

猩红热_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__E7_8C_A9_E7_BA_A2_E7_83_AD__c22_609586.htm

猩红热 (scarlet fever) 为急性呼吸道传染病，以发热、咽炎及皮疹为特征。【诊断】典型病例诊断较简单，患儿外周血白细胞及中性粒细胞增高。确诊需咽拭培养 A 组 溶血性链球菌阳性。无足够抗体。由于毒素不止一种，其诊断意义有限。【治疗措施】青霉素是治疗猩红热和一切链球菌感染的首选抗生素，一般注射青霉素 G，疗程 7~10 天，停药后做咽培养。对青霉素过敏者可用红霉素口服，或头孢菌素类药物，疗程不得少于 7 天。重者可静脉给药或两种抗生素联合应用。急性期患儿应卧床休息，较大儿童用温淡盐水含漱；饮食以流质、半流质为宜；皮肤保持清洁，可予炉甘石洗剂以减少瘙痒。【病因学】为不同型的 A 组 溶血性链球菌，由于病菌 M 蛋白抗原性的不同分为 80 型 (type)，各型可产生相应特异性抗体，没有交叉免疫。致热毒素有 A、B、C 三种，感染其中一种后，再遇到其它任一种，仍可发生第二次或第三次猩红热，但这种机会很少。【病理改变】病原菌及其毒素等产物在侵入部位及其周围组织引起炎症和化脓性变化，并进入血循环，引起败血症，致热毒素引起发热和红疹。主要病理变化是皮肤真皮层毛细血管充血、水肿，表皮有炎性渗出，毛囊周围皮肤水肿、上皮细胞增生及炎性细胞浸润，表现为丘疹样鸡皮疹，恢复期表皮角化、坏死，大片脱落。少数可见中毒性心肌炎，肝、脾、淋巴结充血等变化。【临床表现】潜伏期一般为 2~4 天，最短 1 天，最长 7 天。起病急骤，寒战、发热

，体温一般为38~39℃，重者可达40℃以上。婴幼儿有发生惊厥或谵妄者。患儿全身不适，咽痛明显，影响进食。咽及扁桃体显著充血，亦可见脓性渗出物。舌质红，乳头红肿如杨梅，称杨梅舌。颈部及颌下淋巴腺增大，有触痛。皮疹于发病后24小时左右迅速出现，最初见于腋下、腹股沟及颈部，24小时内遍及全身。皮疹为弥漫猩红色约针头大的小丘疹，触之如粗砂纸样，或如寒冷时的鸡皮样疹，疹间皮肤潮红，用手压可暂时转白。面颊部潮红、无丘疹，而口周围皮肤苍白，为口周苍白圈。于皮肤皱折处如腋窝、肘、腹股沟等处，皮疹密集，色深红，其间有针尖大之出血点，形成深红色横行“pastia sign”。口腔粘膜亦可见粘膜疹，充血或出血点。出疹期仍发热。病程第一周末开始脱屑，是猩红热特征性症状之一，首见于面部，次及躯干，然后到肢体与手足掌。面部脱屑，躯干和手足可能大片脱皮，呈手套袜套状。脱屑程度与皮疹轻重有关，一般2~4周脱净，不遗留色素沉着。皮肤转白试验是通过皮内注射致热毒素抗体，观察患儿皮疹是否为致热毒素所致。狄克（Dick）试验是注射致热毒素，检测体内有否普通型，但临床轻重悬殊，尤其有了特效青霉素的治疗，猩红热的表现发生很大变化，严重感染极少发生。（一）．轻型 全部病程中缺乏特征性症状，有低热1~2天或不发热，皮疹极不典型，可仅限于腋下、腹股沟，疹稀少且色淡，1~2天即退。无杨梅舌。发病1周后，在面额部、耳壳、手足指趾端发现轻微脱屑或脱皮，此时才考虑猩红热的诊断。由于容易漏诊，未能进行充分治疗，继发肾炎的可能性反而较多。（二）．中毒型 突然体温升高达40.5℃以上，全身中毒症状明显，惊厥、呕吐、头痛常见，

咽部及软腭充血严重，并有红斑疹，扁桃体有脓性渗出物，或形成坏死、溃疡，出现伪膜样损害。皮疹很快出现，常有较多瘀点。若不及时治疗可合并脓毒症状，咽部周围脓肿形成、扁桃体溃疡，感染可扩展至中耳、乳突、上颌窦；淋巴结明显肿大或发生蜂窝织炎；更严重者为败血症、休克，亦可继发迁徙性化脓病灶。【鉴别诊断】许多病原感染可引起咽炎，也有很多病出现皮疹或猩红热样皮疹，临床都应注意鉴别。如病毒性咽炎、传染性单核细胞增多症、白喉；出疹性疾病麻疹、风疹、药疹、夏季痱子；以及金黄色葡萄球菌感染、川崎病等。【预防】目前此病没有自动免疫制剂，预防着重于控制感染的散播。隔离患儿，至咽培养连续两次阴性后解除隔离。对体弱及免疫功能低下的密切接触者，应服复方新诺明或注射青霉素预防。带菌者应接受10天青霉素治疗。【预后】早发现，早用青霉素治疗能很快治愈。重症病人及伴有严重化脓病灶者已很少见到，但猩红热恢复后变态反应性的肾炎或风湿热仍有发生。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