

流行性斑疹伤寒\_感染科疾病库 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\\_\\_E6\\_B5\\_81\\_E8\\_A1\\_8C\\_E6\\_80\\_A7\\_E6\\_c22\\_609576.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E6_B5_81_E8_A1_8C_E6_80_A7_E6_c22_609576.htm) 流行性斑疹伤寒

(epidemic typhus)或称虱传斑疹伤寒，系普氏立克次体(*r. prowazekii*)通过体虱传播的急性传染病。临床特征为稽留型高热、头痛、皮疹及中枢神经系统症状。【病原学】病原体呈球杆状，约(0.3~0.6)  $\mu\text{m} \times 0.3\mu\text{m}$ ，革兰染色阴性。有rna及dna两种核酸。主要有二种抗原为有组特异性的可溶性抗原及有种特异性的颗粒性抗原。此外，与变形杆菌ox19有部分共同抗原，可用以协助诊断。在鸡胚卵黄囊及组织培养中繁殖。接种雄性豚鼠腹腔引起发热，但无明显阴囊红肿，可与地方性斑疹伤寒相鉴别。病原体对热、紫外线及一般消毒剂均敏感，56 30分钟死亡，-20 以下可长期保存，在干虱粪中可存活数月。【流行病学】本病分布于全球，我国已基本控制。流行以冬季为多。1.传染源病人是唯一传染源，虽曾多次在家畜、啮齿类中发现普氏立克次体，但尚未证实与人发病的关系。自潜伏期末1~2日至热退后数日均有传染性。某些患者体内可长期存病原体于单核巨噬细胞内。2.传播途径体虱是主要传播媒介，头虱次之，阴虱不传播。立克次体在虱肠上皮细胞中繁殖，随粪排出，当人搔痒时可经抓伤处侵入人体。虱粪可成为气溶胶，偶可经呼吸道或眼结膜侵入人体。经输血或尸检传播者罕见。患者高热时或死亡后虱即离体而转移至健康人，而引起传播。3.易感者人普遍易感，病后有免疫力。【发病机制】病原体侵入人体后，先于小血管内皮细胞中繁殖，细胞破裂后引起立克次体血症，

释出的内毒素引起全身中毒症状。病原体在小血管内皮细胞中繁殖，导致细胞增生、坏死及血栓形成。血管周围有炎性细胞浸润，形成特征性的粟粒状斑疹伤寒结节。此种病变遍及全身，以真皮、心肌、脑、脑膜、肺、睾丸、肾和肾上腺等为重。【临床表现】潜伏期5~23日，平均10~12日。可分为以下类型：1. 典型斑疹伤寒常急剧发病。少数患者有疲乏、头痛、低热等前驱症状。发热急起畏寒、寒战，继之高热或2~4日达高峰，呈稽留型，热程为14~18日，热呈骤退或较快的降至正常。皮疹见于80%以上的患者，常于第4~6病日出现，先见于胸、肩、背部，随之扩散至腋下、腹部、上肢，数小时后波及全身，但面部常无疹。疹呈圆形或卵圆形浅红色斑疹，直径1~4mm，继之迅速变为暗红色斑丘疹或瘀点、瘀斑。皮疹于1~2周后消退，遗有色素沉着。病情轻者疹子少，消退快。神经系统症状多很明显，且很早出现，剧烈头痛、惊恐、兴奋、耳鸣、听力减退。重者谵妄、狂躁、上肢震颤、昏迷等，尚可有脑膜刺激征，但脑脊液检查除压力增高外，多为正常。偶有轻度蛋白质和单核细胞增高。心血管症状重者可发生中毒性心肌炎时心律失常、奔马律，甚至微循环障碍。其他易并发支气管肺炎，脾常肿大，少数患者肝也肿大，偶有黄疸，肾功能减退。2. 复发型斑疹伤寒亦称mill-zin-nesser病，很少见。多因首次患病后，病原体潜伏体内，数年或数十年后因免疫力减低而复发。特点为病情较轻，热程较短，无皮疹或仅有稀少斑丘疹。3. 轻型斑疹伤寒特点为热度较低，多为弛张型，热程较短。毒血症症状轻，但头痛、全身酸痛较明显。皮疹常仅见于胸腹部，无疹者也占一定比例。肝脾肿大少见。【实验室检查】1

· 血象 白细胞计数多正常，中性粒细胞增多，嗜酸性粒细胞正常或消失。2. 血清学试验 变形杆菌x19凝集试验亦称外斐（weil felix）试验，效价在1：160以上有诊断价值。病中呈4倍以上升高者意义更大。经数周至3个月后可转为阴性，少数患者始终为阴性。补体结合试验 如用颗粒性抗原，特异性较好，可用以与地方性斑疹伤寒相鉴别。效价可维持10~30年，故可用于流行病学调查。立克次体凝集试验 出现早，阳性率高，特异性强，可用以与恙虫病、q热等鉴别。其他 间接血凝试验敏感性高， $>1:100$ 效价为阳性。葡萄球菌a蛋白（spa）协同玻片凝集试验简易、快速、敏感等优点。间接免疫荧光试验可鉴别流行性或地方性斑疹伤寒。并可测定特异性igm及igg抗体。近年来应用生物探针与多聚酶链反应（pcr）诊断本病。3. 病原体分离 取早期病人的血接种于雄性豚鼠腹腔，经7~10日后取其睾丸鞘膜和腹膜刮片或取脑或脾组织涂片镜检，在胞浆内找到病原体。也可将血接种于鸡胚卵黄囊或组织培养中分离病原体。【诊断和鉴别诊断】病史中有无被虱叮咬史，临床上高热、剧烈头痛、第4~5病日出疹，再结合外斐反应效价增高，即可确诊。本病应与恙虫病、地方性斑疹伤寒、伤寒、虱传回归热等疾病进行鉴别。【治疗】患者应灭虱并进行虫媒隔离。卧床休息，高热量半流饮食，液体入量每日3000ml左右。毒血症症状严重时可短期用肾上腺皮质激素。病原治疗：氯霉素和四环素成人每日1.5~2g，小儿每日25mg/kg分四次口服，疗程3~6日。强力霉素每日成人量为200mg，分2次服。疗程2~3日。抗菌药物只能抑制而不能杀灭病原体，而其彻底清除，有赖于人体免疫功能的恢复。【预防】应以灭虱为中心的综合措施。1.

管理传染源 患者应予灭虱及治疗，对密切接触者应医学观察23日，并予灭虱。其方法：剃发、沐浴、更衣。剃下的毛发应焚化，不能剃发者用喷入杀虫剂如10% ddt, 1% 666等，病人解除隔离应以体温正常12日后。2. 切断传播途径 这是重点。对病人及接触者进行灭虱，有物理灭虱及化学灭虱法。3. 保护易感者 人工自动免疫用于流行区居民或新入疫区者。灭活疫苗有虱肠疫苗、鸡胚或鸭胚疫苗和鼠肺疫苗/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](http://www.100test.com)