

题号	公卫执业医师 实践技能 第二站
	<p>公共卫生案例分析:</p> <p>登革热的诊断依据, 对患者和接触人群采取的措施</p> <p>诊断依据:</p> <p>(一) 流行病学史</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 发病前 14 天内去过流行区。</li> <li>2. 居住场所或者工作场所周围 (如半径 100m 范围) 1 个月内出现过登革热病例。</li> </ol> <p>(二) 临床表现</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性起病, 发热 (24~36 小时内可达 39~40℃, 少数表现为双峰热), 有较剧烈的头痛、眼眶痛、全身肌肉痛、骨关节痛及明显疲乏等症状, 可伴面部、颈部、胸部潮红, 结膜出血等。</li> <li>2. 皮疹 于病程 5~7 天出现为多样性皮疹 (麻疹样皮疹、猩红热样皮疹、针尖样出血性皮疹) 或 “皮岛” 样表现等。皮疹分布于四肢、躯干或头面部, 多有痒感, 不脱屑。持续 3~5 天。</li> <li>3. 有出血倾向 (束臂试验阳性), 一般在病程 5~8 天出现瘀点、瘀斑、紫癜及注射部位出血, 牙龈出血、鼻出血等黏膜出血, 消化道出血、咯血、血尿、阴道出血等。</li> <li>4. 消化道大出血, 或腹腔内出血, 或颅内出血。</li> <li>5. 肝大, 胸腹腔积液。</li> <li>6. 皮肤湿冷、烦躁, 脉搏细数, 低血压和脉压小于 20mmHg (2.7kPa) 及血压测不到、尿量减少等休克表现。</li> </ol> <p>(三) 实验室检查</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 白细胞计数减少。</li> <li>2. 血小板减少 (<math>\leq 100 \times 10^9/L</math>)</li> <li>3. 血液浓缩, 如血细胞比容比正常水平增加 20% 以上, 或经扩容治疗后血细胞比容比基线水平下降 20% 以上; 低白蛋白血症等。</li> <li>4. 单份血清特异性抗体或抗体阳性。</li> <li>5. 从急性期患者血清、脑脊液、血组织或组织等中分离到登革热病毒。</li> <li>6. 恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍及以上增长。</li> <li>7. 应用 RT-PCR 或实时荧光定量 PCR 检出登革病毒基因序列。</li> </ol> <p>采取的措施:</p> <p>(一) 患者隔离治疗 对患者应尽可能做到早发现、早诊断、早隔离、早就地治疗。对诊断为疑似、临床诊检、实验室确诊的登革热患者应送传染病医院或设有传染病病房的医院隔离治疗。新发疫点的患者住院隔离期限从发病日起不少于 6 天, 隔离室应有防蚊措施。目前对本病尚无确切有效的病原治疗药物, 主要采取支持及对症治疗措施。</p> <p>(二) 病例个案调查 按照登革热个案调查表对病例进行详细的流行病学调查, 包括病例的一般情况 (年龄、性别、职业、住址、电话等)、流行病学史 (外出史、既往史、可疑传染来源等)、临床症状和体征、转归等及密切接触者居住环境等。</p>

	<p>(三) 周围环境和媒介调查</p>	
	<p>公共卫生案例分析: 宾馆棉裤采样, 餐馆细菌消毒(远二氧化氯)配置溶液。</p> <p>1.随机抽取清洗消毒后的棉裤, 无菌操作, 取 1 支灭菌干燥棉拭子, 于 10ml 灭菌生理盐水内浸润(吸取约 1ml 溶液)后, 在棉裤随机选择 1 个 5cm×5cm (25cm<sup>2</sup>) 面积范围内均匀涂抹 5 次, 将棉拭子放入剩余的 9ml 生理盐水内, 用灭菌剪刀剪去棉拭子手接触部分, 盖上无菌塞。再随机选择另一部位采用同样方法采集另一份样品。每件用品共采集 2 份样品。4 小时内送检。</p> <p>2.根据配制溶液前后溶质不变进行计算并配制。</p>	
	<p>公共卫生案例分析: 医院发现 HIV 疑似病人, 要怎么确诊? 对该病例采取的措施。</p> <p>诊断标准</p> <p>1.HIV 感染者</p> <p>(1) 成人及 15 岁(含 15 岁)以上青少年: 符合下列一项者即可诊断: ①HIV 抗体确证试验阳性或血液中分离出 HIV 毒株; ②有急性 HIV 感染综合征或流行病学史, 且不同时间的两次 HIV 核酸检测结果均为阳性。</p> <p>(2) 15 岁以下儿童: 符合下列一项者即可诊断: ①小于 18 月龄: 为 HIV 感染母亲所生, 同时 HIV 分离试验结果阳性, 或不同时间的两次 HIV 核酸检测均为阳性(第二次检测需在出生 4 周后进行); ②大于 18 个月龄: 诊断与成人相同。</p> <p>2.艾滋病病例</p> <p>(1) 成人及 15 岁(含 15 岁)以上青少年: 符合下列一项者即可诊断: ①HIV 感染和 CD4 细胞&lt;200/mm<sup>3</sup>; ②HIV 感染和至少一种成人艾滋病指征性疾病(C 组临床表现)。</p> <p>(2) 15 岁以下儿童: 符合下列一项者即可诊断: ①HIV 感染和 CD4 细胞&lt;25% (&lt;11 月龄), 或&lt;20% (12~35 月龄), 或&lt;15% (36~59 月龄), 或&lt;200/mm<sup>3</sup> (5~14 岁); ②HIV 感染和至少伴有一种小儿艾滋病指征性疾病(F 组临床表现)。</p> <p>病例调查和处置</p> <p>(1) 不需要对 HIV 阳性者隔离 隔离是无效和不当措施。对所有住院病人实施普遍防护措施。对 AIDS 病人实施针对血液、性和母婴传播途径的防护。</p> <p>(2) 随时消毒 对血液或体液污染的、被排泄物和分泌物污染的设备、物品等进行消毒, 使用含氯制剂可有效杀灭结核杆菌的杀菌剂进行消毒。</p>	

	<p>(3) 病人及其性伴不能捐献血液、血浆、器官、组织、细胞、精子或母乳</p> <p>(4) 接触者和传染源告知 任何可能的时候, 感染者应当明确告知性伴和共用针头者。医务人员执行告知仅限于下列情况: 病例在咨询后仍拒绝告知伙伴, 且医务人员保证告知不会给指征病人带来伤害。注意保护病人隐私。</p> <p>(5) 抗病毒治疗 及早对感染进行诊断, 常规开展抗逆转录病毒治疗和治疗机会性感染。管理 AIDS 病人, 监测病毒载量和细胞计数。青少年和孕妇采用特殊治疗方案。</p> <p>(6) 暴露后预防 对于有可能暴露于 HIV 污染的血液和其他体液的人员实施暴露后预防。基础方案是使用齐多夫定和拉米夫定, 疗程 4 周; 扩大方案增加了茚地那韦。</p>	
	<p>公共卫生案例分析:</p> <p>乙脑、饮用水疫情调查:</p> <p>1.乙脑个案调查 区县级疾病预防控制中心接到疑似病例、乙脑病例报告后, 要及时开展个案调查, 认真填写“流行性乙型脑炎病例个案调查表”。内容包括病例基本情况、临床表现、实验室检测结果、发病前 25 天内是否到过乙脑流行地区、蚊虫叮咬史、疫苗接种史等。同时采集病人血液或脑脊液标本进行检测, 以核实诊断。</p> <p>2.饮用水调查常采用的方法包括查阅资料, 访谈相关人员, 实地勘察、开展监测等手段。</p> <p>(1) 查阅相关资料 根据不同的调查目的, 从水利、地质、气象、规划、环保、卫生等部门及供水单位获取影响水质的本底资料及当地介水传染病的疫情资料和水性地方病资料等。</p> <p>(2) 访谈相关人员 通过对相关部门的供、管水人员进行访谈, 以了解水体周围环境卫生状况、卫生管理状况、设备设施运行状况等, 并了解近期当地出现的各种异常情况, 如天气变化、水质感官性状发生的改变、事故性排放、施工改造、设备更新或检修、停水或停电、管水人员健康状况、有无违章操作等。同时可以通过调查问卷开展与供水范围相对应的人群健康状况调查。</p> <p>(3) 实地勘察 在资料收集的基础上, 通过对水体及其周围环境、供水设施设备等进行实地勘察, 了解实际情况是否与收集到的基本情况相符, 及时发现存在的隐患, 为确定保护方案及制定相关政策提供第一手资料。</p> <p>(4) 监测 为全面了解各种水质的基本情况及受污染状况, 通过开展定期的水质、水体底质和水生生物监测, 了解水体的卫生状况, 及时发现水中污染物的时空分布, 追溯污染物的来源和污染途径, 预测水污染的发展态势, 判断水污染对环境生态和人群健康可能造成的影响, 评价污染防治措施的效果。</p>	

车针的消毒, 喷雾剂的使用。

1.车针的消毒: 选择合适的消毒剂(二氧化氯或过氧乙酸)浸泡消毒。

2.喷雾器使用:

试喷: 在液桶内加少量清水, 打气到一定压力试喷。检查各连接处有无漏气、漏水, 喷雾是否正常。

装药液: 将配好的药液过滤后倒入桶内。药液不能超过标准线, 以保持桶内有一定的空间储藏压缩气体。

打气: 装好泵体并且旋紧, 使不漏气、不漏水即可打气。

喷雾: 雾滴大小与压力强度有关, 可根据杀灭对象和环境, 调整喷头进行喷洒。

维护保养: ①作业完毕, 应将桶内余气放掉, 药液倒出, 桶内及打气筒用清水清洗, 并打气喷雾清洗软管、喷杆和喷头; ②清除并抹干喷雾器表面的灰尘、污物、药液和水; ③放置在阴凉干燥、通风的地方; ④如较长时间不使用, 则应将喷杆、软管卸下, 各连接部位擦抹少量润滑油, 包装存放。