

小儿猩红热_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E7_8C_A9_E7_c22_609116.htm 猩红热(scarlet fever)是由a组r型溶血性链球菌引起的急性呼吸道传染病，通过飞沫或污染的衣物用具传染，多发于冬春季，2~10岁最易发病，本病致病菌株有5种血清型，常见者为27(占1/4)、11、28等型，其特点为能产生红疹毒素，分泌多种酶及外毒素以及各型之间无交叉免疫性。患过本症者如再感染另一型菌株，仍可再得猩红热。【诊断】(一)流行病学史 多有猩红热接触史，尤其在托幼机构及小学校发病者较多。潜伏期1~6天，一般为1~2日。(二)临床表现1. 普通型(1)前驱期半日~1日，起病急骤，突发高热，咽痛、头痛、常伴呕吐。咽及扁桃体充血明显，可有渗出。舌有白苔，乳头明显，称白杨梅舌。(2)出疹期3~5天，出疹迅速，自颈、胸而至腹、背、四肢，1日内遍及全身，面部无皮疹，但充血，口唇周围苍白，称环口苍白圈，皮疹为弥漫性粟粒样，猩红色，于肘部弯屈处、腋窝前及腹股沟等皮肤皱褶处红疹密集而呈线状，称帕氏线(pastia线)。此期舌乳头更加突出，白苔剥脱呈典型的杨梅舌。(3)恢复期：体温降至正常，皮疹逐渐消退，无色素沉着，但有小片或大片脱皮，严重者似手套、袜套状脱皮。早期用青霉素治疗者可见不到这种脱皮。2. 重型(中毒型)猩红热 高热40℃左右不退，持续1周左右，皮疹呈红斑或出血性，全身感染中毒症状重，如嗜睡、惊厥。个别昏迷发生中毒性脑病，也可合并中毒性心肌炎。3. 并发症(1)化脓性损害：中耳炎、淋巴结炎，蜂窝组织炎及败

血症。(2) 变态反应性疾病：急性肾炎及风湿热，多发生在病后2~4周。(三) 实验室检查1. 白细胞总数增高 $10 \sim 20 \times 10^9/l$ 或更高，中性粒细胞可达75%以上，有核左移，胞浆中可见中毒颗粒。恢复期嗜酸粒细胞增加可达5%~10%。2. 尿常规检查可有少量蛋白，多为一过性、并发肾炎时，蛋白增加，并出现红、白细胞和管型。3. 咽分泌物培养可有乙链菌生长。用免疫荧光法检查咽拭子涂片可发现乙链菌。4. 血清学检查一般抗“O”效价在1:400以上。链球菌酶(streptozyme)玻片试验，早期可测出血清中多种抗体，假阳性很少，且快速，能在2分钟之内得出结果，为辅助诊断。

【鉴别诊断】(一) 金葡球菌感染 淋巴结化脓感染及败血症均可出现猩红样皮疹，为一过性，疹后无脱屑，无杨梅舌，有感染灶，疹退中毒症状仍较重，青霉素无效，血培养金葡球菌阳性要与之鉴别。(二) 皮肤粘膜淋巴结综合征 又称川崎病(kawasaki disease)。一般发热5天以上，可有猩红样皮疹。面部、躯干、四肢均可出现，疹型不一，有正常皮肤，手足有硬性水肿，指端明显，球结膜充血，口唇皸裂，淋巴结肿大等。继而甲床皮肤有膜样脱皮，血小板可升高。(三) 药疹 有用药史，皮疹面颊及四肢较多，形态不一，停药后即消失。【治疗】(一) 一般治疗急性出疹期应卧床休息，给予流食半流食，入量不足或中毒症状严重者给予静脉补液。(二) 抗生素治疗1.青霉素 为首选药物，早期应用可缩短病程，减少并发症。剂量为80~160万u/d，肌肉注射、静脉点滴或两种抗生素联合应用，重症患儿可加大用量至320~480万u/d，疗程7~10天。2. 无条件注射者可选用头孢菌素类抗生素如头孢拉定(先锋)、头孢克洛(希刻劳)或羟氨苄

青霉素、氨苄青霉素等口服1周。3. 青霉素过敏者选用大环内酯类抗生素如红霉素、罗红霉素、阿奇霉素等注射或口服1周。

（三）并发症治疗

1. 化脓性并发症 在青霉素治疗之前，可加大青霉素剂量，若发生在青霉素治疗之后，则应考虑改用其他抗生素。
2. 并发心肌炎、风湿热者可按心肌炎及抗风湿治疗。如并发急性肾小球肾炎，按急性肾炎处理。

【预防】

- （一）隔离患儿至症状及皮疹消失，经治疗者为1周。严格者应隔离至咽培养连续3次阴性。密切接触者检疫7~12日。
- （二）保护易感人群流行期小儿避免去公共场所，集体托幼机构每个小儿一次注射长效青霉素120万u/次，可中止流行。密切接触者可给青霉素3~4天注射，亦可应用磺胺类药物，一般选用复方新诺明服用3天。后者效果较差。
- （三）乙链带菌者要接受1周青霉素治疗。如为保育人员应暂时调离工作直至咽拭子培养阴转为止。

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