疟原虫等；真菌感染如白色念珠菌、癣菌疹等。

(4) 动物、植物及吸入物：某些昆虫叮咬、毒毛刺入、接触荨麻、吸入花粉、真菌孢子、动物皮屑、羽毛、灰尘、挥发化学用品和其它空气传播的过敏原。

(5) 物理及化学因素：如冷、热、日光、摩擦、压迫、机械刺激，或某些化学物质进入人体而发病。

(6) 内脏疾病：如红斑狼疮、癌肿、风湿病、肾炎、肝病、溃疡病以及代谢障碍、内分泌紊乱等。

(7) 精神因素：精神紧张、情绪波动、抑郁等可诱发本病。

(8) 遗传因素：与家族性寒冷性荨麻疹、遗传性血管性水肿等有关。

荨麻疹的临床表现有哪些特点

荨麻疹的临床表现一般具有下列特点：

(1) 发作性：急性荨麻疹多在接触过敏原后，数分钟至数小时突然发作，起病急，皮肤瘙痒，很快出现风团，部分患者有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等；有的累及呼吸道可出现喉头水肿、胸闷、呼吸困难、甚至窒息；也可出现心悸、心律紊乱以及头昏、血压下降或过敏性休克。慢性荨麻疹，往往在傍晚或夜间发作。

(2) 风团性：皮疹形态多为不规则的淡红色风团，有的呈环状或地图状隆起，大小不等，数目不定，亦有的风团呈皮色或白色隆起之斑块。

(3) 游走性或移动性：风团常此起彼伏、变化无常，往往不限于同一区域，可局限也可泛发全身，迁延不愈，受压及易受磨擦部位尤好出现。

(4) 自限性：皮疹常在半小时或数小时内自行消退而不留任何痕迹。

当我们了解了荨麻疹的病因及其临床特点后，更重要的是积极寻找过敏

原，去除或避免之。

如何寻找过敏原

引起人过敏的物质叫做过敏原。其种类繁多，大体上分为食物、药物、吸入物和接触物（包括物理、化学、生物）等四类，与过敏性或变态反应性皮肤病的发病有密切关系。变态反应性皮肤病是皮肤病中最为复杂的常见病和多发病，因此，对于防治变态反应性皮肤病来说，关键在于寻找和去除可疑过敏原。如何寻找过敏原呢？

首先要向医生提供可靠的线索。详尽的把发病情况、个人生活习惯、嗜好、家族患病史、眼过某些药物、是否接触过何物、工作环境等等告诉医生，使医生采取相应措施，通过筛选、皮肤试验或实验室检查，来确定患者对哪一种物质过敏。

近代，由于变态反应工作者的努力，在寻找过敏原方面建立了一整套的方法和程序，逐渐摸索出一些规律，给过敏性疾病的患者带来了希望。

近年来，我们采用北京协和医院变态反应科制备的食物组、吸入组抗原50余种为患者进行特异性过敏原检测，结果证明这是寻找过敏原行之有效的方法。同时还可根据过敏原检测结果专门配制“待异性脱敏抗原”，简称“脱敏液”，为患者进行脱敏治疗，达到减轻或治愈变态反应疾病，为许多过敏患者解除了痛苦。

另外，对于过敏性接触性皮炎及湿疹，还可进行斑贴试验。斑贴试验是测定患者的皮肤对某些接触物是否具有敏感性的一种诊断方法。

怎样治疗荨麻疹

患了荨麻疹，要积极寻找和去除病因，避免各种诱发因素，以内用药治疗为主。

（1）抗组织胺药物的应用如扑尔敏、赛庚啶、苯海拉明、脑益嗪、酮替芬、息斯敏，特非那丁、西米替丁、雷尼替丁等，常酌情选用1~2种，也可选2~3种联合或交替使用。

（2）钙剂的应用如维丁胶性钙、葡萄糖酸钙、氯化钙、溴化钙等。

（3）血管收缩剂口服或注射，如肾上腺素、麻黄素、安络血等。

（4）肾上腺皮质激素常用于急性荨麻疹合并喉头水肿、过敏性休克等。包括强的松、地塞米松、氢化可的松等。

（5）组胺球蛋白对慢性荨麻疹有较好效果。

（6）中药：消风散、防风通圣丸及根据病情给予辨证施治。

（7）针刺：常用穴位为足三里、三阴交、血海、大肠俞等。

（8）也可选用普鲁卡因静脉封闭疗法、组织疗法、自血疗法等。

近几年来，进行特异性过敏原检测，同时根据过敏原检测结果专门配制“脱敏液”进行脱敏治疗，达到减轻或治愈之良效。

儿童为什么好出痒疙瘩

春秋时节，有些孩子身上总是好出痒疙瘩，有时中心部还常有小水疱，剧烈瘙痒。疙瘩还常常成批出现，接连不断，孩子忍不住使劲地搔抓，看着其难受的样子，父母真心疼啊！

这种痒疙瘩叫做丘疹性荨麻疹，又称急性单纯性痒疹，是儿童的一种常

见皮肤病。它的病因多与昆虫叮咬有关，系被跳蚤、螨、蚊、臭虫等咬后发生的一种过敏反应，也与某些食物如鱼、虾、蛋、牛奶、饮料以及出牙、消化不良等因素有关，因此也有人叫它“食气疙瘩”。

丘疹性荨麻疹好发于腰、背、臀和四肢，为黄豆至花生米大纺锤形鲜红色风团，中央常有绿豆大小水疱，疱液清晰，有时还可见到疱壁紧张的大疱。皮疹呈散在或群集分布，较少融合，约经3~7天后可自行消退，暂时遗留浅褐色色素沉着。皮疹还可以反复发作，约经数周逐渐痊愈，但来年又可发疹。患儿除剧痒外，多无全身症状，不影响饮食和玩耍。本病需与水痘相鉴别。水痘往往有接触传染病史，发病前常有发烧和全身倦怠，1~2天后在头皮、躯干和粘膜等离心脏近的部位出现成对排列的椭圆形小水疱，周围有明显的红晕，疱壁易破，数天至一周后干燥结痂而愈，极少复发。孩子患了这种病后，做父母的要仔细寻找原因，注意寻找、消灭室内昆虫，排除可疑的食物，纠正消化不良，还要经常搞好卫生，给孩子修剪指甲，以免搔抓后引起感染。治疗时可选用扑尔敏、赛庚啶、特非那丁等抗组织胺药物内服，酌情加用维丁胶性钙，局部可外用炉甘石洗剂、肤乐、无极膏等，有继发感染时可加服抗生素。

怎样警惕和预防药疹

什么叫药疹呢？药疹就是药物通过各种途径（口服、注射、灌注、点眼、滴鼻、漱口、含化、喷雾、吸入、外用、药熏、阴道及膀胱冲洗等）进入人体内而引起的皮肤、粘膜炎症反应。也有人称它为药物性皮炎。

各种药物都可以引起药疹。但常见的有以下几类： 抗生素类，青霉素居首位，其次为链霉素、四环素等。 磺胺类，随着新型磺胺药的出现，引起的药疹又有所增多。 止痛退热药，如水杨酸类等。 安眠与抗癫痫药，如鲁米那、苯妥英钠和卡马西平等。 抗毒素与血清。 中药，如丹参、板蓝根、穿心莲、六神丸、云南白药等近年来也多有发生，但远较西药低。

怎样预防药疹呢？首先不滥用药物。要注意早期症状，如突然感到局部或全身发痒，就应警惕有发生药疹的可能。若有不明原因全身发热以及出现红斑、丘疹或风团时要及时停药，按规定做皮肤过敏试验。如以前患过药疹，且已知何种药物所引起，以后切记不可再用；就诊时一定要事先向医生讲明过敏史，不再重用，预防药疹的复发。

患了药疹，要立即停用一切可疑的致敏药物；多饮水，促进体内致敏药物的排泄；应用抗过敏药或解毒药；预防和控制继发感染。

固定性药疹有哪些特点

固定性药疹，是药疹中最常见的一种类型，多由磺胺类药、解热镇痛药、安眠药、颠茄、四环素类所引起。其特点为：

（1）皮疹具有固定性，也就是病人在第一次发疹后，每次再服该药时，数小时后原皮疹处又出现同样皮疹，而且有扩大和增多的倾向。

（2）皮疹为圆形或椭圆形鲜红色斑，以后变为紫红色，中央色深，边缘色淡，与正常皮肤分界清楚，中央可有水疱。一至数个不等。

（3）皮损可发生于全身各处但不对称，尤其好发于皮肤粘膜交界处，如口唇及其周围，龟头、外阴等处，发生于阴部者常有糜烂、灼痛，愈合缓慢。

（4）停药1周左右红斑可退，消退后遗留灰黑色色素沉着，可持续数月、

数年。

固定性药疹一般除局部微痒外无全身症状。

重型药疹有哪些临床表现，如何治疗

重型药疹，一般指重症多形红斑型、剥脱性皮炎型和大疱性表皮松解型药疹。

重症多形红斑型，是一种严重的大疱形多型红斑，伴有严重的全身性反应，如畏寒、高热、脓毒病等，可有眼、口、生殖器、粘膜损害，肝肾也可受损。患者以儿童多见，病程为4~5周。引起此型的常见药物有磺胺类、解热镇痛剂、青霉素等。

剥脱性皮炎型，此型是药疹中较严重的类型，在未应用激素以前，其死亡率是高的。本型多数发生在用药时间较长者，潜伏期多在20天以上。皮疹开始为麻疹样或猩红热红斑，伴有瘙痒。很快融合致全身弥漫性潮红、肿胀，渗液、结痂。粘膜亦可充血、水肿、糜烂。皮疹于2周左右炎症开始消退，全身片状脱屑，手足常呈手套或袜套样剥脱。脱屑可反复发生，持续一个月或更长。全身常有高热，浅表淋巴结肿大。严重者可有毛发及指（趾）甲脱落。肝、肾均易受损，可因继发感染或全身衰竭而死亡。引起此型的常见药物有链霉素、鲁米那、保太松、抗癫痫药物等。

大疱性表皮松解型，本型是药物疹中病情最严重的一型，可因感染、肺炎、败血症、肾衰、电解质紊乱或出血死亡。起病急，皮疹为弥漫性紫红色斑，迅速扩大至全身，并在此基础上出现大小不等的松弛性水疱，疱内含淡黄色透明液体或呈血性，疱壁极薄，尼氏征阳性，皮损表皮稍摩擦即可脱落，留下鲜红色烫伤样糜烂面，不渗液不化脓。眼、鼻、口腔粘膜均可剥脱。病人一般情况差，皮疹灼痛，伴有高热，常在40℃左右。引起此型的常见药物有磺胺类、解热镇痛剂等。对于重型药疹，应积极进行抢救。

（1）尽早、足量应用皮质类固醇，一般每日应用氢化可的松300毫克至600毫克或地塞米松10毫克至30毫克静脉滴注，待体温降至正常，皮疹逐渐消退后，逐渐减量并代以口服强的松片。

（2）给两种抗组胺药物口服。

（3）随时观察皮疹和全身情况，特别是心、肝、肾、造血系统的功能，如有异常，应及时处理。

（4）加强支持疗法，注意纠正水和电解质紊乱。重症病人可静脉输入白蛋白或新鲜血液。

（5）预防和控制感染，酌情选用不易致敏的抗生素。

（6）加强局部治疗和精心护理。

（7）中医中药治疗。

结缔组织病

结缔组织有何特点

结缔组织病包括红斑狼疮、皮炎、硬皮病、结节性动脉周围炎等，因其在组织学上有共同特点，损害主要侵犯结缔组织，故称结缔组织病。由于结缔组织分布于全身各部，一旦发病，则出现多脏器损害，病程较长，缓解与加重交替，血沉快，免疫球蛋白增高，但各病又有特有的表现。

由于近十年来免疫学进展，又将其归入自身免疫性疾病，能在血清中查出病变脏器的自身抗体存在。用糖皮质类固醇药物治疗均有一定的疗效。

何谓混合结缔组织病和重叠结缔组织病

混合结缔组织病是指同一患者身上具有二种以上结缔组织病的部分临床表现，互相混杂，但又不能诊断其中的哪一种，在免疫学上抗 RNP 抗体阳性。本病很少或无肾脏损害，预后良好，对糖皮质类固醇激素治疗反应较佳。

重叠结缔组织病是指同一患者在同一时间内患有二种以上的结缔组织病，各自独立，共同存在。本病临床症状明显，常侵犯肾脏和中枢神经系统，在免疫学异常显著，预后不良。

为什么盘状红斑狼疮皮损好发于面部

通过实验室检查证明，盘状红斑狼疮患者皮脂腺分泌中卞啉的含量比正常人高 2~4 倍，卞啉是光活性化合物。人体皮肤最大的皮脂腺又位于鼻部和颊部，且卞啉含量亦最多，其光活性亦较高，因此，在日光直接照射下，面部皮肤对光敏感性增高，即可出现红斑损害。

系统性红斑狼疮如何诊断

系统性红斑狼疮的诊断，主要根据病史、临床症状、体征及实验室检查等方面综合分析而作出。

(1) 临床表现：面部蝶形红斑或盘状红斑，发热，脱发，口腔粘膜溃疡，无畸形关节炎或关节痛，雷诺氏现象，浆膜炎，光过敏，神经精神症状。

(2) 实验室检查：血沉增快，白细胞降低、血小板减少、溶血性贫血，蛋白尿或管型尿，高免疫球蛋白血症，狼疮细胞阳性，抗核抗体阳性。符合以上临床表现和实验室检查 6 项者，即可诊断。

什么是红斑狼疮细胞？对系统性红斑狼疮诊断价值如何

红斑狼疮细胞，即嗜中性白细胞吞噬了一个或数个圆形的均质团块（变形的细胞核），自己的细胞核被挤到胞浆边缘，整个细胞因此肿大；也有数个嗜中性白细胞同时吞噬一个或数个团块，互相聚集，呈现花瓣形细胞簇。

红斑狼疮细胞形成需要以下几个因素。

- (1) 存在于患者血中狼疮因子（即 IgG）。
- (2) 受狼疮因子作用后的变形细胞核。
- (3) 具有吞噬能力的嗜中性白细胞。

寻找狼疮细胞是诊断系统性红斑狼疮一项主要指标，病程中 80% 患者都可出现狼疮细胞。但多次查不出狼疮细胞，也不能完全否定红斑狼疮的诊断。

什么是狼疮样综合征？它与系统性红斑狼疮有何区别

长时间使用某种药物后，在临床上，实验室引起类似自然发病的系统性红斑狼疮，即为狼疮样综合征。诱发此病的主要药物有胍苯哒嗪、乙内酰脲、异烟肼、普鲁卡因酰胺、大仑丁等。

狼疮样综合征在停药后，抗核抗体等实验室异常虽可持续数月，但临床症状数周内即可消失，而系统性红斑狼疮则不是这样。

系统性红斑狼疮怎样治疗

系统性红斑狼疮常出现多脏器损害，如肾、心、肺及中枢神经系统等，肾脏和中枢神经损害又是本病主要死亡原因，治疗本病应掌握以下原则。

(1) 活动期要卧床休息，加强营养。避免日光照射，勿用光敏药物。

(2) 糖皮质类固醇激素：为目前治疗本病的有效药物，原则是早期、足量及规则用药，病情稳定后逐渐减量，维持用药2~3年。对于重症系统性红斑狼疮，可采用糖皮质类固醇激素冲击治疗。

(3) 免疫抑制剂：主要用于对糖皮质类固醇激素不敏感的患者，如用环磷酰胺或硫唑嘌呤治疗，对活动性狼疮肾炎或顽固性狼疮肾炎，可用环磷酰胺冲击治疗。

(4) 免疫调节剂：如胸腺素、转移因子等，对提高患者免疫功能、改善病情均有益。

(5) 中医中药治疗：当病情缓解后可采用中药辩证施治。

何谓 CREST 综合征

CREST 综合征是系统性硬皮病较良性的一型。患者同时有皮肤钙质沉着(C)，雷诺氏现象(R)，食道功能障碍(E)，指(趾)硬化(S)和毛细血管扩张(T)五个征象。

硬皮病和硬肿病如何鉴别

(1) 起病：硬皮病缓慢，而硬肿病较突然。

(2) 病变初发部位：硬皮病先从手部开始，硬肿病先于面、颈部开始。

(3) 皮损过程及其特点：硬皮病早期水肿，可有红斑；中期皮肤变硬，有色素沉着；晚期皮肤萎缩，毛细血管扩张，脱发，而硬肿病皮肤发硬，苍白光滑，无炎症，无毛细血管扩张，无色素沉着，无萎缩，无脱发。

(4) 雷诺氏现象：硬皮病常伴有，而硬肿病则无。

(5) 内脏病变：硬皮病常伴有食道、肺等病变。而硬肿病则无。

(6) 预后：硬皮病呈进行性加重，预后较差。而硬肿病约3/4患者在数月至2年内消退，预后良好。

(7) 病理变化：硬皮病表皮萎缩，胶原纤维水肿，均质化及透明变性。血管周围炎性细胞浸润，管壁中期水肿，晚期管壁增厚闭塞，附件萎缩。硬肿病真皮胶原纤维肿胀，间隙加大，血管围轻度炎性细胞浸润，血管无硬化闭塞，附件正常。

诊断皮肌炎，要作哪些检查

(1) 24小时尿肌酸测定。

(2) 肌酸磷酸激酶(CPK)，乳酸脱氢酶(LDH)，醛缩酶(ALD)，谷

草转氨酶 (AST)。

(3) 血清 球蛋白, 血沉, 类风湿因子, 抗 PM—1 抗体, 抗 JO—1 抗体及抗 Mi 抗体。

(4) 病变处肌电图检查。

(5) 肌肉活检。

以上各项检查结果是诊断皮肌炎的重要依据。

神经功能障碍性皮肤病

神经功能障碍性皮肤病有何特点

神经功能障碍性皮肤病一般都与精神因素有密切联系。因皮肤不是孤立的器官，而是在神经系统管理下发挥它的功能。许多皮肤病与神经系统发生功能障碍或器质性病变及精神因素有关，如瘙痒病和神经性皮炎，可在情绪忧郁、紧张、焦虑和激动的情况下发病或使病情加重。

神经性皮炎的发病机制及治疗方法有哪些

神经性皮炎，又称慢性单纯性苔藓。是以阵发性剧痒及皮肤苔藓样变为特征的慢性炎症性疾病。

目前认为系大脑皮层兴奋和抑制功能失调所致。过度疲劳、精神紧张以及搔抓、摩擦、日晒、多汗、饮酒等机械物理刺激可引起本病并可加重病情。

治疗方法：

- (1) 解除精神紧张，避免食用刺激性及辛辣食物。
- (2) 适量给予脑益嗪片、赛庚啶片、酮替酚片、特非那丁片、息斯敏片、仙特敏片等抗组胺药物内服治疗。
- (3) 局部外用皮炎平霜、肤乐乳膏、皮康霜等皮质类固醇软膏或霜剂。另外可外用皮炎宁酊、肤尔舒酊、乐肤液等皮质类固醇配剂或水剂。也可外用一些油剂或油膏类药物，如 5% 至 10% 黑豆馏油膏、松馏油膏及煤焦油等。
- (4) 应用液氮局部冷冻。
- (5) 应用皮质类固醇针剂加入 2% 利多卡因针局部封闭。
- (6) 可用矿泉浴、淀粉浴、糠浴治疗。

神经性皮炎与慢性湿疹如何鉴别

神经性皮炎：好发于四肢伸侧、颈项部、骶尾部等摩擦部位，皮损呈群集多角形扁平丘疹，融合成片或呈苔藓样变。夏季略重于冬季。

慢性湿疹：好发于四肢屈侧，皮损呈显著浸润、增厚，常伴有丘疹、水疱、点状糜烂、鳞屑、痂皮和色素沉着或脱色等改变。病情冬重夏轻。

瘙痒病常见的病因有哪些

常见的致病因素包括内因或外因或兼而有之。

(1) 全身性瘙痒病的内因多与某些内部疾病有关。如神经衰弱、大脑动脉硬化、甲状腺机能异常、糖尿病、贫血、白血病、何杰金氏病蕈样肉芽肿、淋巴肉瘤、肾炎、膀胱炎、习惯性便秘及肝胆疾病等。

(2) 全身性瘙痒病的外因与外来刺激有关，冬季瘙痒病与夏季瘙痒病患者对气温的变化常极为敏感，冬季寒冷皮肤干燥，夏季炎热皮肤多汗，可诱发本病或使症状加重。穿着化纤毛织品，使用碱性过强的肥皂，外用药物及接触化学用品，也可促使本病的发生。皮肤萎缩，皮脂腺及汗腺分泌机能减退引起皮肤干燥者都可成为全身性瘙痒病的致病因素。

(3) 局限性瘙痒病的病因有时与全身性瘙痒病相同。另外阴囊瘙痒病与局部多汗、摩擦及股癣等有关。女阴瘙痒病常与局部多汗，白带、阴道滴虫病、阴道真菌病、淋病、糖尿病有关。

瘙痒病的治疗方法有哪些

- (1) 注意皮肤卫生，禁止饮酒、吸烟及食用辛辣食物。
- (2) 积极探查潜在病因、作出相应处理。积极控制原发疾病，瘙痒常可缓解。
- (3) 全身疗法：可选用抗组织胺类和镇静类（如溴化剂、安定等）药物或以 10% 葡萄糖酸钙或硫代硫酸钠或普鲁卡因、维生素 C 针剂静脉注射。
- (4) 局部疗法：可按季节及个别皮肤情况选用。一般夏季用酊剂，如樟脑酊，地塞米松煤焦油搽剂等。冬季用乳剂，如 2% 樟脑霜、5% 苯唑卡因霜等。
- (5) 中等量紫外线照射疗法对因体内组织胺释放引起的瘙痒有效。
- (6) 穴位埋羊肠线，皮下注射氧气。
- (7) 中药外部煎洗，如荆芥防风汤。

结节性痒疹的临床症状及治疗方法有哪些

结节性痒疹部分患者见于蚊虫、臭虫或其它虫类叮咬后发病，胃肠机能紊乱及内分泌紊乱也可能与本病有一定关系。

1. 临床症状：

- (1) 好发于四肢尤为小腿伸侧，其他如胸、背、腹或面部等处皆可发生。
- (2) 多见于中年女性。
- (3) 基本损害为近皮色，带淡红色或褐色表面光滑的坚实丘疹。约 0.5 厘米至 1 厘米大。表面粗糙，角质增厚，呈结节状或疣状增生。常因表皮抓脱而出血结痂。
- (4) 瘙痒剧烈，病程慢性，多经久不愈，消退者常有色素沉着。

2. 治疗方法：

- (1) 防止蚊虫叮咬。寻找并去除可能的致病因素。
- (2) 抗组织胺药物：赛庚啶片、脑益嗪片、特非那丁片、苯海拉明片内服。
- (3) 局部外用地塞米松煤焦油搽剂或地塞米松丙二醇或 30% 冰醋酸液，或用肤疾宁硬膏外贴。
- (4) 冷冻疗法，激光疗法、高频电疗法及局部封闭疗法。

红斑和丘疹鳞屑性皮肤病

红斑和丘疹鳞屑性皮肤病有何特点

红斑丘疹鳞屑性皮肤病是一组病因及发病机理均比较复杂又未清楚的皮肤病。本组皮肤病在临床表现上有许多共同之处：一般有或轻或重的痒感；皮肤损害以红斑、丘疹、鳞屑为主要表现，偶尔兼有其它损害；目前多无根治性特效疗法。其中有的皮肤病，如银屑病，为常见病，对人体危害较大。

多形红斑有哪些表现

临床上根据多形红斑的皮损特点分为斑疹—丘疹型、水疱—大疱型和重症型三种。

(1) 斑疹—丘疹型：此型最常见，以红斑，丘疹为主。皮损为圆形或椭圆形，鲜红色水肿性红斑，可逐渐扩大、增多，并互相融合成多环形，中央呈紫红色，有时出现水疱，呈虹膜状或靶形红斑，为本病特征之一。自觉瘙痒或烧的感，病程一般为2~4周。

(2) 水疱—大疱型：损害发生在红斑上，为散在或成群的水疱、大疱，有时为血疱，尼氏征阴性。此型除皮肤损害外，常侵犯粘膜，表现为口腔、龟头、包皮或阴唇、阴道粘膜出现红斑、水疱、糜烂或浅表性溃疡，自觉疼痛。眼睛可发生卡他性结膜炎，少数可侵犯角膜和巩膜，同时伴有全身症状，如发热、头痛、关节痛、血尿、蛋白尿等。

(3) 重症型：亦称斯—姜氏综合征。是多形红斑中的严重型。此型发病突然，病情发展快，常有高热(39~40)、头痛、乏力、咽痛、口腔疼痛。患者全身情况严重，短期内进入衰竭状态，脉搏细弱，呼吸快，可发生虚脱、昏迷和抽搐。皮损为在红斑基础上，可发展成水疱、大疱、血疱或红斑性表皮松解等。粘膜损害广泛而严重，口腔、鼻、咽、眼、尿道、肛门和呼吸道粘膜广泛累及，发生大片糜烂和坏死，出现严重毒血症状。患者可伴发支气管肺炎、消化道出血、关节炎、心肌炎、心包炎、脑水肿和肝、肾损害而死亡。本型的眼损害常是严重的，发生率高，常侵犯眼睑，结膜和角膜，也可侵犯巩膜和虹膜，发展为全眼球炎以至失明。

寻常型银屑病的特点有哪些，分几期

银屑病分四型：寻常型银屑病、脓疱型银屑病、关节型银屑病及红皮病型银屑病。

寻常型银屑病是银屑病中最常见的一型。初发损害为针头大小的红色丘疹，继后皮损逐渐扩大，形成点滴状、钱币状或斑片状损害。表面覆有银白色云母状鳞屑。刮去表面多层鳞屑，露出一层淡红发亮的薄膜，此即薄膜现象，是银屑病的特征表现之一。刮去此层薄膜，可见针尖样出血点，此即Auspitz征，是银屑病的又一特征性表现。自觉有不同程度瘙痒。皮损形态各种各样，如点滴状、钱币状、花瓣状、地图状，带状、蛻壳状。

皮疹好发于头皮、四肢伸侧、甲等部位。分布对称。粘膜损害不容易觉察，但龟头粘膜受累常见。

银屑病病程一般分为三期：

(1) 进行期：皮损浸润明显，鳞屑较厚，周围有红晕，常可在受刺激部位引起新的皮损，称为同形反应。

- (2) 稳定期或静止期：病情稳定，暂停发展，基本无新疹出现。
- (3) 退行期或恢复期：皮疹消退，遗留浅色斑或色素沉着斑。

红皮病型银屑病常见病困及特点是什么

红皮病型银屑病可以由银屑病的皮损逐渐扩大、增多使得大部分皮肤受累而形成红皮病。有不少是银屑病活动期，因外用刺激性较强的药物或长期外用刺激性较大的药物或长期外用或内服皮质类固醇激素突然停药或减药过快所致。脓疱型银屑病在脓疱消退过程中，亦可出现红皮病。

红皮病型银屑病的特点为在原有皮损部位出现潮红，迅速扩大，最后全身皮肤呈弥漫性红色或暗红色，表面附有大量麸皮样鳞屑，不断脱落。指(趾)甲混浊、肥厚、变形，甚至引起甲剥离而脱落。患者常伴有发热、畏寒、头痛及不适等全身症状。各处浅表淋巴结可肿大，白细胞计数常增高。病情顽固，常数月或数年不愈。即使治愈，亦易复发。

治疗银屑病常用哪些药物

1. 局部治疗：煤焦油有抗银屑病角化不全的作用，完全有效。一般用 5% ~ 10% 煤焦油软膏或糊剂。皮质类固醇激素制剂有轻度抗银屑病作用，效果较好。其制剂有地塞米松霜、皮炎平霜、氯氟舒松软膏、皮炎宁酊等。维甲酸能抑制表皮细胞的增殖、分化及角化，有抗银屑病的作用。一般用 0.1% 维甲酸软膏。其它有蒽林软膏、5% 水杨酸软膏、氮芥酊、5% ~ 10% 白降汞软膏、芥子气软膏等。

2. 全身治疗：可内服乙亚胺、乙双吗啉、氨甲喋呤、维生素 D3 等。红皮病或脓疱型银屑病可内服皮质类固醇激素。

3. 物理疗法：紫外线治疗、光化学治疗。

4. 中医药治疗：临床上多分为两型治疗：血热毒盛型：治宜清热解毒，凉血活血。血虚风燥型：治宜滋阴养血，活血润燥。

玫瑰糠疹常有哪些表现，如何治疗

玫瑰糠疹发病常先出现“母斑”，又叫先驱斑。常为单个斑，直径可达 2 厘米至 3 厘米，呈圆形或椭圆形，淡黄或褐黄色，斑上有糠秕样鳞屑。约 1 周至 2 周后，出现“子斑”，其形态与“母斑”相似，但比“母斑”小，直径约 1 厘米。皮损长轴常与皮纹或肋骨相平行。本病有自限性，一般于数周后皮疹自行消退，不留痕迹，很少复发。

玫瑰糠疹治疗可内服赛庚啶、酮替芬，必要时静脉注射 10% 葡萄糖酸钙或硫代硫酸钠。对炎症明显的病例，可采用小剂量短程强的松治疗，每次 10 毫克，每日 3 次。局部治疗可用紫外线照射，氧气疗法，局部外用炉甘石洗剂或皮质类固醇激素霜治疗。

如何诊断毛发红糠疹

毛发红糠疹是一种原因不明的红斑鳞屑性皮肤病。典型皮疹是针头或粟粒大的、尖形、顶部有角质栓的毛囊性丘疹。丘疹聚集成群，表面粗糙如挫齿一样，后互相融合，形成淡黄色或红黄色斑块，表覆糠秕状鳞屑。皮疹常从头部开始，继而累及面和耳，可广泛对称分布于躯干、腹部、四肢、关节伸侧等部位，特别是第 1、2 指关节伸面的毛囊角化性丘疹是本病的特有症

状，具有诊断价值。手掌足底弥漫性发红、增厚和脱屑，也是本病的重要特征。严重病例，可演变成红皮病。本病有瘙痒、干燥、紧绷感等症状。本病病程长，时轻时重，约半数患者在3月至7年内自行缓解。

儿童为何面部爱长“虫斑”

儿童面部“虫斑”，又称颜面单纯糠疹，中医称虫斑或风癣，是一种好发于儿童颜面的白色糠状鳞屑。大部分儿童与肠道寄生虫有关，也可能与皮肤干燥、强烈阳光照射、感染等因素有关。皮损为大小不一、境界清楚、有糠状鳞屑的圆形或椭圆形淡白色或淡红色斑。多在春季发病，夏季加重，秋后消退。偶有微痒，皮损可自行消退。所以治疗时，如确有肠道寄生虫者，应做驱虫治疗。局部可用5%硫黄软膏或皮质类固醇激素霜剂。

扁平苔癣有何特点，如何治疗

扁平苔癣主要累及皮肤、粘膜，其次为毛发、指（趾）甲。典型皮疹为多角形、圆形、红色或紫红色扁平丘疹或斑丘疹，表面有一层角质薄膜，具蜡样光泽，以放大镜观察可见灰白色斑点或网状细纹，称Wickham纹。起病缓慢，急性发作时，在抓痕上产生新损害，称为同形反应。患者多有瘙痒。皮疹好发于腕、前臂屈侧、股内侧、小腿伸侧，严重时可泛发全身。少数病例损害处发生水疱或大疱。

粘膜扁平苔癣多与皮

损伴发，也可单独发生。多见于颊粘膜、口唇、舌背等处。多呈网状的细纹，也可为白色斑点或呈环状。

扁平苔癣治疗分全身治疗和局部治疗：

1.全身治疗：

（1）抗组胺类药物及镇静剂：对瘙痒显著、精神紧张焦虑的患者尤为有效。如赛庚啶、酮替芬。

（2）皮质类固醇激素：通常仅用于急性泛发性的病例。症状消失或缓解后，可逐渐减量至停药。

（3）维甲酸类：有一定效果，3周无效时可停药。

（4）其它：青霉素、异烟肼，灰黄霉素、左旋咪唑、氨苯砜、雷公藤多甙等。

2.局部治疗：

光化疗法、激光、放射线、冷冻、局部封闭、外科手术等。

红皮病的主要原因有哪些

引起红皮病的因素很多，主要致病因素大致可分为四类，即药物过敏、继发于其它皮肤病、继发于恶性肿瘤及原因不明。

引起红皮病的药物有磺胺类、抗疟药、青霉素、重金属（砷剂、金盐、汞剂、铋剂等）、巴比妥类、链霉素、异烟肼、可待因、己烯雌酚、洋地黄、氨苯砜等。

某些炎症性皮炎因处理不当或治疗不及时，可发展成红皮病，如皮炎湿疹类疾病外用刺激性药物或过分搔抓烫洗；银屑病进行期服用砷剂，外用刺激性药物如水杨酸、氮芥、争光霉素或用紫外线照射，均可引起红皮病。

恶性肿瘤伴有红皮病者占2%~8%。多数伴发于淋巴网状内皮系统恶性

肿瘤，包括蕈样肉芽肿、白血病、恶性淋巴瘤等。

大疱及疱疹性皮肤病

大疱性疱疹性皮肤病有哪些

大疱性疱疹性皮肤病，包括天疱疮、大疱性类天疱疮、疱疹样皮炎、家族性良性慢性天疱疮及掌跖脓疱病等。天疱疮是一种慢性、复发性、严重性表皮内大疱性皮肤病。目前认为是自身免疫性疾病，其特征是在正常皮肤或粘膜上出现松弛性大疱，尼氏征阳性，组织病理可见棘层松解。皮质类固醇是治疗本病的有效药物。大疱性类天疱疮是一种好发于老年人的慢性大疱性皮肤病，病理表现为表皮下水疱，预后较好。疱疹样皮炎是一种慢性良性多发性大疱性皮肤病，皮疹多形性、对称分布、剧烈瘙痒。家族性良性天疱疮的特征是水疱发生在正常或红斑的基础上，反复出现松弛性群集水疱和大疱。尼氏征常阳性，也可阴性。好发于经常擦烂和多汗的摩擦部位，如颈、腋窝、脐周、腹股沟、生殖器、腠窝及肛门附近。掌跖脓疱病是一种慢性多发性疾病、好发于掌跖部，在红斑的基础上周期性发生深在性无菌性小脓疱伴角化脱屑。

哪些皮肤病可出现尼氏征

尼氏征也叫棘层细胞松解现象。尼氏征检查有 4 种方法：

(1) 牵扯患者破损的水疱壁时，阳性者可将角质层剥离，甚至包括看起来是正常的皮肤。

(2) 推压两个水疱中间的外观正常的皮肤时，阳性者角质层很容易被擦掉，而露出糜烂面。

(3) 推压患者从未发生过皮疹的完全健康的皮肤时，阳性时很多部位的角质层也可被剥离。

(4) 以手指加压机在水疱上，阳性者可见到水疱内容物随表皮隆起而向周围扩散。

可出现尼氏征的皮肤病有：寻常性天疱疮，红斑性天疱疮、增殖性天疱疮、落叶性天疱疮，家族性良性慢性天疱疮、大疱性表皮松解型药疹、中毒性表皮坏死松解症、金葡菌型烫伤样皮肤综合征等。

寻常性天疱疮有哪些特征

寻常性天疱疮是天疱疮中最多见和较严重的一种。病初可以是缓慢的，在病情急剧发展期，往往伴有长时间发烧，体温高达 39 ~ 40 。本病好发于头面、颈、胸部、背部、腹股沟、腋下及生殖器等部位，也常发生在口腔、鼻腔、食道、眼、阴唇、龟头及肛门粘膜处。多数患者在皮损出现之前，先在口腔粘膜上发生水疱和糜烂，经久不愈。经过数月之后皮肤上才出现水疱，疱壁松弛易破，尼氏征阳性。疱破后呈糜烂面，有浆液渗出，结痂较慢，不易愈合，愈后不留疤痕，但有色素沉着。

天疱疮如何治疗

1. 治疗天疱疮，首先要注意休息，采取支持疗法，注意补充高蛋白，高热量，低盐饮食，补充多种维生素，必要时可输血或血浆。

2. 皮质类固醇激素是治疗本病的首选药物。应尽量早期、足量控制，正确减量，用最小剂量维持。根据病情轻重选择强的松，每日 60 毫克至 120

毫克。一旦病情控制后，开始减量可快一些，以后则要慢些，少些，维持量一般在每日 10 毫克至 15 毫克。

3. 免疫抑制剂的应用：早期患者或病情稳定轻型患者可单独使用免疫抑制剂，也可和皮质类固醇激素联合治疗，这样可以缩短治疗时间，降低激素的控制量和维持量，还可以减少激素的副作用。常用的免疫抑制剂有环磷酰胺，硫唑嘌呤，氨甲喋呤等。

4. 氨苯砞或磺胺吡啶治疗也有一定疗效。

5. 血浆交换疗法：每周 1 次，再配合激素或免疫抑制剂并用效果更好。

6. 中医药治疗：急性期以清热、利湿、解毒为主，常用赤苓皮、生白术、苍术、黄芩、生地、麦冬、栀子仁、泽泻、枳壳、连翘、元胡粉、茵陈、生甘草。慢性期以健脾除湿为主，常用苍术、厚朴、陈皮、滑石、白术、猪苓、黄柏、枳壳、泽泻、赤苓、肉桂、木通、炙甘草等。

7. 外用药物以收敛止痛，消炎为主。局部糜烂时可外用氧化锌油、合霉素乳剂。口腔糜烂时可外用 1% 双氧水，2% 硼酸液漱口，具有消毒、收敛作用。

如何鉴别天疱疮、类天疱疮和疱疹样皮炎

1. 天疱疮：天疱疮是少见皮肤病，好发于 30~50 岁，男女发病率相等。天疱疮分四型：寻常性天疱疮、增殖性天疱疮、落叶性天疱疮和红斑型天疱疮。寻常性天疱疮多见，通常口腔先发生水疱，水疱易破，随后在正常皮肤上出现黄豆或更大的水疱，易破，形成糜烂面，尼氏征阳性，可有不同程度发热。用激素治疗有效。

2. 类天疱疮：好发于老年人、小孩。本病以胸腹、腋下、四肢屈侧多见。水疱壁紧张，疱液清，难破且易愈，尼氏征阴性，愈后良好。激素治疗有效。

3. 疱疹样皮炎：好发于青壮年，皮疹多形性，可有红斑、丘疹、风团、水疱等，皮疹呈环形排列，尼氏征阴性。剧痒，不发热。激素治疗不一定有效。

家族性良性慢性无疱疮有何特征

本病是一显性遗传性皮肤病，多在青春期发病。好发于经常擦烂和多汗的间擦部位，如颈、腋窝、脐周、腹股沟、生殖器、腘窝及肛门附近。水疱发生在正常或红斑皮肤基底上，反复出现松弛性群集水疱和大疱。开始疱液澄清，后变成混浊，尼氏征常阳性，也可阴性。疱破后出现糜烂面，并结成厚痂。有轻度瘙痒或不痒。附近浅淋巴结轻度肿大。本病慢性病程，反复发作，夏季较重，冬季减轻，部分患者到了中年后，皮疹可自行缓解或痊愈。

掌跖脓疱病有何特征

本病多发于中年，女性稍多。好发于手掌或足跖部，也可同时发生。表现在手掌中央、大鱼际、足跖中央和足跟，两侧对称，有程度不等的瘙痒，在红斑的基础上发生深在的小脓疱或小水疱，以后干燥结痂，形成棕色鳞屑脱落。周期性加重与缓解，病史可达数年至十余年，脓疱细菌培养阴性。患者常伴骨、关节病变及隐性糖尿病。

在治疗方面首先要去除感染病灶，可以口服四环素片，氨苯砞片，雷公藤，维甲酸类，严重者可用秋水仙碱等。局部治疗可以外用激素类软膏或用

确炎舒松 A 针加利多卡因针局部封闭治疗。也可以内用中药：蒲公英 30 克、马齿苋 30 克、土茯苓 30 克、苦参 30 克、白鲜皮 10 克、草河车 10 克、生甘草 6 克、生槐花 20 克。水煎服。每副药煎第一剂、第二剂分早晚服，煎第三剂则用来浸泡患病部位，每次 30 分钟。连用 3 个月。

血管炎

血管炎的病因有哪些

血管炎是指原发于血管壁及其周围的炎症变化。由于受累的血管部位、范围、大小、病程、炎症与坏死反应严重性不同，在临床上呈现各种不同表现。常见的有：变应性皮肤血管炎、过敏性紫癜、急性发热性嗜中性皮病、结节性红斑等。引起血管炎的原因是多方面的，如机体内部的感染病灶：常见的有慢性扁桃体炎、中耳炎、胆囊炎、支气管炎、前列腺炎等，这些病灶内的细菌可使机体致敏。另外，真菌感染、病毒感染、药物和食物过敏也可引起血管炎。在治疗方面首先要去除病因，可选用抗生素、皮质类固醇激素、抗组织胺制剂，氨苯砒、维生素及中药治疗。

变应性皮肤血管炎有哪些表现

变应性皮肤血管炎好发于青壮年，呈急性发作，常以一种或两种皮疹为主。初起多为粟粒至绿豆大的红色斑丘疹和紫癜，也可表现为水疱或结节。皮疹多对称发生，以小腿部多见，自觉痒或烧灼感，偶有痛感。此病可反复发作，病程较长。变应性皮肤血管炎一般不侵犯内脏，预后较好。个别情况下如侵犯内脏器官，在临床上可出现相应症状，严重者预后差。

变应性皮肤血管炎的治疗有以下几个方面：

- (1) 清除和治疗感染或慢性病灶，停用一切可疑药物。
- (2) 皮质类固醇激素：如强的松，能较好地控制症状，制止病情发展，病情稳定后可逐渐减量。
- (3) 氨苯砒：每天 100～150 毫克，可控制病情。
- (4) 抗生素，对伴有感染者有明显效果，如红霉素、氨苄青霉素、先锋霉素等。
- (5) 免疫抑制剂：肾脏受侵犯的病人，用环磷酰胺治疗有效。
- (6) 抗组织胺类药物及多种维生素对本病有一定好处。
- (7) 中医中药：以活血化瘀为主，佐以通络，常用的有生地、黄芪、桂枝、半夏、川芎、红花、牛膝等。也可服雷公藤多甙片。
- (8) 物理治疗：抬高患肢，促进下肢血液循环，也可用音频治疗。

过敏性紫癜有哪些特征

过敏性紫癜主要发生于儿童，是侵犯皮肤或其它器官的毛细血管及细小动脉的一种弥漫性过敏性血管炎。特点是血小板不减少性紫癜，常伴有关节痛、腹痛和血尿。

引起过敏性紫癜的常见原因有机体对细菌过敏，如溶血性链球菌，金黄色葡萄球菌、结核杆菌、病毒等。机体对药物过敏，机体对寄生虫过敏，如蛔虫、血丝虫等。机体对食物过敏，如鸡蛋、牛奶、虾、蟹等。机体对花粉过敏等都可引起过敏性紫癜。

过敏性紫癜一般分四种类型：仅有皮损而无内脏改变者为单纯型过敏性紫癜。伴有腹痛，腹泻，便血者为胃肠型紫癜。伴有关节肿胀和疼痛者为关节型过敏性紫癜。伴有血尿、蛋白尿者为肾型过敏性紫癜。临床上多表现为在下肢及臀部发生针头至黄豆大小瘀点或瘀斑，常对称分布，多无自觉症状或偶有痒感，可伴有发热、头痛、不适及食欲不振。严重者可发生

水疱或溃疡，可有腹痛、呕吐、出血或肠套叠，甚至肠穿孔。有一半病人可发生肾损害。关节痛是常见症状，多数关节可被侵犯，多见于踝关节及膝关节。病程一般在4~6周，但常复发。

怎样治疗过敏性紫癜

首先要积极寻找病因，排除致病因素。凡因感染因素引起者，可选用适当的抗生素治疗。可用抗组织胺类药，如赛庚啶、苯海拉明、扑尔敏等，同时并用维生素C、复方路丁、维生素E、钙剂等。病情严重或有发热及关节型、腹型、肾型紫癜者可选用皮质类固醇激素。对顽固性慢性肾型紫癜可选用环磷酰胺，每天每公斤体重2毫克。或硫唑嘌呤每天每公斤体重2毫克。另外，在疾病早期可用氨苯矾，每天50~150毫克。可选用654-2针40毫克肌注，每天1次，儿童每天每公斤体重0.5~1毫克。中医中药多以活血化瘀为主，常用验方为紫草根25~30克，槐花5~10克，每日1剂，水煎服。也可选用雷公藤多甙片口服。

患了结节性红斑怎么办

结节性红斑是一种局限于皮下组织和真皮深层的血管炎。引起原因主要是上呼吸道链球菌感杂，也可由结核菌引起，另外，病毒、真菌、衣原体、类风湿性关节炎、药物、肿瘤均可为本病的发病因素。本病多见于青年女性，好发于春秋季节，病初有低热，全身不适，伴肌痛及关节痛，皮损突然发生，为疼痛性结节，对称分布于小腿伸侧，色鲜红，大小不一，数目多少不定，多不发生溃破，愈后不留疤。可反复发生。皮损消退后可留暂时性色素沉着，预后好。

结节性红斑的治疗，首先要寻找病因，针对病因来治疗。可选用解热止痛剂，如消炎痛、保太松、阿司匹林等。也可口服3%~5%碘化钾液，每次10毫升，每日3次。皮质类固醇霜可以外用，严重病人可口服皮质类固醇激素，对顽固疼痛病人可用激素局部封闭治疗。结节性红斑病人可用中医中药治疗：早期以清热利湿、活血比瘀、软坚散结为主。如丹参、丹皮、莪术、木瓜、防己、厚朴、伸筋草、红花、鸡血藤等。若结节以疼痛为主，皮疹暗红或紫红，则以活血化瘀，疏经通络为治则，用膈下逐瘀汤加减：当归、川芎、桃仁、五灵脂、丹皮、乌药、香附、红花、延胡索、枳壳、甘草。也可服用雷公藤多甙片。

角化及萎缩性皮肤病

角化及萎缩性皮肤病有哪些特点

角化性疾病常见有毛周角化病、小棘苔藓等，其特点是发生毛囊性丘疹，形似鸡皮疙瘩，剥掉顶端角栓，丘疹中心有凹陷性小窝，多见于儿童，常无自觉症状或有轻微瘙痒。

皮肤萎缩是各层或部分组织萎缩，分原发性和继发性，可由物理因素或外伤，也可继发于某些皮肤病，另外内分泌障碍、慢性感染、神经营养机能障碍、中毒也能引起皮肤萎缩。表现为皮肤变薄、干燥，表面光滑、发皱，有光泽，局部毛发稀而细，色素异常，毛细血管扩张等。

毛周角化病有什么表现？常用哪些药物治疗

毛周角化病主要表现为皮疹呈针头大小散在性与毛孔一致的尖顶状丘疹，顶端有一灰褐色角栓，中央有一根毳毛穿出或蜷曲在内。皮损密集，融合成片，因之有“鸡皮疙瘩”样外观。除去角栓可见漏斗状小窝，不久角栓又新生。多发于上臂伸侧、股外侧、肩部、臀部和面颊。一般无自觉症状或有轻微瘙痒。本病多见于青少年男女，始于儿童期，至青春期发病率最高，以后随年龄增长皮疹可逐渐消退；一般冬季明显或加重，夏季减轻或消退。本病慢性经过，预后良好，对健康无碍。

本病一般不需治疗或对症处理。皮疹广泛者可大剂量服用维生素 A，10 万单位至 20 万单位/日，但应注意维生素 A 中毒反应，儿童孕妇不宜大剂量应用。局部可用角质松解剂，有利于皮疹消退，如 5% 水杨酸软膏或雷锁辛软膏，10% 尿素霜，轻者仅用润滑剂即可。

小棘苔藓病有哪些特点？怎样治疗

小棘苔藓病主要发生于儿童，男性较女性多，成人罕见。皮疹为针头大小的毛囊角化性丘疹，顶端有一根干燥的丝状小刺，触之粗糙如锉刀状。皮疹群集成片，不融合，对称分布，好发于颈、肩、背、四肢伸侧、臀、腰等处。常发病快，病程缓慢，可自行消退，一般无自觉症状或有轻微的瘙痒。

本病慢性经过，预后良好，可自然消退，一般不需要治疗。亦可眼用维生素 A 胶丸或食用含维生素 A 丰富的食物如动物肝脏、胡萝卜等。局部外用可选 5% ~ 10% 水杨酸软膏或 10% 尿素霜，使症状减轻或痊愈。

怎样诊断剥脱性角质松解症

剥脱性角质松解症多发于青年男性，平素有手部多汗症，每于春秋季节发病，好发于双侧掌跖，以非炎症性表浅性脱皮为特点，对称分布。先有痒感，初起损害为针头大小散在性的白色小疱，数目多少不定，渐向周围扩大，中央破裂形成表浅落屑，其下方皮肤正常，皮损扩大可融合成大片剥脱。严重时露出鲜红色嫩肉或有出血。病程缓慢，无自觉症状，约经数周而自行缓解，呈季节性夏发，再根据有鳞屑而无水疱形成这一特点，可诊断剥脱性角质松解症。

何谓萎缩纹

萎缩纹又称膨胀纹、白线。

皮肤因弹力纤维变性而脆弱，再因过度伸张使之断裂导致本病。皮损呈境界清楚的波浪形条纹状萎缩。病初微高起皮肤，呈淡红色或紫红色条纹，逐渐变成苍白色微凹陷，凹陷处皮肤变薄、柔软而有光泽，表面平滑而有细皱纹，无自觉症状，一般不会消退，称为萎缩纹。此纹多见于青春期、妊娠、哺乳、体重速增、柯兴（Cushing）综合征、以及长期服用皮质类固醇激素治疗者。

皮肤附属器疾病

皮肤附属器疾病有哪些

皮肤附属器疾病包括皮脂腺疾病、汗腺疾病、毛发疾病和指（趾）甲疾病。皮脂腺的生长发育及分泌受年龄、内分泌、脂肪及糖代谢、维生素代谢、神经精神因素、消化功能等影响，因此皮脂腺疾病与上述因素有密切关系。好发于面、头、胸背及阴部。汗腺疾病包括大汗腺及小汗腺疾病。是由汗液分泌过多或过少，以及汗液异常引起。甲病可由先天性及后天性全身性疾病或局部皮肤病引起。皮肤以至全身情况常可通过甲的变化反映出来。毛发疾病可由遗传因素、精神因素，某些病继发引起。

脂溢性皮炎有何特点，如何治疗

脂溢性皮炎常表现在毛囊周围有红色丘疹或大小不等之黄红色片状损害，其上覆有油腻性鳞屑或痂皮。好发于头、面皱褶处及背部、腋窝、会阴等处。分布对称。病程慢性，伴不同程度瘙痒。

治疗方法：

- (1) 限制多脂、多糖饮食，多吃蔬菜。
- (2) 内服抗组织胺药物：赛庚啶片、苯海拉明片、息斯敏片，特非那丁片。
- (3) 内服抗生素：四环素片、红霉素片、灭滴灵片或氨苄青霉素胶囊。
- (4) 内服维生素 B6、B2 或复合维生素 B 片。
- (5) 局部治疗：按不同部位选用不同制剂。如头皮用洗发水外搽，其他部位可用 5% 硫磺霜或 1% 樟脑酊或 5% 硫磺洗剂，渗出糜烂时可选用 5% 硫磺煤焦油糊剂。抗真菌药物如咪康唑、酮康唑等外用常有效。
- (6) 应用普鲁卡因液静脉封闭。
- (7) 中药内服：黄莲、丹皮各 9 克，黄芩、当归、生地、知母、公英、连翘各 15 克，生石膏 30 克，升麻 10 克，甘草 20 克煎服，每日二次，一疗程为 20 天。

痤疮的发病原因及治疗方法有哪些

痤疮形成的主要因素是因雄激素分泌过盛。青年人是生长发育最旺盛的时期，各种生理功能都很活跃，雄性激素分泌增多，导致皮脂腺毛囊管壁角化并堵塞毛孔，造成皮脂分泌排出不畅而引起毛囊皮脂腺的慢性炎症。

治疗方法：

- (1) 注意面部卫生，不应用手挤压损害，常用温水、硫磺肥皂洗脸。少食脂肪和糖类，避免饮酒及其他刺激性食物，如咖啡、可可、碘化物及溴化物。
- (2) 内服一些抗生素：四环素片、红霉素片及灭滴灵片。
- (3) 内服维生素 C、B6 片及维生素 E 胶丸。
- (4) 可内服乙烯雌酚片（仅用于较严重患者）。
- (5) 局部外用硫磺洗剂，5% 硫磺霜，0.05% 维生素 A 酸软膏及必麦森凝胶。
- (6) 中药宜清肺热、祛风为主。如枇杷清肺饮。

“红鼻子”是怎么回事

“红鼻子”即酒渣鼻，是一种慢性炎症性痤疮样皮疹，多见于中年油性皮肤的人。此病以鼻尖、鼻翼多见，但也可累及两颊、前额、下颈部。酒渣鼻早期只是在患处有暂时性红斑，在进食刺激性食物或精神紧张后更明显，继而红斑不退，局部有细丝状毛细血管扩张。继续发展时，在红斑的基础上出现痤疮样小丘疹或脓疱，毛细血管更明显。病久后鼻尖、鼻翼部不断变肥大、充血，可有大小不等的结节隆起，表面高低不平，呈蜂窝状。

酒渣鼻有哪些治疗方法

酒渣鼻临床分三期：仅有毛细血管扩张的称作第一期；在毛细血管扩张基础上出现顶端脓点的丘疹称作第二期；在第二期基础上出现鼻赘（鼻瘤）者称作第三期。

治疗：

- (1) 去除诱因：如饮酒、吸烟、食用刺激性食物。
- (2) 内服抗生素：如四环素片及灭滴灵片。
- (3) 内服氯化喹琳片，每日可服用 0.25 克至 0.5 克，共 6 周，但不宜超过 3 个月。
- (4) 局部外用 5% 硫磺霜或复方硫磺洗剂。
- (5) 中药内服：如川贝枇杷饮、桃红四物汤。
- (6) 对于鼻赘可施行浅部切除，术后配用浅层 X 线照射。

多汗症的病因有哪些，如何治疗

多汗症可能是一种异常的生理反应，或某些疾病的继发症状。不论是哪种原因，它都受神经支配。引起多汗的机理有二种：一种是由于神经损伤或感情冲动，乙酰胆碱分泌增多而产生多汗；另一种是由于汗腺本身神经紧张性增加，它对正常强度的神经性或非神经性刺激的出汗反应增强而产生多汗。

治疗：

- (1) 尽量避免精神紧张和情绪过于冲动。
- (2) 可服用溴剂、氯丙嗪、利血平、谷维素及安定等镇静剂，另外可服用阿托品、颠茄等具有抗胆碱作用的药物。
- (3) 局部常用 5% 福尔马林酒精，5% 硼酸溶液、5% 明矾溶液、0.5% 醋酸铝溶液等外搽。
- (4) 对顽固性局限性多汗症，可浅部 X 线照射。

汗疱疹的临床特点有哪些

汗疱疹一般于春末夏初开始发病，夏季加剧，入冬自愈。典型损害为位于表皮深处的小水疱，米粒大小，呈半球状，略高出皮面，无炎症反应，分散或成群发生于手掌、手指侧面及指端，少见於手背、足底，常对称分布。水疱内含清液，偶尔可变为混浊。水疱一般不自行破裂，干涸后形成脱皮，露出红色新上皮；薄而嫩，此时常感疼痛。周围皮肤正常。有不同程度的瘙痒及烧灼感。常每年定期反复发作。

斑秃有何特点，如何治疗

一般认为斑秃与精神因素有关，另外与自身免疫、细菌感染或中毒内分泌失调有关。

患者的头发不知不觉呈圆片状脱掉，多为1片至2片脱落。脱发区光滑，界线清楚，无鳞屑，也无炎症。严重者所有长毛、短毛甚至毳毛可全部脱落。

治疗：

(1) 内服胱氨酸片、泛酸钙片、维生素 B6 片、复合维生素 B 片。

(2) 局部外用 10% 樟脑酊，10% 辣椒酊，皮质类固醇药膏如复方康纳乐霜。外用 101 生发酊。

(3) 应用 2% 普鲁卡因液、强的松龙针局部封闭。

(4) 梅花针刺皮损处。

(5) 冷冻患处。

(6) 中药内服：熟地、早莲草、当归各 10 克，枸杞子、菟丝子、桑椹、首乌藤、白芍各 15 克，明天麻、羌活、川芎各 6 克，生黄芪 30 克，加水煎服，每日一剂。

常见的脱发类型有哪些

(1) 脂溢性脱发：多在油腻（皮脂溢出）的基础上发生。青壮年多见。常从前额前顶起头发对称性脱落，而枕部头发完好如常，此病多有遗传倾向。

(2) 早秃：未到老年而秃发的称早秃，又名生理性脱发。从前发际向后脱落，额顶部一片光秃或遗留少许茸毛。主要发生于男性青壮年，多为脑力劳动者，往往有遗传倾向，俗称秃顶。

(3) 斑秃：也称为圆形脱发，不知不觉头发呈圆形（多为 1 片至 2 片）脱落，俗称鬼剃头。局部光亮，边界清楚，多与精神因素有关。

(4) 症状性秃发：是因为全身性疾病或由于药物作用而引起的脱发。多因供给毛发生长营养不足，毛发生长不良易发生脱发。日后营养恢复，毛发可渐长出。

(5) 瘢痕性脱发：由于各种头部皮肤病而使毛囊破坏，不能再生头发，如黄癣、黑癣、疖、痈，扁平苔藓，皮脂腺痣等病。

引起甲改变的常见病因有哪些

爪甲由坚实的角化上皮组成。先天性畸形，营养缺乏，全身其他系统疾患如贫血、缺氧、某些内分泌病、心血管病、某些综合征、某些全身性皮肤病、感染、肿瘤、外伤、职业及某些物理、化学等因素均可引起指甲结构及其色泽、厚度和形状的变化。

色素障碍性皮肤病

色素障碍性皮肤病有何特点

色素障碍性皮肤病的表现是皮肤颜色异常，原因与皮肤黑素增多或减少有关，也可由于体内其它色素（如含铁血黄素、胆色素）以及摄入胡萝卜素、内眼药、注射重金属和外来物质沉积于皮肤所致。

色素障碍性皮肤病的皮损以色素沉着或色素脱失为主。色素沉着可因部位的深浅而颜色不同，沉着于表皮为褐色，沉着于真皮浅层时为深褐色至灰紫色，沉着于真皮深层时为灰黑色。色素脱失斑的颜色与黑素减少程度有关，黑素部分存在时呈淡白色，完全丧失时呈乳白色。

雀斑怎样治疗

雀斑为遗传性色素沉着病，由常染色体显性遗传。患者应减少日晒，必要时可外用遮光剂。局部点涂腐蚀剂如石炭酸、三氯醋酸等，也可用液氮冷冻。

“蝴蝶斑”常见的原因有哪些

“蝴蝶斑”就是黄褐斑，其常见原因如下：

（1）生理性反应：发生于妊娠中期，又称“妊娠斑”，分娩后逐渐消退。可能因黄体酮和雌激素增多所致。

（2）症状性：可见于月经不调、痛经、慢性盆腔炎、慢性肝功能不全、慢性肾上腺皮质功能不全、慢性酒精中毒、癌瘤等病患者。

（3）药物因素：口服避孕药引起最为常见，长期服用冬眠灵、苯妥英钠等也可诱发本病。

（4）其它因素：日光、热刺激、化妆品、外用药等也可为促发因素。

患了“蝴蝶斑”怎样治疗

（1）减少日晒及避免各种诱发因素，不宜服避孕药。对于症状性患者，应积极治疗原发病。由药物引起的，应停止用此药。

（2）内服治疗：静脉注射维生素C，隔日1次，每次1克，好转后改为口服0.2克，每日3次。

（3）外用治疗：外用脱色剂如3%~10%过氧化氢溶液，3%氢醌霜等。

（4）倒膜面膜治疗：每周1次，4次一个疗程。主要改善面部皮肤血液循环，促进脱色药吸收，加速色素斑消退的作用。（5）中医中药：疏肝活血，化瘀消斑，可用桃红四物汤加减，每日服1次。也可服用六味地黄丸、百消丹等。

白癜风分几型？如何治疗

白癜风是局部黑素细胞破坏引起的后天性色素脱失皮肤病。临床上一般分三型：

局限型：白斑3片以下，局限于1~2个部位者。

泛发型：白斑较多，部位分散者，可泛发全身。

皮节型：白斑单侧不对称，或与神经节段分布一致。治疗方法如下：

(1) 内服药，常用活血化瘀、养血活络的中成药，如白驳丸、白癜风胶囊等。

(2) 外用药，可用补骨脂酊、氮芥酊、敏白灵液等局部涂搽。

(3) 局部治疗，小片损害可在白斑中心皮内注射去炎松混悬液。

老年人身上长“白点”是怎么回事

随着年龄增加，人体皮肤中的多巴阳性黑素细胞数目渐减少。到老年时期，在胸背、四肢等处可出现米粒至绿豆大小的圆形白点，稍凹陷，无自觉症状，主要是由于皮肤中的多巴阳性黑素细胞数目减少所致，是皮肤老化的一种表现。无须治疗。

遗传性皮肤病

鱼鳞病有哪些临床表现

根据临床表现及遗传方式，将本病分为四种主要类型。

1. 显性寻常型鱼鳞病：

(1) 皮肤干燥，伴灰白色至淡棕色鳞屑，呈菱形或多角形，周边翘起，中央紧贴皮肤。

(2) 皮损主要分布在四肢伸侧及背部。头皮、面部较少累及。腋、肘、腘窝等弯曲部位无损害。

(3) 皮损冬重夏轻。

(4) 常伴掌跖皮纹增多加深、掌跖角化、毛周角化及遗传过敏史。

(5) 出生后3个月到5岁之间发病。青春期后病情可逐渐减轻。

2. 性连寻常型鱼鳞病：

(1) 皮肤干燥粗厚，伴大而深棕色鳞屑。

(2) 皮损除伸侧以外，肢体弯曲部位，腹部亦可受累。头皮，面、耳、颈常累及。

(3) 为X性隐性遗传病，男性发病。女性为携带者。

(4) 出生后3个月内发病，一般不超过1岁。皮损终身持续不缓解。

(5) 常伴角膜深部点状浑浊及隐睾。

3. 板层状鱼鳞病。

(1) 出生时全身覆有角质膜，类似胶样。2周后，膜状物逐渐脱落，代之广泛性大片鳞屑，部分鳞屑呈大四方形，犹如铠甲。

(2) 皮损全身分布，包括头皮及四肢弯曲部位。

(3) 面部紧绷，眼睑、唇粘膜外翻是常见的突出症状，也是重要的诊断依据。

(4) 掌跖角化、皲裂。甲板常有沟、嵴表现。

(5) 为常染色体隐性遗传。

4. 大疱性鱼鳞病。

(1) 出生时全身皮肤潮红，并伴表皮松解现象，轻微外伤即形成皮肤糜烂面。

(2) 数月后红斑消退，代之广泛鳞屑及局限性角化性疣状丘疹，特别在皮肤皱褶处更明显，呈现“豪猪”样表现。

(3) 儿童期，常伴有松弛大疱，发于小腿伸侧；成人期约有20%病人伴水疱，成群局限于某一部位或散发全身。

(4) 皮损常有继发感染，严重时伴发败血症。

(5) 常染色体显性遗传。

鱼鳞病有哪些治疗方法

(1) 以局部用药为主，选用水合作用强或角质溶解剂，如15%尿素脂，硫磺水杨酸脂等。根据病变程度和气温，日搽1次或几日搽1次。

(2) 严重病例在冬季可试服维生素A丸，每日30万单位，可能有暂时效果。

大疱性表皮松解症有哪些临床特征

本病少见，致病原因不一，故分类各家各异，有些学者将本病分为四型。

(1) 单纯型大疱性表皮松解症：主要是表皮对机械损伤的反应加剧，故当多次摩擦后，即可于手、肘、膝、足及其他部位发生水疱、大疱，粘膜、指（趾）甲很少累及。一般损害较少，也不造成严重萎缩，尼氏征阴性。损害常发生于出生后头几年，也可发生任何年龄，随病程发展，逐渐消退。

(2) 显性遗传营养不良型大疱性表皮松解症：水疱及大疱位于四肢伸侧，尤以关节部位，特别是趾、指、踝、肘等、关节面上较多见。甲可增厚。尼氏征常阳性，愈后留疤及萎缩。常波及口腔粘膜、咽部及食道可有糜烂及相应的症状。其他改变有指甲营养不良、秃发、体毛缺失、侏儒、爪形手、指骨萎缩及假性并指等。本病可致皮肤癌变。

(3) 隐性遗传营养不良型大疱性表皮松解症，临床表现有如显性遗传营养不良型。与前两型不同的是，此型可有各种组织病理特征，表皮虽变薄且扁平，但基底细胞层正常。乳头血管扩张，胶原在真皮上部减少而弹力纤维则增加，在真皮乳头部粘多糖增多。

(4) 致死型大疱性表皮松解症：是隐性遗传营养不良型的变异。

皮肤肿瘤

皮肤肿瘤有哪些特点

皮肤肿瘤为常见病、多发病，严重危害着人们的健康与生命。皮肤肿瘤范围很广，有先天性的，有从皮肤上发生或从皮肤以外转移而来的。可来源于一种细胞或多种组织。在性质上有良性、恶性之分，在范围上又可分为局限性和全身性。

在我国，鳞癌为皮肤恶性肿瘤中最常见者，根据统计，其发生率占皮肤癌肿中 80.3%，其次为基底细胞癌、恶性黑色素瘤以及淋巴网状系统肿瘤。

恶性皮肤肿瘤的早期诊断与及时治疗，对患者的预后十分重要。早期恶性黑色素瘤 5 年治愈率平均可达 70.5%，而较晚期者则仅 18.1%，所以恶性皮肤肿瘤的早期诊治非常重要。

脂溢性角化和日光性角化如何区别

脂溢性角化又名老年疣。大多发生于老人，一般均发生于 30~40 岁以后。常见于面部、躯干、头皮、手背等处，亦可见于四肢等处，损害常多发，多的可达数百个，为淡褐、深褐或黑色扁平斑丘疹，表面光滑或呈乳头瘤样改变，覆以油腻性鳞屑或痂，触之较粗糙。将鳞屑剥去可再生。此系良性表皮增生性改变，不必担忧恶化。

日光性角化原称老年角化病，是一种癌前期皮肤病。多见于中年以上的成人，经常在日光下工作者易患本病。常见于面、手背等曝光部位。损害一般为单个，也可多发，为淡褐色圆形或椭圆形，表面光滑或略呈乳头瘤状，边界清楚，边缘有炎症现象。硬，表面干燥，覆以粘着甚紧、棕黄或带黑色鳞屑，不易被剥去。若强行去除，基底容易出血。若损害增大变成结节状或疣状，甚至破溃，常为癌变。组织病理示基层细胞异型。

皮肤癌为何好发于暴露部位，如何治疗

皮肤癌的发生与日光照射有着明显的关系，动物实验证实了紫外线的致癌性质。紫外线在表皮有蓄积作用，致癌射线是在太阳光谱波长 290 毫微米至 320 毫微米部分，大体相当于人类的晒斑光谱，紫外线照射不仅可使皮肤老化，而且可引起皮肤癌，其发病率似随着紫外线照射的程度而增高，经常户外活动的人，暴露部位接受日光照射机会多，故易患皮肤癌。

皮肤癌治疗如下：

- (1) 手术治疗：对较小肿瘤分化良好者，首选手术切除。
- (2) 放射治疗：头面部肿瘤，特别是分化较差，年老体衰但尚无侵犯骨骼、软骨，或未转移者。
- (3) 冷冻治疗：操作简便，适用于较小较浅而又不宜手术部位的皮损。但冷冻后皮损处多发生水肿，愈合较慢。
- (4) 激光治疗：适用于较少较浅的损害及年老体衰不能接受手术的患者。
- (5) 化学治疗：用于已有转移的晚期患者，以联合长期间歇用药为原则。

基底细胞癌、鳞状细胞癌如何鉴别

基底细胞癌好发于 50 岁以上老人，发展速度较慢，主要分布在面部，特别在额部，皮损为蜡样结节，边缘卷起，周围不充血，中心痂皮易脱落。一般不转移。病理改变为瘤细胞由基底细胞样细胞形成的细胞巢组成，似柱状细胞，排成栅状，伸向真皮，但未突破基底膜。

鳞状细胞癌好发于 30~50 岁，发展速度快，多发生于皮肤、粘膜交界处，皮损为高起、红硬，呈环形，常充血，中心痂皮不易脱落，容易转移。病理改变为成群的上皮细胞样瘤细胞不规则地突破基底膜，向下侵入真皮。

癌前病变包括哪些病

癌前病变有两种含义。一种指目前尚属良性，但根据经验以后可能会变为恶性病者。另一种指有显著的恶变倾向，病理上不仅上皮细胞增生活跃，还伴有一定程度的异型性，即不典型增生。

癌前病变包括着色干皮病、粘膜白斑、日光性角化、焦油或砷性角化病、皮角、增殖性红斑、慢性放射性皮炎、烧伤及肥厚性瘢痕、交界痣、慢性溃疡、幼年黑色素痣、慢性盘状红斑狼疮、角化棘皮瘤、慢性唇炎、寻常狼疮、表皮样囊肿。

湿疹样癌和湿疹如何区别

湿疹样癌多见于中年妇女，大多只发生于一侧乳头及乳晕部，少数发生在外阴、肛门周围、腋、脐等部。男性患者极少。皮损为红斑、渗出，表面覆盖薄痂，边界清晰，可发展成为浅溃疡，触痛明显，乳头回缩凹陷。病理改变为基底细胞缘有湿疹样癌细胞。抗过敏治疗无效。预后差。

湿疹多见于哺乳期妇女，多为对称，边缘不清楚，有多形性损害，基底无浸润，无乳头回缩，病理呈炎症改变，抗过敏治疗有效，预后好。

血管瘤临床表现怎样，如何治疗

血管瘤临床上分四型：鲜红斑痣、毛细血管瘤、海绵状血管瘤、混合型血管瘤。

(1) 鲜红斑痣又称葡萄酒状痣，出生时或出生后不久即可出现，为一片或数片淡红至紫红色斑片，表面一般光滑，部分可呈结节或疣状增生。枕部、鼻梁部损害大部分可自行消退。

(2) 毛细血管瘤又称草莓样痣，为一个或数个的扁平隆起损害，鲜红或暗紫色，柔软，直径数厘米，好发于头、面部，但身体任何处均可发生。

(3) 海绵状血管瘤，为大而不规则，柔软的皮下肿块，稍隆起，表面皮肤正常或呈青紫色。出生时即有或生后数周发病，不断增大，严重影响容貌或压迫重要器官。自行消退的可能性较少。

(4) 混合型血管瘤，由两种类型血管瘤混合存在，而以一型为主。

血管瘤治疗方法有冷冻、电凝、注射硬化剂、放射线或同位素治疗、激光治疗、手术治疗、激素治疗等。

瘢痕疙瘩是怎么回事

瘢痕疙瘩发生在特异素质的个体，在皮肤受到损伤后结缔组织过度增生而形成。开始是一个小的坚硬的粉红色丘疹，慢慢地增大，呈圆形、椭圆形或不规则形的红色斑块，有时如蟹足状。表面光滑或不平，周围毛细血管扩

张。自觉不同程度的瘙痒、灼痛和刺痛。好发于上胸部。其损害范围超过原来创伤的区域。应与增生性瘢痕鉴别，增生性瘢痕的范围不超过外伤或原有切口部位，且在数月后可渐渐变平消退。本病切忌单纯手术切除，可手术后合并放射治疗或局部注射皮质类固醇激素制剂。

性传播疾病

性传播疾病包括哪些传染病

性传播疾病是由性行为 and 性器外接触传染引起的一组传染病。它包括梅毒、淋病、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、尖锐湿疣、非淋病性尿道炎、腹股沟肉芽肿、生殖器疱疹，阴虱病、滴虫病、生殖器念珠菌病、疥疮、传染性软疣、加特纳菌性阴道炎、股癣、阿米巴病、巨细胞病毒感染、病毒性肝炎等 20 余种疾病。1981 年首次报导的艾滋病也被列入性传播疾病中。

性传播疾病在临床检查时应注意哪些要点

1. 对男性检查应注意以下几点：

(1) 外生殖器：皮肤与粘膜有无红斑、丘疹、疱疹、溃疡、糜烂，有无触痛，损害部位、大小、数目、形态等；包皮过长应翻转包皮，检查龟头和尿道口有无分泌物，疣状物等；阴囊、睾丸、精索和前列腺（肛诊）有无触痛、结节和肿块等。

(2) 会阴部：阴毛区有无抓痕、阴虱及卵。

(3) 肛门及肛周：有无溃疡、斑疹、疱疹、疣状物和分泌物；用直肠镜检查直肠粘膜有无溃疡、擦伤、肿块及脓性分泌物。

(4) 腹股沟：淋巴结大小、形态、数目、硬度、粘连、触痛、破溃及皮肤表面颜色。

(5) 口咽部：有无疱疹、白斑、溃疡及脓性分泌物；对口交者，应做口咽部分泌物涂片及培养。

(6) 内脏：应注意各系统检查，如发现异常，加以鉴别。

2. 对女性检查应注意以下几点：

(1) 阴部：有无溃疡、疱疹、斑疹、糜烂、疣状物；被毛处有无阴虱；巴氏腺有无触痛、脓肿；尿道口及阴道口有无脓性分泌物。

(2) 阴道：阴道及宫颈有无充血、溃疡、疱疹、疣状物及脓性分泌物等。

什么叫做硬下疳？与软下疳如何鉴别

从梅毒螺旋体侵入皮肤或粘膜时起，经过 2~4 周潜伏期，在入侵部位发生一个无痛性初疮，称为硬下疳或第一期梅毒。

硬下疳与软下疳鉴别如下：

(1) 病原体：硬下疳为梅毒螺旋体，而软下疳为杜克雷嗜血杆菌。

(2) 潜伏期：硬下疳为 2~4 周，而软下疳为 2~5 天。

(3) 发生部位：硬下疳 90% 以上在生殖部位，而软下疳全部在生殖部位。

(4) 溃疡数目：硬下疳多为 1~2 个，软下疳常为多数。

(5) 溃疡形态：硬下疳境界清楚，表面光滑，基底硬，为圆形或卵圆形，愈合后形成浅在性萎缩性瘢痕。软下疳溃疡表面有脓性分泌物，边缘不整齐，呈穿凿状，基底软，瘢痕明显。

(6) 自觉症状：硬下疳无疼痛，而软下疳疼痛。

(7) 局部淋巴结：硬下疳局部淋巴结肿大，表面无炎症，不破溃，不与周围组织粘连。软下疳局部淋巴结肿大、疼痛，皮肤炎症明显，易破溃。

(8) 实验室检查：硬下疳梅毒血清反应阳性，暗视野有大量梅毒螺旋体，

软下疳有革兰氏阴性杜克雷嗜血杆菌。

胎传梅毒是怎样一回事？临床上有何特征

母亲患一、二期梅毒时，在妊娠 16 周后，螺旋体通过血源途径至胎盘传给胎儿。据统计，如不治疗，25%的胎儿出生前死亡，25%~30%可在出生后不久死亡，40%胎儿于出生后可发展为有症状梅毒者。

胎传梅毒分为早期和晚期。

(1) 早期胎传梅毒(2 岁以内)：皮肤损害有斑疹、斑丘疹、脓疱疹、皲裂、湿疣等，损害好发生于手掌、足蹠及口、肛门、外阴处。粘膜损害有鼻炎、喉炎、唇皲裂、粘膜斑。骨损害有骨软骨炎及骨膜炎。

(2) 晚期胎传梅毒(2 岁以上)：常见的有间质性角膜炎、脉络膜炎、虹膜炎；胡倾森氏齿，桑堪齿；胸锁关节增厚，佩刀胫与鞍鼻；神经性耳聋等。

隐性梅毒是否有传染性

患梅毒后未经驱梅治疗，或剂量不足，无临床症状，但血清反应阳性，脑脊液正常，这类病人称为隐性梅毒(潜伏梅毒)。这些病人虽无临床症状，但体内仍有螺旋体存在，当机体抵抗力降低时即可发生症状。感染期在 2 年内的称为早期隐性梅毒，这类病人随时有发生二期复发损害的可能，所以应视为有传染性。病期超过 2 年以上者，称为晚期隐性梅毒，这类病人发生复发者少见，一般认为无传染性，但女性患者仍可经过胎盘传给胎儿，发生胎传梅毒。

何谓吉赫氏反应？如何预防

吉赫氏反应是出现于首次注射强有力抗螺旋体药物时，大量螺旋体蛋白及内毒素游离和吸收，在 3 小时至 12 小时发生流感样症状，体温上升、全身不适、皮疹颜色加深、四肢关节疼痛加重，内脏及中枢神经系统梅毒症状显著恶化等，此种反应称为吉赫氏反应。

治疗各期梅毒时，驱梅药物应从小剂量开始，逐渐加至正常剂量，或用碘-铋准备治疗 4~6 周，就能避免吉赫氏反应。

常见的淋病合并症有哪些

急性淋病性尿道炎如果治疗不及时、不彻底，嗜酒及性生活过度等，往往会转变为慢性淋病，常见的有以下并发症。

男性有慢性淋病性尿道炎、前列腺炎、精囊炎、附睾炎。女性有淋病性输卵管炎、盆腔炎。

淋病性尿道炎与非淋病性尿道炎如何鉴别

(1) 病原体：淋病性尿道炎为革兰氏阴性双球菌，而非淋病性尿道炎为沙眼衣原体或尿素分解支原体。

(2) 潜伏期：淋病性尿道炎 2~3 天，而非淋病性尿道炎为 1~3 周或更长。

(3) 排尿困难、尿痛：淋病性尿道炎多见，而非淋病性尿道炎轻度或无。

(4) 尿道分泌物：淋病性尿道炎为脓性，量多，而非淋病性尿道炎少或

无，多为稀薄粘液。

(5) 全身症状：淋病性尿道炎偶见，非淋病性尿道炎无。

尖锐湿疣是怎样传染的？临床上有何特征

尖锐湿疣是由人类乳头瘤病毒引起的，它主要通过不洁性接触传染，约有30%患者也可通过污染的内裤、浴盆、浴巾、便盆等被传染。健康的带病毒者亦可为传染源，传染他人。

尖锐湿疣，经过3个月至8个月潜伏期，首先在接触部的外阴出现淡红色或污红色粟粒大疣状物，顶端稍尖，皮损逐渐增多，可发展呈乳头状、刺状、菜花状或蕈状等，大小不等，数量不一。男性患者常侵犯冠状沟、龟头、阴茎及包皮内侧等，也可侵犯前尿道的1厘米至2厘米处，疣体大者，可发生排尿困难。约15%阴茎疣，可伴发肛门疣。女性患者常侵犯大小阴唇、前庭等，外阴疣约1/3可伴发阴道内损害，6%~20%可有宫颈疣。

尖锐湿疣有哪些亚临床表现

尖锐湿疣亚临床表现，可单独存在，亦可与尖锐湿疣并发，其损害有以下三种形态。

(1) 微小的无蒂疣：主要发生于干燥部位，如阴茎部，单发或数个。

(2) 微小的乳头状隆起：多见于女阴前庭和阴道口，多发，呈绒毛状隆起，有时为多数小突起融合成颗粒状。

(3) 环状损害：为正常肤色的环状损害，只有涂布5%醋酸液后出现发白现象才能识别，多发生于阴茎、女性外阴等。

女阴假性尖锐湿疣有无传染性

女阴假性尖锐湿疣，又称女阴尖锐湿疣样丘疹，是一种良性乳头状瘤，与男性的阴茎珍珠疹同属异常化生，发生机理不清，为非性传播疾病，故无传染性。女阴假性尖锐湿疣，常发生于小阴唇内侧和阴道前庭，左右对称，约为1毫米至2毫米大小的红色或淡红色小丘疹，表面光滑，群集分布，宛如鱼子，有时部分皮疹呈息肉状。

患了尖锐湿疣如何治疗

尖锐湿疣治疗方法很多，应根据疣体大小、多少、部位来选择治疗方法。

(1) 电烙：在局麻下使疣体碳化后脱落，适合疣体大的损害。

(2) 高频电刀：在局麻下使疣体焦化脱落，适用于疣体小的损害，如男性尿道口及舟状窝疣体。

(3) 液氮冷冻：多采用棉签浸沾法，使疣体发生凝固性坏死，对外阴、阴道壁、宫颈部损害等多采用此法。

(4) 化学法：外用腐蚀疣体药物使其脱落，如三氯醋酸、5-氟尿嘧啶软膏、疣敌等。

艾滋病是如何传染的

艾滋病(AIDS)是获得性免疫缺陷综合征的简称。它是由人类免疫缺陷病毒引起的一种性传播疾病。

艾滋病的传染源为艾滋病人，艾滋病相关综合征(轻型)，无症状的感

染者。

艾滋病病毒存在于病人的血浆、精液、乳汁、眼泪、淋巴结、脑脊液和骨髓等，但能传染艾滋病的体液主要是血液和精液。其主要传染途径如下。

(1) 性传播：通过性行为传染给对方，特别是同性恋者，最易受到感染，异性性接触也可传染。

(2) 使用被感染的血及血制品。

(3) 使用病人污染而未消毒的针头。

(4) 母婴传播：艾滋病病毒通过胎盘垂直传染。

(5) 用感染者器官、精液作为供体，可以传染。

日常生活接触如握手、跳舞、接吻不会引起传染，也不会通过食品、水、粪便、空气传染。

艾滋病患者皮肤有哪些表现

艾滋病人的皮肤表现有以下几型。

(1) 肿瘤型：淋巴瘤、卡波济氏肉瘤、皮肤鳞状细胞癌、基底细胞癌。

(2) 感染型：单纯疱疹、带状疱疹、传染性软疣、口腔念珠菌病、脓疱疮、毛囊炎、浅部霉菌病。

(3) 其它：血小板减少性紫癜、脂溢性皮炎、皮肤干燥症、黄甲等。

艾滋病的预后如何

由于患者免疫系统受到严重破坏，条件性感染和肿瘤不断发生，病死率高，预后恶劣。目前对患者尚无好的治疗方法，患者大多数在 5 年内死亡，少数在 5 年后死亡。

男性同性恋主要引起哪些性传播疾病

男性同性恋一向在西方国家盛行，近 10 年来由于一些社会因素（性解放、物质满足后的宗教主义）和心理问题（孤独、焦虑和心理变态）使男性同性恋进一步增多，成为西方国家的一个严重社会问题。当然，其它国家同性恋也有发生。

男性同性恋可引起下列性传播疾病。

(1) 梅毒：硬疳清除见于肛门外，也可发生于肛管和直肠，下疳消失后，二期梅毒在直肠可表现为湿疣、息肉、粘膜溃疡。

(2) 艾滋病：根据美国 1985 年 7 月止统计的 11132 例艾滋病病人中，同性恋 8716 例，占 78%，这主要是直肠粘膜结构比较薄弱，易受到创伤和感染。

(3) 淋病：淋球菌可以感染同性恋的咽部和尿道，但直肠的感染更为多见。

(4) 单纯疱疹：绝大多数是 II 型单疱病毒，可侵犯肛周皮肤，肛管和直肠。

(5) 性病性淋巴肉芽肿：引起男性同性恋的直肠病变，称为沙眼衣原体直肠炎，也可引起直肠、结肠及周围淋巴结的病变，表现为肠道及其周围组织的破坏、瘘管和肠狭窄。

(6) 尖锐湿疣：可发生于肛周及肛管。

(7) 阴虱病：男性肛门有毛处，可见阴虱及虫卵。

传染病篇

病毒性肝炎

肝脏在人体什么部位

肝脏位于腹腔右上部。肝脏上面紧贴于膈肌穹窿，下面与邻近的腹腔脏器相接触。肝脏外观呈楔形，可分为上、下、前、后、右5个面；镰状韧带附于上、前面，而将肝脏分为左、右两叶。肝脏的下、后面因与其它脏器相接触而呈“H”字形凹陷。通过镰状韧带、冠状韧带，左、右三角韧带和圆韧带，肝脏与其它脏器相邻接而被固定于腹腔。

肝脏上界的体表投影：右侧最高点相当于右锁骨中线与第五肋相交点。肝下界，右侧与右肋弓一致，在腹上区肝下界可达剑突下3~5厘米。

肝脏有什么功能

肝脏的生理、生化功能颇为复杂。许多物质在肝内进行氧化、还原、合成、分解等复杂的化学变化。还有营养物质的代谢、贮存、代谢产物及毒物的解毒过程、酶系的调节、水与电解质的代谢、胆汁的形成及吞噬免疫功能等均与肝脏机能有关，因此肝脏就象是一个巨大的“化工厂”。其主要作用有以下几点：

1. 代谢功能：糖代谢。饮食中的淀粉和糖类消化后变成葡萄糖经肠道吸收后，肝脏能将它合成肝糖原并贮存于肝脏，当劳动等情况需要时，肝细胞又能把糖原分解为葡萄糖供给机体利用。当血液中血糖浓度变化时，肝脏具有调节作用。蛋白质代谢。肝脏是人体白蛋白唯一的合成器官，除了球蛋白以外的球蛋白、酶蛋白以及血浆蛋白质的生成、维持及调节都需肝脏参与；氨基酸代谢如脱氨基反应、尿素合成及氨的处理均在肝脏内进行。脂肪代谢。中性脂肪的合成和释放、脂肪酸分解、酮体生成与氧化、胆固醇与磷脂的合成、脂蛋白合成和运输均在肝内进行。维生素代谢。维生素A、B、C、D和K的合成与储存均与肝脏有关，当肝脏受损时会出现维生素代谢异常。

激素代谢。肝脏参与激素的灭活。当肝功能长期损害时，会出现性激素失调，出现性欲减退，腋毛、阴毛稀少或脱落，阳痿、睾丸萎缩、乳腺增大，月经失调以及肝掌、蜘蛛痣等。

2. 胆汁生成和排泄：胆红素的摄取，结合和排泄，胆汁酸的生成和排泄都由肝脏来完成。肝细胞制造和分泌的胆汁经胆管输送到胆囊。正常时，每天肝脏可制造400~1000毫升的胆汁。胆囊仅起到浓缩和排放胆汁的作用，胆汁能帮助小肠内脂肪的消化和吸收。

3. 解毒功能：人体代谢过程中所产生的一些有害废物及外来的毒物、毒素包括药物的代谢和分解产物，都要在肝脏解毒。肝细胞对这些毒物通过氧化、还原、水解和结合等方式使其无害化而排出体外。

4. 免疫功能：肝脏是最大的网状内皮系统。能吞噬、隔离和消除、改造入侵和内源的各种抗原，与人的免疫力密切相关。

5. 血液凝固机能：一般凝血因子都由肝脏制造，肝脏在人体凝血和抗凝两个系统的动态平衡中起着十分重要的调节作用。因此当肝功破坏时凝血机制发生障碍，凝血因子形成减少，而临床上表现出血倾向。当人患了重症肝炎时，由于肝功受到严重损伤而常合并消化道及其它部位的严重出血而导致病人死亡。

6. 肝脏还参与人体血容量的调节，热量的产生和水及电解质的调节。当

肝脏受损时，对钠、钾、氯等电解质调节就会失衡引起体内水、钠潴留，引起浮肿、腹水等症。

病毒性肝炎共有几种？它们之间会互相转变吗

病毒性肝炎有甲型、乙型、丙型、丁型、戊型五种，还有 EB 病毒、巨细胞病毒也可引起肝炎，但这二者不属于肝炎病毒引起的病毒性肝炎。肝炎病毒引起的肝炎各型之间无交叉免疫力，可发生重叠感染而不会互相转变。

人是怎样患上肝炎的

每个人对各型（甲、乙、丙、丁、戊）肝炎病毒是易感者，因此经过直接或间接接触肝炎病人或经输血或接受血制品的人都有可能被传染上肝炎，只是各型之间的传播途径及传播方式不同而已。甲型肝炎、戊型肝炎是粪一口传播，当被甲肝、戊肝病人的粪便污染过的食物、饮水、蔬菜、水果等进入人体后就有可能得上甲、戊两型肝炎，一个人因病或外伤需要输血或接受血制品治疗，供血及血制品中如有乙肝病毒。丙肝病毒、丁肝病毒甚至甲肝病毒就有可能传染这些类型的肝炎。乙肝、丙肝的传播途径复杂，如果配偶一方患有乙肝或丙肝，另一方就有较多机会被感染。

一个人一生中可以感染多种肝炎病毒，或发病或成为无症状肝炎病毒携带者，这是因为各型肝炎病毒之间没有交叉免疫力。

肝肿大就是肝炎吗？是不是所有肝炎病人肝脏都肿大

肝脏肿大是肝炎的常见体征之一，一般急性肝炎患者肝脏多肿大，因为急性期肝脏出现充血、水肿，在肝组织中有淋巴细胞、单核细胞及中性白细胞等浸润，肝细胞呈肿胀、气球样变。因此急性肝炎时肝脏较原来肿大，但并非凡肝大者都是肝炎。凡肝大者就是肝炎的看法是一种误解。有的人在正常情况下，因瘦弱或腹壁松弛，在右肋缘下往往可以触及肝脏。患严重肺气肿或右侧胸腔积液者，肋缘下摸到肝脏的机会更多。这些情况是肝脏的位置发生变化，而不是真正肿大。小儿（7 岁以内）、高原地区居民，肝脏都易触及。除了肝炎外引起病理性肝脏肿大的疾病有：伤寒、疟疾、败血症、布氏杆菌病、传染性单核细胞增多症、流行性出血热及血吸虫病等；肝脏是新陈代谢的重要器官，当代谢失调或患糖尿病、严重营养不良时，脂肪均可使肝脏肿大；肝脏肿瘤（恶性及良性）、血液病、恶性组织细胞瘤及结缔组织疾病也可引起肝脏肿大；肝胆系统密切相关，当胆囊或胆管病变时，由于胆汁淤滞也可导致肝肿大。由此可知肝脏肿大并非都是肝炎，肝炎患者也并非肝脏都大。因此确定是否肝炎不能只凭肝大来确诊，应根据其它症状、体征、肝功能检查及流行病学资料来综合分析判断。

肝区痛就是肝炎吗

肝区痛是指右季肋部的自觉疼痛。因我国为肝炎高发区，肝炎的急性期、恢复期都可有肝区痛症状。但肝脏周围邻近脏器组织很多，有肝区痛者不一定就是肝炎。发生肝区痛时应考虑到以下几种原因与肝炎加以鉴别：

- （1）固定性书写体位，可使肋间肌肉受压产生局部疼痛。
- （2）由肠道病毒近期感染引起的流行性胸痛。
- （3）带状疱疹。

- (4) 胸壁的意外撞击引起胸壁挫伤、肋骨骨折。
 - (5) 肋间神经痛、肋间肌损伤、胸壁结核及其它疾患。
 - (6) 胸膜和肺组织病变如肺癌、结核性胸膜炎、气胸、肺栓塞及肺炎剧烈咳嗽所致。
 - (7) 肝胆疾病：肝癌、胆管癌及胆石症、中毒性肝炎、胆道感染、肝脓肿。
 - (8) 膈下脓肿、右肾肿瘤及胰头癌。
- 总之有肝区痛时要及时到医院就医及早检查确诊。

怎样知道自己患了肝炎？怎样早期发现肝炎

要想知道自己是否得了肝炎，就得了解患了肝炎最早有什么痛苦，从而早期发现肝炎。

肝炎就是肝脏发炎。这里所指的肝炎是指由甲型、乙型、丙型、丁型、戊型肝炎病毒所引起的病毒性肝炎。不管是哪一型，它的病变都在肝脏，都有类似的临床表现，都具有传染性强，病程相应较长，且危害性较大的特点。但各型肝炎的病原不同，血清学、临床经过及预后、肝外损害等方面都有明显不同。

病毒性肝炎的主要症状是：疲乏无力、懒动、下肢酸困不适、稍加活动则难以支持；食欲不振、厌油、恶心、呕吐及腹胀往往食后加重；部分病人尿黄，尿色如茶叶水样，甚者如橘红色。大便色淡或灰白，有时稀，次数多，也有便秘者；右上腹部（右季肋部）有持续性胀痛，个别病人可呈针刺样，或牵拉样疼痛，于活动、久坐后加重，卧床休息后可缓解，右侧卧时加重，左侧卧时减轻。

要想早期发现肝炎应注意以下几点：近半个月至6个月内曾与肝炎患者密切接触，吃过半生不熟的海产贝类食物或输血、血浆、白蛋白等血制品；有过不洁性接触；用过消毒不严的注射器，接受过针灸、纹身、拔牙和手术等，即有被感染的途径。近日来，有肝炎临床表现。医生检查肝脏肿大、压痛，并有黄疸表现者，应高度疑诊为肝炎。进一步化验肝功及血清免疫学检查以明确肝炎类型。如经化验谷丙转氨酶、血中总胆红素升高，说明肝功能有损伤即可考虑病毒性肝炎的可能性较大，如果抗-HAV（甲肝抗体）阳性就可诊断为甲型病毒性肝炎；如果高滴度的抗乙肝核心抗体（抗-HBcIgM）阳性伴乙肝表面抗原（HBsAg）阳性时，可考虑为乙型肝炎；同样采用丙型、丁型、戊型肝炎特异性检查方法均可分别协助诊断为相应的各型肝炎，由上述四方面的材料加以综合分析就会早期发现肝炎。

B超检查肝炎有无特异性？肝炎是否常规作B超检查

据有关资料说明，急性肝炎缺乏B超显像特异性，绝大部分肝回声正常，仅发现整个肝实质为细而强密集回声的占2.5%，另有11%属于肝回声减弱，门脉壁显得增强，65%测出肝大；黄疸型多伴有胆囊炎症改变，与病理诊断吻合率仅18%；慢性肝炎回声图像为回声增强型；79%测出脾大。与病理诊断比较慢性迁延型肝炎和慢性活动型肝炎的符合率为77%~82%。因此认为B超对于病毒性肝炎缺乏特异性诊断特点，只有一定的辅助诊断意义。临床已确诊的病例没有必要常规行B超检查。只有怀疑早期肝硬化、癌变或难以排除单纯性肝、胆、胰、肾新生物和占位性病变及转移癌者，B超诊断

才有特异性诊断意义。

有黄疸就是肝炎吗

有黄疸不一定是肝炎，因为有许多原因和疾病也会出现黄疸，黄疸不过是一种表现。如下面几种疾病都会有黄疸。

(1) 代谢酶和红细胞遗传性缺陷，理化、生物及免疫因素所致的体内细胞破坏过多，贫血，溶血，均可出现黄疸。

(2) 新生儿生理性黄疸：新生儿降生不久可因红细胞大量破坏，肝细胞对胆红素的摄取障碍而出现黄疸。

(3) 先天性非溶血性吉尔伯特 (Gilbert) 氏病引起的黄疸。

(4) 某些药物损肝后引起的黄疸，如新生霉素、利福平等药。

(5) 某些感染性疾病如败血症、肺炎、伤寒、流行性出血热等及心源性肝淤血也可发生黄疸。

由上述可见，凡是血中胆红素或间接胆红素浓度增高，都可以发生黄疸，肝炎仅是黄疸的原因之一。因此有黄疸就是肝炎病人，这种认识是不正确的。

如何分析乙肝“两对半”或其它化验单

乙肝“两对半”是乙肝病毒血清标志物，人体被乙肝病毒感染后，利用免疫学方法对肝炎病毒的三个抗原抗体系统进行检测，乙肝“两对半”是常用的五项血清标志物，这五项标志对乙肝病人具有临床和流行病学的重要意义。试分析如下：

(1) 如果五项中出现“三阳”即表面抗原 (HBsAg)、e 抗原 (HBeAg)、核心抗体 (抗-HBc) 三项均阳性。且核心抗体滴度又高，则说明乙肝病毒在乙肝病人体内进行复制。

(2) 表面抗原与 e 抗原双项阳性出现于乙肝病毒

(HBV) 感染后的潜伏期或发病早期，提示病程处于发展阶段，体内病毒复制活跃。一般实验资料表明，表面抗原的滴度越高，e 抗原的检出率越多，提示其与乙肝病毒的复制密切相关。所以乙肝病毒检测结果是“三阳”，这是病毒复制的指标，其传染性强。

(3) 乙肝病程的急性期，e 抗原只有短期阳性，如表面抗

原和 e 抗原持续阳性，经观察发现，持续阳性者多伴有肝功能改变，特别是谷丙转氨酶的升高和慢肝的体征。

(4) e 抗原持续 10 周以上，就有很高的机率转为慢性病毒血症，慢性化倾向。

(5) 据报道，e 抗原阳性的孕妇所生的婴儿 100% 被感染，而乙肝 e 抗原阴性的孕妇，其婴儿只有 30% 被感染。

(6) 表面抗体 (抗-HBs) 一般说是保护性抗体，至于保护力的大小还要看其滴度高低。

(7) e 抗体 (抗-HBe) 阳性伴核心抗体阳性，提示病毒复制受到明显抑制，但不排除体内有病毒和有传染性的可能，为进一步了解有无传染性，可检测血中的乙肝病毒脱氧核糖核酸 (HBVDNA)，如果阳性说明仍有病毒复制，e 抗原可能被 e 抗体所掩盖，是由于 e 抗体抑制了 e 抗原的分泌而 e 抗原不能检出，但病毒仍然复制，有可能使肝炎慢性化且具有传染性。

(8) 如果表面抗体、e 抗体、核心抗体均为阳性，一般认为是既往感染乙肝病毒，且有一定的免疫力。但核心抗体阳性的意义与滴度的高低有关系，高滴度多伴有表面抗原阳性提示乙肝病毒持续感染；低滴度的核心抗体阳性多为既往感染的标记。表面抗体、e 抗体低滴度、核心抗体均阳性者表明既往感染过乙肝病毒，对其再次感染有一定免疫力。但不排除仍有 30% 的病人，有肝炎病毒的复制。

怎样看肝功能

肝功能检查在肝脏疾患的诊断和病情的估计上起着重要的作用。肝功能检查项目主要包括谷丙转氨酶、血清胆红素（直接、间接）、血清总蛋白、白蛋白、球蛋白、白球比值的测定等。这些检查均为非特异性，并不是肝脏所特有，有时会有假阳性或假阴性。

由于肝脏代偿能力很强，急性肝炎病人“肝功能”正常后，受损肝细胞并不一定完全恢复，仍需 3~6 个月的治疗和休息。若不注意休息，也不注意饮食的调养，病情常会复发。患肝脓肿和原发性肝癌时，由于肝脏局灶性病变，“肝功能”仍可能正常：乙肝病毒慢性携带者中虽然“肝功能”大多正常，但乙肝表面抗原、e 抗原和乙肝核心抗体同时阳性者，体内仍有乙肝病毒复制，天长日久病情仍会出现变化。部分病例作肝活体组织检查时，可发现肝细胞异常改变及其它病理变化。

由于谷丙转氨酶不仅富含于肝细胞中，也存在于多种器官组织中，如心脏、肾、骨骼、肌肉等，因此转氨酶的升高不仅见于肝脏病，其它疾病如心功能不全、心肌炎、胆道疾患、多发性肌炎等；某些药物如氯丙嗪、利福平、甲氟咪呱等以及正常妊娠、剧烈运动等均有转氨酶的升高。血清总胆红素的升高不仅见于肝病，也见于溶血性贫血、胰头癌、胆囊癌、胆管癌及胆道结石等病。血清总蛋白、白蛋白、球蛋白在风湿性疾病、肾病综合征、恶性肿瘤、结核、营养不良时均可出现异常。

由上所述，对肝病的诊断不能只凭肝功能，必须结合病人的临床症状、体征综合分析，必要时还可作 B 超、CT、磁共振特殊检测，才能明确诊断。

单项转氨酶升高就是肝炎吗

在肝炎的诊断中，经常检测血中的谷丙转氨酶、谷草转氨酶的活性。因为转氨酶在肝炎病程中出现最早，在肝炎早期临床症状尚未出现时，血清中转氨酶已升高。因此常把它作为肝炎诊断中主要检测的指标之一，但在多项肝功能检测项目中属于非特异性。因为血清中可引起转氨酶升高的原因很多，除病毒性肝炎外，其它一些肝病转氨酶也会增高。如肠道寄生虫病、脂肪肝、肝癌、肝脓肿、酒精性肝损伤、药物性肝损害等都能使转氨酶增高，且转氨酶还广泛存在于心、肾、骨骼肌、胰腺、肺、红细胞等组织细胞内，因此凡是与转氨酶存在部位有关的疾病如胆囊炎、心肌炎、慢性胃炎、肺炎、肺脓肿、肾炎等疾病病程中都有可能引起转氨酶活性增高，从而使转氨酶检验结果升高。

由此可知，不能单纯凭转氨酶升高或正常就诊断或排除肝炎，而应结合症状、体征、流行病学资料及其它的化验结果进行全面分析而作出正确诊断。

慢性乙型肝炎的肝外表现有哪些？预后如何

近年来，由病毒学、免疫学以及分子生物的发展，使用了高敏感、待异性的检查技术，已证明了乙肝病人的乙肝病毒及其免疫复合物在肝外组织中存在并进行复制，导致肝外组织的一些退行性变及炎性改变，其表现主要有以下几点：

(1) 反复发作性弛张热或持续高热。

(2) 血清样综合征，往往发生在慢性肝炎活动期，发生率 15% ~ 31%。主要症状有关节痛，大、小关节均可累及，单个或多个关节，以指关节为主，对称性，无红肿，或肿而不红，有压痛，活动无明显障碍，偶有少量积液；荨麻疹、红斑疹、斑丘疹，也可发展为血管神经性水肿、瘀点及紫癜，有的可出现痤疮样皮疹、斑性结节及猩红热样皮疹，此外有色素沉着及色素减退。

(3) 肾脏病变：肾小球肾炎，由于乙肝病毒的抗原抗体复合物沉积在肾小球基底膜上，可造成肾小球炎。尿化验检查可见红、白细胞、上皮细胞、颗粒管型和尿蛋白。肾小管酸中毒，在正常时肾小管将体内酸性代谢产物排泄至体外，以维持代谢及酸碱平衡，当功能障碍时，酸性代谢产物潴留，产生酸中毒，表现为多尿、多饮、软弱无力，甚至恶心、呕吐、低钾、骨质软化等。

(4) 胆道感染：慢性乙型肝炎并发胆管炎、胆囊炎甚为多见，可能因乙肝病毒直接侵犯胆道系统上皮及免疫复合物的沉积所致，或肝炎时分泌胆汁减少或成分改变，胆道运动功能和防御细菌感染功能下降之故。

(5) 胰腺炎及糖尿病，主要表现是消化不良、腹胀、腹泻、腹痛及尿糖。由于肝炎病人长期高糖饮食，引起糖代谢障碍及糖尿病。

(6) 神经系统损害表现为头晕、头痛、失眠、记忆力减退、注意力不集中、多汗及流涎等；

(7) 血液系统：再性障碍性贫血、白细胞及血小板减少、溶血性贫血及粒细胞减少症等。

(8) 心脏及血管疾病：心肌炎、心包炎、心律失常、低血压等。表现为呼吸困难、气急、心悸、胸闷、心前区痛等；结节性多动脉炎，表现为原因不明的发热、全身关节痛、肌肉痛及皮疹等。

(9) 眼损害：视力疲劳、视力减退、眼痛、干涩等。少数患者出现复视、角膜浅层溃疡、角膜知觉减退、生理盲点扩大、视网膜静脉扩张等。

肝外表现的预后与原发病的病情、受损器官组织的种类、病变程度以及对治疗的反应有关。一般情况，肌肉、关节痛、荨麻疹、房室传导阻滞等可随肝炎好转而减轻或消失；亦可随肝炎活动而波动。严重的肝外表现如肾小球肾炎、尿毒症、多动脉炎所致肾损害以及坏死性脉管炎和再生障碍性贫血等可危及生命。

脂肪肝和病毒性肝炎的不同点是什么

正常人肝脏中的总脂肪量占肝重的 5% ,当脂肪量超过 5% ~ 10%时称为脂肪肝。脂肪肝与病毒性肝炎的不同点分述于下：

1. 病因不同。脂肪肝的形成主要原因有 营养障碍，营养不良如饥饿、缺乏蛋白质，尤其是蛋氨酸与胱氨酸缺乏；营养过度，如长期进高热量食物过多（高糖、高脂肪）。 内分泌及代谢障碍：如肥胖或有糖尿病、肾上腺皮质功能亢进或长期应用皮质激素，甲状腺功能亢进、重度贫血等， 中毒：长期饮酒。某些药物的中毒（如四环素族类抗生素、四氯化碳及砷等），

慢性感染：如结核病、肝炎、溃疡性结肠炎等。病毒性肝炎则是由甲、乙、丙、丁、戊型肝炎病毒感染引起。

2. 临床表现不同。脂肪肝临床表现：一般情况好，消化道症状不明显，食欲好，常见于肥胖病，体重增加，无肝外表现。而病毒性肝炎一般情况差，消化道症状如纳差、恶心、呕吐等症状及肝外表现明显。在急性期有发热、精神不好的毒血症表现。

3. 血清酶学改变不同。脂肪肝时谷丙转氨酶轻度升高，而病毒性肝炎时有明显升高（急性期、慢性活动期）。血脂前者升高，后者不高。

4. B 超检查超声图像不同。脂肪肝显示脂肪影像而病毒性肝炎显示肝炎的影像。

5. 预后不同。一般脂肪肝早期治疗完全可以治愈；病毒性肝炎中急性肝炎容易治愈，而慢性肝炎治疗需时较长，如转为肝硬化或重型肝炎时则治愈率较低，多数仅能改善症状及肝功能，预后较差。

6. 治疗不同。脂肪肝的治疗：脂肪肝除保肝治疗外主要控制饮食，选用低糖、低脂、高蛋白饮食，每天总热量不能超过 6270 ~ 7524 千焦耳（1500 ~ 1800 千卡），创造摄入负平衡条件，逐渐降低体重。当肝功能血清酶正常时停止体重减轻。适当增加活动，动静结合适当，做健身操、打太极拳等。

对高血脂者可选用烟酸肌醇脂、降脂灵、蛋氨酸及肝得健等药物，另外中药山楂、草决明等，也可选用低脂、低糖药膳。

病毒性肝炎的治疗参见肝炎的治疗部分。

诊断乙型、丙型肝炎最新、最能说明问题的检查方法是什么

对病毒性肝炎的诊断分型来说，流行病学资料和临床症状、体征、肝功能改变甚至 B 超图像、CT 图像均为非特异性，以上几方面的材料只能初步考虑是否患的是肝炎甚至病毒性肝炎，但不能明确诊断乙肝、丙肝和丁肝等型别。

目前开展的聚合酶链反应（PCR）新技术，检测方法复杂，但灵敏度高、特异性强，应用于乙肝、丙肝的诊断中最能说明问题。

1. 采用聚合酶链反应可检出 0.4 飞克/毫升的乙肝病毒脱氧核糖核酸，甚至有报道可检测到 0.1 飞克/毫升左右，说明了它的灵敏度高。由于水生栖热菌脱氧核糖核酸具有聚合酶忠实性，保证了它的特异性。从肝炎病人血清中检测出乙肝病毒脱氧核糖核酸，既能说明是乙型肝炎，同时又能说明乙肝病毒在体内复制情况。有无传染性，需不需要抗病毒治疗。

2. 用聚合酶链反应技术对丙肝病毒的检查能检出 3 半数病变剂量/毫升的丙肝病毒，而且能早在感染后几天内从血清中检出丙肝病毒核糖核酸，比发现血中谷丙转氨酶升高和病毒抗体阳性提早许多个星期。因此聚合酶链反应技术的应用对于丙肝病毒早期诊断和预防具有非常重要的意义。3. 聚合酶链反应技术对乙肝变异毒株的检查有一定意义。乙肝病毒基因变异可以影响机体免疫状态（免疫应答），也可以有临床症状的改变，应用聚合酶链反应技术即能说明乙肝病毒在体内是被抑制、清除了，还是因为病毒的变异所致把 e 抗原掩盖起来了。

治疗病毒性肝炎的进展如何

病毒性肝炎的治疗方法及治疗用药有所进展，但进步不快，尚无特效药物，但对各型肝炎的治疗都能取得一定疗效，特别是重型肝炎的存活率在不

断提高。目前主要采取综合措施进行治疗。

治疗病毒性肝炎的基本疗法有哪些措施

1. 休息：急性肝炎一般卧床休息直至恢复期，再逐渐增加活动；慢性肝炎适当休息以减少机体消耗，增加肝脏血液供应，减轻肝脏负担。

2. 营养疗法：安排合理饮食，一般宜于给高蛋白、高维生素、适宜脂肪和糖，饮食要新鲜而易于消化，以少食多餐为佳，禁忌饮酒。具体成分的搭配如下：蛋白质：急性期蛋白质比较适宜的量为每公斤体重给 1~1.5 克；但重型肝炎例外，因蛋白质过量往往有消化障碍，肠内产生较多的腐败物质，反而加重肝脏负担及损害肝脏功能。急性期过后，蛋白质的量根据具体情况适当增加。碳水化合物：每天供给 300 克左右为宜。脂肪：一般每日供给 40~60 克为宜，过低可影响食欲。

3. 葡萄糖：对肝炎患者给予补充适量葡萄糖，保证肝内糖原的贮存量，维持肝脏的正常功能。一般每天给予碳水化合物 300 克，再辅以葡萄糖 100~200 克比较合适。如果糖量过多，产酸，将影响饮食的纳入。根据病情可通过口服或静脉途径供给。

4. 维生素：病毒性肝炎病人都有不同程度的食欲不好、厌油等消化道症状，对水溶性及脂溶性维生素的摄入都有一定的影响，而且肝细胞的修复、凝血因子的制造都需要较多的维生素。因此对于肝炎病人适当补充维生素可稳定内环境，满足病人的需要。常用的维生素有如下几种。

(1) 维生素 B₁：患病毒性肝炎时，由于大量补充葡萄糖，糖代谢率增高，机体内消耗量明显增加，纳入减少，因此对维生素 B₁ 的需要量也增加，如果不加补充则影响神经病变和糖代谢，在此情况下应给予补充，每日口服 30 毫克，或肌注 100 毫克，病人食欲正常后可停用。

(2) 维生素 B₆：对保护神经，减轻肝炎病人的恶心、呕吐均有较好作用。此外本药还参与脂肪及蛋白质的代谢，因此应给予适当补充。每日 30 毫克口服，也可 100 毫克肌注或加葡萄糖液中静滴，疗程 2 周。

(3) 复合维生素 B：复合维生素 B 中含有 B 族的各种维生素，包括维生素 B₁、维生素 B₂、泛酸、烟碱酸、维生素 B₆、胆碱八磷酸腺 或腺嘌呤核苷酸、叶酸、B₁₂ 生物素、肌醇及对氨基苯甲酸等。应用复合维生素 B 较单一维生素 B 为佳，但在应用时注意染尿色为黄色应与黄疸尿黄色加以鉴别。也可用酵母片代替之。每日 3 次，每次 2~3 片；或每日 2 毫升肌注一次。如用酵母片则每日 3 次，每次 3 片口服，疗程不限。

(4) 维生素 C：治疗作用是 抗感染（包括病毒、细菌），大剂量维生素 C 的应用可促进抗体的形成。保护肝细胞，促进肝细胞再生，降低血管通透性，参与凝血，增强肝脏解毒功能，加强肝细胞的抵抗力。用维生素 C 可以解除出血倾向。治疗坏血病，减轻肝功能的严重损伤。降低血中 pH 值，有利于氨的排出，可预防肝昏迷的发生。构成体内的氧化还原系统。因维生素 C 在体内部分氧化这一过程是可逆性反应。但应注意用量不可过大，过大则有恶心、呕吐，或注射用时引起注射部位过敏反应，静脉穿刺部位的静脉炎，如有血栓的形成甚至会引起突然死亡。有报道引起尿路结石者。一般可口服每日 300~600 毫克，或 2~3 克加入葡萄糖液内静脉注射或点滴，疗程视病情而定。

(5) 维生素 E：维生素 E 为脂溶性维生素，主要贮存于肝脏，可随胆汁

排出。肝炎时肠道吸收减少，肝及血内含量下降。临床上常用于重型肝炎的治疗，可减轻肝脏损害。

(6) 维生素 K：维生素 K 可促进肝脏合成凝血因子 II、VI、IX、X，肝脏代谢中许多环节要靠维生素 K 参与和激活，在氧化磷酸化过程中起重要作用。对重型肝炎有出血倾向者常用维生素 K1。每日 10~40 毫克静脉滴注，维生素 K3 可供口服，4 毫克，每日 3 次。维生素 K1 作用比维生素 K3、维生素 K4 强，静脉点滴可取得较快效果。

5. 辅酶 Q10、三磷酸腺苷、辅酶 A、肌苷；辅酶 Q10 能将琥珀酸脱氢酶及辅酶 I 脱氢酶的黄素蛋白与细胞色素联系起来。主要作用是参与多种酶系的代谢，常和其它免疫兴奋剂并用治疗慢性肝炎，具有改善肝功能效果。每天肌注 10 毫克，疗程视病情而定。

三磷酸腺苷为机体内的一种辅酶，参与体内脂肪、蛋白质、糖和核酸的代谢过程；提供吸收、分泌、肌肉收缩及生化合成反应所需的能量；是体内正常细胞阳离子转运所必要的物质。10~20 毫克肌注或静注，每日一次，连用 2~3 周，静注要注意血压，以缓注为妥。

辅酶 A、肌苷等能量代谢药物均有一定的护肝作用。

6. 核糖核酸：核糖核酸是细胞的基本成分。正常细胞含有多量的核糖核酸，各种肝病时常用细胞浆内核糖核酸以及细胞核内去氧核糖核酸的减少或消失。因此可用于急、慢性肝炎的治疗。

7. 肝得健：含有磷脂及多种身体必需的维生素，具有较强的保护肝细胞膜的作用，并能促使肝细胞的修复与再生，阻止肝纤维化的形成和发展，防治肝炎继发脂肪肝。重症肝炎 5 毫升静注，每日 1~2 次，一般急性肝炎或慢性肝炎可用胶囊制剂口服，每日 3 次，每次 1~2 粒。

8. 中医中药治疗：急性肝炎可用茵陈蒿汤治疗，慢性肝炎可用小柴胡汤。还有丹桅逍遥散、香砂六君子汤等方剂辨证论治选择使用，可有一定效果。

治疗病毒性肝炎退黄药物有哪些

使用退黄药物的目的是尽快缩短高胆红素血症的时间，常用的药物有以下几种。

1. 肾上腺皮质激素：用于肝炎治疗已有 30 年余，作用是可促进胆红素的结合，减轻炎症渗出，疏通胆道，加速胆汁排泌，对肝内胆汁瘀积引起的黄疸有明显效果，对阻止肝细胞坏死有一定作用。因此，用于治疗瘀胆型肝炎、急性黄疸型肝炎内淤胆者（如急性甲型黄疸型肝炎）、亚急性重症肝炎及慢性活动型肝炎伴有淤胆者。该药长期使用副作用严重，如诱发消化道出血，钠、水潴留引起水肿，高血压，柯兴氏综合征，骨质疏松等。应用时间短，易出现反跳现象，因此目前临床很少应用治疗肝炎，必要时可短期应用，逐渐停药以防反跳，尽量避免弊端。强的松 30 毫克每日 1 次口服。地塞米松每日 10~20 毫克肌肉注射或静脉注射均可，亦可加入葡萄糖内静脉点滴。

2. 门冬氨酸钾镁：由于门冬氨酸对细胞有较强的亲和力，作为钾、镁离子的载体，可提高细胞内钾、镁离子的浓度，同时加速肝细胞内三羧酸循环，对改善肝功能，降低血中胆红素浓度有一定作用。视病情用 20~30 毫升加入 10% 葡萄糖液 50~500 毫升内静滴，每日 1 次，用药时间视病情而定。

3. 硫酸镁：此药有扩张胆道利胆作用，还可补充镁离子，通便减轻腹胀及缓解胆绞痛。一般用 10% 硫酸镁溶液，成人 10~20 毫升，每日 3 次口服，

小儿酌减。用药时间依病情而定。

4. 苯巴比妥：一般治疗剂量可增加肝细胞微粒体内酶的活性，促进胆红素的结合，增加肝细胞排泄结合胆红素的能力，促进胆汁流量等作用。尤其对药物性肝内瘀胆和肝炎后残留黄疸者疗效更好。用法是每次 30~60 毫克。每日 3 次，疗程 4~8 周。

5. 胰高血糖素—胰岛素疗法：作用是通过增加肝血流量和促使肝细胞环磷酸腺苷的合成，使胆汁流量增加。用法是胰高血糖素 1 毫克、胰岛素 10 单位加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静滴，每日 1 次，2 周一疗程，治疗期间注意及时检查血糖、尿糖及电解质的变化。

6. 高渗葡萄糖加维生素 C 静脉点滴，用量：10% 葡萄糖液加维生素 C 3~5 克，用药时间据病情而定。有利于保护肝细胞、促进肝细胞再生，有一定强心、利尿作用，有利于血中可溶性胆红素的排出，促进黄疸的消退。

7. 强力宁、甘利欣：二药是从中药甘草中提出的，具有类激素样作用而无激素的副作用，通过调整免疫作用阻止肝细胞的坏死，使临床症状改善、黄疸减退。一般用法是强力宁 60~100 毫升或甘利欣 30 毫升加 5% 或 10% 的葡萄糖液 250~500 毫升静滴，每日 1 次，2~4 周为一疗程。在用药过程中，个别病例有腹胀表现，停药或减量症状可消失。

8. 酚妥拉明加复方丹参针及 654-2 针联合用药：具有扩张肝肾血管及活跃微循环的作用，又具有防止肝脏枯否氏细胞功能衰竭、促进胆红素的排泄和退黄作用。每日静滴 1 次，每次酚妥拉明 10~20 毫克，复方丹参针 30~40 毫升，654-2 针 30 毫克加入 5% 或 10% 葡萄糖 250~500 毫升内，用药 2 周，临床观察对高黄疸的退黄效果明显。

抗肝炎病毒治疗有哪些药物

抗病毒治疗主要是抑制肝炎病毒的复制，进而达到逐渐清除的目的。据观察及有关报道，乙肝、丙肝患者在抗病毒治疗中，能改善肝功能，随着血中的表面抗原、e 抗原、乙肝病毒脱氧核糖核酸、丙肝病毒核糖核酸的转阴，临床症状和生化指标都提示缓解。现将目前抗病毒治疗比较有效的药物介绍如下，供治疗选用。

1. 阿糖腺苷及单磷酸阿糖腺苷：人工合成的广谱抗病毒药物。治疗乙肝可使 e 抗原转阴率达 40% 左右。其用法是阿糖腺苷 10~15 毫克/日/公斤加入 5% 或 10% 葡萄糖液 100~200 毫升中静脉滴入，每天 1 次，3 周为一疗程。副作用有消化道症状、粒细胞减少。单磷酸阿糖腺苷 5 毫克/日/公斤加入 10% 葡萄糖液 100 毫升中静滴，每日 2 次，6~28 日以同量肌注，每日 1 次。

2. 干扰素及其诱导剂：目前临床上主要用的是人 及

干扰素和基因工程制得的 干扰素 (IFNa2a、IFNa2b)，作用机理是抑制病毒核糖核酸和蛋白质的合成，阻止病毒复制，调节宿主免疫系统功能，刺激组织相容抗原 1 型蛋白合成及其细胞膜的表达。治疗慢性乙肝及丙肝，其用法是 300~500 万单位，隔日 1 次肌注 (干扰素静注)，e 抗原阴转后减为每周 3 次，疗程 3~6 个月。e 抗原转阴率 40%~50%，表面抗原转阴率 10%。慢性丙肝同样方法和疗程血清丙肝病毒核糖核酸水平下降。

干扰素诱导剂：聚肌胞，每日 0.5~1.0 毫克；潘生丁 50 毫克，每日 1~3 次口服，3 个月为一疗程。两药具有诱导产生干扰素而起抗病毒作用。

3. 无环鸟苷：是一种合成的无环嘌呤核苷美化合物，具有抑制多种去氧

核糖核酸病毒的增殖作用，特别在抗疱疹病毒时效力比阿糖腺苷强 160 倍，且毒性小，但对乙肝病毒抑制机理尚不清楚。有人认为可能是在乙肝病毒感染的细胞中，细胞的激酶会将无环鸟苷磷酸化成为无环磷酸鸟苷而发挥抗乙肝病毒作用，其方法是 15 毫克/公斤体重，每天 1 次加入 10% 葡萄糖 500 毫升内静滴，疗程 2~4 周，对表面抗原、e 抗原转阴有一定效果。

干扰素和无环鸟苷联合应用，或和中药小柴胡汤联合应用，疗效更好。乙型和丙型肝炎经用干扰素及其它抗病毒药物治疗后病情都有好转，对防止急性肝炎转为慢性肝炎，对慢性肝炎的纤维化有一定的阻断作用。

4. 干扰素与激素联合治疗慢性乙肝：当单用于干扰素治疗效果不佳时可以采取类固醇脱离疗法，激发乙肝病毒复制后再用干扰素治疗，对乙肝病毒增殖活跃的慢性肝炎病人效果较单用于干扰素为佳。用法是强的松 40 毫克/日口服，用 4 周停药，2~4 周后再用干扰素。阿糖腺苷也可和激素联合应用，能取得同样效果。

5. 喹诺酮类（吡哌酸、氟哌酸及磷甲酸）：有人认为对乙肝病毒复制转录有抑制作用。

6. 猪苓多糖与乙肝疫苗联用：猪苓多糖 20~40 毫克肌注，每天 1 次，连续 20 天，停用 10 天，3 个月为一疗程。乙肝疫苗 30 微克肌注，每日 2 次，共 6 次。对乙肝病毒阴转率报道不一，据临床观察病例统计结果表面抗原转阴率 15%，e 抗原转阴率 30%。

调整免疫功能有哪些药物

慢性肝炎往往有细胞免疫功能低下和体液免疫功能亢进，机体处于免疫调节紊乱状态。针对这种情况，合理使用免疫刺激剂和抑制剂，以图提高细胞免疫力，降低体液免疫力。对病毒已整合到肝细胞内，抗病毒治疗无效者，采用免疫调节治疗，可以减轻细胞毒素对肝细胞继续损害。

（1）胸腺素与胸腺肽：临床常用的胸腺素与胸腺肽是从小牛胸腺中提取的，具有兴奋细胞免疫与调节体液免疫的作用，一般用于重肝与慢肝的治疗。其用法是每次 5 毫克，每周 1~2 次肌注，3 个月为一疗程。

（2）抗乙肝转移因子：淋巴细胞产生的淋巴因子中的一种，分子量低、无抗原性。能将特异性细胞免疫从供体转移给受体，起到一种免疫信息作用，其疗效正在观察中。其用法是抗乙肝转移因子 2 毫升肌注，每日 1 次，连用 3 个月为一疗程。

（3）LAK 细胞：据报道，治疗乙肝的 e 抗原转阴率达 57.89%。作用机理尚未阐明。可能为白细胞介素-2 激活的人体淋巴细胞群对靶细胞的攻击力强，有利于靶细胞的清除。远期疗效较好，对治疗组病例进行随访半年，e 抗原阴转率 60%，1 年后为 83.3%，有人将 LAK 细胞回输法加上单磷酸阿糖腺苷联合，治疗组的阴转率可达 100%。

（4）左旋咪唑：主要是提高细胞免疫，对体液免疫无影响。当人体的 T 淋巴细胞和巨噬细胞功能降低时，用此药物治疗可增强细胞免疫力，每日 100~150 毫克 1 次，每周服 3 天，停 4 天，疗程半年以上才见效果，临床上少用。

（5）特异性免疫核糖核酸（iRNA）：采用此药治疗目的是提高慢性肝炎患者的特异性功能，增强机体的免疫力，清除乙肝病毒，中止乙型肝炎的慢性感染状态。其用法是：每周 2 次，每次 2 毫克，4~6 个月为一疗程。该法

能降低表面抗原滴度，促使 e 抗原转阴，清除病毒。

(6) 强力宁、甘利欣：该类药具有肾上腺皮质激素样作用而无其它的副作用，具有调节免疫功能，减轻肝细胞变性坏死，阻止肝纤维化形成，促进肝细胞再生，并有解毒、抗炎、利胆、抗变态反应作用，对各类型肝炎均可使用，疗效较好。用法用量及疗程见退黄药物的治疗方法。

干扰素治疗慢性乙肝和丙肝的效果怎样

干扰素是一种广谱抗病毒制剂，用于治疗慢性乙肝和丙肝的干扰素有及干扰素、基因重组干扰素 (IFNa2a、IFNa2b)。

干扰素治疗慢性乙肝的作用主要是通过细胞表面受体作用使细胞产生抗病毒蛋白，从而抑制乙肝病毒复制，同时还可增强自然杀伤细胞 (NK)、巨噬细胞和 T 淋巴细胞的活力，从而起到免疫调节作用，并增强抗病毒能力。

70 年代中期人们发现慢性乙型肝炎患者，自身产生的干扰素能力低下，应用外源性干扰素后，不仅产生了抗病毒作用，同时可以增加肝细胞上白细胞 I 级抗原的密度，促进 T 细胞溶解感染性肝细胞的效能。

应用干扰素治疗慢性乙型肝炎的抗病毒治疗，小剂量，短疗程无效；大剂量、长疗程可取得一定疗效。剂量 300 万单位，肌肉注射每日或隔日 1 次，数月至 1 年为一疗程。e 抗原阴转率 40% ~ 50%，表面抗原阴转率 13%。

干扰素治疗过程中的不良反应有发热 (前 3 天明显)，大剂量可引起高热、寒战、头痛、咽疼、恶心、呕吐、肌痛、乏力、暂时性脱发、流感样症状、白细胞及血小板降低、贫血等。这些副作用于停药后 1 周内消失。

在治疗丙型肝炎中，有人报道，用干扰素治疗 10 例丙肝患者。方法：500 万单位每日肌注 1 次，1 个月后其中 8 例转氨酶明显下降，然后剂量减小到 100 万单位，每周 3 次肌注，得到持续改善，随访肝活检显示，所有转氨酶降低的患者，其组织学均改善。这 8 例患者停药后持续 1 年有 6 例在生化和组织学方面均持续改善，随访 1 ~ 3 年无症状，血清转氨酶正常或接近正常；仅有 2 例复发，转氨酶回升到治疗前水平。国外有人报道，用干扰素治疗丙肝，其方法是 500 ~ 1000 万单位肌注，隔日一次，疗程 9 个月。停药后随访 6 年，治疗病例多数转氨酶持续正常，丙肝病毒核糖核酸阴转，个别病例有反复。本人观察过的 8 例丙肝患者使用干扰素 100 万单位肌注，每日 1 次，共治疗 4 个月。在治疗 1 个月时查血清转氨酶正常。丙肝抗体滴度下降，每月复查一次肝功能及丙肝抗体、丙肝病毒核糖核酸、转氨酶持续正常，丙肝抗体滴度一直降低，于治疗 3 个月后有 5 例丙肝病毒核糖核酸 (HCVRNA) 阴转，随访 2 年，无症状者 6 例，这 6 例病人中有 5 例丙肝病毒核糖核酸阴性，谷丙转氨酶正常，有 2 例病情反复，肝功能血清转氨酶常有波动。综合国内、外报道及个人体会，认为干扰素治疗病毒性乙肝和丙肝，在抑制病毒及改善临床症状方面都有一定作用，治疗丙肝的疗效优于治疗乙肝。

如何指导肝炎病人走出目前医疗市场中的误区

我国是病毒性肝炎的高发区，感染率及发病率都较高。目前治疗肝炎尚无特效疗法，特别是抗病毒治疗的药物，远期疗效尚不确切。人们患肝炎后，往往思想紧张，害怕治不好，从而产生乱投医的心理及行动。社会上一些投机取巧的人，为了迎合患者，拿出了名目繁多、形形色色的“药品”，如“乙

肝转阴药”、“乙肝丸”、“灭澳”、“抗澳”等等；大街小巷设有“乙肝专诊”、“肝胆专科”，打着包治乙肝的幌子，诱惑病人，而达到骗钱的目的。

本人从医 30 余年，经治的肝炎病人多数都有乱投医、乱用药的情况。这些病人，因治疗不当，用药过多或用的是次品药、假药，不仅不利于疾病的治疗反而会损害肝脏。所以，患了肝炎不可怕，怕的是乱投医、乱用药。本应治好的急性肝炎反而转为慢性，本是轻型肝炎反而转成重型肝炎，这种例子很多。因此，肝炎患者应及时到医院专科诊断治疗，以免延误治疗。

肝坏死的治疗原则是什么

肝细胞坏死，肝功能衰竭，是重型肝炎的表现。肝细胞坏死多为免疫功能失调所致，其治疗原则如下：

1. 抗肝细胞坏死，促肝细胞修复与再生。

(1) 加强支持疗法。卧床休息，加强护理，合理膳食，适当补充维生素，维持水及电解质平衡，保持内环境的稳定。

(2) 免疫调节治疗：早期使用肾上腺皮质激素及类激素样作用的强力宁及甘利欣。此类药物属免疫抑制剂，抑制免疫反应，防止新的肝细胞坏死。

免疫调节剂：胸腺肽的应用，起到兴奋细胞免疫，调节体液免疫的作用。

(3) 改善微循环，防止肝脏枯否氏细胞衰竭。可用复方丹参及莨菪类药物（山莨菪碱、东莨菪碱）。

(4) 前列腺素（PG₁、PG₂）：起到护肝、护肾作用，预防肝肾综合征的发生。

(5) 肝细胞悬液及促肝细胞生长素的应用：可以调节免疫，抑制肿瘤坏死因子及促进肝细胞的修复与再生。

(6) 肝得健：保护肝细胞，促进肝细胞修复与再生。

(7) 葡萄糖、胰岛素、胰高血糖素：促进肝细胞再生，促进肝内新生肽链的活性和脱氧核糖核酸的合成，抑制肝细胞的破坏。

2. 调整氨基酸代谢紊乱，预防肝性脑病发生。

主要用 4.26% 支链氨基酸、六合氨基酸或肝胺注射液。补充支链氨基酸使支/芳比正常。

3. 防止并发症。

(1) 防治肝昏迷：注意出血、感染，慎重处理腹腔积液；禁用麻醉药，慎用安眠药。如昏迷前期烦躁不安者，可用东莨菪碱及山莨菪碱；禁用含氮物质；消除和抑制肠道有毒物质（内毒素）及氨的产生和吸收；解除体内氨中毒：早期使用除氨药物，尤其是慢重肝炎病人；使用左旋多巴减少假性神经递质。

(2) 防止感染、出血以及肝肾综合征的发生。

肝昏迷是怎么回事？怎样防治

肝昏迷是重型肝炎或肝硬化并发的神经系统症状，重型肝炎发生肝昏迷的机理，多数学者认为与氨中毒、假性神经递质的形成、脑水肿、低血糖、氨基酸代谢紊乱、电解质及酸碱平衡失调以出血、感染有关。临床表现为随着病情恶化出现精神异常、失眠、嗜睡、反应迟钝、无意识动作或兴奋不安、烦躁、谵妄以及发生脑于功能抑制。可出现小脑震颤、扑击样震颤、肌阵挛、

踝阵挛、深浅反射减弱或消失。根据昏迷程度，临床分为5级。

肝昏迷发生的诱因很多，发病机理复杂，在防治肝昏迷中应注意以下几方面：

1. 严密注意出血倾向，随时检测出凝血时间、血小板及凝血酶原值及活动度，掌握动态变化，防止凝血因子的衰减。补充维生素C和K，输鲜血或新鲜血浆补充凝血因子。其方法：维生素C 3~5克，维生素K 150毫克加10%葡萄糖液内静滴，每日一次。输鲜血或血浆 200~300毫升，每日或隔日一次。

有条件者可输入凝血酶原复合物，每日3克，溶于10%葡萄糖液中静滴。

2. 防治合并感染，避免并发细菌、霉菌和其他病毒感染。新霉素0.5克，每日4次口服，灭滴灵0.2克，每日4次，氟哌酸、吡哌酸也可使用。抑制肠道内细菌繁殖，防止肠道内蛋白质和氨基酸等含氮物质发生分解，从而减少肠内氨类物质的形成和吸收。对于已发生的肺部、肠道、泌尿道感染、腹膜炎和败血症，应选择有效的抗生素进行抗感染治疗。

3. 对大量腹水病人，处理腹水应注意，出现明显压迫症状，循环障碍时才放腹水。一般放腹水前或过程中先补充白蛋白、高渗糖，或输鲜血，放腹水量1~2升/次，以缓解压迫症状，改善循环。放腹水过程中应防止腹腔感染，还应防止放腹水过急引起晕厥及入肝血骤降而加速肝细胞坏死，促使肝昏迷发生。

4. 禁用麻醉、安眠药。患者肝昏迷前烦躁时，可给予非那根、莨菪类药物，必要时可口服水合氯醛或灌肠。用法是非那根25毫克肌注，必要时隔8小时重复使用。东莨菪碱0.3毫克静注，必要时可重复使用，总量每日不超过1.2毫克。654-2 10毫克肌注或静注，据病情可重复使用。

5. 注意预防，减少肠道内毒素和肠道含氮物质的产生和吸收。

(1) 限制蛋白质摄入，减少氨与胺类的产生。

(2) 酸化肠道，以抑制肠道细菌、毒素的产生，促进氨的排泄。

可口服乳果糖15毫升，1日3次，也可用食醋灌肠（生理盐水100毫升或温白开水100毫升，食醋3毫升）。

(3) 清洁肠道，以杀灭肠道细菌。可口服庆大霉素8万单位，每日2次；口服新霉素，每次0.5克，每日4次，氟哌酸、吡哌酸、卡那霉素灭滴灵也可使用。

6. 禁用氯化铵，水解蛋白及醋氨酰胺等使氨增高的药物。

7. 有昏迷前期症状者，宜早使用降低血氨的药物和清除假性神经介质的药物。

(1) 促进氨的排泄。根据病情选用以下药物：精氨酸每日15~20克加液体中静滴。乙酰谷酰胺600~900毫克加液体中静滴。有酸中毒或血中钾、钠偏低者，每日可用谷氨酸钠60毫升，谷氨酸钾20毫升加液体中静脉点滴。低钙时，也可每日用谷氨酸钙10~20毫升加液体静滴。-氨酪酸1~4克加入液体中静滴，注意测血压掌握适宜速度滴入。

(2) 积极纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡失调。及时检查血中电解质，本着缺什么补什么的原则进行补充和纠正。

(3) 防止缺氧及低血钾、脑水肿的发生。一旦出现脑水肿时，严格按照脑水肿的处理原则进行治疗。

肝炎合并上消化道出血有哪些早期表现

消化道出血是重型肝炎常见的并发症，主要是因肝细胞大块坏死，凝血因子和抗凝血物质的合成减少或消耗增加，凝血机制障碍；弥漫性血管内凝血（DIC）的形成；胃粘膜应激性溃疡；门脉高压所致的食道胃底静脉曲张破裂等所致。临床早期表现：乏力加重，腹胀明显，腹部隐隐作痛，出现频繁呃逆，大便潜血阳性，血小板下降，凝血时间延长，有出血倾向。注意观察血压、脉搏，有血压下降趋势，脉搏细弱而速者，应严防上消化道出血。

重症肝炎合并肝肾综合征防治措施有哪些

肝肾综合征（HRS）属于功能性肾功能衰竭，仅伴发于重症肝功能衰竭。临床表现呈急性或亚急性肾小球滤过率（GFR）下降，以肾小管功能改变为特征，表现为中度乃至重度肾前性肾衰，能除外其它病因所致的肾前性肾衰。病理改变特征是肾皮质外层血管收缩（缺血），而皮质内层与髓质血流不变。几乎都有少尿，尿钠小于10毫克/升，尿/血浆渗透压比值大于1。对肝肾综合征主要应采取综合性防治措施。

1. 治疗原发病：积极治疗肝炎，防止肝衰，阻断肝细胞坏死，加强其他重肝的合并症的治疗。

2. 防治肾功能衰竭的诱因：防止休克发生及血容量不足，注意及时补充血容量，增加肾血流量和肾小球滤过率。补充血白蛋白，鲜血及新鲜血浆，可取得短期疗效。

3. 大量腹水时应慎重，如需放腹水，量要适当，不可过多。谨慎利尿，积极防治上消化道出血。

4. 注意维持水、电解质及酸碱平衡，保持内环境稳定。

5. 合理补充热量：每天补充热量4180~6270千焦（1000~1500千卡）。以碳水化合物为主，少给或不给蛋白质，以防止氮潴留。

6. 改善微循环：右旋糖酐及654-2，可解除内毒素、肠肽等造成的肾微血管痉挛。654-2首剂60毫克，每天可用180毫克静注。右旋糖酐500毫升，静脉点滴，每日一次，短期使用；多巴胺40毫克加速尿40毫克或654-220毫克腹腔注射，可直接降低门脉压力而产生利尿作用。改善肾脏血流量，受体阻滞剂苯苄胺及受体阻滞剂心得安等均可抑制肾素分泌，使入球小动脉扩张，肾血流量和肾小球滤过率增加；前列腺素E、E₂也可增加肾血流量和肾小球滤过率。

7. 合理使用利尿剂。速尿可使肾前列腺E₁合成增多，肾内血流量重新分布，由髓质流向皮质，肾小球灌注得到改善，但应用24小时后可使血浆肾素活性增加而引起反跳。

肝坏死合并腹腔感染怎样治疗

患者应卧床，注意饮食及必要的胃肠减压，保证足够的热量及维生素的供给，保持水电解质的平衡，尽量少用或不用利尿剂，加强抗生素使用的针对性。

腹腔感染的病原以大肠杆菌等革兰氏阴性杆菌为主，在获得腹水培养及药敏结果之前，应首先考虑选用抗革兰氏阴性杆菌的抗生素，但要考虑厌氧菌的可能性。严重感染要联合用药。应尽量避免应用对肾功能有损害的药物。必要时腹腔内注入抗生素。

灭滴灵也可应用于腹腔感染的治疗，对厌氧菌感染者效果好。

顽固性腹水有哪些基本的治疗措施

顽固性腹水是指腹水进行性增多，利用利尿剂治疗 6 周以上无效者，并伴有肾功能衰竭。治疗采取以下方法。

1. 利尿剂与扩血管药联合腹腔内注射：多巴胺 20 ~ 100 毫克、速尿 40 ~ 200 毫克或加 654-2 20 ~ 40 毫克反复腹腔注射，每日一次，同时口服安体舒通 40 ~ 100 毫克，1 日 3 次。

2. 腹穿放腹水：大量腹水引起呼吸困难及循环障碍时。应紧急放腹水，以缓解症状，预防肝肾综合征及静脉曲张破裂出血。每次放腹水量要适当，一般 1500 ~ 3000 毫升较为安全。放水前或放腹水过程中要补充鲜血，白蛋白或鲜血浆等胶体溶液，扩充血容量。

3. 腹水回输：这种方法不易丢失蛋白质及电解质。但污染机会多，回输量大会引起心脏负担过大。

4. 控制腹腔感染，有利于腹水减少，提高治疗效果。

肝炎病人能否使用镇静、安眠药物

肝炎病人往往有失眠、不安、烦躁等，主要是因为肝脏受损后，肝功能减退，肝脏的代谢功能、解毒功能发生障碍，体内一些代谢废物及毒素不能迅速转化解毒排出体外，有毒物质在血液中储留蓄积而引起。要让病人得到充分休息，就要保证足够的睡眠时间，重型肝炎更需要休息好，减少消耗。可以选择性地应用一些镇静、安眠药。

1. 苯巴比妥具有护肝、退黄作用，为首选安眠、镇静用药，30 ~ 60 毫克，睡前 30 分钟口服。异戊巴比妥、速可巴比妥也可使用。

2. 苯二氮 类如利眠宁、安定等均可临时选用。

3. 重型肝炎有神经精神症状时，应预防肝昏迷的发生。可给莨菪类药物：654-2、东莨菪碱达到镇静的作用。4. 禁用对肝脏有损伤的药物，如氯丙嗪可引起毛细胆管：炎，加重黄疸，对肝炎的治疗不利。

乙肝能否治愈

就诊的乙肝病人，有些是在体检时发现患病的，而有些病人就诊时已到了肝炎的恢复期，这表明乙肝有一定的自愈性。当然也不可忽视自我调节营养、自我保健和治疗。乙肝的转归还要看是什么类型。根据观察慢性迁延性患者，通过适当休息，合理营养，自我保健和合理治疗，多数病人可以稳定或痊愈。只有少数病人，因过于劳累，饮酒，不注意调理营养，常用损肝药物或合并其它疾病而转成慢性活动性肝炎。慢性活动性肝炎的愈合较慢性迁延性肝炎差，但多数患者经过合理治疗，可转为慢性迁延性肝炎，继而痊愈。患乙型肝炎后，如果得不到合理治疗，加上劳累，饮酒，使用损肝药物等，则不利于肝脏组织的修复，易发展成肝硬化。但即使是肝硬化，经过抗肝纤维化及抗病毒治疗后，可以阻断其发展。因此，患肝炎后心情要舒畅、乐观，树立战胜疾病的信心，动员机体内的抗病能力，加上合理治疗，肝炎是可以治愈的。

何为输血后肝炎

输血后肝炎是指因输血而引起的肝炎，我国输血后肝炎大多数是乙肝、丙肝。一般不引起甲肝和戊肝，但有报道因输血后得甲肝的。

输血后肝炎，一般表现为急性黄疸型，多数预后好，但形成慢性肝炎的亦不少见。尤以乙型、丙型者易慢性化。若病人抵抗力弱、输血量较大，而输入的血中乙肝病毒或丙肝病毒复制活跃，则受血者易得输血后急性重型肝炎或亚急性重型肝炎，预后差，死亡率高。近年来，由于对乙肝、丙肝血清病毒标志物的检测新技术的开展，对供血者的血液检测筛选严格，输血后的肝炎发生率有所降低。

与乙肝病毒携带者在一起工作会被传染吗

要了解这一问题，首先得知道乙肝的传播途径及传播媒介。由于乙肝病毒经血液传播，间接接触传染乙肝的机率很低。健康人与乙肝病毒携带者在同一办公室工作时，相互之间虽然通过公用电话、书写工具、门把及其他办公用品具有接触，但均属间接接触，一般不会被传染。

急性乙肝病人与慢性乙肝病人的隔离有何区别

急性期乙肝病人血中有大量的乙肝病毒存在，乙型肝炎核心抗体多为阳性，其效价高于非急性期病人 10 倍以上，脱氧核糖核酸多聚酶活性亦明显增高。由此表明急性期乙肝病人病毒复制旺盛，传染性强，因此急性乙肝病人必须住院隔离治疗，防止传播、感染他人。其隔离长短依病情而定。慢性乙肝病人是否隔离治疗，要看乙肝病人血内乙肝病毒复制指标而定。如果复制标志明显，如表面抗原、e 抗原、核心抗体、乙肝病毒脱氧核糖核酸均阳性或脱氧核糖核酸多聚酶的活性强，传染性强，应当和急性乙肝病人一样进行隔离治疗。但我国是乙肝的高发区，乙肝表面抗原阳性携带者为数甚多，都住院治疗，有一定困难，也可采取相应的措施在家中隔离治疗。

家中有肝炎病人，怎样预防感染

家里有人患肝炎后，应采取预防措施，防止肝炎在家庭成员中传播。首先应送病人去医院隔离治疗，暂时尚不能住院者应在家里进行隔离治疗。其次是切断传播途径。具体方法是：隔离病人。家庭成员实行分餐，餐具独用，用后单独进行煮沸消毒，时间为 30 分钟，清洗后备用。病人剩的饭菜等要煮沸消毒后弃去。病人专用便器，病人的粪便及排泄物要进行彻底消毒。病人换下的内衣、内裤、床单，最好煮沸 15 分钟，或放 0.2% 过氧乙酸消毒 2 小时后再用肥皂水洗净。病人用过的物品，要用过氧乙酸进行消毒处理。病人或护理病人的家属，要养成饭前、便后洗手的习惯，接触污物后要洗手。

乙型、丙型肝炎患者可否结婚和生育

乙型、丙型肝炎患者是可以结婚的，但是要掌握好结婚的时机。做好婚前检查，确定无传染性时，方可结婚。乙型肝炎患者的配偶，可作被动免疫，或全程注射乙肝疫苗进行免疫，半年后可产生保护性抗体即乙肝病毒表面抗体。丙型肝炎患者已经治愈或检丙型肝炎病毒核糖核酸阴性者也可结婚。

乙肝或丙肝患者不能生育，因为妊娠会加重肝脏负担，使肝炎病情加重，或发展为重型肝炎，导致生命危险。即使是病毒携带者，合并妊娠后也容易

发展成现症病人或慢性带毒者。另一方面，患乙型肝炎的孕妇，e 抗原阳性者，90%以上能经过垂直传播而传染给下一代。

肝炎病毒携带者、肝炎病人能否过性生活，应注意些什么

1. 乙肝病毒携带者，一般情况良好，其配偶有自身保护能力（即抗-HBS 阳性），能过正常的性生活。

2. 发病期肝炎病人，则应禁忌性生活，以避免疲劳，加重病情。

3. 恢复期间的肝炎病人，性生活要适度，不可过频，以免疲劳，使病情反复迁延不愈而形成慢性，主要是乙、丙型肝炎。即使身体情况较好，过性生活时也要注意性道德，采取一定的措施，如用避孕套等，避免肝炎病毒传染给配偶。这就是为什么把乙肝列为性病范畴的缘故。

目前用来预防肝炎的疫苗有几种？乙肝疫苗怎样注射为最好？

目前用来预防肝炎的疫苗有甲肝减毒活疫苗和乙肝疫苗二种。乙肝疫苗的种类有血源性乙肝疫苗，多肽疫苗，基因工程疫苗，抗独特性抗体疫苗。目前使用的是血源疫苗。

国内外常用的乙肝疫苗预防程序主要有两种：

（1）0-1-2（接种当天、1个月、2个月）。这种程序适合于即将到疫区工作的人员，接受血液透析的病人，预计手术中需要大量输血的病人。

（2）0-1-6（接种当天、1个月、6个月）。

以上两种程序，使用相同剂量，相同的注射途径，接种后的近期效果也相似。但 0-1-6 程序接种后的免疫效果持续时间较长，所以新生儿和婴幼儿免疫提倡 0-1-6 程序。我国卫生部颁布的《全国乙肝血源疫苗接种实施办法》中也是推行 0-1-6 免疫程序。

按照免疫程序注射的剂量应按三针剂量均为 30 微克/毫升注射，比第 1、2 针 30 微克/毫升，第 3 针 20 微克/毫升效果好。

对 HBsAg 阳性的新生儿用高效价乙肝疫苗 30 微克/毫升肌注，其程序按生下 24 小时内第 1 针（0），1-6 各 1 次，剂量不变。一年后加强注射免疫 1 次。有效保护率可维持 6~7 年。

注射乙肝疫苗后仍不产生抗体怎么办

目前应用的乙肝疫苗采取 0-1-6 程序免疫，每次 30 微克/毫升，肌注，目的是使接种者体内产生乙肝病毒表面抗体，抵抗乙肝病毒感染。多数接种者 1~3 个月后抗-HBS 呈现阳性，也有少数不出现阳性者，此时随即再注射 2 次，中间间隔 1 个月。多数都能转阳，获得可靠的免疫力。如果有的仍不产生乙肝病毒表面抗体（保护性抗体），应检查接种者机体免疫功能，是否属于免疫麻痹或免疫缺陷者，可再加注乙肝免疫球蛋白以期提高免疫力。另外检查疫苗的质量及保存中有无失误而使疫苗失效之原因。

流行性出血热

什么是流行性出血热？其预后如何

流行性出血热是由虫媒病毒引起的以发热、出血表现为主的自然疫源性急性传染病。按临床和病理特点分为有肾损害和无肾损害两大类，在我国大多属于有肾损害的出血热。82年国际会议定为“肾综合征出血热”，83年全国出血热会议定名为“流行性出血热”，习惯上简称为“出血热”。

本病的病原体为布尼亚病毒科汉坦病毒属有膜的核糖核酸病毒。传染源主要是鼠类（野鼠中以黑线姬鼠为主，家鼠中以褐家鼠为主），近年来发现家畜和家禽猫、猪、鸡、犬、兔体内也携带病毒，一般认为病人作为传染源的可能性小。病毒主要通过以下几个途径传染人体：直接接触传染：皮肤粘膜破损后污染鼠血或排泄物。食入鼠类污染的食物和水。呼吸道吸入带毒的尘埃。带毒的螨咬人后传播。另外近年来有人认为患病孕妇可能经胎盘垂直传播。

人对本病普遍易感，各年龄组均有发病，但以从事野外劳动的青壮年发病率最高，本病有明显的季节性，终年均可发生，而以10~12月份为流行高峰，有的地区5~7月有小高峰。病后有持久稳定的免疫力，所以极少再次发病。本病的预后与发病类型（野鼠型重，家鼠型轻）、病情轻重及合并症的严重程度有关。近年来病死率由原来的20%降到5%左右，病愈后无后遗症，个别遗留脑垂体前叶功能低下及慢性肾功能不全。

怎样预防流行性出血热

由于本病主要是老鼠传染给人的，所以灭鼠是预防的关键措施。不要用于接触鼠类及其排泄物、不吃鼠类污染的食物，妥善保存食物餐具，清粮仓时戴上口罩。另外灭螨防螨、不坐卧草堆，用敌敌畏稀释喷洒室内外。疫苗的研制已有突破性进展并投入试产，不久即可在预防中发挥作用。

流行性出血热的发病机制是怎样的

病毒侵入人体引起病毒血症并在全身小血管（小动脉、小静脉、毛细血管）内皮组织繁殖，引起小血管广泛损伤，血管脆性，通透性增加，导致血浆外渗，有效循环量下降而出现组织水肿、皮肤粘膜出血、血压下降甚至休克。低血压休克时肾血流量减少又引起缺血性肾小管变性坏死而致肾功能障碍。近年来认为本病与免疫反应有关。病毒直接侵犯免疫器官和免疫细胞造成免疫紊乱，表现为细胞免疫低下，体液免疫亢进，补体水平下降。发病早期即有特异性抗体出现并迅速形成免疫复合物，免疫复合物不但可沉积在器官组织小血管内膜，还可激活补体释放出一系列活性物质损伤血管，并可与血小板结合破坏血小板。病毒也可直接侵犯骨髓巨核细胞，引起血小板数量下降及功能障碍导致出血；免疫复合物与红细胞结合使之积聚、血粘稠度升高，微循环障碍，加之血管损伤，胶原物质暴露激活凝血系统均可导致弥漫性血管内凝血，从而加重休克、出血与肾损。所以病毒和免疫复合物等因素造成的全身广泛小血管损伤是病理生理变化的基础，发病过程中，病毒是始动因素，免疫反应与一些介质也参与发病过程。

流行性出血热有哪些临床表现

发热、出血、肾脏损伤是流行性出血热的三大主症。从整个病程发展来说一般分为五期：

发热期（即病毒血症期）：此期三大主症即已出现，只是有轻重不同。发热是本病的必有症状，体温高低不一、热型不定，大多起病急，呈弛张热或稽留热。全身中毒症状有三痛（头痛、眼眶痛、腰痛或全身痛）及胃肠道症状（恶心、呕吐、腹痛、腹泄等），重者可有神经系统的表现。毛细血管损伤表现为三红（面红、眼红、颈胸红）并出现眼球结膜水肿呈酒醉貌。皮肤粘膜有出血点，多见于腋下、软腭、胸背、上肢、腹部、呈簇状或搔抓样，多在起病 2~3 天即出现，约一周消失。肾脏损伤表现为发病第 1~2 天即有蛋白尿，并随病程进展加重。本期一般持续 3~7 天。体温越高，持续时间越长病情越重。

低血压休克期：在发热末期或退热同时（一般在病后第 4~7 天）出现血压稍降或骤降或波动不稳。同时，组织水肿、消化道症状、出血、肾脏损伤均加重。有体温脉搏交叉现象（体温下降，脉搏反增快）。

少尿期：紧接低血压休克期出现，重者可与低血压期重叠，轻者可从发热期直接进入少尿期（一般在病程第 5~8 天，持续 2~5 天）。主要表现为急性肾功能衰竭，少尿（ < 500 毫升/24 小时）或无尿（ < 50 毫升/24 小时）或少尿倾向（ < 1000 毫升/24 小时），水肿、出血倾向、消化道症状进一步加重，尿

中蛋白增加，可有血尿、尿膜。此期常伴水电解质、酸碱平衡失调，氮质血症，高血容量综合征等表现。一般说少尿期越长，氮质血症越高病情越重。

多尿期：少尿期过后，尿量渐增加或突然增加，伴夜尿多。部分病人可从发热期或低血压期直接进入多尿期（一般在病后第 8~15 天出现）。尿量小于或等于 2000 毫升/24 小时为移行阶段，大于 2000 毫升/24 小时进入多尿期，大于 3000 毫升/24 小时为多尿。移行阶段和多尿早期症状仍继续加重，后期症状及氮质血症减轻。此期持续时间长短不一，大多 1~2 周左右，多尿程度也不同。此期易出现水，电解质失衡及继发感染。

恢复期：尿逐步恢复正常，夜尿消失，精神、饮食好转。整个病程 1~2 个月。

怎样判断是否患了出血热及病情轻重

是否患了出血热可依据以下几个方面判断：发病季节与近两个月内有鼠类接触史或有野外作业、露宿史。临床表现有“三红”、出血倾向、肾脏损害、特别是具有特征性的酒醉貌、球结膜充血水肿、搔痒状出血点等具有早期诊断意义。热退病情反加重及五期经过均有助于诊断。实验室检查方面：应做尿常规检查并多次复查，本病早期即出现蛋白尿并随病程而增多，少尿期达高峰并可有血尿、管型尿及尿膜。血常规可发现白细胞总数升高，早期中性为主，4~6 天后淋巴细胞相对增多，并出现异常淋巴细胞，血小板有不同程度地下降。发热期和低血压期可有血液浓缩的表现（红细胞，血红蛋白增高等）。血非蛋白氮升高（低血压期始上升，少尿期与多尿早期达高峰）。确诊靠血清学检查，单份血清检测待异性 IgM 抗体，或恢复期和急性期双份血清测特异性 IgG 抗体 4 倍以上升高。前者用于早期诊断。有条件者可直接检测抗原。

判断病情轻重一般根据发热、出血、肾脏损伤的程度及全身中毒症状的轻重、并发症的有无与严重程度等几方面。临床一般分为四型： 轻型：体温低于 39℃，中毒症状和出血倾向，肾损均轻，仅有出血点，尿蛋白十~++，血压正常，无明显少尿期。 中型，体温 39℃~40℃，出血、肾损较明显、血压下降、尿蛋白++~+++，中毒症状重，恶心、呕吐、酒醉貌，球结膜水肿， 重型：体温达 40℃ 以上，出血、肾损严重，有皮肤瘀斑及腔道出血、休克、少尿小于 5 天或无尿小于 2 天，可伴有尿毒症或肺水肿及神经系统症状。 危重型：体温高于 40℃，有顽固性休克（超过 24 小时）、多脏器或重要脏器严重出血，少尿超过 7 天或尿闭超过 2 天或尿素氮大于 85.7 毫摩尔/升，有严重的中枢神经系统症状或心衰、肺水肿、感染等并发症者。

流行性出血热与哪些病易混淆

本病临床复杂多变，一些不典型病人或特殊类型易造成误诊，有人统计误诊病种达 25 种之多。本病发热期与低血压期易误诊为流脑、流感、败血症、钩端螺旋体病、斑疹伤寒等。特别是重型出血热和流脑均可出现发热、头痛、呕吐、皮肤出血点和斑、休克及脑膜刺激征等，但出血热头痛一般不及流脑剧烈，呕吐也不象流脑多呈喷射性。流脑约 70% 病人有皮肤出血点，大小不等、也缘不整，以四肢多见，涂片可查到脑膜炎双球菌。出血热有突出的腰痛、肾区叩击痛及酒醉面容、明显而持久的蛋白尿，流脑则以脑膜刺激征突出，并有脑脊液改变，且流行在冬春季节，小儿多见。另外金黄色葡萄球菌败血症时，由于红斑毒素也可使皮肤潮红，应与出血热鉴别。

少尿期易误诊为肾炎，但肾小球肾炎发病前常有溶血性链球菌感染史，发热多不重，也无皮肤充血出血现象。急性肾盂肾炎则有明显的尿急、尿频，尿中有大量的脓血球，也无皮肤充血出血现象。

以出血现象为主的出血热易误诊为急性白血病、血小板减少性和过敏性紫癜、肠伤寒出血等。少数病人因剧烈腹痛伴腹肌紧张和压痛而误诊为急腹症。

治疗流行性出血热应采取哪些措施

本病应根据“三早”（早发现、早休息、早诊断）“一就”（就地治疗）的原则，针对各期的病理生理特点分期治疗。特别应把好“三关”（休克、出血、肾衰）采取预防性综合性治疗措施，帮助病人渡过危险期。

发热期治疗： 一般治疗：及时休息，采用高热量、高维生素易消化之食物。发热者勿强发汗，可物理降温或用肾上腺皮质激素，一般 3~5 天热退即停用。 液体治疗：发热期循环血量已不足，故应及时补液，防止休克发生。一般用平衡盐液及葡萄糖 1000~1500 毫升/日，常规应用止血敏、维生素 C、K₁、B₆ 等以止血对症治疗。发热后期可酌情用碱性药物。 及早应用抗病毒及免疫制剂：常用病毒唑 30 毫克/公斤体重，联合干扰素 100~300 万单位，连用 3~5 天。 中药治疗：针对出血热病程中湿、热、毒、瘀及气营两燔的特点，采用清热解毒、化瘀凉营法，常用清瘟败毒散和丹参等治疗。

低血压休克期主要是抗休克治疗，在补充血容量同时，针对微循环衰竭、酸中毒、心功能不全等采取相应的治疗措施。补充血容量要做到“一早二快三适量”，争取在 2 小时内改善微循环，动态查血色素作为调整液体量的参考。常用液体有葡萄糖盐水、低分子右旋糖酐、碱性药、血浆蛋白等，也可

用地塞米松。补充血容量后血压仍不稳定者，应分析原因，是液体量不足还是有出血、感染、输液反应，酸中毒等情况存在，给予相应处理。在血容量补足的情况下可用血管活性药物如多巴胺、间羟胺等治疗。

少尿期及多尿早期关键在于排泄代谢毒物、维持内环境稳定、防治并发症。采用高糖、高维生素、低蛋白饮食、控制氮质血症的发展，严格控制液量，量出为入，宁少勿多，液体为前一天出量加 500 毫升，一般不补盐，常用葡萄糖液加能量缓慢静点，纠正酸中毒要根据二氧化碳结合率，不宜量太大。排泄毒物采用利尿、导泻法。早期功能性少尿阶段用速尿 40~100 毫克/次，4~8 小时用一次，效果不佳说明已进入器质性少尿阶段，采用 20% 甘露醇 125 毫升或 50% 硫酸镁 40 毫升或用中药大黄 30 克泡水口服以导泻，有消化道出血者不宜用。对于氮质血症及高钾血症、进行性酸中毒、高血容量综合征，可采用腹膜或血液透析。另外对并发症采取相应的治疗。

多尿期治疗主要注意热量、电解质补充，特别注意补钾，适量补钠，尿量超过 2500~3000 毫升，每增加 1000 毫升多补 1 克钾。补液不可过多，一般补充量略少于出量，以口服为主。注意加强营养，防止感染与水、电解质紊乱，再次出现休克、肾衰。中药一般用缩泉丸，固肾汤等治疗。恢复期治疗注意补充营养，休息 1~3 个月后逐步恢复正常活动。

常见并发症有哪些，怎样治疗

本病各期均有并发症，以少尿期到多尿期为重，常促使病情加剧。常见的有以下几种：

(1) 心衰肺水肿：多见于低血压休克期、少尿期及多尿初期，由渗出或高血容量引起肺水肿。临床表现为胸闷、呼吸困难、咯粉红色泡沫痰，肺部有湿罗音，心率加快、心律失常等。应立即停止输液、给吸氧（用 40% 的酒精加湿化瓶内以减泡沫），强心、酌情给予镇静、降压利尿、导泻、透析等治疗，也可用苄胺唑啉扩张血管。

(2) 腔道大出血：少尿期伴严重尿毒症者多见，常见呕血、衄血、便血、尿血、阴道、腹腔内、颅内出血等。应针对出血原因处理，有应激性溃疡者用西咪替丁，有弥漫性血管内凝血者用肝素或丹参注射液，纤溶亢进者用 6-氨基己酸等治疗。

(3) 成人呼吸窘迫综合征：多见于低血压休克期及少尿期，常因为休克、弥漫性血管内凝血、肺出血、尿毒症引起，因休克纠正后肺循环高压及肺毛细血管通透性改变或由补液过量，使肺间质水肿引起。表现为胸闷、呼吸极度窘迫、两肺有干、湿性罗音。治疗主要是解除病因，加压人工呼吸，应用地塞米松等。

(4) 继发感染：以少尿期至多尿期多见，可有肺炎，尿路感染、肠道感染、败血症、真菌感染等。治疗选用敏感而无肾损的抗生素。

(5) 中枢神经系统合并症：见于发热、休克、少尿三期重叠的病例或严重尿毒症者。主要有脑水肿、脑出血等，临床出现抽搐、昏迷、脑膜刺激征。治疗针对病因给予脱水、止血药物等。

(6) 其他合并症：自发性肾破裂、多发生在急性肾衰极期，以右侧多见。表现为突然腰痛，面苍白、血压下降、腰肌呈板状，伴腹膜刺激征，X 线显示肾影消失，常伴腹膜后血肿阴影。少量出血不伴休克者可保守治疗，绝对卧床休息、输血等，重者应急诊手术。另外还可并发垂体性昏迷，高渗高糖

非酮性昏迷，腹水、肠穿孔、弛缓性瘫痪、神经根炎、营养紊乱综合征、急性青光眼等。

患流行性出血热后应注意哪些事项

患病后应及时卧床休息，摄取高热量、高维生素易消化食物。病程中认真观察体温、脉搏、呼吸、血压及尿粪、呕吐物等异常变化。作好 24 小时出入量统计。发热期不要轻易服用解热镇痛药及对肾脏有损害的抗生素。发热末期及低血压休克期勿突然坐起或站立，最好在床上排便，注意保暖。少尿期要控制液体量，低盐、低蛋白饮食，蛋白每日摄入量小于 30~40 克，有消化道出血者，需遵医嘱禁食至止血后 24 小时，有昏迷者应采取口角低位，防舌后坠及分泌物堵塞呼吸道。多尿期与恢复期应补足水分和营养，开放饮食，增强抵抗力，防继发感染，同时逐步增加活动量。

流行性乙型脑炎

乙脑是怎么得的？乙脑病毒是怎样危害人体的

流行性乙型脑炎简称乙脑，是由乙脑病毒经蚊虫传播的一种急性全身性传染病。好发于儿童，流行于夏季。临床上以起病急、高热、意识障碍、抽搐及脑膜刺激征为特征。该病毒感染通常在动物间传播和流行。人是偶然受害者。每年7、8、9三个月蚊虫活跃，叮咬感染动物后再叮咬人，人体在抵抗力低时即可发病。

乙脑病毒经蚊虫叮咬进入人体，经淋巴管或毛细血管进入血液循环成为病毒血症。再经血液循环到达全身各脏器引起全身病变。此时如人的血脑屏障机能完善，病毒不能到达脑组织，短时间内抗体产生可把病毒消灭，这就是隐性感染。如人体抵抗力低，血脑屏障不完善或病毒数量多，致病力强，到达脑组织造成中枢神经损害即发生脑炎，出现症状。

怎么知道病人得了乙脑？得了乙脑需做哪些检查

乙脑流行季节，病人有蚊虫叮咬史，且又有高热、意识障碍、抽搐、呼吸困难，头痛、颈强或有喷射状呕吐者应高度怀疑本病。应急赴相关医院就诊，结合临床检查，一般不难确诊。患了乙脑后应查血常规，腰穿取脑脊液做常规生化化验及乙脑抗体检测。结合临床表现，一般即可进一步明确诊断。另外，对于极重型患者还应做脑部CT、磁共振检查，可帮助确诊病变部位、病灶大小。

行腰椎穿刺对乙脑患者有危害吗

腰穿取脑脊液化验是乙脑辅助诊断的一种手段。有人误认为是抽“脊髓油”，抽“骨髓”。顾虑以后会出现后遗症。其实这种担心是多余的。腰穿是在第三、四腰椎间进行的。这里已没有脊髓，只是抽取少量脑脊液。脑脊液是不断循环，不断被分泌出来的，也不断回吸到血管去，抽一点，很快就补充上来。故腰穿取脑脊液化验对健康没有危害。

乙脑与流脑是一回事吗？乙脑还应与哪些疾病相鉴别

乙脑与流脑不是一回事。首先它们病变部位不同，乙脑病变部位在脑实质；流脑病变部位在脑脊髓膜。其次乙脑是由乙脑病毒感染而发病；而流脑是由脑膜炎双球菌侵袭所致。第三，乙脑传播是由带毒蚊虫叮咬而感染；流脑是由空气传播的。第四，乙脑多发病于夏秋季节；流脑发病多在冬末春初。此外，乙脑在临床上还应与肠病毒性脑膜炎、单纯疱疹病毒性脑炎、结核性脑膜炎及中毒型菌痢相鉴别。

乙脑治疗要把好哪“三关”？乙脑昏迷患者应如何护理

治疗乙脑的“三关”为高热、抽搐及呼吸衰竭三大凶险症状。这些症状多出现在本病极期。处理好这“三关”直接关系到病人的预后，故应积极对待。

昏迷病人自主性运动功能丧失，护理尤为重要。体位最好侧卧位以利于痰液排出，保持呼吸道通畅；保持口腔清洁，插鼻饲管以便喂水、喂药及补充流质饮食；定时翻身以防褥疮。

祖国医学对乙脑的认识及治疗怎样

乙脑在祖国医学中属“暑温”范畴。治疗以清热解毒、芳香化浊、熄风通下为原则，具体如下：

(1) 卫气证(轻型)：治以辛凉解毒、清热解表，方用银翘散加减。

(2) 气营证(重型)：治以清热解毒、凉血开窍，用清营汤，白虎汤加减。

(3) 营血证(极重型)：治以清热解毒，熄风祛痰，凉血开窍，方用犀角地黄汤发加减。

乙脑恢复期应注意些什么？乙脑会有哪些后遗症

本病恢复期指极期过后体温降至或接近正常的阶段。由于病人高热，消耗很大，此期消化功能已恢复。故饮食应注意营养丰富。对有后遗症的病人应加强功能锻炼及合理的辅助治疗，如针灸、按摩等。随着医疗条件的改善，目前乙脑患者很少留有后遗症。但部分病人可因病情极重或治疗不及时，误诊等，会有震颤、多汗、智力障碍、肢体强直等症状。但经过积极针刺、推拿、按摩及药物调整，多数可望在6个月内恢复，只有少数留有终生残疾。

哪些人容易得乙脑？怎样预防乙脑的发生

人对乙脑普遍易感。以家居农村、卫生条件差且流行季节生活环境有猪、牛、驴、鸭等家畜家禽者，感染机率较高。但感染后仅少数人发病多数人为隐性感染。本病具有稳定的免疫力，故患过乙脑的病人一般不会第二次发病。

乙脑的预防关键注意三个方面：即灭蚊、注射疫苗和动物宿主的管理。灭蚊即切断传播途径，不给乙脑病毒以传播机会；接种乙脑疫苗使易感人群产生保护性抗体，增加人体的抵抗能力，减少发病；畜禽的管理则主要是控制扩散宿主，降低其带毒率。

麻 疹

麻疹是怎样得的？如何传播

麻疹是由麻疹病毒所引起的急性呼吸道传染病。其临床特征为发热、流涕、咳嗽、眼结膜充血、口腔粘膜斑及皮肤斑丘疹。

麻疹病人是唯一的传染源。恢复期患者不携带病毒。从潜伏期末至出疹的第5天内，眼结膜、鼻、口咽、气管的分泌物中都含有病毒，故有传染性。

麻疹病毒通过喷嚏、咳嗽、说话时借飞沫直接传播，较少通过衣物、玩具间接传播。但与麻疹病人接触后需立即再接触易感者时，也应更换外衣及清洗手脸。

哪些人易患麻疹？什么季节易流行

人群普遍易感。凡未患过麻疹又未接受过麻疹疫苗预防的人，一旦接触麻疹病人后，90%以上发病。

以6个月至5岁小儿的发病率最高。6个月以内的婴儿因从母体获得抗体，故不易感染麻疹。自麻疹疫苗推广接种以来，发病率明显下降，发病年龄向年长儿推移，青少年中患麻疹者也屡见不鲜。成人多因在儿童时期患过麻疹而获得持久免疫力。

麻疹一年四季均可发病，但以冬、春两季多见，其原因可能为此时期气候干寒，人的呼吸道粘膜抵抗力下降及人们在室内活动增多，接触密切，有利于呼吸道传染病的传播。

麻疹早期有哪些表现

主要表现为上呼吸道感染。一般3~5天。起病急，有发热、全身不适、食欲不振、继而出现上呼吸道感染，咳嗽、喷嚏、流涕、眼结合膜充血、畏光、流泪、眼睑浮肿，呈特殊的“麻疹面貌”。发热2~3天后，约90%病人在口腔两侧颊粘膜上可见麻疹粘膜斑，为直径约0.5~1毫米黄白色小点，周围有毛细血管扩张所引起的红晕。

麻疹的出疹顺序是怎样的

发热3~4日后出现皮疹。首先在耳后发际，渐及前额、面、颈，然后自上而下顺次蔓延到躯干、四肢，最后达手掌、足底。皮疹初为红色斑丘疹，大小不等，高出皮肤，压之褪色，初发时稀疏，色较淡，疹子较细，以后逐渐融合成片，皮疹间可见到正常皮肤。

出疹时，全身症状加重，体温可高至40℃左右，咳嗽频繁，声音嘶哑、结膜红肿更加畏光，面浮肿，嗜睡甚或谵妄。重症患者肺部常有湿罗音，出疹期为3~5天。之后，按出疹的先后顺序消退，由红色逐渐转变为棕褐色，退疹时体温开始下降，全身症状也随之减轻。在皮疹消退后有麦麸样脱屑，留有褐色色素沉着，经2~3周后完全消失。

麻疹有哪些特殊情况？与预后有关吗

除典型麻疹外，尚可有其他类型：

(1) 轻型麻疹：在潜伏期曾注射免疫球蛋白或成人全血，或年龄在6个月以下，则感染麻疹后的临床症状较轻，发热多在39℃以下，眼结膜及呼

吸道症状轻，皮疹稀疏，出疹期短，或无麻疹粘膜斑，病程约一周左右，无并发症，预后好。

(2) 重型麻疹：多见于伴发严重继发感染或病毒毒力过强者。起病即高热，且持续在 40~41℃，伴惊厥、昏迷，皮疹密集，有时融合成片，全身及呼吸道症状重；或皮疹稀少，色暗淡，甚至因末梢循环障碍而致皮疹隐退。此型患者病死率高，常并发肺炎、心肌炎或脑炎。

(3) 出血型麻疹：少见，皮疹为出血性，甚至有消化道出血，全身症状严重，病死率高。

(4) 异型麻疹：接种灭活麻疹疫苗后 6 月至 6 年，再感染麻疹病毒后引起。可能是一种迟发型变态反应。待征为前驱期短，约 4 天左右，除发热和卡他症状外，无麻疹粘膜斑，可出现肌痛、腹痛。于出疹期发热及全身症状重，出疹顺序为先四肢渐向躯干及面部发展，皮疹为多形性。国内主要用麻疹减毒活疫苗，故此型麻疹少见。

麻疹容易和哪些病相混淆

1. 风疹：前驱期短，发热及上呼吸道症状轻，无麻疹粘膜斑。一般发热：1~2 日内即出疹，1 日内可满布全身。1~2 日内即消失，不留色素沉着，不脱屑。出疹期耳后、枕后、颈部淋巴结肿大。预后好，并发症少。

2. 药物疹：出疹前有磺胺、巴比妥类、水杨酸盐或青霉素等药物史。皮疹形态不一，停药后皮疹可逐渐消退，皮疹发痒，在摩擦及受压部位较多。缺乏麻疹所特有的发热与较明显的呼吸道卡他症状。

3. 幼儿急疹：呈玫瑰色斑丘疹，常见于 1 岁左右的婴幼儿。无明显全身症状，突然高热 3~5 天，热退后出现皮疹，色较鲜红，稀疏分明，小儿迅速恢复。

麻疹的并发症有哪些

1. 肺炎：是最常见的并发症，也是引起麻疹死亡的主要原因。多见于 5 岁以下的小儿，原有佝偻病或营养不良者更易并发肺炎。肺炎能发生于麻疹过程中的各个时期，最常见于出疹后一周以内。除具麻疹的临床表现外，体温更高或皮疹已消退而体温持续不退，或皮疹突然隐退，咳嗽加重，气急、鼻扇、面色青紫等。

2. 喉炎：在麻疹过程中的轻度喉炎，为麻疹的自身症状，预后良好，继发性喉炎的并发率为 1%~4%，多发生于 2~3 岁以下小儿。表现为犬吠样咳嗽，声音嘶哑，吸气性呼吸困难，严重者有面色苍白、紫绀、气促、烦躁，甚或因窒息死亡。多见于出疹期及退疹期。

3. 心功能不全：多见于 2 岁以下小儿。由于麻疹病毒血症，或并发肺炎或合并其它腺病毒感染、高热、代谢紊乱、酸中毒等原因，使心肌发生缺氧，心肌营养不良。主要表现为气急、烦躁、面色苍白、四肢发绀、脉细速、皮疹隐退，肝脏在短期内肿大。

4. 脑炎：并发率为 0.1%~0.2%，临床表现与其他病毒性脑炎相似。多数经 1~5 周恢复，部分病人留有智力减退、痉挛性瘫痪等后遗症。

得了麻疹怎样治疗

重点在于加强护理、对症治疗和防止并发症。

1. 抗病毒治疗：应用病毒唑，于初发病 3~5 天内应用。

2. 对症治疗：发热 39.5 ~ 40 以上可酌用退热剂，剂量宜小，以免骤然退热引起虚脱。烦躁时可适当给予鲁米那、非那根等镇静剂，剧咳时用镇咳祛痰药。如眼分泌物多，可用 0.5% 氯霉素类滴剂滴眼。

3. 并发症治疗

(1) 肺炎：治疗方法同一般肺炎，并酌情选用抗菌药物，重症可短期应用肾上腺皮质激素。

(2) 喉炎：蒸气吸入一日数次，以稀释痰液。选用抗菌药物时，重症可考虑使用强的松或地塞米松，如喉梗阻进展迅速，呼吸困难，应及早考虑气管切开术。

(3) 心力衰竭：应及早应用毒毛旋花子甙 K (0.007 毫克/公斤/次) 治疗。控制补液量及速度，维持电解质平衡。

4. 中医治疗

(1) 前驱期：辛凉透表为主，使皮疹易于透发，可用杏苏散或升麻葛根汤加减。

(2) 出疹期：清热解毒为主，佐以透疹，可用银翘散加减。若发疹不顺，疹色暗淡，是正气虚弱不能抗毒外出，应扶正解毒透疹，方用人参败毒散加减。

(3) 恢复期：养阴清热，可用竹叶石膏汤。

患了麻疹应注意些什么

患了麻疹应注意隔离、卧床休息，居室经常通风，但应避免穿堂风。保持空气新鲜、湿润，光线不宜过强以保护患儿畏光的眼睛，避免受凉受热，保持皮肤、粘膜清洁。多喂水，给予易消化的营养丰富的流质饮食。有些地区流传的忌口、忌洗、忌风的不良习惯应予纠正。

未经接种的易感儿童接触了麻疹患者怎么办

易感儿接触麻疹 2 日内及时接种麻疹减毒活疫苗亦可预防麻疹。在体弱或有慢性病的 2 岁以下接触者进行被动免疫可暂时免于罹患麻疹。常用方法为肌注胎盘免疫球蛋白或人血免疫球蛋白或患过麻疹的成人全血。被动免疫只能维持 3~8 周。

患了麻疹怎样就医

轻型麻疹病人可在家内隔离治疗。若病情较重，有疹出不顺或才出即陷，或咳嗽严重，体温过高 40 ~ 41 ，考虑合并肺炎等，应及时就医，以免延误病情。

水 痘

水痘是由什么引起的？流行特点是什么

水痘是由水痘疱疹病毒初次感染时引起的。水痘疱疹病毒属疱疹病毒科，只有一种血清型，直径 150 毫微米至 200 毫微米，有：一双链 DNA 核心，正 20 面体衣壳和含脂质的包膜。

流行特点：

(1) 接触过急性期病人：易感者与带状疱疹患者密切接触亦能发生水痘。

(2) 儿童多见，6 个月以下婴儿由于获得母体抗体，发病较少，发病者 90% 以上为 10 岁以下儿童。

(3) 全年散发，冬春较多。

(4) 可获得永久性免疫。

先天性水痘是怎么回事

母亲在妊娠的前 3 月患水痘，病毒可经胎盘传给胎儿，则可能引起先天性水痘。表现为体重轻，瘢痕性皮肤病变，肢体萎缩、视神经萎缩、白内障、耳聋、智力低下等。

得了水痘有哪些表现

1. 出疹前期：常无症状或症状轻微，年长儿童及成人常畏寒、发热、无力及周身不适，偶有猩红热样、麻疹样或荨麻疹样皮疹。

2. 出疹顺序：以头皮及躯干的受压部位先出，以后渐及面部及四肢。

3. 水痘的皮疹特点：

(1) 皮疹呈向心性分布，头部、躯干皮疹密集，四肢皮疹稀疏散在。

(2) 在 1~6 天的出疹期内，皮疹相继分批出现，皮损由小红斑丘疹到疱疹，然后到痂疹，最后至脱痂的演变过程，且最后一批产生的皮损只到斑丘疹阶段即消散，在同一部位可见到各阶段的皮损存在。

(3) 疱疹为黄豆至粟粒样大小不一，先出的较大，而后则逐渐变小，壁薄不很圆，四周绕有红晕，疱浆初期透明，1~2 日后疱浆微混，随之疱壁凹陷呈脐状，再过 1~2 日结痂，数日后痂皮干燥脱落。疱疹瘙痒剧烈。

(4) 皮疹数目不一，少则 2~3 个，多则千计，年长儿童较年幼儿童的皮疹多。

(5) 重者全身皮肤粘膜广泛密布，口咽、结膜等粘膜部位可见小红色斑疹，淡黄色疱疹及浅表溃疡，疼痛显著，1~3 日内愈合。

水痘在脱痂后会留瘢痕吗？对水痘患儿需隔离多久

水痘在脱痂后一般不留瘢痕。如因搔抓或污染而致继发性感染者，病变区结痂可持续数月，偶有小麻点或瘢痕。

对水痘患儿的隔离时间应自发病之日起，至皮疹干燥结痂止。

水痘有哪些特殊类型？预后怎样

1. 进行性播散性水痘：主要见于白血病、淋巴瘤等恶性病长期应用各种抗癌药物和肾上腺皮质激素患者。由于细胞免疫功能低下引起全身播散感

染，病情严重，出现全身中毒症状。周身皮肤疹多而密集，疱疹较大，并可相互融合形成大疱或呈出血性疱疹，不易结痂。约 25% 的患者发生在病后 3~7 日。病死率为 7%。

2. 水痘肺炎：发病率为水痘患者的 4%，多见于成人或年长儿，常发生于皮疹出现后 1~6 日，主要表现为咳嗽、呼吸困难，紫绀、咯血、胸痛。X 线最常见的发现两肺点片状浸润，有时有大片或局限性实变，以肺门或肺底较多。多数病人于 1~2 周内好转恢复。严重者呼吸道可被大量稠痰堵塞，出现急性呼吸衰竭或肺水肿，于 24~48 小时死亡。

3. 水痘脑炎：约 65% 的患者发生在疹后的第 3~8 日，表现为头痛、呕吐、发热及感觉异常，颈强直，克氏征及布氏征阳性，深反射亢进，严重者出现抽搐、昏迷。约 2/3 患者呈进行性加重，表现为兴奋、昏睡、共济失调、常以小脑功能障碍为特征，可有脑神经损害，预后良好。80% 的病人可完全恢复，病死率约 5%。10% 的病人可有中枢神经系统后遗症。脑炎的严重程度与水痘的严重性无正比关系。

4. 水痘肝炎：常见于免疫受损患儿，表现为肝脏触痛、黄疸、消化道症状及肝功能异常。护肝药物治疗效果好。

5. 心脏受累：如间质性心肌炎，心内膜炎、严重心律失常可致猝死。肾脏组织受累致肾小球增大伴内膜增生、肾小管上皮变性和水肿。约 10% 的患者发生急性脑病伴内脏脂肪变性。11% 的患者可有中枢神经系统后遗症。

6. 新生儿水痘：母亲在产前 4 日以内患水痘，新生儿常于产后 4~5 日内发病，易形成播散性水痘，甚至死亡。

疑为水痘时应做哪些检查

1. 刮取新鲜疱疹基底物用瑞氏或姬姆萨染色检查多核巨细胞；用酸性染色检查核内包涵体；电镜检查疱疹内病毒颗粒，可在半小时内诊断水痘-带状疱疹病毒。

2. 血清学检查：取患者急性期和恢复期双份血清，以补体结合、酶联免疫法、中和试验等方法检查抗体，效价 4 倍以上增长，即可证实为水痘。

水痘与丘疹样荨麻疹、带状疱疹怎样鉴别

1. 丘疹样荨麻疹：系过敏性疾病，婴幼儿多见。皮疹为梭形水肿性红色丘疹，有时如花生米大小，中心有针尖或粟粒大小的丘疹水疱、周围红晕、壁较坚实。多见四肢，不波及头皮及粘膜，不结痂，痒感显著，无发热及周身不适。

2. 带状疱疹：成人多见，疱疹成簇出现，沿身体一侧的皮肤周围神经呈带状分布，不对称，局部灼痛。

得了水痘如何治疗

1. 一般治疗：隔离至疱疹变干为止，预防皮肤继发感染。口服维生素 C 及复合维生素 B，早期肌注维生素 B₁₂ 0.5~1 毫克，每日 1 次，连续 5 日左右。疱疹破溃或继发感染，局部涂新霉素软膏。止痒可用炉甘石洗剂或 5% 碳酸氢钠湿敷。注意水电解质平衡，对于体弱或患有恶性病的患者，可输注全血、血浆。

2. 抗病毒治疗：对于免疫功能低下和严重的水痘患者，如新生儿水痘、播散性水痘肺炎、脑炎，早期应用抗病毒药物，疗程 5~7 天。

阿糖腺苷 :每日每千克体重 10 毫克 ,加入 5% 葡萄糖注射液中静脉滴注。

无环鸟苷 : 每日每千克体重 15 ~ 30 毫克加入 10% 葡萄糖注射液中静脉滴注。

干扰素 : 每日 100 万单位 , 肌注。

3. 对特殊类型的水痘治疗 , 在上述方案应用的同时 , 应对症处理。

水痘肺炎 : 选择有效的抗生素早期足量应用 , 保持呼吸道通畅 , 防止痰堵。疑呼吸衰竭者 , 应立即吸氧 , 同时使用呼吸兴奋剂。

水痘脑炎 : 根据病情适量应用脱水、利尿剂等药物 , 如 20% 甘露醇、速尿。

水痘治疗过程中应注意什么

1. 继发感染者不宜滥用抗生素 , 应同时取感染物送细菌培养。根据培养及药敏结果选用有效抗生素 , 局部可涂以龙胆紫。

2. 肾上腺皮质激素不宜应用 , 大剂量长期应用可能加重病情 , 引起病毒内脏播散和死亡。但如果因其它疾病正在接受激素治疗的患者则不可骤然停药。如强的松用量在每日每千克体重 1 毫克以下者 , 可维持原量继续服用 ; 每日每千克体重超过 1.5 毫克者 , 则应酌情逐渐减量。

如何预防水痘

1. 对接触病人的易感儿童留检 3 周。

2. 自动免疫 : 对水痘一带状疱疹病毒高危患者 (白血病、淋巴瘤) 进行接种水痘减毒活疫苗。对自然感染预防效果为 85.6% , 并可持续 10 年以上。

3. 被动免疫 : 对水痘感染有高危的易感者 , 在接触水痘或带状疱疹后 3 日内注射水痘-带状疱疹免疫球蛋白 , 高价带状疱疹免疫血浆 , 人体白细胞转移因子或免疫球蛋白 , 可减少水痘发病的危险性。

脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是怎样引起的

脊髓灰质炎是由病毒引起的急性传染病。病毒微小，直径为 26~30 纳米，属核糖核酸的肠道病毒。此病毒耐冷，在-70℃ 的低温下可保存活力达 8 年之久。但对高温及干燥极为敏感，加温 60~30 分钟可灭活，煮沸及紫外线照射能迅速将其杀死，易被 2% 碘酊、甲醛及各种氧化剂如过氧化氢（双氧水），高锰酸钾（PP 粉）等灭活。该病早在我国明代王肯堂《证治准绳》中已有“经络为风所闭，四肢麻痹不仁，终为废人”的记载。其症状与脊髓灰质炎相似。由于临床上此病常表现为发热、咽痛、肢体疼痛，部分患者可发生弛缓性瘫痪，并因其多发生于小儿，故又称小儿麻痹。

脊髓灰质炎是如何传播的

患脊髓灰质炎的病人及带病毒者均可成为该病的传染源。无症状的隐性感染及无麻痹者因不易发现，在疾病的传播上起主要作用。在发病早期，病毒可经飞沫和粪便传播，污染病毒的食物、水源、双手及各种用品如衣被，玩具等都可能成为传染媒介。以口传染为主要传播方式。人群对本病有普遍易感性。感染后能对同型病毒产生持久免疫力。再次得病，可能由不同型病毒所引起。但极少见。成人可通过隐性感染而有一定的免疫力。新生儿可经胎盘及母乳从母体获得特异抗体，但至 4 个月时已降到最低水平。故 4 个月以前的婴儿很少发病。以后发病率逐渐上升。我国以 1~5 岁的小儿发病率最高。由于近年来世界各国在婴幼儿中普遍应用减毒活疫苗，发病年龄有增大的趋势。年长儿童或成人患者病情较婴幼儿为重。瘫痪发生率亦高。孕妇得病更容易发生瘫痪。

脊髓灰质炎病毒是如何发病的

脊髓灰质炎病毒自口咽部或肠粘膜侵入人体后，即在局部粘膜上皮细胞内以及淋巴组织如扁桃体，咽壁淋巴组织，颈部深层淋巴结以及肠壁集合淋巴组织肠系膜淋巴结中生长繁殖。在 1~3 日内即可向咽部或肠道排出病毒。机体的免疫系统受刺激产生特异性抗体。若抗体产生早而量多，能将病毒清除则形成隐性感染而人不发病，否则，局部繁殖的病毒可经淋巴进入血循环，形成病毒血症。并随血流侵犯易感的非神经组织，特别是淋巴组织。在该处生长繁殖后，又可再次进入血循环形成二次病毒血症。在此过程中，若机体内循环的特异性抗体已足够将其中和，可终止病毒血症而使病毒不再有机会侵犯中枢神经系统。临床上患者仅有上呼吸道或肠道症状。形成顿挫型感染。大多数受感染者表现为隐性或顿挫型感染。小部分受感染者，由于病毒毒力强，或由于体内特异性抗体产生过迟或不足，不能及时消灭血中的病毒，而使其侵犯中枢神经系统，在大脑、中脑、延髓、下丘脑，小脑及脊髓等部位引起病变。但主要在脊髓，其次为脑干。脊髓又以颈段和腰段的前角运动细胞受损最为严重。所以，临床上以肢体瘫痪者较多，尤多见下肢瘫痪。而脑干病变又可出现颅神经运动核受损。呼吸中枢和血管运动中枢受累。中枢神经系统病变的分布和轻重程度，决定临床上有无瘫痪，瘫痪的轻重和是否留有后遗症。

脊髓灰质炎临床上分为哪几种类型

根据脊髓灰质炎病变范围大小及轻重，临床上可分为隐性感染、顿挫型、无瘫痪型和瘫痪型四种类型。瘫痪型病程经过如下：

1. 潜伏期：一般经 5~14 天，最短 3 天，长可达 35 天。

2. 前驱期：以发热，乏力，全身不适症状为主。可有轻咳，咽痛、头痛，烦躁不安以及食欲减退，恶心，呕吐，便秘或腹泻、腹痛等。症状大多较轻，持续 1~4 天，可迅速恢复。

3. 瘫痪前期：可在发病时即表现此期症状而无前驱期。也有病人可在前驱期后有 1~6 天无症状或症状减轻后进入此期，表现为体温再次升高（称双峰热），但多数患者紧接前驱期后出现发热较高。除呼吸道及消化道症状外，尚出现头痛加剧，多汗，呕吐，烦躁不安或嗜睡。全身肌肉疼痛，感觉过敏或异常等神经系统症状。婴儿常不喜人抱，动之即哭，儿童颈背肌痛、强直、不能屈曲，坐起时因不能弯背，须以上肢向后支撑。颈阻力增加，克氏征，布氏征可呈阳性。肌腱反射初始正常或活跃，以后可减弱。腹壁反射减弱或消失。部分病人病程到此为止，3~5 天后热退而康复。

4. 瘫痪期：大多数病人在瘫痪前期的 3~4 天，当体温开始下降或尚未下降时出现瘫痪。无前驱期者可在发病后 3~4 天，甚至第 2 天就可发生瘫痪。也有突然出现瘫痪或晚至一周后出现。瘫痪发生前腹壁反射首先减弱甚至消失，随之腱反射减弱而消失。瘫痪在一周左右可扩大范围和逐渐加重。多数伴有发热及肌痛。轻者 1~2 天，重者可延续 10 余天而停止进展。多半热下降后瘫痪就不再进展。瘫痪依其病变部位不同可分为以下临床类型：

（1）脊髓型：系脊髓前角运动神经细胞受损及周围神经损害引起。多表现为，肌张力低，腱反射减弱或消失的弛缓性瘫痪。一般感觉不受影响。因脊髓腰段、颈段损害为多，故临床上最常见下肢瘫痪，其次为上肢。近段大肌群常较远端手足小肌群瘫痪出现的早而且重。影响到颈背肌时则不能竖头、坐起、翻身等。颈胸部脊髓受侵犯时临床上可出现膈肌及肋间肌瘫痪。影响呼吸运动，可表现为胸廓扩张受限，呼吸浅速，鼻翼扇动，声音低微，讲话断续，咳嗽无力等症体征。腹肌瘫痪时，腹壁反射消失，腹直肌收缩消失。一侧腹肌麻痹，可见局部突出，反射消失。腹肌及肠肌瘫痪，可出现顽固性便秘。膀胱肌瘫痪则发生尿潴留或失禁。

（2）脑干型：病变多发生在延髓及桥脑下颅神经核及延髓呼吸中枢和血管运动中枢。颅神经麻痹可出现吞咽困难，声音嘶哑，饮水发呛或自鼻反流。严重时，痰液阻塞呼吸道可引起窒息。检查可见软腭不能上提，悬雍垂拉向健侧。咽反射消失，伸舌偏向患侧。还可表现肩下垂，头向前倾倒，眼球活动障碍，眼睑下垂等现象。呼吸中枢麻痹可出现呼吸浅弱，节律不规则，双吸气，潮式呼吸，叹息样呼吸，呼吸暂停。血管运动中枢麻痹，早期可出现面色潮红，烦躁不安，心律失常，脉搏细速。以后血压下降，脉搏微弱，面色青灰，四肢冰冷，昏迷。影响体温中枢时，则体温波动较大。

（3）混合型：脊髓麻痹和延髓麻痹二者的临床表现可同时存在。

（4）脑型：有高热，嗜睡、意识改变，昏迷，惊厥等表现。发生上神经元性瘫痪。

5. 恢复期：体温降至正常。瘫痪不再进行。肢体功能和肌力逐渐恢复。功能恢复先从四肢远端如手指、足趾开始，渐至近端大肌群。肌腱反射也开始出现。最初恢复较快，6 个月后减慢，大多在一年内能恢复。

6. 后遗症期：神经细胞损伤严重。某些肌群的功能不易恢复。长期肌力不平衡引起肢体畸形。

在什么情况下应考虑患了脊髓灰质炎

如在夏秋流行季节，有本病流行史及确切的接触史而又出现多汗，烦躁不安或嗜睡，发热，头痛，恶心，呕吐。无明显炎症的咽痛以及肢体感觉过敏疼痛，颈背强直，不愿动弹等。尤其腱反射亢进转为减弱或肌张力减退，均应考虑本病。

化验检查白细胞总数及分类改变不多。一部分病人血沉增快。脑脊液中细胞数常增多，病初以中性粒细胞为多，以后转为淋巴细胞为主，蛋白质后期可增加，发病 1~2 周后，细胞数正常而蛋白质仍高，称细胞和蛋白质分离。4~10 周方恢复。氯化物正常。糖正常或略增高。有条件的可做病毒分离和血清学检查。病程第一周可自咽拭或咽洗液及粪便中分离到病毒。以后从粪便中分离病毒机会较多，阳性可达 3 周，甚至更久。瘫痪前期血液及脑脊液中也可分离到病毒，且对诊断本病较有价值。特异性抗体在病程的第一周即可出现，中和抗体持续时间较长。补体结合抗体则消失较快。1gM 抗体上升表示为近期感染。

脊髓灰质炎应与哪些病相鉴别

本病的前驱期与上呼吸道感染，流行性感冒及肠道炎症不易鉴别。只能依靠流行病学调查及观察神经系统症状的出现。瘫痪前期因肢体疼痛应排除风湿热。头痛、呕吐、颈背强直和脑脊液改变应与各种病毒性脑炎、乙型脑炎相鉴别。瘫痪发生后，应确定其为真性瘫痪或假性瘫痪。并与其它瘫痪性疾病相鉴别。

1. 感染性多发性神经根炎：年龄较大，大多无发热。弛缓性瘫呈对称性、上行性特点。常伴有感觉障碍。脑脊液蛋白增高为主，细胞增加不多。一般瘫痪恢复较快而完全。后遗症少。

2. 白喉后瘫痪：极少见。患白喉后 3~5 天或迟到 6 周出现进行性瘫痪。多累及咽肌和睫状肌。也可波及全身。恢复快而完全。

3. 家族性周期性瘫痪：有家族史及周期性发作史。无发热，瘫痪发展迅速、对称。发作时血钾低，补钾后恢复快。

4. 呼吸肌瘫痪时，呼吸快伴缺氧，需与肺炎，酸中毒鉴别。

脊髓灰质炎如何治疗

本病的治疗目的在于预防瘫痪的发生和发展，以及促进瘫痪肌肉的恢复。根据疾病各期情况采用合适的治疗方法。在前驱期及瘫痪前期，应卧床休息，做细致的护理，密切观察病情发展，至少到热退后一周。避免劳累和剧烈运动 2 周，尽量不接受肌肉注射或进行任何手术。肌痛及四肢颈背强直者，可局部给予温湿热敷，也可口服适量镇静剂。用 50% 葡萄糖和维生素 C 静脉注射。重者可给予强的松 2~5 天。瘫痪期应注意肢体的护理，避免外伤受压，置于功能位。

亦可试用地

巴唑，加兰他敏等。对出现吞咽困难，呼吸道分泌物阻塞时，可采用体位引流，抽吸，必要时行气管切开术。还可用抗菌药物防止肺部感染，单纯

吞咽困难引起呼吸障碍忌用人工呼吸器。但若因呼吸肌麻痹出现呼吸浅速，鼻翼扇动，惊恐不安等应及早用人工呼吸器。

呼吸中枢麻痹出现呼吸节律不规则，可先试用呼吸兴奋剂。严重者也应及时采用人工呼吸器。在恢复期和后遗症期，可采用针灸、推拿、功能锻炼、理疗等促进肌力恢复。瘫痪时间较长伴畸形者，可试用穴位结扎疗法及矫形外科处理。

脊髓灰质炎的预后怎样及如何预防

脊髓灰质炎病死率一般为 5% ~ 10%。发病后若发热持续不退，伴烦躁不安常预示瘫痪的发生。热退后，发生瘫痪的可能性大大减少。热度下降后，瘫痪大多不再扩大。如瘫痪影响呼吸功能及心血管调节，则预后较差。因本病常由于肌群功能障碍引起肢体畸形，骨骼发育也可受到障碍，严重者影响活动力和劳动力，故应注意预防。预防主要有以下几点：

1. 控制传染源：早期发现患者并严格隔离，至少隔离 40 天。对密切接触者，应进行 20 天的严密医学观察，同时加强疫情报告。

2. 切断传播途径：大搞爱国卫生运动。加强饮食、饮水及粪便管理。对病人的粪便和呼吸道分泌物以及为其污染的物品，可用加倍量 20% 漂白粉乳剂或浓石灰水彻底消毒。

3. 保护易感者：本病流行期间，尽量少去公共场所。避免劳累和不必要手术，暂停不必要注射，包括预防注射。对未接种过疫苗的密切接触者，尤其婴幼儿可肌注 10% 人血免疫球蛋白或 4.5% 胎盘球蛋白被动免疫。免疫力一般可维持 3 周到 6 周，可减轻或阻止发病。自动免疫采用灭活疫苗或减毒活疫苗。能使脊髓灰质炎的发病率大大下降。灭活疫苗可提高人体特异的体液免疫，保护接种者免患麻痹型脊髓灰质炎，并且对免疫缺陷或免疫抑制者也甚安全。但因价格贵，需重复注射，免疫力维持时间短，又不能引起肠道局部免疫等缺点，目前应用较少。我国自 1958 年起已应用自制的减毒活疫苗（小儿麻痹糖丸）。服减毒活疫苗的对象为 2 个月至 7 岁的小儿为主。患活动性结核，严重佝偻病等慢性病及发热者暂不服疫苗。普遍服用宜在冬春季节进行，以避免与肠道其他病毒发生干扰。服疫苗要嚼碎后以凉开水送服，切忌热开水，以免将病毒杀死而失效。一般服疫苗后 2 周体内即可产生特异性中和抗体。

流行性腮腺炎

流行性腮腺炎的流行特点与主要表现是什么

流行性腮腺炎（简称腮腺炎）俗称“痄腮”，是由腮腺炎病毒引起的一种急性呼吸道传染病，其表现为腮腺非化脓性肿胀，疼痛伴发热，并可延及身体的各种腺组织或累及各种脏器，引起各种并发症。

流行性腮腺炎全年均可发病，以冬春二季发病率较高，5~15岁儿童最多，唾液飞沫传播，呈流行或散发，在儿童集中或人群聚集处可形成爆发流行。病后可有持久免疫力，第二次复发者罕见。

前驱期：一般起病较急，有发热、畏寒、头痛、食欲不振、全身不适等。1~2天后可见一侧或两侧耳下部肿胀，以耳垂为中心，边缘不清，表面灼热，不发红，压之柔韧，有压痛，腮腺肿大时进酸性食物或张口咀嚼时疼痛。腮腺肿1~3天达高峰，再持续4~5天，全程约7~15天。多数患者无前驱症状而以耳下部肿大为最早表现，少数患者有短暂的前驱症状，成人患者一般症状较重。

流行性腮腺炎有哪些并发症

1. 脑膜脑炎：儿童多见。一般于腮肿一周内发生，亦可于腮肿前或腮肿同时发生。

2. 睾丸炎：主要见于男性青年或成年患者。多发生于腮肿后一周，亦可在腮肿前或腮肿同时发生，病变常为一侧。预后好。

3. 卵巢炎：见于成年女性患者，临床少见。

4. 胰腺炎：常发生于腮肿后3~7天。儿童少见。

5. 心肌炎：发生于成年患者，大部分与脑膜炎同时发生，临床少见。

腮腺炎并发脑膜炎为儿童腮腺炎患者中最常见的并发症。一般于腮肿后一周发生，主要表现为发热、头痛、呕吐、嗜睡，甚至惊厥、昏迷等。但病程短，预后好，不会留有后遗症。

流行性腮腺炎怎样治疗

得了腮腺炎后要及时就医，配合治疗，防治并发症。治疗原则有以下几个方面：

1. 一般治疗：隔离患者，以腮肿消退为限。保持口腔清洁，多饮水、进流质、软食、避免酸性食物。

2. 中药治疗：普济消毒饮：煎服。

板蓝根冲剂：每日每人15~30克冲服。局部可作激光、热敷等处理。

3. 抗病毒治疗：可用干扰素、病毒唑抗病毒治疗。

4. 肾上腺皮质激素一般不用，但对重症或并发脑膜炎、心肌炎等可短期应用。

5. 对症治疗：对有并发症的患者，可针对不同病情对症处理。

得了腮腺炎以后应与周围的健康人隔离，发热时应卧床休息，注意口腔清洁，常用清水或3%硼酸水漱口，多饮水。饮食以流质、易消化食物为宜，避免进酸性食物以免引起腮腺痛。

怎样预防腮腺炎

腮腺炎的预防和其它呼吸道传染病的预防相似，主要以切断传播途径，保护易感人群为主。对接触者一般不需检疫，对可疑患者应暂时隔离。

1. 中医中药预防：板蓝根冲剂，每人每日 15~30 克，冲服。

2. 自动免疫：近年来采用腮腺炎病毒活疫苗皮内或皮下注射，还可喷鼻或气雾吸入，效果均可。

狂犬病

狂犬病是怎样得的？哪些动物携带狂犬病毒

狂犬病又名恐水症，是由狂犬病毒所致的急性传染病。人被狂犬或病兽咬伤后，其所携带的狂犬病毒通过伤口进入人体，主要侵犯神经组织，引起以兴奋、恐水、咽肌痉挛、进行性瘫痪为主要表现的狂犬病。

狂犬病毒多存在于狗、猫、狼等肉食动物体内，吸血蝙蝠的唾液中也可携带狂犬病毒，人群对狂犬病毒普遍易感，被病犬咬伤而未预防接种者，其发病率为 10%~70%，平均为 20%，被病狼咬伤后平均发病率为 50%，发病与否与咬伤部位、创伤程度、局部处理情况、衣着厚薄等因素有关。

狂犬病有哪些临床表现

狂犬病的潜伏期为 10 天至 12 个月以上，一般为 20~90 天，典型表现可分三期：

1. 前驱期：多以低热、头痛、倦怠、恶心、烦躁、恐惧不安起病，继而对声、光、风等刺激敏感并有喉部发紧感觉，伤口及附近可有麻木、痒、痛等异常感觉，四肢有蚁行感，本期持续约 2~4 天。

2. 兴奋期：患者逐渐进入高度兴奋状态，其突出表现为极度恐怖，恐水、怕风、发作性咽肌痉挛、呼吸困难等。交感神经兴奋可出汗、心率加快、血压升高、唾液分泌增加，本期约 1~3 天。患者神志大多清楚、部分病人可出现精神失常、谵妄等。

3. 瘫痪期：患者渐趋安静，痉挛发作停止而出现各种瘫痪，尤以肢体弛缓性瘫痪多见，最终死于呼吸、循环衰竭，临床本期约 6~18 小时。

除典型病例外，尚有所谓“瘫痪型”者，此类患者无兴奋期和恐水现象，以高热、头痛、呕吐和咬伤处疼痛开始起病，继则表现为肢体软弱，部分或全部肌肉瘫痪等。

得了狂犬病需做哪些检查

1. 周围血象及脑脊液检查，特异性不高。
2. 病毒分离与内基小体检查，实验室条件要求较高，但具有特异性。
3. 免疫荧光试验，本法速度快，且与动物接种（内基小体检查），有较高符合率。

根据被病兽咬伤史，和典型症状如恐水、怕风、兴奋、大量流涎、各种瘫痪等即可做出临床诊断，免疫荧光试验的阳性结果可使诊断确定无疑。

狂犬病易与哪些疾病相混淆

狂犬病易与破伤风、病毒性脑炎、脊髓灰质炎等病相混淆。破伤风的潜伏期短，有牙关紧闭和角弓反张，无高度兴奋和恐水现象，预后也较好。病毒性脑膜炎可根据严重神志改变、脑膜刺激征、脑脊液检查、免疫学试验、病毒分离、转归等与本病相区别。脊髓灰质炎无恐水、兴奋现象，肌肉痛明显，出现瘫痪后，其它症状基本消失，由此可与本病相区别。

得了狂犬病怎样治疗和护理

本病的治疗主要是对症治疗，采取一切措施，维护患者的心血管和呼吸功能，尽一切可能减轻病人的痛苦。可应用 B-受体阻滞剂、巴比妥类或安定、脱水剂，适当补液，必要时可考虑气管切开，间歇正压给氧等。护理上，对病人要严格隔离，避免一切不必要的声、光、风等刺激，最好由专人护理，加强自身防护，要鼻饲给予营养饮食及水份。

被犬咬伤后怎么办

被所谓“正常犬”咬伤后应首先严格处理伤口，同时应设法捕获该犬隔离观察 10 天，若犬在隔离期内死亡者，应取其脑组织作检查，确定该犬有无狂犬病毒携带，如发现有狂犬病毒，则应接种狂犬疫苗，有条件者可肌注免疫血清。

如被病犬咬伤，处理伤口要及时严格，首先以 20%肥皂水或 0.1%新洁尔灭彻底冲洗伤口，至少半小时，应边冲洗边挤压伤口周围，使其出血，冲洗后用烧酒或 70%酒精涂擦，如有免疫血清可注入伤口底部及四周，伤口不可缝合，也不宜包扎。

哪些情况下需要按种狂犬疫苗

1. 被狼、狐等野兽所咬者。
2. 被下落不明或发病后死亡的狗、猫等所咬伤者。
3. 咬人动物已击毙，其脑组织已腐败而不能进行检查者。
4. 皮肤伤口为狂犬唾液所沾污者。
5. 被咬部位在头、颈等处，或伤口大而深者。
6. 医护人员的皮肤破损处，为狂犬病人唾液沾污者等均需及时接种狂犬疫苗。

怎样接种狂犬疫苗

1. 人二倍体细胞疫苗：世界卫生组织推荐方案是在被咬伤后当日及第 3、7、14、30、90 日各肌内注射 1 毫升。本品 100%有效，罕见不良反应。
2. 地鼠肾细胞疫苗：轻度咬伤者，在咬伤后当日及第 7、10 日各肌内注射 2 毫升，严重咬伤者咬伤后立即及第 3、7、14、30 日各肌内注射 2 毫升。本品自 70 年代问世，基本安全有效。

霍 乱

霍乱的传染源及传播途径有哪些

霍乱（俗称“2”号病）是由霍乱弧菌引起的一种烈性肠道传染病。临床特征为起病急骤，剧烈泻吐，大量排泻米泔水样肠内容物，导致肌痉挛和少尿无尿。重者可因休克、尿毒症或酸中毒而死亡。我国传染病防治法将其列为仅次于鼠疫的第二号甲类传染病。

霍乱弧菌长1~3微米，宽0.3~0.6微米，菌体弯曲呈弧形或逗点状。新鲜标本涂片镜检，排列如“鱼群”样。霍乱弧菌是1883年霍乱第五次世界大流行时发现的。它在水中能存活5天以上，被霍乱弧菌污染的水可使许多生冷食品受到污染。食品上的霍乱弧菌可存活1周以上。人们一旦饮用被霍乱弧菌污染的水或食物，就有患霍乱的危险性。

霍乱的传染源主要是霍乱病人和带菌者，尤其是轻型病人、隐性感染者和恢复期带菌者，在传染过程中所起的作用更大。

霍乱有沿水路交通线传播的特点，水源污染是霍乱传播的重要途径，因为水最易受到感染者排泄物的污染，其次为食物，另外日常生活接触及苍蝇传播也不可忽视。

哪些人易患霍乱

人类不分种族、性别、年龄，对霍乱普遍易感，特别是沿海、沿江河的城镇及村庄，内陆水网地带和交通便利的地区发病人数为多。地方性疫区内小儿发病率高，新疫区内成人发病率高，病后虽有一定的免疫力，但仍有再感染的可能性。

霍乱弧菌是怎样危害人体的

霍乱弧菌经口进入人体肠道后，粘附并定居在小肠中，迅速繁殖并分泌外毒素（或称霍乱肠毒素），外毒素刺激小肠粘膜上皮细胞大量分泌水及电解质，引起本病特有的剧烈水样腹泻。导致严重脱水及电解质紊乱和循环衰竭，甚至危及生命。

怎样判断是否患了霍乱

霍乱的潜伏期短者数小时，长者5~6日，一般为1~2天，所以首先要了解患者病前一周是否在疫区逗留过，有无接触过传染源或吃生水及不洁食物史，另外本病好发于6月份到10月份。

典型的霍乱病例有三期临床经过。

（1）泻吐期：多数突起剧烈腹泻，继而呕吐，腹泻为无痛性，亦无里急后重，大便每日数次至10数次，甚至无法计数。其性质初为黄稀水样便，尚有粪质，量多，迅速变为米泔水样，严重者呈血水样便，呕吐常于腹泻1~2次后出现，多无恶心，呈喷射状和连续性呕吐，先是胃内容物，而后为清水或米泔水样。本期维持数小时，一般不超过2天。

（2）脱水期：由于大量吐泻，导致病人迅速出现脱水和周围循环衰竭，可有烦躁不安、恐惧或神志淡漠、呆滞、声嘶、唇舌干燥，皮肤皱瘪，呼吸短促，脉细弱，血压下降或测不到。腹直肌和腓肠肌出现痉挛性疼痛，腹胀及肠鸣音减弱（与电解质紊乱有关）。病人出现少尿无尿，肾功能障碍，本

期一般为数小时至 2~3 天。

(3) 恢复期：纠正脱水后，多数患者症状消失，迅速恢复，少数病人有反应性发热，体温为 38~39℃，一般 1~3 天恢复正常。

霍乱的实验室检查：将病人的泻吐物直接涂片或悬滴镜检，常可找到霍乱弧菌，泻吐物经碱性蛋白陈水增菌后培养，有助于确诊和分型。血清凝集试验效价 1:80 以上或有动态升高，在排除预防接种的条件下有诊断意义。

“霍乱面貌”是怎样的，霍乱出现肌肉痉挛是怎么回事

霍乱病人由于大量泻吐，导致严重脱水，患者出现口唇干皱、发绀、眼窝下陷，鼻尖高颊深凹，颧弓突出，即是医学上常说的“霍乱面貌”。

患霍乱后出现肌肉痉挛，是由于病人大量泻吐导致钠、钙、钾等电解质过度损失所致。常为腹直肌和腓肠肌痉挛，民间有“绞肠痧”和“吊脚痧”之称。

霍乱有哪些临床类型

临床上按失水程度分为四型。

1. 轻型：失水 5% 以下，泻吐次数少，无脱水表现，尿量稍减少，似急性肠炎，此型最多见，预后良好。

2. 中型：失水 5%~10%，有典型的临床表现，血压降低，收缩压在 12 千帕至 9.3 千帕，脉细速，24 小时尿量少于 500 毫升。

3. 重型：失水 10% 以上，病人极度烦躁或静卧不动，收缩压在 9.3 千帕以下或测不出，有典型的休克表现，尿极少或无尿，少数可因肾功能衰竭而死亡。

4. 暴发型：极少见，未出现腹泻及呕吐症状即死于循环衰竭，此型也称为“干性霍乱”。

霍乱应与哪些疾病相鉴别

霍乱应与细菌性食物中毒，急性胃肠炎、急性细菌性痢疾，急性化学毒物中毒等疾病相鉴别。

霍乱病人应如何隔离处理

发现霍乱病人应立即送到指定医院按甲类传染病严密隔离，对病人的呕吐物及粪便，用常用消毒剂如 3% 来苏儿、5% 过氧乙酸等浸泡 1 小时后方可倒掉，病人的食具每天用 5% 过氧乙酸浸泡 30 分钟，地面每天用 2% 的过氧乙酸拖两次，即可达到消毒目的。

治疗霍乱的关键环节是什么

及时纠正失水，酸中毒和电解质平衡失调是治疗本病的关键。轻型病人可采用口服补液，配方为每 1000 毫升溶液内含葡萄糖 22 克，氯化钠 3.5 克，碳酸氢钠 2.5 克和氯化钾 1.5 克。成人每小时口服 750 毫升，小儿 250 毫升，6 小时后随病情变化而定。中及重型患者需迅速行静脉补液，原则上是“先盐后糖、先快后慢、纠酸补碱，见尿补钾”。力争在 30 分钟内纠正休克，第一个 24 小时输液量轻型为 2000~4000 毫升，中型 4000~8000 毫升，重型 8000~12000 毫升，同时根据尿量于每升液体中加入 1~1.5 克氯化钾。

霍乱有哪些并发症，如何处理

常见的并发症有酸中毒，肾功能衰竭，低钾综合征，急性肺水肿，孕妇流产等。对于酸中毒，常用 5% 碳酸氢钠或 11.2% 乳酸钠酌情加入液体中静脉滴注。肾功能衰竭是霍乱常见的死亡原因，若在纠正脱水后仍不见好转，可考虑人工肾或腹膜透析。尿量增加后应及时补钾，以纠正低钾。如果发生心衰，应立即给予洋地黄制剂，如西地兰 0.4 毫克加入葡萄糖液体中静脉推注等。

对接触传染源者如何隔离、霍乱患者的出院标准是什么

对接触者应就地观察或送留检所观察 5 天，大便培养 3 次阴性，才能解除隔离。

霍乱患者的出院标准是待临床症状消失 6 天，隔日粪便培养 1 次，连续 3 次阴性，如无条件培养粪便，需隔离至临床症状消失 15 天才可出院。

伤 寒

伤寒是怎样引起的？与祖国医学中所论述的“伤寒”概念相同吗

伤寒是由伤寒杆菌经口进入人体内引起的急性肠道传染病。祖国医学中亦有“伤寒”的名称，但它是所有热性病的总称，与本病所述伤寒不同。

伤寒是怎样传播的？其流行形式有哪些？对体会造成何种损害

伤寒患者和带菌者是本病的传染源。病菌随大小便排出体外，通过污染的水、手、餐具、食物、饮料、苍蝇或蟑螂而传播。

伤寒在世界各地都有发生，以温热带地区为多，卫生条件差的地方尤为多见，常在春秋季节流行，日常生活接触传播是散发流行的主要方式，水源污染、战争、洪涝或地震等自然灾害时往往会造成暴发流行。

伤寒杆菌经口进入人体后，引起小肠淋巴组织增生、坏死，使人体出现持续发热，相对缓脉、神经系统中毒症状、脾肝肿大、玫瑰疹及白细胞减少，少数可并发肠出血和肠穿孔。

伤寒有哪些临床表现？易引起哪些并发症

伤寒的潜伏期为3~35天，一般为5天~14天，典型的伤寒临床分四期经过：

1. 初期：起病缓慢、有畏寒、全身不适、乏力、食欲减退、腹胀、腹泻或便秘等症状，体温呈梯形上升，于一周内达39~41℃。

2. 极期：病程第二周，伤寒典型症状相继出现。

(1) 发热：高热持续不退，稽留在40℃左右，少数为弛张热或不规则热，持续10~14天。

(2) 神经系统中毒症状：表情淡漠、反应迟钝、听力减退、耳鸣，严重者出现震颤、谵妄、精神错乱、昏迷、虚性脑炎等。

(3) 相对缓脉：为本期的特点之一，偶见重脉，但儿童及伴有心脏损害者，此特点不明显。

(4) 玫瑰疹：发病第6天~10天，部分病人在胸、腹及背部皮肤分批出现淡红色斑丘疹，直径2毫米~4毫米，压之退色，一般不超过10个，多在第2~3天消退。

(5) 脾肝肿大：于病程第6天起有60%~80%的患者出现脾肝肿大，30%~40%的患者伴有肝肿大，常超过肋缘下2厘米，质软，有轻度压痛，少数病人有黄疸和谷丙转氨酶升高，称为“伤寒肝炎”。

(6) 消化系统症状：食欲减退，舌苔厚腻，舌尖及舌缘质红而无苔，称为“伤寒舌”。部分患者在病重期间，由于低钾血症或中毒性肠麻痹，而致腹胀，腹泻或便秘，由于回盲部病变集中，使右下腹常有压痛等。

3. 缓解期：病程第3~4周，症状消失，体温弛张形下降，患者消瘦虚弱，此期易出现各种并发症。

4. 恢复期：病程第4~5周，患者临床症状消失，体温恢复正常，食欲明显增加，1个月左右完全恢复。

伤寒常见的并发症有肠出血，肠穿孔，伤寒性肝炎、心肌炎、肾炎、溶血-尿毒综合征等。

怎样知道患了伤寒

判断是否患了伤寒，主要靠临床表现和实验室检查。

1. 临床表现：凡出现不明原因的发热持续 5 天以上，体温呈阶梯上升后稽留，伴有全身中毒症状、如表情淡漠、反应迟钝、相对缓脉、玫瑰疹、脾肿大、纳差、腹胀、便秘或腹泻者，应高度怀疑为伤寒。如出现肠出血或肠穿孔，对诊断伤寒更为有据。

2. 实验室检查：病程中白细胞计数减少，嗜酸性粒细胞减少或消失，血、骨髓培养、肥达反应阳性，可帮助确诊伤寒。

另外，流行病学资料及过去病史可借参考。

伤寒易与哪些疾病相混淆

1. 病毒感染：常有发热，白细胞减少，但起病较急，无脾肿大，中毒症状轻，病程常不超过 1 周。

2. 败血症：起病急，中毒症状重，皮肤常有出血点，可有原发化脓病灶，热型多不规则，白细胞计数虽可减少，但中性粒细胞常增高，血培养阳性可确诊。

另外，恶性网状细胞病、斑疹伤寒、恶性疟、粟粒型肺结核、风湿热、传染性单核细胞增多症，病毒性肝炎等，与伤寒也有许多相似之处，应注意鉴别。

伤寒的治疗原则如何，有哪些治疗措施

1. 一般治疗和护理：急性期卧床休息，热退一周后方可起床活动。流质或半流质易消化，高热量饮食。注意水电解质平衡，高热不宜用退热剂，可用物理降温；腹胀忌用新斯的明，可用肛管排气或针灸；腹泻忌用鸦片制剂，可用复方颠茄片；便秘忌用泻药，可用开塞露或生理盐水低位灌肠。中毒症状严重者慎用肾上腺皮质激素。

2. 病原治疗：

(1) 氯霉素：疗效高，用药 3~5 天体温可恢复正常。成人每日 1.5~2.0 克，小儿每日 30~40 毫克/公斤，分 4 次口服，热退 2 天后减半再服用 10~14 天。用本药时需注意再障及粒细胞减少症的发生。

(2) 喹诺酮类：用药 2~3 天后退热，氟喹酸 0.4 克/次，2 次/日，口服、氟哌酸 0.4 克/次，4 次/日，口服、0.2% 环丙沙星注射液 100 毫升静点，2 次/日，疗程 7~10 天。

(3) 第三代头孢菌素：菌必治针、静推。常用量 2~4 克/天。

因近年来出现耐氯霉素菌株，且氯霉素有严重的副作用，而喹诺酮和第三代头孢菌素类不但对伤寒有良好的疗效，而且副作用轻微，所以，上述两类药物渐已取代氯霉素的首选地位。

(4) 复方新诺明：成人 1 克/次，2 次/日，首剂加倍，儿童酌减，疗程 7~10 天。

(5) 氨苄青霉素：4~6 克/日，肌注或静滴，热退后改口服，疗程 2~3 周。

(6) 其它：羟氨苄青霉素，成人 1 克/日，儿童每日 40~80 毫克/公斤，分 4 次口服，疗程 2 周。另外，呋喃唑酮，甲砒霉素，氮草眯青霉素等，可酌情使用。

3.主要并发症的处理：

(1) 肠出血：禁食，绝对卧床休息，应用止血剂及注射镇静剂，出血量大者酌情多次输血。

(2) 肠穿孔：禁食，胃肠减压，立即手术治疗，同时，联合应用广谱抗生素。

(3) 溶血-尿毒综合征：在加强抗菌药物的同时，按急性溶血及急性肾衰进行治疗。

如何预防伤寒

预防伤寒首先要控制传染源，病人需隔离至粪便连续培养两次阴性、体温恢复正常后 15 天。接触者严密观察 2 周。对慢性带菌者加强管理，彻底治疗，可用氨苄青霉素口服 6~8 克/日，或氟哌酸口服 0.8 克/日，连用 4 周。管理好饮水、食物、粪便及灭蝇，注意个人卫生，切断传播途径。对流行地区易感人群开展三联或五联（三联菌苗包括伤寒及副伤寒甲、乙菌苗，五联制剂增加霍乱菌苗和精制破伤风类毒素）预防接种。

副伤寒与伤寒是否为同一种疾病？其诊断方法与伤寒有哪些不同点

副伤寒是由副伤寒甲、乙、丙 3 种沙门菌所致的急性肠道传染病。而伤寒是由伤寒杆菌引起的，两者不是同一种疾病。

副伤寒的流行季节与伤寒相似，副伤寒甲、乙的病理改变及临床症状类似伤寒，但起病时常先有急性胃肠炎的症状，约 2~3 日后胃肠炎症状减轻，体温开始较快上升，约 3~4 日达高峰，稽留热少见，体温波动较大，发热期较短，皮疹出现的早，且比伤寒的玫瑰疹稍大，色较深，全身中毒症状较轻，病程短（2~3 周），复发与再燃较伤寒多见，并发症也少，病死率低。

副伤寒丙临床症状复杂，分 3 种类型：伤寒型、急性胃肠炎型、脓毒血症型。前两型分别与伤寒甲、乙临床表现相似，但脓毒血症型好发于体弱儿童和慢性消耗性疾病患者，起病急，多有寒战高热，昏迷，皮疹，肝脾肿大，黄疸，全身器官可发生化脓性病灶，病情危重，最后确诊必须依据细菌培养及肥达反应。

副伤寒和伤寒的防治原则有哪些不同

副伤寒的防治原则与伤寒基本相似，但对副伤寒甲、乙吐泻严重者应注意水电解质及酸碱平衡，对副伤寒丙有脓肿形成者，需外科手术及时切开引流，并加强抗菌治疗。

流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎是怎样传播的

流行性脑脊髓膜炎是由脑膜炎双球菌所引起的脑脊髓膜化脓性炎症。我们知道能引起脑脊髓膜化脓性炎症的细菌很多，如肺炎双球菌，结核杆菌等，但是在这些细菌引起的脑膜炎中，有的传染性很低，有的基本上没有传染性，而由脑膜炎双球菌引起的脑脊髓膜炎却有根强的传染性，流行性脑脊髓膜炎简称“流脑”。

引起流脑的传染源是带菌者和病人，前者作为传染源的意义更大。病原菌借飞沫经空气传播，先粘附于鼻粘膜而侵入鼻咽部，如果机体免疫力正常，细菌仅停留在鼻咽部，成为没有症状的健康带菌者，有的只有轻微的症状和鼻咽炎。当机体免疫力减低或侵入病菌数量大，毒力强时，细菌才会侵入血流，大多数成为有皮肤粘膜出血点的暂时性菌血症，极少数成为败血症，病菌透过血脑屏障，侵犯脑脊髓膜。

暴发性流脑败血症休克型是因脑膜炎球菌释放的内毒素刺激单核巨噬细胞，中性粒细胞等产生多种细胞因子，导致微循环障碍，激活凝血系统发生弥漫性血管内凝血（DIC）。迅速出现严重瘀血斑，出血，休克。脑膜脑炎型则因脑循环障碍发生脑水肿，颅内高压甚至形成脑疝。

哪些人易患流脑？哪些季节是流行高峰

儿童是最易发生流脑的，6个月至2岁的婴幼儿发病率最高，随着年龄增长发病率逐渐降低。

每年的冬春季节即2月至4月份是流脑的流行高峰期，每年11月至12月份发病上升，3月至4月份达高峰，5月至6月份下降。

流脑的主要临床表现是什么，有哪些特殊表现

患了流脑以后，有的人最初会出现上感样症状，流鼻涕，鼻咽干燥，咽痛，全身不适，一部分人会停留在这个阶段，不再发展。但有一部分人病情会继续发展，其原因是流脑病菌进入血流并很快进入脑膜，会出现如下症状和体征。突然发热，体温高达40℃左右，伴有寒战，全身皮肤和粘膜会出现瘀斑，瘀血点，起初是玫瑰色的，隐约而稀少，很快地变成暗红色的，手压不退色，从针尖大小到蚕豆大小，很不一致，出现的部位可在四肢，躯干的皮肤，口腔粘膜和眼结膜也可见到，出血点和瘀斑是流脑的特征性表现。最主要的两个症状是头痛和呕吐，这种头痛是剧烈的，无法忍受的，呕吐是喷射性的，每日少则1次至2次，多则10余次，绝大多数有脖子发硬的表现，也就是医生说的脑膜刺激征，流脑虽然是脑膜发炎，但脑实质也会出现不同程度的损伤，表现为表情呆滞，烦躁不安，狂躁，惊厥，重者出现神志不清和抽搐，以上是患了流脑后常见的临床表现。

婴幼儿因中枢神经系统发育不成熟，临床表现常不典型，除高热，呕吐，拒食，烦躁，啼哭外，惊厥，腹泻，咳嗽较多见，脑膜刺激征可能缺如，一般前囟门紧张隆起。

诊断流脑需做哪些检查

血象检查：白细胞总数增高，中性粒细胞 > 80%。

脑脊液检查：早期仅有压力增高，稍后外观呈混浊或脓性，细胞数在 $1.0 \times 10^9/L$ 以上，以中性粒细胞为主，蛋白明显增高，糖及氯化物均降低。脑脊液沉淀涂片或皮肤瘀斑，瘀点涂片染色镜检可查见脑膜炎双球菌，脑脊液或血培养阳性率不高。

用酶联免疫吸附法检测血清中脑膜炎球菌特异多糖抗原，用间接血凝或放射免疫法检测血清中特异抗体，恢复期效价较急性期增高4倍以上。

流脑的皮疹有哪些特点

流脑皮疹出现较早，开始是玫瑰色的，隐约而稀少，很快地变成暗红色，手压不退色，从针尖到蚕豆大小，很不一致，大的融合成片，开始出现于眼结膜，口腔粘膜，而后分布于躯干，臀部和四肢，这是流脑的特征性表现。但也有个别流脑患者不出现皮疹。

流脑有哪些临床表现类型？其预后如何

流脑的轻重差别较大，临床上一般分为如下几型：

1. 轻型：患者发热不超过 $39^\circ C$ ，没有或仅有根少出血性皮疹，头痛和脑膜刺激征轻微，脑脊液改变不明显，无意识障碍，经过治疗或被当成上感治疗而迅速痊愈。

2. 普通型：具备流脑的典型症状，患者突然发热，体温高达 $40^\circ C$ 左右，伴随有头痛，恶心，呕吐，皮肤有出血点，并在1天至2天内出现明显的脑膜刺激征状，但神志尚清楚，没有昏迷，可有嗜睡表现，呼吸、脉搏和血压正常。

3. 重型：它包括休克型，脑膜脑炎型和混合型3种，多见于幼儿。休克型主要表现为血压下降甚至测不出，脉搏也摸不到，皮肤出血点迅速增多，并融合成大片瘀斑，早期神志尚清楚，后期进入昏迷，脑膜脑炎型主要表现为颅内压增高，脑水肿，脑疝的表现，很易发生呼吸衰竭而死亡，混合型具备上述二型的症状，病情最凶险，预后最差。

4. 慢性败血症型：偶见于成人，病程可迁延数月，间歇出现寒战，发热，伴有皮疹和瘀点，血培养或瘀斑涂片可有致病菌，如延误诊断可发展为化脓性脑膜炎，心内膜炎或心包炎。

流脑治疗首选什么药

流脑治疗首选磺胺类药物，因磺胺类药物可抑制脑膜炎双球菌生长，脑膜炎双球菌是单细胞生物，细胞的中间有一个细胞核，它是细菌的重要组成部分，没有细胞核则细菌无法生存。菌体细胞核的主要成份是核蛋白，它是由蛋白质和核酸组成，磺胺的抑菌作用，主要是妨碍了细菌合成核酸，核酸的合成发生障碍也就影响核蛋白的合成，这就扼制了细菌的生长繁殖。现在常用的磺胺类药物有磺胺嘧啶，磺胺噻唑，复方新诺明等，都可用来治疗流脑。磺胺类药物进入体内后，迅速分布到全身各组织，一部分在肝脏被破坏，一部分在肾脏经尿排出。由于磺胺药从肾脏排出，可以在输尿管等处沉淀和形成结石而引起血尿，尿痛等症状，所以，要用等量碳酸氢钠使尿成碱性，磺胺就不易沉淀，并且要多饮水，还需经常化验尿，有肾脏病的最好不用。用药的具体方法是：磺胺嘧啶成人首剂2克，以后每次1克，每6小时1次，儿童首次每公斤体重50毫克，以后每日每公斤体重100毫克至150毫克，加

等量碳酸氢钠分 4 次至 6 次口服，疗程 5 天至 7 天，不能口服者，可用 5% 磺胺嘧啶钠静脉注射。复方新诺明成人每次 2 片、12 小时 1 次，儿童为每日每公斤体重 40 毫克至 50 毫克，分 2 次口服，每 12 小时 1 次，疗程 5 日至 7 日，必要时头两天剂量加倍，以后改为正常量。

流脑易与哪些疾病相混淆

流脑常易与化脓性脑膜炎，结核性脑膜炎，流行性乙型脑炎相混淆。

流脑是化脓性脑膜炎的一种，它是由脑膜炎双球菌所引起。除脑膜炎双球菌外，有不少其他细菌也能引起化脓性脑膜炎，常见的有肺炎球菌，流感杆菌。化脓性脑膜炎除流脑外，一般无流行趋势，皮疹甚少见，然而，它们的预后较流脑为差，必须早期明确诊断，并选择最有效的抗生素，脑脊液直接涂片寻找病原菌是最有效而简便的鉴别方法。

流脑与结核性脑膜炎的区别：流脑起病比较急，流行季节在冬春季，有流脑接触史，皮肤常有出血点，脑脊液外观呈混浊脓性，细胞数多在 $100 \times 10^6/L$ 以上。结核性脑膜炎，起病缓慢，多有结核病史或结核病人接触史，中等度发热，消瘦，盗汗等症状多见，皮肤上没有出血点，没有明显的流行季节，脑脊液外观呈毛玻璃样，细胞数多在 $500 \times 10^6/L$ 以内，以单核细胞为主，薄膜形成试验可阳性，涂片，培养可找到结核杆菌。

流脑与流行性乙型脑炎的区别：病因不同：乙脑是由乙脑病毒引起，而流脑是由脑膜炎双球菌引起。传播途径方面：乙脑是由带乙脑病毒的蚊子叮咬人体后传播的，而流脑是借空气，通过人的呼吸道传播的。流行季节不同：乙脑多发生在夏秋季，流脑多发生在冬春季。病变部位不同：乙脑是脑实质的损害，主要部位在大脑，脑干，而流脑是脑脊髓膜的病变，脑实质的损害轻微。

怎样预防流脑

预防流脑分为药物预防，菌苗预防及一般预防措施：

药物预防 磺胺嘧啶每天 2 克，儿童每日每公斤体重 75 毫克至 100 毫克，共服 2 天。复方新诺明每日 2 克，儿童每日每公斤体重 30 毫克至 50 毫克，分 2 次口服，共服 3 天。二甲胺四环素，每天 200 毫克，共服 3 天。利福平每天 1.2 克，共服 2 天。

菌苗预防：儿童在计划免疫过程中，就曾皮下注射流脑菌苗，为加强预防效果，每年 12 月份或次年元月份，皮下注射流脑菌苗 1 次。

一般预防措施：注意环境卫生，勤晒衣被，保持室内空气流通，流行季节尽量少去公共场所如电影院，剧场，商场，集市等。

患了流脑应怎样就医

过去流脑的死亡率曾高达 80%，自从发现磺胺和抗生素以来，已使流脑死亡率大大减低，当今流脑的死亡率下降到 2% 以下。但是，流脑发病急，进展快，必须早期诊断，早期隔离治疗，应迅速前往附近的医院就诊，避免长途颠簸，延误治疗，加重病情。

猩红热

猩红热的流行特点是什么？它是怎样传染的

猩红热是由 B-型溶血性链球菌所致的急性传染病。临床特征为发热、咽峡炎、全身弥漫性鲜红色皮疹和疹退后皮肤脱屑。

猩红热在全年均可发病，但冬春二季较高。所有年龄都可以得病，但多发于 5~15 岁的儿童。

猩红热是由病人和带菌者传染的，传播途径是通过空气飞沫。污染的用具、玩具、衣服等不会传播本病，脱皮时皮屑本身无传染性。

猩红热自发病前 24 小时至疾病高峰时期的传染性高，至皮肤脱屑阶段则多无传染性。

患过猩红热的病人还可以再次发病。因为感染猩红热后，人体可产生两种免疫，即抗菌免疫和抗毒免疫。抗菌免疫有不同类型的特异性。抗毒免疫有 6 个型，各型之间无交叉免疫。所以患过猩红热的病人不能获得终身免疫，还会再复发和感染。

猩红热的临床表现有哪些

1. 多发病急骤，高热、头痛、明显咽喉疼，重症病人有下咽困难。小儿有腹痛。

2. 起病第 2 天，颈部、胸部即出现密集的针头大小猩红色丘疹，压之退色，迅速延及躯干及四肢，全身呈弥漫性皮疹，皮肤充血，疹间无健康皮肤，伴有痒感。常于颈、腋、腹股沟等皮肤皱折处，皮疹融合成深红色线条（帕氏线）。病后一周，皮肤有糠皮样脱屑或大片脱皮。

3. 咽颊炎及颌下淋巴结肿大。

4. 面部充血潮红，口鼻周围显得苍白，称口周围苍白圈。舌乳头呈红肿状，突出于白苔之外，象草莓一样，称“草莓舌”。

猩红热需与哪些出疹性疾病相鉴别

1. 猩红热样药疹：药疹病人起病前有用药史，有一定的潜伏期，一般无咽峡炎及草莓样舌，发热、头痛等症状较轻。

2. 风疹：全身症状轻，皮疹为充血性斑丘疹，疹间皮肤正常，疹退后无脱屑，耳后及枕后淋巴结肿大。

3. 麻疹：麻疹出疹前有发热、咳嗽、喷嚏、流涕、结膜充血、畏光、流泪等，一般 3~5 日。皮疹初起呈淡红色，直径 2 毫米至 4 毫米，随即增多，呈鲜红色，疹间皮肤正常。

4. 金黄色葡萄球菌感染：某些金黄色葡萄球菌也能产生红疹毒素，所以这些毒株感染也可出现猩红热样皮疹。鉴别有赖于细菌培养。

得了猩红热怎样治疗和护理

一般治疗及护理方面：应卧床休息，进行单间呼吸道隔离 6 日。饮食宜富营养易消化。多喝开水，护理人员注意戴口罩。

常规治疗有以下几方面：

(1) 抗菌治疗：首选青霉素，小儿每日公斤体重 3~5 万单位，分 2~3

次肌肉注射，重症每日公斤体重 10~20 万单位，成人每日 160~240 万单位，分 2~3 次肌注，重症可静脉输入，疗程 7~10 天。

对青霉素过敏或疗效不好的改用红霉素，小儿每日每公斤体重 30~50 毫克，分 4 次服。

复方新诺明，小儿每日每公斤体重 25~30 毫克，分 2 次服，成人每次口服 2 片，每日 2 次。

(2) 高热、头痛、烦躁不安者对症处理。

(3) 咽痛可用朵贝氏液或温生理盐水漱口。

(4) 皮肤瘙痒者可给予温水浴。

(5) 并发肾炎、中毒性心肌炎、中耳炎、乳突炎按常规治疗。

(6) 中医疗法：可应用清热解毒制剂，如清热解毒口服液、板蓝根冲剂等。

怎样预防猩红热

1. 控制传染源：隔离病人，密切接触者应医学观察 7 天，儿童机构工作人员的带菌者，应暂时调离工作，予以青霉素 G 治疗 7 天，至细菌培养 3 次阴性后才能继续工作。

2. 切断传播途径：对病人分泌物及污染物应随时消毒，护理人员注意戴口罩。

3. 保护易感人群：目前无理想预防针，可采用青霉素 G 或磺胺药预防。一般用普鲁卡因青霉素 80 万单位，可连用 3~4 日。

细菌性痢疾

细菌性痢疾是怎样传播的

痢疾是以肠道（尤其是结肠）炎症为特征的一种综合性疾病，人们惯常所说的痢疾往往特指细菌性痢疾（以下简称菌痢）。菌痢是由志贺氏痢疾杆菌引起的，是我国夏秋季最常见的肠道细菌性传染病。

菌痢的传播方式主要是粪一口传播。痢疾杆菌随患者或带菌者的粪便排出，通过污染的手，日常生活接触，污染食物或水源，或借苍蝇的传播等方式，经口传染给易感者。（1）通过日常生活接触传播。有人检查菌痢患者居室物品的污染情况发现，桌椅、玩具、床铺、被单、患者手指、门把及拉手均可找到细菌，痢疾杆菌培养阳性。说明健康易感者，特别是儿童的手接触上述污染物品时，很易被感染。（2）经食物传播。痢疾杆菌在蔬菜、水果、米饭、面食上可生存数天，甚至十余天；并可在葡萄、草莓、黄瓜、西红柿、凉粉、肉冻等食品上繁殖。所以食用生冷食物及不洁瓜果可引起菌痢散发。带菌的厨师如将痢疾杆菌污染食物、菜板、瓜果及凉菜，可引起菌痢暴发。

（3）经水传播。若粪便处理不当，水源保护不好，被粪水污染的天然水、井水、自来水如未经消毒被饮用，常引起暴发流行。施工、生产、野营、居民区共用污染供水管道，往往引起不同年龄、性别、职业和同用水源人群间的广泛传播。

（4）经蝇传播。苍蝇生活于粪便污物之间，蝇体常带病原菌。卫生条件不好的单位、家庭和个人常被传染。因苍蝇引起的菌痢流行，其发病率上升与家蝇密度升高常是一致的。

什么样的人容易患菌痢

痢疾杆菌进入人体后不一定发病，是否得病，一方面取决于痢疾杆菌的数量和毒力，更为重要的是取决于机体的抵抗力。当身体抵抗力强，痢疾杆菌数量少，无侵袭力，则不发病。反之，当身体抵抗力下降，痢疾杆菌数量多，有侵袭力，则发病。一般认为，2~7岁儿童发病最多，其次是20~39岁青壮年，1岁以内的年龄组最少发病。在青壮年及儿童中，男女无差别，而在老年人中，女性比男性多。菌痢的发病及病情的严重程度与血清中抗体的高低并不一致，主要与肠道免疫球蛋白A水平有关。营养不良者、慢性病患者及肠功能紊乱者，其肠道免疫球蛋白A水平均低下，不仅容易发病，而且容易形成慢性菌痢。所以，我们在生活中可以见到，两人吃同一份污染食物，有的发病，有的却不发病。

患了菌痢都有哪些表现

菌痢最常见的症状是腹痛、腹泻，其特点是以左下腹痛为主，隐隐作痛，持续存在，但便后可以减轻。由于每个人对疼痛的耐受力 and 反应性不同，病情轻重也不同，所以部分患者的腹痛可以很严重，痛得面色苍白，四肢发凉，而部分患者则无明显腹痛。腹泻的特点是便次十分频繁，每次量少，有时少至只有几滴，总有便意，有下坠感。多数腹泻初为稀水便，后转为粘液便或脓血便，以脓为主，少数为血水便。大部分患者有发热，常为首发症状，热度可高可低，持续2~3天。除此之外，尚有全身不适、食欲下降，或有恶心、呕吐等。部分患者，尤其老年及儿童，容易发生脱水、酸中毒和电解质紊乱，

甚至发生休克。在急性菌痢时，白细胞总数与嗜中性白细胞多数增高。本病只要治疗及时得当，大多在1~2周内痊愈。但老年患者可加重原有心血管疾患，甚至发生危险。对儿童有发生中毒性痢疾者，应加警惕。少数病例可以变为慢性。

怎样才能确诊为菌痢？菌痢有哪几种临床类型

一般人认为，菌痢的诊断比较容易，以为出现腹泻便可诊断菌痢，实际上很多疾病都可出现腹泻，有腹泻者也不一定是感染性腹泻，更不一定是菌痢。误诊率很高，有时将菌痢诊断为其它病，更常见是将其它病误诊为菌痢。诊断菌痢，必须符合下列条件。接触史：发病前7天内有菌痢患者接触史或不洁饮食史。临床表现：突然起病，发热，腹痛、腹泻，左下腹痛为主，便次频繁，里急后重，下坠，左下腹有压痛，大便为脓血便或粘液便，镜检可见较多红、白细胞。大便培养志贺氏菌阳性。

菌痢可分为急性、慢性及中毒型3种临床类型。急性与慢性菌痢的区分是人为的，将病程较短的称急性，较长的称慢性，其界线是病程2个月，病程迁延不愈2个月以上者称为慢性菌痢。中毒型菌痢指的是菌痢患者，伴有呼吸循环衰竭或呼吸窘迫综合征者。

怎样才能早期发现中毒型菌痢

中毒型菌痢（简称毒痢）是传染病领域中，来势最猛、变化最快的疾病之一，病程应以小时计算，如不及时抢救，可很快发生抽搐、呼吸循环衰竭而死亡。如何才能早期发现呢？首先，我们要熟悉毒痢的早期表现，同时细致观察，注意病情早期变化。中毒型菌痢的早期主要表现如下。

（1）突然起病，高热39℃以上，烦躁不安，谵语，用镇静剂无效，或嗜睡，萎靡不振。

（2）早期呼吸衰竭。呼吸节律不整、憋气、暂停。反复惊悸、惊厥，止惊后一般情况差。四肢持续肌紧张，下肢内收，上肢内旋，血压偏高。

（3）早期循环衰竭。肢端紫钳，皮肤发花；脉压差小，小于2.67千帕（20毫米汞柱）；心率增快，成人每分钟90次以上，新生儿150次以上，2岁120次以上，3~7岁110次以上，7~14岁100次以上。尿量减少，成人每小时尿量25毫升以下，婴儿少于10毫升，儿童少于20毫升。

（4）呼吸窘迫综合征的早期表现。少数毒痢可出现呼吸窘迫综合征，死亡率最高，抢救十分困难，但如早期发现，死亡率可降至20%以下。主要表现为急性、进行性，吸气性呼吸困难，呼吸费力而无呼吸道梗阻，不易缓解的低氧血症，双肺听诊无明显异常，症状与体征明显不相称，X线检查可见肺透明度降低，继之可见网状阴影，最后出现“白肺”。血气分析特点是氧分压小于8千帕（60毫米汞柱），二氧化碳分压小于4.67千帕（35毫米汞柱），PH值升高（晚期降低）。

中毒型菌痢从发病到出现中毒症状的时间，半数在12小时内，95%发生在24小时内，4%可发生在24小时~48小时内。最短可在发病后4小时内死亡。

儿童比成人易患中毒型菌痢。尤其是1~7岁儿童更多见。中毒型菌痢的患儿与其体质、体型有一定关系。过敏性体质及肥胖儿童更易发生中毒型菌

痢。

所以在每年7~9月(南方6~10月),凡遇到突然发病、高热、神志不清、肢端发冷、面色苍白、口唇发绀、皮肤发花、尿少等症状,即使没有大便的患儿,家长或幼儿园的阿姨们一定要立即送医院诊治,严防毒痢的发生。

如何区分细菌性痢疾与阿米巴痢疾

菌痢与阿米巴痢疾均可出现腹痛、腹泻、脓血便,所以两者容易混淆,且治疗药物不同,故鉴别十分重要。一般来说,急性菌痢多呈流行性发作,全身症状较重,大便次数多,里急后重显著,左下腹有压痛,大便量少,脓血便以脓为主,呈鲜红色。大便显微镜检查白细胞满视野或红、白细胞满视野,有吞噬细胞,无阿米巴滋养体及特殊结晶。大便培养痢疾杆菌阳性。乙状结肠镜检查可见病变弥漫,溃疡表浅。氟哌酸治疗效果良好,而灭滴灵疗效不显。急性阿米巴痢疾大多呈散发性发病,全身中毒症状比较轻,大便次数没有菌痢多,里急后重不明显,右下腹可有压痛,大便量多,脓血便以血为主,呈暗红色或果酱样。大便显微镜检查红细胞满视野或红、白细胞满视野,吞噬细胞少见,有阿米巴滋养体及有夏科雷登氏结晶。大便培养溶组织阿米巴原虫阳性。乙状结肠镜检查可见溃疡较深,溃疡间粘膜正常。灭滴灵治疗疗效明显,而氟哌酸治疗疗效不显。

目前治疗急性菌痢的有效药物有哪些

抗生素在菌痢的治疗上很重要,可以加速痢疾杆菌的消失,缩短病程。临床实践证明,氟哌酸是目前最佳抗痢药物,病情严重的病人,可联合应用磺胺增效剂。同时也可选用黄连素、吡哌酸等药物治疗。我国采取以654-2为主的综合疗法治疗中毒型菌痢,取得了较好疗效。具体用法: 氟哌酸每日15~20毫克/公斤体重,分2次服,疗程3~5日。 氟哌酸与654-2联合用药。氟哌酸600毫克,12小时1次,共4次。654-210毫克,1日2次,共4次。 氟哌酸与磺胺增效剂、654-2联合用药;氟哌酸600毫克,12小时1次,共4次。磺胺增效剂200毫克,12小时1次,共4次。654-210毫克,12小时1次,共4次。 氟啶酸400毫克,1日2次,共4日。 吡哌酸1克,1日2次、共5日。 吡哌酸与磺胺增效剂联合用药。吡哌酸1克,1日2次,共5日。磺胺增效剂150毫克,1日2次,共5日。 利福平与磺胺增效剂联合用药。利福平600毫克,12小时1次,共1日。磺胺增效剂200毫克。12小时1次,共1日。 黄连素口服每日2克以下,并可与磺胺增效剂联合应用,其疗效肯定,副作用小,为抗痢药物中副作用最小者。

预防菌痢有何对策

首先要改善整个社会的卫生大环境,主要应抓好“三管一灭”。管好饮水卫生,管好食物卫生,管理好粪便,消灭苍蝇。在广大农村对水源和粪便的管理更有重要意义。其次要加强个人卫生,特别要把住“病从口入”关,做到四不吃:不吃生冷蔬菜、饮食,不吃不洁瓜果,不吃腐败变质食物,不吃未经处理的剩饭剩菜。同时要养成饭前便后必洗手的良好习惯。并且要严格执行食品卫生管理法。从事烹调、加工或生产食品,以及饮食服务的人员,在工作之前一定要洗净手,并按各单位制订的卫生制度办事。同时各基层医护防疫人员对患者和带菌者要做到早发现,早隔离,予以彻底治疗。对患者

的粪便一定要做好彻底消毒。对从事幼儿机构、饮食行业及集体单位食堂炊管人员，应定期作粪便细菌培养，如发现慢性带菌者应积极给予治疗，同时调离原工作岗位，经彻底治愈后方能恢复原工作。与痢疾患者接触者，应予医学观察 7 天。更为重要的是政府及卫生领导机构应经常深入基层，组织防疫和医疗卫生人员定期或不定期地进行卫生宣传教育。一旦发现菌痢流行，应积极保护易感者，因地制宜地采用大蒜、黄连、马齿苋、地锦草等给接触菌痢者口服。

白 喉

白喉是怎样引起的

白喉是白喉杆菌引起的急性传染病。病人可出现局部粘膜充血、肿胀，特别是有假膜形成，并可发生心肌炎及末梢神经麻痹。

白喉杆菌是怎样引起白喉的？此病的传染源是病人和带菌者，他们的上呼吸道存在着细菌，在其呼吸、咳嗽或打喷嚏时把细菌喷到空气中；或其把痰吐到地上，干燥后其中的细菌随尘埃飞到空中，在人们呼吸时把细菌吸入呼吸道，可引起白喉。动物不能作为白喉的传染源。

白喉杆菌对身体有哪些危害

1.局部危害：白喉杆菌在停留的局部繁殖并产生毒素，可引起粘膜细胞死亡和分解，这些坏死细胞的沉渣加上纤维蛋白渗出及白细胞的沉积，形成本病的特殊病变—假膜。假膜为灰白色，起初薄，继之变厚，边缘整齐，下面紧贴粘膜，不易脱落，用力刮去可见出血点；常伴颌下淋巴结炎或淋巴结周围炎。

2.毒素的全身危害：白喉杆菌产生的外毒素由局部吸收，经血液及淋巴系统散布到全身组织器官，迅速与细胞结合引起全身性变化，其中以心肌、神经、肾脏及肾上腺病变较显著。早期心脏扩大、心肌水肿、混浊及脂肪变性，心肌坏死及白细胞浸润，最后可有结缔组织增生，传导束可受侵害，偶见心内血栓形成。神经系统变化多见于末梢神经髓鞘，首先变性化为很多小株，随后神经轴断裂发生坏死，但某一神经的纤维很少发生全部坏死，所以白喉引起的神经病变几乎不会留下持久性瘫痪。肾脏呈混浊肿胀及曲细管上皮细胞脱落现象。肾上腺可有充血、退行性变化或出血。肝脏呈实质性脂肪变性及肝小叶中央坏死。

白喉是不是仅发生在喉部？有哪些表现

白喉可发生在人体很多部位，其症状可分为局部和全身两种。

1.咽白喉

(1)局限型：扁桃体白喉，多见于成人。病人可有微热、咽干、咽疼、乏力、食欲差或恶心、呕吐；幼儿表现为不玩耍、哭闹、流口水。扁桃体充血、稍肿大，有白色斑点状渗出物，一两天内溶成片状假膜，色灰白，边缘清楚，与粘膜牢固粘连，不易抹掉；可有颌下淋巴结肿疼。咽门白喉，假膜局限于腭弓、悬雍垂处，症状较轻微。

(2)散布型：在悬雍垂、软腭、咽后壁、鼻咽部及喉头均有假膜形成，不想进食、恶心、呕吐，自诉咽疼、乏力、发热、脉搏加快等。

(3)中毒型：起病较急，局部假膜广泛，如散布型。常因出血呈黑红色，扁桃体及咽部高度肿胀，可阻塞咽门，可有坏死而形成溃疡，并有特殊腐败气味；颈部淋巴结肿大；周围组织水肿，肿大如“牛颈”。中毒症状严重，高热、烦躁不

安、呼吸急促，面苍白、唇发绀、血压下降、脉搏细弱、心脏扩大、心律不齐。

2.喉白喉

病人绝大多数为幼儿，主要症状为粗糙的干咳、声音嘶哑、甚至失音，

呼吸困难，口唇及皮肤青紫，假膜可延及气管、支气管，产生高度呼吸困难，常引起窒息死亡。喉头及气管假膜粘连不甚牢固，可咳出或呼出管形假膜，症状得以缓解，但假膜也可脱落掉入气管，引起窒息。此型全身中毒症状不重。

3. 鼻白喉

多发生于幼儿。主要症状为鼻塞、出血性、浆液性分泌物。因病情轻、病程进展慢，诊断困难，治疗往往不及时，所以此型常为危险的传染源。

4. 其它部位白喉

除以上各型外，还有眼白喉、耳白喉、女性外阴白喉、新生儿脐白喉、皮肤伤口白喉等。

白喉有什么并发症

1. 血液循环衰竭：在发病早期，毒血症较重，毛细血管内皮细胞、肾上腺、脑下垂体受到损伤，血管舒缩机能发生障碍，血压降低，同时心肌也可发生损害，加重循环衰竭。病人表现为脉搏慢或快、心律不齐、心前区疼、面色苍白、呕吐，心力衰竭多在发病第2~3周出现，当时其它症状可能完全消失，人们思想易麻痹大意，偶见病人准备出院时突然发生心力衰竭而死亡。

2. 神经麻痹：多发生于第3~4周，腭咽肌麻痹最常见也最早出现，病人发音模糊不清，进流质食物可从鼻腔呛出；眼运动神经、面神经及末梢神经可先后波及，引起视力不能集中，下肢无力等；感觉多正常，膈肌和肋间肌麻痹，可引起呼吸障碍而致死。

3. 支气管肺炎：多见于喉白喉，尤其是假膜向下伸展到气管、支气管时更易并发本病。

4. 并发链球菌感染引起急性脓毒性咽峡炎、化脓性中耳炎等。

白喉如何诊断

临床表现、起病缓慢、轻度发热、中毒症状逐渐加重，局部炎症不严重，但有假膜可作为咽白喉的诊断依据。当幼儿有血性、浆液性鼻分泌物以及鼻下表面溃疡，应考虑鼻前庭白喉。粗糙于咳、声音嘶哑、呼吸困难伴发热，应疑及喉白喉。

家人发现以上情况要速送病人到医院就诊，从患处如咽部或鼻腔取渗出物作涂片染色，在显微镜下查看白喉杆菌或培养白喉杆菌。症状明显，又找到细菌者可确诊；症状明显且有假膜，未找到细菌者也可确诊；症状不典型，即使找到细菌，也只能作为可疑病例继续观察。

白喉容易与哪些疾病相混淆

1. 咽白喉应与下列疾病区别。

急性咽峡炎、急性滤泡性扁桃体炎：起病急、高热、局部红肿及疼痛剧烈，这些不同于白喉，局部有点状灰白色分泌物但不形成假膜。

奋森咽峡炎：咽粘膜红肿不显著，有溃烂覆以灰黄色渗出物，涂片找到梭形杆菌及螺旋体。

鹅口疮，多见于体弱儿童，常在口腔局部有奶酪状洁白薄膜，在显微镜下可找到念珠状霉菌。

2. 须与喉白喉相区别的疾。卡他喉炎：呼吸困难周期性发作，日轻夜

重，咽门及喉头无假膜。

变态反应性喉水肿：在过敏反应时引起呼吸困难，起病急骤，有过敏史，注射肾上腺素有特效。

喉头异物：详细询问异物吸入史，透视及喉头镜检查可诊断。

3. 鼻白喉应与鼻内异物和慢性鼻炎相区别，鼻白喉有血性浆液分泌物是主要区别点。

白喉如何治疗与预防

得了白喉当然要到医院治疗，当地有传染病医院者，要到这样的专科医院治疗。白喉的治疗原则如下：

1. 一般治疗：卧床休息两周，有心肌损害者卧床时间应更长；高营养流质饮食；注意心衰，必要时给予镇静剂。2. 抗毒血清注射，必须及早给予且一次足量注射。

3. 抗菌治疗：首选青霉素，从小剂量开始渐增量。4. 中药治疗：土牛膝、万年青、卤地菊等水煎服。

5. 处理并发症：心衰需强心治疗，神经麻痹引起吞咽困难应给以鼻饲，喉白喉呼吸阻塞时则气管切开。

6. 预防：接种疫苗。

新生儿破伤风

新生儿破伤风是怎样引起的？临床上有哪些表现？它与成年人破伤风有哪些不同点

新生儿破伤风，就是民间所说的“四六风”、“七日风”、“脐带风”或“锁口风”等，是由破伤风杆菌引起的。在接生时，如用污染破伤风杆菌又未严格消毒的剪刀（或其他用具）剪断脐带，破伤风杆菌就可以从脐带切断的地方进入人体引起本病。

新生儿破伤风首先出现的是孩子不会吃奶，嘴张不开，哭声变小。突出的表现是面部常有“苦笑”的样子，随之脖子后仰，四肢发挺，整个身子向后背。严重时可出现全身缺氧。总之，抽搐（俗称抽风）及苦笑面容是新生儿破伤风的主要表现。这种病是非常危险的，病死率高，一定要及时送医院进行治疗。

成年人破伤风可以经过各种各样的创伤，比如深刺伤、动物咬伤、开放骨折或烧伤等侵入人体。有时也可经过较微小而未被察觉的伤口（如被针和树枝等刺伤）而进入体内。除此之外，拔牙、中耳炎或外科瘻管等也偶然引起破伤风。临床上可以出现张口困难、牙关紧闭，吞咽困难等表现，与新生儿破伤风相似，也可出现“苦笑”面容及全身或局部肌肉抽搐。

新生儿破伤风应与哪些疾病进行鉴别？应当怎样治疗

新生儿破伤风必须与各种可以引起张口困难的局部病变相鉴别，比如扁桃体周围脓肿、咽后壁脓肿、颞颌关节病等均可出现张口困难，但往往在局部可以找到炎性病灶，一般在鉴别方面没有多大困难。

治疗方面，首先应当给患儿早期注射破伤风抗毒素，越早用越好，剂量为3万单位，肌注或静脉滴入。此外，可用青霉素控制其他需氧细菌的生长，减少脐部氧气的消耗，间接阻止破伤风杆菌的生长，这对破伤风患儿是有利的。同时对抽搐不止的，可用安定、氯丙嗪、鲁米那、水合氯醛等镇静药物，不能吃奶的应注意用鼻饲管喂奶或静脉点滴，以维持生理需要的水份及营养。

预防新生儿破伤风的对策有哪些

首先应大力宣传、推广新法接生，在接生时要严格执行消毒操作，如果遇到紧急接生而身边又没有消毒用具的时候，可将剪刀在火上烧红冷却后再将脐带剪断。对于脐带处理不当的患儿，应当争取在24小时内将残留脐带的远端剪去一段，重新结扎，近端用3%过氧化氢或1:4000高锰酸钾液冲洗后再涂碘酒，同时肌肉注射破伤风抗毒素3000单位。

结核病

什么是结核病

结核病俗称“痨病”，它是由结核杆菌侵入人体而引起的一种慢性传染病。结核病是全身性疾病，人体的各个脏器（器官）如肺、骨、关节、喉、肠、腹膜、脑、皮肤、生殖器等，都可受到结核菌的侵犯而发病。结核病发生在什么器官，就叫这一器官的结核病。如发生在肺就叫肺结核，发生在肠就叫肠结核，发生在骨就叫骨结核……。人体被结核菌侵入后，并不是所有的人都会发病，只有在结核杆菌侵入后，身体抵抗力降低时才会发病。由于结核杆菌主要是通过呼吸道传播，所以，结核病以肺结核为最常见（占80%以上），其它脏器的结核亦常起源于肺结核的播散。如果把肺结核病防治工作做好了，其它结核病就不致发生，因此，在结核病防治工作中，肺结核是防治的重点。

结核病的致病菌是什么细菌

1882年德国细菌学家柯霍（Koch）发现了结核病的致病菌——结核杆菌。

结核杆菌又叫结核菌，是根据它的形态细长稍弯，两端钝圆而命名的，属分枝杆菌，要经抗酸染色后，在普通显微镜下放大几百倍才能看到：

结核菌分为人型、牛型、鸟型和鼠型四种，人类结核病致病菌主要是人型，其次是牛型。

结核菌的抵抗力很强，在阳光曝晒下几小时才被杀死，在阴暗潮湿的土壤、污水及温度0℃时可以生存几个月，接触70%酒精1~2分钟即能杀死。它对湿热抵抗力较差，在70℃热水中10分钟可杀死。在沸水中1分钟即杀死。所以病人用过的碗筷餐具，采用煮沸消毒较为简便有效，使用漂白粉消毒痰液的效果也较好。

肺结核是怎样传染的

肺结核的传染源主要是患肺结核的病人，因为病人的痰是细菌的大本营。

肺结核病人排出的结核菌是怎样传播到健康人体的呢？1. 飞沫传染：病人咳嗽、打喷嚏、大声说话时，会喷射出含有结核菌的飞沫微粒，有人研究，排菌病人咳嗽一次，可喷射出400以上的飞沫核，有的飞沫核含菌量可高达数百个，并且能在空气中飘荡30分钟。在飞沫核中的结核菌，因刚脱离人体，未受日照、干燥的影响，有毒力和活力都很强，若被健康人吸入肺部而造成感染。

2. 尘埃传染：排菌的病人随地吐痰，含结核菌的痰干燥后，结核菌附着于尘埃上，随风漂浮在空气中，被健康人吸入肺部后也会受感染。

3. 接触传染：健康人直接接触了结核病人的痰、痰盂或其它排泄物、衣物、用具或食用病人吃剩下的食物等，都有受到传染的可能。

以上几种传播方式最主要的是飞沫传染，结核菌通过这种方式进入人体后，如果身体抵抗力强，不一定发生结核病，如果身体抵抗力弱，就容易发生结核病。

肺结核病有哪些症状

肺结核病的症状，因个体差异，其表现不完全相同，主要根据机体的反应以及病灶的性质和范围而决定。

1. 全身症状：早期轻症患者一般没有症状或症状轻微，易被患者忽视，晚期患者症状较多，也较显著，全身症状有：

(1) 疲倦、不适、乏力、日常工作很难坚持，容易烦躁、心悸，食欲不振、失眠、体重减轻。女患者有闭经及月经不调。

(2) 发烧，是结核病的早期症状之一，一般为低热、体温常在 37 ~ 38 之间，多见于下午，次晨降至正常，若病灶急剧进展或扩散时则发热显著，如粟粒型肺结核、结核性脑膜炎等急症病人可有中等发热及高热达 39 ~ 40 者。

(3) 盗汗：病人入睡后，头颈、胸部及两肺下部出汗，醒后已觉身上或穿着的衣服湿透，一般说轻症病人出汗较少，重症病人出汗较多，患者自觉有衰竭感。

2. 局部症状：主要是由于肺部病灶损害引起。

(1) 咳嗽、咳痰或仅有少量粘痰，病变扩大或有空洞形成，则痰量可增多。

(2) 咯血，肺结核患者半数有咯血，但程度有不同，有的仅仅痰中带血，有的则咯血痰或整口咯血，甚至中等量或大量咯血。

(3) 胸痛，部位不定的隐痛，常是神经反射作用引起，与呼吸、咳嗽无关，固定部位的刺痛并随呼吸或咳嗽加重，则是肺部病变累及壁层胸膜而引起。

(4) 呼吸困难，早期轻症患者无呼吸困难，晚期病人因肺组织广泛受损可发生呼吸困难，首先是在体力活动后感到气急，随后，即在静息时亦有气急，严重者可发生紫钳。

咳嗽、咯血是否就是得了肺结核病

咳嗽、咳痰、咯血是肺结核病最常见症状，那么咳嗽的人就一定是得了肺结核病吗？不是，许多呼吸道疾病，如伤风感冒、支气管炎、肺炎都可以发生咳嗽，不过，这些疾病的咳嗽症状，常常随着疾病的好转而消失。如果一个得了伤风感冒、支气管炎或肺炎的病人，其主要症状都消失了，唯独咳嗽症状持续存在，并伴有疲乏、低热等症状，就可能患有肺结核病，应到医院检查就诊。

咯血也不是肺结核病特有症状，咯血的原因很多，几乎所有肺、支气管炎疾病中都可以发生咯血，对于四十岁以上的人，如果有咯血时，还应考虑是否有肺部肿瘤发生。

肺结核病人如有咯血，一般说是疾病恶化或病变活动的征象。但也有些肺结核患者肺部病变已经钙化结疤，仅仅因为剧烈咳嗽或用力时，由于肺组织弹性减小，发生机械性牵扯刺激等作用使附近小血管破损而咯血者，这种咯血一般量少，时间短，通常 1 ~ 2 天左右即可消失，但不论属于哪种咯血，都需要到医院作进一步检查。

一旦治疗失败后有无补救措施

结核病治疗疗程结束时痰菌不能转阴，或在疗程中痰菌转阳，X 线显示

病灶未能吸收，说明化疗失败。其重要原因多为化疗方案不合理，未能规律用药或停药过早，或者细菌耐药，机体免疫力低下等。对于治疗失败病人需要另订方案，治疗复治病人，必须重新选择联用敏感药物。结核菌的药物敏感试验可以帮助选药，但费时长，一般数周才有结果，故临床上常用办法是根据病人过去详细用药情况，选出以往未用或少用的药物，我国结核病控制中心推荐了两个选择方案，可酌情选用，还可以选用一些较少使用的药物加以组合，例如卡那霉素、氨硫脲、丙硫异菸胺、卷曲霉素等。

在治疗期内为什么要定期查痰

痰中查到结核菌是确诊肺结核的主要依据，痰菌阳性说明病灶是开放性的，治疗期间定期查痰可以判断肺结核的治疗效果，判断肺结核的耐药情况，判断结核病人是否传染他人。

肺结核病人怎样休息

典型肺结核起病缓慢，病程经过较长，症状轻重不一，需要按照医生嘱咐，做到生活规律，适当加强营养。不排菌的轻症病人除坚持规律治疗外，可照常工作或减轻工作，学生可继续学习免体育等。对排菌且有较明显症状患者如低热、盗汗、消瘦、咯血等，则应注意休息和隔离。

家中有结核病人，家人应如何相处，如何做隔离消毒工作

结核病人的隔离消毒主要应根据病人的痰菌化验情况来决定，如家庭中发现结核病人，应积极到结核病专科医院查痰检查，对于有空洞的，排菌的、病情急剧进展的病人，最好住院治疗。若病人在家中治疗，最好将病人迁入单人房间内居住，病人要减少与健康人接触的机会，尤其要避免与儿童频繁接触，病人不要随地吐痰，要收集到专用容器中进行消毒处理。生活用具、食具、房屋等要定期消毒处理，消毒方式也要接受专科医生指导。

哪些人可以服药预防结核病的发生

开放性肺结核患者家庭中结素试验阳性且与患者密切接触的成员，结素试验新近转为阳性的儿童，以及患非活动性结核病而正在接受长期大剂量皮质激素或免疫抑制剂者，可以服用异烟肼半年至一年，以预防发生肺结核病。

儿童是如何感染结核病的？儿童感染后有哪些变化

结核病主要通过呼吸道传染，结核菌广泛存在于空气中，儿童只要吸入含有结核菌的空气就有可能感染结核病。如一个家庭中有结核病人，病人随咳嗽、打喷嚏将结核菌排到空气中，儿童处在这种环境中就很危险。年幼儿童的感染几乎都来自家属、近亲或近邻。较大儿童受到感染，家属如无结核病人，就有可能来自学校、门诊、电影院、商场等公共场所。另外，儿童食用感染结核菌的牛乳或食物，也可感染结核病。

儿童感染结核病后，常见的类型为原发性肺结核，症状多轻微而短暂，可类似感冒，有微热，咳嗽，食欲不振，体重减轻，数周好转，X线可见肺部原发灶、淋巴管炎和肺门淋巴结肿大。

作为儿童家长，脑子里要有一个基本概念，那就是应该知道在什么情况下有患结核病的可能。 体重不增或下降。 经常乏力、食欲减退。 咳嗽、

咳痰、午后低热一周以上。盗汗。

年龄、营养和其他感染及寄生虫病有何影响

抵抗力是身体克服侵入细菌的防御能力，抵抗力的强弱对结核病的转归有重要影响，而抵抗力有赖于受感染时的年龄、营养状况、有无其它感染或寄生虫感染以及感染本身的性质。儿童、老年人抵抗力低，易感染结核病，给于充足的食物，保持良好的营养状况，身体就可保持对感染最佳的抵抗力，一些传染病如麻疹、百日咳等及一些肠道寄生虫病，都可以降低抵抗力，应该注意。

结核菌素试验阳性结果的临床意义是什么

结核菌素试验的目的：测定有否感染结核菌（包括临床鉴别应用）。

选择卡介苗接种对象：结素试验呈阳性反应，表示已受到结核菌感染，不需要接种卡介苗；如果是阴性反应，表示尚未受到结核菌感染，是卡介苗接种的对象。结核病流行病学的调查监察，特别是年感染率的测定。了解一个地区内结核菌高感染人群，作为重点结核病防治对象。

结素试验阳性说明机体感染了结核菌或接种过卡介苗，并不说明已患了结核病，如果结素试验结果为一般阳性反应，则结核病诊断的意义不大，须结合其它情况考虑；如果结素试验结果为强阳性，则支持结核病的诊断。初次感染结核或感染结核后不久的人们（如原发性肺结核病人）变态反应性增高，结素试验呈强阳性反应，活动性肺结核病人有时结素反应可能有增强的倾向，但结素反应的强弱与肺结核活动程度间并无直接的平行关系，此外，在严重的结核病如急性粟粒性结核、结核性脑膜炎时，由于机体反应性减弱，结核菌素试验可呈阴性。

抗结核药物的治疗原则是什么

1. 早期：即早期发现、早期治疗，一旦确诊要抓紧治疗，即所谓抓紧初治时期。因初治病例不论病情轻重，从未用过抗结核药物，结核菌对抗结核药物敏感，另夕早期活动性病变中的结核菌正在生长繁殖，代谢旺盛，病人抵抗力尚强，体内吞噬细胞尚活跃，药物能发挥最大杀菌作用，痰菌可迅速阴转，停药后也无复发。早期肺部病变可逆性大，X线阴影几乎可以全部吸收，避免组织破坏，不留或少留后遗症。

2. 联合：联合用药是比疗的主要原则。采用两种或两种以上药物同时应用，可增加药物的协同作用，增强疗效，并可减少继发性耐药菌的产生。

3. 适量。每一种抗结核药物以发挥最大效果，病人又能接受且不引起毒性反应为适量。剂量过小，不能抑制结核菌的繁殖，易产生耐药性，影响疗效；剂量过大，则易发生副作用。

4. 规律：按规定的方案在规定的时间内，坚持有规律的用药是化疗成功的关键。结核病是一种慢性传染病，治疗时间比较长，如能做到规律服药，又能坚持全疗程，就能得到良好的效果。相反不规律用药则达不到杀菌、抑菌的效果，细菌容易产生耐药性而导致治疗失败。

5. 全程：保证完成方案所规定的疗程是“治必彻底”的关键。疗程不足则不能彻底消灭残存的顽固菌，成为以后复发的根源。

结核病人是否必须住院治疗

结核病人并非一定要住院治疗，住院治疗的病人，虽然有优越的居住设施、护理条件，丰富的饮食和长期卧床休息的保证，但是治疗的结果并不一定优于门诊和家庭治疗。多项研究结果证明，不住院化疗与住院化疗效果一样，对周围人群的传染性也相同。不住院化疗成败的关键在于有无督导措施，目前我国不住院化疗的管理措施，一般主要采用全程督导化疗。即在医务人员直接观察下眼药和注射，并做好记录，可以请病人每天到结防所或医务室用药，也可以依靠医疗保健网，每天由医务人员上门发药和治疗，在强化阶段是十分重要的。无论在什么地方治疗，保证疗效恢复健康的关键是坚持规律服药和全程治疗。

卡介苗接种后 12 周为什么要做阳转试验

卡介苗是一种无毒活菌苗，用人工方法进行卡介苗接种，使未感染结核菌的人体产生免疫力，从而限制以后结核菌感染在人体内的播散，达到预防结核病发病的目的。

卡介苗接种后到人体产生免疫力的整个过程约需 8~12 周时间。所以在接种后 12 周做阳性试验，即结核菌素试验来测定卡介苗接种是否成功，如果阳转了，说明接种是成功的，如果是阴性，即不阳转，则说明接种不成功，要再次进行接种，直到阳转时为止。这样人体才真正获得了免疫力。

卡介苗接种后是否可以获得终生免疫力

卡介苗接种获得的免疫力不是终生性的，其免疫力因人而异，一般可维持 3~5 年，或更长一段时间，所以经过若干年后要进行补种卡介苗以维持免疫力。

新生儿卡介苗接种后 12 周又经结核菌素阳转试验，确定接种成功者，补种时间为小学一年级学生和小学六年级学生两个年龄组进行补种。但对边沿地区、少数民族地区未开展卡介苗工作而新进城市的大中专学生，新入伍的战士，或新进厂矿企业的职工，则应随时进行卡介苗接种。

新生儿有哪些情况应暂缓卡介苗接种

新生儿有以下情况应暂缓卡介苗接种： 发烧； 体重在 2500 克以下； 早产儿或未成熟儿； 顽固性呕吐及严重营养不良； 病理性黄疸； 皮疹、化脓病； 先天畸形，如先天性心脏病、先天性脑积水等。

上述情况经医生检查恢复健康后，则可进行卡介苗接种。

肺结核病归口管理有哪些好处

1. 是病人发现、治疗、管理、疫情控制的关键；
2. 使肺结核病患者可遵循“早期、联用、适量、规律、全程”的治疗原则，合理用药，正规治疗与管理，早日恢复健康；
3. 能防止复治耐药病例的形成；
4. 能提高痰菌阴转率和治愈率，减少复发率；
5. 能准确掌握疫情变化，及时制定措施和对策。

结核病能否预防

目前结核病是完全可以预防的。经过多年来结核病防治工作的开展，国家和人民都知道结核病是“防有措施、治有办法”，但也往往容易被人们忽视。现在全球结核病疫情在告一急，我国结核病疫情也在回升，已引起国家和地方政府部门的重视。目前防治结核病所采取的措施有以下几项。

1. 建立三级防痨网络；以结核病防治所为中心，以县（市）级结核病防治机构为动力，以乡级卫生保健单位为基础，建立市、县（市）、乡三级防痨网络，有计划有步骤地开展结核病的群防群治工作。

2. 实行综合医院结核病的归口管理；对各级综合医院或医院负责预防保健的地段，对发现的肺结核病和疑似肺结核病人，在限期内转报到结核病防治专业机构，进行正规治疗与管理。

3. 开展卡介苗接种工作：特别是新生儿出生后接种效果最好，以后可按照计划免疫程序进行补种。对大中专院校学生 PPD 试验，阴性反应者可及时补种卡介苗，对 PPD 强阳性者，经过 X 线检查未发现活动性结核病变，可预防眼药 6 个月。

4. 开展胸部 X 线检查：一般每半年或一年进行一次胸部 X 线透视和查痰检查工作，能及时发现病人。达到“有病早治、无病早防”的目的。

5. 对接触者的检查：对患有活动性肺结核，特别是排菌病人密切接触者，要定期进行胸透；对 15 岁以下儿童者要做 PPD 试验，阴性者补种卡介苗，强阳性者进行胸部 X 线拍片，如无活动性结核性病变，也要预防服药 6 个月。

6. 对有症状者进行检查：特别是有低热、咳嗽、咯痰或咯血在半月以上者，要进行 X 线胸透、拍片和查痰。

