

麻 疹

總醫院 蔡有章 醫師

歷史：在我國記載本病之最早者，首推錢乙氏（1078—1088）之小兒真訣，但麻疹之名，于龔信氏（1576）所著之古今醫鑑始見之。在國外於九世紀李澤氏（Rhazes）將本病與天花區別，但十七世紀英醫賽敦漢（Sydenham）氏始將本病確定為獨立之疾病。

病原：本病之病原為濾過性毒，存在於患者之口、鼻、眼之分泌物及發疹早期之血液中。此病毒在攝氏負 35 度至負 72 度可活四星期，在室溫內其傳染力最少可保持 34 小時之久，在冰凍狀態下可在真空中乾燥並保存其活動力可達 15 星期，本病毒在實驗上能使猴子（Macaca Mulatta）感染，拉開氏（Rake）氏等於 1941 年於雞胚胎之絨毛尿囊膜培養成功。

傳染途徑：因患者之口、鼻、眼之分泌物皆含病毒，故前驅期卡他症狀最明顯時，其傳染力亦最強。殆眼、鼻、咽之卡他症狀消退即無傳染力。皮膚落屑並無傳染性。其傳染方式不外乎下列三種（一）接觸傳染，如交談，咳嗽，噴嚏等能將病毒散佈。（二）空氣傳染，因空氣中含有患者鼻涕，口水之飛沫，其中之病毒即藉此而傳播。（三）患者所用之衣物，因沾染有眼、鼻、咽之分泌物，而傳播其病毒。

流行季節：本病之流行以冬春兩季最多，夏秋少見，後者天氣炎熱，家庭學校窗戶開放，室內空氣流通，故減少互相傳染之機會。

免疫：本病之傳染力甚強，任何人都難倖免，然通常多發生於五歲以下之小孩，患病後有終身免疫，二次得病者甚少，故成年患

者大都在兒童期未受感染之故。患過麻疹的母親，能將抗體由胎盤輸入胎兒，故小兒出生後六個月內亦很少受傳染。

病理：本病之皮疹及前驅期之科潑力氏 (Koplik) 斑，均由於毛細管對於侵入之病毒所起之反應所致。其病理機轉為血清滲出及圓形細胞增生，此外眼及呼吸道之粘膜亦有圓形細胞浸潤，故眼、鼻、咽各部均呈腫脹，其次為全身淋巴組織增生，其表現為淋巴腺及脾臟之腫大。

病狀：本病之潛伏期為 10—12 天，其病程之經過可分下列三期：

(一)前驅期或卡他期：本期之經過為時 3—4 天，其主要症狀為發熱，眼、鼻、喉之卡他症狀及口腔之科潑力氏 (Koplik) 斑。發熱時每伴有畏寒，全身不適頭痛等現象，卡他性症狀則遍及眼、鼻、咽喉甚或深入枝氣管內，故患者常有羞明，流淚，流鼻涕，乾咳等症狀。檢查所見為眼結膜充血，眼皮發腫，鼻子有漿液膿性分泌物，咽喉顯明充血。於發病後第 2—3 天，絕大多數病例 (90—95%) 在頰粘膜出現有灰白色小點，周圍繞以紅暈，通常位於第一臼齒之對側粘膜或下唇深部於陽光下最易識別，是即科潑力氏 (Koplik) 斑，此斑之發現對本病早期診斷最有價值。通常此斑顯現之時間大概在 12—18 小時左右，故皮疹出現後即不復存在，然而偶有少數病例，此斑出現頗遲，幾與皮疹同時出現，待皮疹遍及全身即消失不見。

(二)發疹期：於前驅期過後，皮膚上即有疹子出現，開始時呈玫瑰色，稀疏分明，以後漸漸變密，一部份則各個分立，一部則互相融合，色呈暗紅，壓之退色。其出疹之次序恆有一定，先出現於耳後部，頭髮邊緣，額部，臉部，在最初二十四小時內則遍及於頸、胸、及上膊諸部，次日則蔓延及背、腹、前膊及上腿，至發疹之第三天始及於下腿。在發疹期內，患者之體溫升至最高，全身不適及發炎症狀亦達極點，故患者自覺症狀增劇，皮膚有緊張及瘙癢

感。

(三)落屑期：皮疹通常持續 4—5 天，此後即由面部起按出疹之次序由上而下逐漸消退，卡他症狀亦隨之減輕，如無合併症，體溫亦同時下降。皮疹消退之處，皮膚呈粗糙狀落屑，並遺留暗褐色色素斑，經 1—2 星期後始完全消失。此種色素斑之大小形狀與原發疹子相同，在病之晚期頗有診斷之價值。

血液及其他之體檢所見：若無合併症發生，白血球總數恆減少，其中淋巴球則完全減少，在發疹期中下顎淋巴腺頸後淋巴腺及脾臟均腫大。

合併症：

(一)枝氣管肺炎：可能由濾過性毒本身所引起，但通常乃因麻疹能降低患者抵抗力，以致容易受其他細菌（如鏈球菌，肺炎雙球菌，流行感冒桿菌，葡萄狀球菌等）之侵襲而發生，為本病常見而嚴重之合併症。在磺胺類藥品及抗生藥未發明以前，為引起患者死亡之主要原因，故應加以注意，以便能及時發現與及時治療。其症狀為咳嗽增劇，體溫持續不退或稍降後再次升高，脈搏和呼吸加速，甚或口唇或指甲呈輕度紫藍色，胸部聽診可發現瀰漫性濕性泡音。血液檢查白血球總數及中性多核白血球恆增高。

(二)中耳炎：因咽部傳染，細菌由耳咽管而達中耳，引起化膿性中耳炎，較大之小孩，恆有耳部疼痛之感覺，若年齡較少，不能主訴耳部不適，如體溫持續不退，白血球增高而肺部無症狀時應考慮及之。

(三)肺結核：已患肺結核之小兒於麻疹後每易加重，甚或發生粟粒性結核病。

(四)腦炎：由麻疹病毒本身所引起，在發疹期或疹退後始發生，其症狀為高熱，昏迷，肌肉僵硬，有時全身抽搐，腰椎穿刺腦壓增高，脊髓液透明，細胞數正常或增加，其中以淋巴球佔多數，糖，蛋白及氯化物之含量，變化甚微。

診斷：在未出疹前，僅有發熱與卡他症狀難與他病區別，故於口頰粘膜找尋科潑力氏斑爲不可忽視之步驟，更詳問病史及檢查白血球可得早期診斷。待皮疹出現後則宜詳詢發病時間與出疹之關係，出疹之次序，注意皮疹之顏色形狀與分佈之情形。待皮疹消退後則注意批癢狀之落屑與遺留之色素沉着情形則診斷不難。

鑑別診斷：

(一)風疹：本病與麻疹之不同點如下：(1)出疹前之發熱僅半天至一日。(2)無顯著之卡他症狀。(3)無科潑力氏斑。(4)枕骨下及頸後淋巴腺腫脹而且有壓痛，多數病例在出疹前即可發現(5)皮疹分佈甚速，於24小時內即遍及全身，但持續時間短，多數在72小時即消退。(6)皮疹消退後無色素沉着。

(二)猝發疹(Exanthema subitum)：(1)患者多爲半歲或二歲之幼兒，四歲以後極少。(2)發熱期無顯著之卡他症狀。(3)多數病例於熱退後始出現皮疹，(4)皮疹出現之次序先見於軀幹之上部及頸部，漸佈全身，以腰臀部爲顯著。(5)疹退後不脫屑，亦無色素沉着。(6)白血球總數減少，但淋巴球顯著增加(可達70—90%)。

(三)天花：(1)全身症狀嚴重，有劇烈之頭痛，背痛，四肢痛。(2)皮疹起初爲丘疹，首先在面部及腕部出現，深藏皮內，捫之堅實。(3)凡暴露之處以及易受外力壓迫及刺戟之處出疹較多，故面、額、手背，腳底以及臀部痘瘡特密。(4)2—3天後即發生水疱，中央呈臍窩，再過2—3天則呈膿疱，而且丘疹水疱與膿疱恆爲一致的出現，不互相摻雜。(5)結痂脫落後遺留疤痕。(6)在水疱期及膿疱期白血球恆增高。

(四)水痘：(1)皮疹大都於起病後24小時內出現。(2)皮疹於軀幹較多，四肢較少，但頭皮則常見之(3)皮疹大小不等，24小時後則成半透明之水疱，周圍有紅暈。(4)因皮疹陸續出現，故檢查時見丘疹水疱，痂皮同時存在，爲與天花之異點。

(五)猩紅熱：(1)有顯著之口峽炎，較大之兒童恆能自訴喉痛，檢視之在全扁桃腺上有滲出物，甚或在咽喉部有偽膜形成。(2)皮疹初期分界明顯，以後則互相融合，皮膚呈瀰漫潮紅，壓之退色，但口唇周圍則反呈蒼白。(3)舌乳頭紅腫顯著，故稱之曰楊梅舌。(4)白血球增加。

預後：無合併症之患者預後大都佳良。其死亡病例恆為合併枝氣管肺炎所致，尤其是5歲以下之小孩，更值得吾人之注意。此外過去營養之不良或同時兼患痢疾，百日咳，肺結核等預後亦較差。麻疹後腦炎之死亡率在10—50%之間。

治療及護理：本病無特效療法，其處理原則不外乎減輕症狀及預防合併症之發生。(一)絕對臥床休息衣被蓋宜溫暖。(二)室內空氣宜充足，冬天設火爐，火爐上置以水盆，使空氣不致乾燥。(三)多飲開水，食物用流質如牛乳，豆漿，稀飯，稀肉湯，青菜湯，牛熟雞蛋等。(四)眼部用4%硼酸水洗濯或用10%弱蛋白銀(Argyrol)滴眼，口腔宜清潔，以防走馬疳。(五)如體溫太高可用冷敷。(六)皮膚瘙癢可塗以橄欖油或10%碳酸水。(七)為了預防併發症應儘可能避免他人不必要之接近，尤其是呼吸道疾病之患者，必要時可給以盤尼西林或磺胺，但需注意血液之變化，如小兒之白血球總數在4000以下或中性多核白血球在40%以下，以不用磺胺為宜。

預防：患者之隔離14天已足，但很難杜絕其傳染，因其傳染力於出疹前最高，待出疹後施以隔離已嫌稍遲。

對於身體衰弱或正在患其他疾病之小孩，可用被動免疫法以防傳染，其效果視注射之早晚，劑量之多寡而定。若暴露後6天內注射而且劑量充足可完全防止之，否則亦能減輕病情，其法有四種(一)以丙種球蛋白(Gamma globulin)行肌肉注射，每公斤體重注射0.2c.c.，60%可收預防之效果，若劑量減低至每公斤體重注射0.05c.c.亦有25%收預防之效，66%可減輕症狀。(二)恢復期血清，於患者病癒後二週抽取之，以5—10c.c.注射於肌肉內，

約 $\frac{1}{4}$ 可以預防。(三)胎盤球蛋白，每公斤體重 0.2c.c. 行肌肉注射，其缺點為局部及全身反應大，但產品供應容易，可供大規模應用。(四)在兒童期曾患麻疹之成人，血內有抗體存在，可抽取其血清 10—30c.c. 行肌肉注射，此法在目前我國之農村中有採用之價值。