

小儿疟疾\_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\\_96\\_9F\\_E7\\_c22\\_609138.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E7_96_9F_E7_c22_609138.htm) 疟疾（malaria）是疟原虫经按蚊叮咬而传播。临床以阵发性高热、寒战、出汗、脾肿大、贫血为主要表现。我国近年来大规模地进行防治工作，发病率已较前大为降低。【诊断】（一）病史与流行病学史既往有患过疟疾史，或近期内有过输血史，或流行季节到达或居住于流行地区。（二）临床表现1．潜伏期间日疟为10～12日，三日疟为14～25日，恶性疟为9～16日。潜伏期的后期可有微热、精神倦怠、四肢和背部酸痛等前驱症状。2．发作周期间日疟和卵形疟为隔日发作一次，三日疟每隔2日发作一次，恶性疟的热型多不规则或呈弛张型。小儿年龄越小，症状越无定型，到5～6岁以后表现和成人疟疾相似。3．典型发作最先出现寒战期，患者突觉寒冷、发抖，面色苍白，脉搏细数，常有恶心、呕吐，持续约20～30分钟。继之为发热期，体温升高达40～41℃，口渴、头痛，脉速而饱满，全身酸痛，持续4～8小时。然后转为出汗退热期，全身大汗淋漓，体温骤然下降，全身顿觉舒服且疲乏。发作日久可出现贫血、脾大。4．恶性疟由恶性疟原虫引起，病情凶险。除寒战、高热外，根据疟原虫侵犯部位临床可分为脑型（表现为剧烈头痛、躁动不安、昏迷、谵妄、惊厥、瘫痪、反射亢进、脑膜刺激征和脑病），胃肠型（表现为呕吐、腹泻和剧烈腹痛），肾功能衰竭型（表现为进行性少尿、无尿及尿毒症），黄疸弛张型（表现为弛张热、黄疸、呕吐胆汁、贫血、肝肿大、昏迷）和休克虚脱型（表现为体温不升、手

足厥冷、血压下降、脉细数)。5. 婴幼儿疟疾急性发作无定型，寒战期仅有四肢冰冷、脸色苍白、口唇紫绀。发热期虽有高热，但仍四肢冰冷。常伴有呕吐、腹泻。退热期大汗少见。贫血发展快，脾肿大明显。但一经治疗即可迅速恢复。

6. 先天性疟疾母亲产前感染疟疾，待新生儿生后5~6天内发病，血中可找到与母亲一样的疟原虫。病死率高。

(三) 实验室检查

1. 除贫血外，白细胞总数减少。
2. 确诊需要血液涂片找到疟原虫。疟原虫在急性发作前和发作期间易于找到。厚滴血片较薄血涂片检出率高。对疑似患者多次未能检测到疟原虫者，可用0.1%肾上腺素(0.01mg/kg)皮下注射，于注射后15、30分钟采厚滴血片再进一步找疟原虫。必要时可在髂骨嵴做骨髓穿刺作厚滴骨髓片及薄涂片，分别于镜下找疟原虫。
3. 免疫学检查 当做流行病学调查或了解供血人带虫情况时，可用间接荧光抗体、间接血凝、酶联免疫吸附试验做检查。

**【鉴别诊断】**应与发热性疾病伴有脾肿大的病如伤寒、败血症、血吸虫病、钩端螺旋体病等相鉴别。恶性疟疾则需与脑炎、脑膜炎、中毒型痢疾、重症肺炎、粟粒结核、肾病、伤寒等鉴别。

**【治疗】**

(一) 一般治疗 症状发作时卧床休息，防治高热惊厥。给以富营养而易消化的饮食。贫血患儿可补充铁剂。

(二) 抗疟药物治疗 抗疟药物对不同的疟原虫和各期裂殖体的杀灭能力不同，因而对制止发作、防止复发和传播的作用也各异，大致可分为三类：主要用于控制发作、消灭裂殖体，如氯喹、奎宁、阿的平等；主要用于控制复发和传播，如伯氨喹啉；主要用于预防，如乙胺嘧啶。以上药物为了不同的目的也可单独或联合使用。

1. 氯喹(chloroquine)可杀灭红细胞内各发育阶段的疟原虫，

因而能控制各型疟疾症状的发作。剂量在小儿总量为50mg/kg,第1日服25 mg/kg,第2,3日各服12.mg/kg,总量不超过1.5g。本药服药期间多见胃肠反应,停药后可缓解。疟疾发作期如一次大量给药,可能发生赫氏反应,需提高警惕。大剂量可致心动过缓、心律失常、血压下降,故老年人及心脏病患者禁用。长期服药可引起视网膜炎、皮疹、皮炎,甚至发生剥脱性皮炎以及白细胞减少等不良反应。

2.奎宁 对裂殖体有杀灭力,服药后1~2日多能控制发作,但不能根治。一般口服奎宁剂量为每次10mg/kg,一日3次,连服7日。副作用为耳鸣、眩晕、恶心、呕吐、视力减退及紫癜等。本药于病情需要时可用作深部肌肉注射,剂量为口服量的1/20昏迷病人或脑型疟疾患者可将二盐酸奎宁用5%~10%葡萄糖溶液稀释成0.1%浓度,每次5~10mg/kg,静脉缓慢滴注,8小时后可重复一次,24小时内不得超过3次。静滴时应警惕心脏受抑制和虚脱等不良反应。

3.伯氨奎林 对疟原虫的裂殖体无杀伤力,但可以毁灭其配子体。故常在应用上述药物的同时或其后用此药杀灭配子体以防止复发。剂量为每日1岁以下者0.5片(6.6mg),3~6岁1片,7~10岁2.5片,11~12岁2片,>12岁为3片,连服6~8天。有时可引起疲乏、头晕、恶心、呕吐、腹痛等。此药如用过量或用于原有c-6pd缺乏者,能诱发急性溶血和紫绀,应立即停药并进行抢救。

4.乙胺嘧啶 对间日疟的红细胞前期有效,故可用作预防用药。口服易吸收,易排泄,副作用小,但过量或长期服用可出现恶心、呕吐、巨幼红细胞性贫血、发绀、甚至惊厥。小儿进入疟疾流行区时可服此药预防,每10~14天服1次,年长儿为25 mg,学龄前儿童为12.5mg。此药味甜,要防止小儿大量误服而发生意

外。此外肾功能不全者易发生积蓄作用须慎用。5. 青蒿素对疟原虫在红细胞内的裂殖体和滋养体有高度的杀灭作用。口服在体内代谢迅速而易复发，可与伯氨奎林合用以减少复发。油剂注射比口服疗效高，且可降低复发率。口服剂量儿童首次6mg/（kg·次），于6~8小时后及第2,3日各服一次，剂量为3mg/（kg·次），总剂量为15mg/kg；青蒿素油剂注射液，剂量及注射时间与口服相同。6. 咯萘啶（疟乃停）主要用于杀灭裂殖体。对氯喹有抗药性的疟疾可用此药治疗。其水溶注射剂用于抢救凶险的疟疾病人，具有高效、速效、低毒等特点。肌注小儿总量为2~4mg/kg, 一日内分2次注射。静脉点滴注射剂量为每次3~6mg/kg, 稀释在5%~10%葡萄糖溶液200~500ml中缓慢滴注，共给药2~3次。口服总量为20mg/kg，分3次服。第1日服2次，第2日服1次。抗疟药物常联合使用可以增强疗效，控制症状复发并根治复发或巩固预防作用。此外若在治疗过程中出现血红蛋白尿及溶血现象，如发热、黄疸、发绀、贫血或无尿等黑尿热症状时，应立即停用伯氨喹啉、奎宁，注意纠正脱水、酸中毒，并给用肾上腺皮质激素以控制急性溶血。【预防】（一）控制传染源治疗现症患者及抗复发治疗。流行季节可集体服药预防。建立疫情报告制度。（二）消灭蚊虫开展爱国卫生运动。同时加强个人防护，用蚊帐、防蚊油或蚊香。（三）预防服药对高疟区居民或外来人员定期服乙胺嘧啶。

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](http://www.100test.com)