

白喉 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E7_99_BD_E5_96_89_c22_302961.htm 名称白喉所属科室传染科病因 白喉杆菌（*Corynebacterium diphtheriae*）具明显的多形性，呈杆状或稍弯曲，一端或两端稍肥大，两端常见异染颗粒，按细菌的形态生化特性、菌落及毒力的不同，白喉杆菌可分为重型、中间型和轻型，其出现的频率在不同地区、不同时期均各异。白喉杆菌侵袭力较弱，但能产生强烈的外毒素，为致病的主要因素。白喉杆菌产生外毒素与其所含有的溶解素生成的beta.-phage)有关，此噬菌体带有形成毒素的基因符号TOX。在溶解期时，此种噬菌体的循环DNA整合进入宿主细菌的基因物质中去，结果宿主细胞可以有合成毒素多**所需要的基因，已知进入溶解循环的噬菌体，破坏宿主细胞释放新的quot.s试验可以在体外检测白喉杆菌的毒力。假白喉杆菌和类白喉杆菌形态与白喉杆菌相似，存在于鼻咽部，但不产生外毒素，也无致病性，可进行毒力试验加以鉴别。白喉杆菌在衣服、床单上可生存数天至数周。能耐严寒和干燥，在干燥的假膜中可生存3个月。易被消毒剂杀死，5%石炭酸或1

1000升汞各1分钟，煮沸1分钟或加热至60 10分钟，都可灭菌。病理 白喉杆菌在易感者的上呼吸道（通常为咽部）粘膜表层组织内或体表皮肤内繁殖，分泌外毒素。外毒素渗入局部及四周组织，引起组织坏死和急性假膜性炎症。从血管渗出的液体中含有易凝固的纤维蛋白，将炎性细胞、粘膜坏死组织和白喉杆菌凝固在一起而形成假膜；假膜呈灰白色，边缘较整洁，假膜与粘膜下组织紧密粘连，不易拭去。少数病人的病变可侵入深层组织而形成溃疡面。喉、气管及支气管

粘膜上皮具有纤毛，形成的假膜和粘膜粘连不紧，易从气管切口处喷出。白喉外毒素来自局部吸收后，经淋巴和血液散布于全身各组织，与细胞结合引起病变，其中以心肌、末梢神经最敏感，肾脏和肾上腺皮质等处病变也较显著。外毒素吸收量与假膜的部位和广泛程度有关，咽部最易吸收，扁桃体次之，喉及气管最少。假膜越广泛，吸收的毒素量也越大。毒素和组织结合开始时尚松弛，时间越长结合越牢固，也就不易为抗毒素所中和。白喉杆菌一般停留于局部病灶，不进入血行，偶可到达局部淋巴结。早期心肌呈水肿、浊肿及脂肪变性，继而有多发性、灶性坏死、细胞浸润及肌纤维断裂。心传导束亦可有病变，末梢神经呈中毒性神经炎，神经髓鞘呈脂肪变性，神经轴随后断裂，以眼、腭、咽、喉及心脏等神经的损害为最常见。肾有浊肿，肾小管上皮脱落。肝有脂肪浸润和肝细胞坏死。肾小腺充血、浊肿，偶可见小出血点。临床表现白喉可分为四种类型，其发生率依次为咽白喉、喉白喉、鼻白喉和其他部位的白喉。成人和年长儿童以咽白喉居多，其他类型的白喉较多见于幼儿。

（一）咽白喉

- 1.轻型 发热和全身症状稍微，扁桃体稍红肿，其上有点状或小片状假膜，数日后症状可自然消失。易误诊为急性扁桃体炎。在白喉流行时应加注重。
- 2.一般型 逐渐起病，有乏力、胃纳差、恶心、呕吐、头痛、轻至中等度发热和咽痛，扁桃体中度红肿，其上可见乳白色或灰白色大片假膜，但范围仍不超出扁桃体。有时假膜带黄色，若混有血液，则呈暗黑色。假膜开始较薄，边缘较整洁，不易剥去，若用力拭去，可引起小量出血，并在24小时内又形成新的假膜。
- 3.严重型 扁桃体和咽部水肿、充血明显。假膜在12~24小时内蔓延成大

片。除扁桃体外，并波及腭弓、上腭、悬雍垂、咽后壁和鼻咽部，甚至延及口腔粘膜。口腔有腐臭味，颈淋巴结肿大，甚至可出现淋巴结四周炎，颈部肿大如“。咽白喉的咽部疼痛大多不显著。全身中毒症状严重者可有高热或体温不升、烦躁不安、呼吸急促、面色苍白、呕吐、脉细速、血压下降，或有心脏扩大、心律失常，亦有出血、血小板降低等危重症状。

（二）喉及气管支气管白喉 大多由咽白喉扩散至喉部所致，亦可为原发性。多见于1~5岁小儿。起病较缓，伴发热，咳嗽呈“声，声音嘶哑，甚至失音。同时由于喉部有假膜、水肿和痉挛而引起呼吸道阻塞症状，吸气时可有蝉鸣音，严重者吸气时可见“，患者呈现惊惶不安和紫绀。喉镜检查可见喉部红肿和假膜。假膜有时可伸展至气管和支气管，严重者细支气管内亦有假膜形成。

（三）鼻白喉 少见。指前鼻部白喉而言，后鼻部白喉乃咽白喉的一部分。鼻白喉可单独存在，或与喉白喉、咽白喉同时存在。多见于婴幼儿，原发于鼻部者较多。病变范围小，全身症状稍微，主要表现为浆液血性鼻涕，以后转为厚脓涕，有时可拌鼻衄，常为单侧性。鼻孔四周皮肤发红、糜烂及结痂，鼻前庭或中隔上可见白色假膜。未经治疗者常迁延不愈。

（四）皮肤或伤口白喉（cutaneous or wound diphtheria）不多见。系由皮肤或粘膜直接或间接感染而得。本型症状虽不重，但病程迁延，且易于传播白喉。

（五）其他 外阴、脐、食管、中耳、眼结膜等处偶然可发生白喉。局部有炎症和假膜，常伴继发感染。全身症状轻。国内曾有报道慢性型白喉，病程1~3个月，此种病例虽不多，但在疾病传播上有其重要性。检查血白细胞总数一般在1万~2万之间，中性粒细胞百分比增高

。鼻、咽等拭子培养及涂片检查可找到白喉杆菌，毒力试验呈阳性。诊断白喉的诊断主要依靠病史和临床症状。患者大多未接受过白喉预防接种，有与白喉病人接触史，临床表现有假膜，且不易和粘膜下组织分离。鼻、咽有假膜者可作涂片，如发现状似白喉杆菌者可初步拟诊为白喉；若培养找到白喉杆菌，则诊断基本上可以肯定。如培养阳性而临床诊断有怀疑时，应作细菌毒力试验，以助鉴别。早期治疗极为重要，凡临床症状提示白喉可能性大者，可不必等待培养结果而即开始抗毒素治疗。培养阴性者不能完全除外白喉。鉴别诊断（一）咽白喉需和下列疾病鉴别 1.急性扁桃体炎 起病急，热度高，扁桃体红肿，咽痛明显；分泌物较薄，色较淡，仅限于扁桃体，拭之轻易剥落。 2.鹅口疮 热度不高，有白色片状块物附着于口腔粘膜，可蔓延至咽部。白膜松，易剥离。病变范围虽可很广泛，但中毒症状不显著。 3.溃疡膜性咽炎 咽部有坏死性溃疡和假膜，常伴齿龈炎，易出血，口腔有恶臭。咽拭子涂片可找到梭形杆菌和螺旋体。 4.传染性单核细胞增多症 扁桃体上有白膜，消退慢。涂片和培养无白喉杆菌，白喉抗毒素治疗无效。四周血液中有异常淋巴细胞，嗜异性凝集试验可呈阳性，特异抗全阳性。（二）喉白喉需和下列疾病鉴别 1.急性喉炎 儿童期的急性喉梗阻大多由于急性喉炎、麻疹并发喉炎和喉白喉所引起。麻疹并发喉炎者有麻疹史；急性喉炎起病急，忽然呼吸困难。由于原发性喉炎患者的咽部无假膜，故出现喉梗阻时不易确认；如有白膜自气管切口处喷出，则应考虑白喉的诊断。 2.气管内异物 有异物吸入史，当异物吸入时有剧烈咳嗽，以后咳嗽呈阵发性。无假膜发现，胸透时常可见局限性肺气肿或肺不张。（三

) 鼻白喉需和下列疾病鉴别 1.鼻腔内异物 常为一侧性，检查时可发现鼻腔内有异物而无假膜。 2.先天性梅毒 常伴有其他梅毒症状，鼻腔内有溃疡而无白膜。血清华康氏反应阳性。并发症 白喉毒素虽然可以累及全身细胞，但心脏、神经系统和肾脏最为显著。严重型白喉可并发心肌炎或四周神经麻痹，偶然也可发生中毒性肾炎。

(一) 心血管系统 1.四周循环衰竭 表现为恶心、呕吐、面色苍白、四肢厥冷、脉搏细弱、血压下降等，如同时发生心肌损害，可使循环衰竭症状加重。 2.心肌炎 一般出现于病程第2周，表现为乏力、面色苍白、呼吸困难、心脏扩大、心音低弱、心动过速或过缓、心律不齐、肝脏肿大等。心电图常示低电压、ST段和T波变化、束支及房室传导阻滞或其他心律紊乱，病人可因心力衰竭而死亡，必须密切观察，及时治疗。有人把白喉心肌炎分为早期（第3~5天）和晚期（第5~14天）两种类型。早期系由于严重的毒血症所引起，可于数分钟至数小时内忽然死亡；晚期系由心肌病变继而影响四周循环所致，患者每有极度苍白后出现紫绀、腹痛，多见脉搏细弱、脉率减慢、第一心音不清楚甚至消失，心律可完全不规则，血压下降等表现。

(二) 四周神经麻痹 表现为弛张性瘫痪，多发生在病程的3~4周。以软腭瘫痪最常见，语言呈稍微鼻音，吞咽流质时从鼻孔呛出，悬雍垂反射消失。其次为眼肌瘫痪，出现斜视、眼睑下垂、瞳孔扩大等。亦可发生面神经瘫痪，表现为口角歪斜。四肢的随意肌虽亦可发生瘫痪，但很少见。脑脊液一般无异常发现。

(三) 中毒性肾病 很少见，主要表现为尿量减少、尿中有白细胞和管型，一般无血尿。白喉可继发细菌感染如颈淋巴结炎、淋巴结四周炎、中耳炎、肺炎等。偶有扁桃体

四周脓肿发生，需在给予足量抗毒素后才能切开引流。治疗

- 一) 一般治疗 患者应卧床休息和减少活动，一般不少于3周，假膜广泛者延长至4~6周。要注重口腔和鼻部卫生。
- 二) 抗生素治疗 抗生素能抑制白喉杆菌生长从而阻止毒素的产生。常选用青霉素，约需7~10天，用至症状消失和白喉杆菌培养阴转为止。对青霉素过敏者或应用青霉素1周后培养仍是阳性者，可改用红霉素，剂量为40mg/(kg·d)，分四次口服或静脉给药，疗程同上。羟氨苄青霉素、利福平等也可能有效。
- 三) 抗毒素治疗 抗毒素可以中和游离的毒素，但不能中和已结合的毒素。在病程初3日应用者效果较好，以后疗效即显著降低，故应尽量早用。剂量决定于假膜的范围、部位及治疗的早晚。咽白喉假膜局限在扁桃体者给2万~4万u；假膜范围广泛，中毒症状重者给4万~10万u；喉白喉和鼻白喉患者给1万~3万u。发病3日后方治疗者剂量加倍。抗毒素可以肌注或稀释后静滴，一次给完。24小时后病变继续扩大者可再以同量肌肉注射一次，注射抗毒素前应询问过敏史，并作皮肤过敏试验，试验阴性者方可应用，阳性者按脱敏法给予。
- 四) 心肌炎的治疗 患者应卧床休息，烦躁者给以镇静剂。可用强的松20~40mg/天，分四次口服，症状好转后逐渐减量。严重病人可用三磷酸腺苷(ATP)20mg，辅酶A50u，溶于5%~10%葡萄糖溶液50~100ml中作静滴。
- 五) 神经麻痹的治疗 吞咽困难者用鼻饲。
- 六) 喉梗阻的治疗 对轻度喉梗阻者需密切观察病情的发展，随时预备作气管切开。呼吸困难较重，出现三凹症时，应即进行气管切开，并在切开处钳取假膜，或滴入胰蛋白酶或糜蛋白酶以溶解假膜。
- 七) 白喉带菌者的处理 先作白喉杆菌毒力试验，阳性者隔离，并用青

霉素或红霉素治疗，剂量同前，不必用抗毒素。培养连续3次阴性后解除隔离，对顽固带菌者可考虑扁桃体摘除。白喉恢复期带菌者如需作扁桃体摘除，必须在痊愈后3个月，心脏完全正常时进行。预防及预后 3、4、5月龄婴儿，每月接受百、白、破三联疫苗一针，共3针为初免。1岁半至2岁时再加强1针。7岁和15岁时各接种精制白喉、破伤风二联类毒素一次，以加强对白喉的免疫持久性，保护大儿童和成年人不患白喉。必要时成人也应加强免疫。白喉患者应及时隔离和积极治疗，隔离至全身和局部症状消失、鼻咽或其他病灶的培养连续二次阴性为止，解除隔离不宜早于治疗后7天。病人的分泌物和用具须严格消毒，呼吸道的分泌物用双倍量的5%煤酚皂（来苏）或石炭酸处理一小时，污染的衣服和用具煮沸15分钟，不能煮沸者用5%煤酚皂或石炭酸浸泡1小时，病人离开后室内应以上述消毒液喷雾消毒，然后打扫。集体儿童和成人机构内的接触者应留察7天，并作鼻咽拭子培养和白喉杆菌毒素试验。成年人密切接触者也应作这些检查。培养和毒素试验均阳性者作为白喉病例处理，应隔离观察，并用青霉素治疗，一旦出现症状即用抗毒素。培养阳性、毒素试验均阳性者作为白喉病例处理。培养和毒素试验均阴性者可解除留察。培养阴性、毒素试验阳性者，应即给予预防接种。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com