

地方性斑疹伤寒_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__E5_9C_B0_E6_96_B9_E6_80_A7_E6_c22_609577.htm 地方性斑疹伤

寒(endemic typhus)又称鼠型或蚤传型斑疹伤寒(murine typhus)

。由莫氏立克次体(r rnooseri)及鼠蚤传播的急性传染病。临

床表现与流行性斑疹伤寒相类似，须根据血清学和动物试验

诊断。【病原学】莫氏立克次体的形态、染色、培养条件及

对理化因子抵抗力等均与普氏立克次体相似，仅较少出现多

形性变化，常呈短丝状排列。其耐热性可溶性抗原与普氏立

克次体的该种抗原呈显著交叉反应，而不耐热的颗粒性抗原

则各具特异性，有助于鉴别。将病原体接种大、小白鼠腹腔

内，可致病或死亡，常用其肝、脑、肺分离病原体或传代培

养，感染雄性豚鼠后，引起阴囊高度红肿及睾丸明显肿胀。

【流行病学】本病散发于全球，属自然疫源性疾病。以温、

热带多见，夏秋季发病率较高。国内主要发生以西南、西北

地区。多呈散发，但当鼠类和蚤的密度增高时，也可形成爆

发。1．传染源 家鼠如褐家鼠、黄胸鼠等为重要的传染源。

以鼠 蚤 鼠的方式在鼠间循环，鼠感染后大多并不死亡，

而鼠蚤只在鼠死后转而吮吸人血，使人受染。因曾在虱体内

分离到莫氏立克次体，因此病人也有可能作为传染源。2．

传播途径鼠蚤吮吸病鼠血时，病原体随血进入蚤肠繁殖，但

蚤并不因感染而死亡，病原体可在蚤体长期存在。当受染蚤

吮吸人血时，同时排粪。病原体通过皮肤的搔抓伤痕而侵入

人体。进食被病鼠尿、粪污染的食物，或干蚤粪中的病原体

经呼吸道、眼结膜均可使人受染。螨、蜱等节肢动物也可带

有病原体，而成为传染媒介的可能。3. 易感者人群普遍易感。病后可获持久的免疫力，与流行性斑疹伤寒有交叉免疫性。

【发病机制】与流行性斑疹伤寒基本相同，但病变较轻，毛细血管中血栓形成较少见。

【临床表现】潜伏期6~14日，平均12日。临床经过与流行性斑疹伤寒相似。但病情较轻。大多起病较急，少数有1~2日的前驱症状如头痛、疲乏、食欲不振等。

1. 发热 体温呈梯形上升，于1周左右达高峰，最高39~40℃，呈稽留或弛张热。伴畏冷、乏力、持续性头痛、全身酸痛等中毒症状。眼结膜充血，热程一般为9~14日，体温多为渐退。

2. 皮疹 约50%~80%病例于第5病日出现，皮疹初发生于胸膜，24小时内即遍及背、肩、四肢等处。面、颈、手掌及足底一般无疹。初呈淡红色斑疹，直径1~4mm，压之退色，数量较少，反转为暗红色斑丘疹，压之不退色。出血性皮疹少见，皮疹约持续7~10日。

3. 其他中枢神经系统除头痛、头晕、失眠、听力减退、烦躁不安等外，极少发生意识障碍或脑膜刺激征。半数患者有咳嗽，肺底偶闻啰音，部分患者咽痛和胸痛。大多数有恶心、呕吐、腹痛、便秘等。轻度黄疸发生率较高，肝肿大者较少，脾肿大见于半数病例。并发症有支气管肺炎，血栓及血栓性静脉炎，但均可见。

【实验室检查】白细胞计数大多正常。于第5~17病日外斐试验滴度呈4倍升高或逐渐升高，有诊断意义，但不能与流行性斑疹伤寒鉴别。立克次体凝集试验，补体结合试验和动物接种可用于与流行性斑疹伤寒的鉴别诊断。近年来有采用多聚酶链反应（PCR）基因扩增法研究了病人早期血液中微量病原体DNA的检出，可望用于临床诊断和流行病学调查。一般实验室不宜进行豚鼠阴囊反应试验，以免感染在动物间扩散。

和实验室工作人员受染。【诊断和鉴别诊断】诊断以热程、皮疹性质、外斐试验等为主要依据，流行病学资料仅做参考。有条件者尚可加做补体结合试验、立克次体凝集试验等。除流行性斑疹伤寒外，本病还需与伤寒、麻疹、恙虫病鉴别。【治疗】同流行性斑疹伤寒。【预防】灭鼠、灭鼠蚤是主要措施。因本病多为散发，故一般不接种疫苗。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