

「儿科疾病诊疗规范」丛书

儿科感染性疾病

诊疗规范

中华医学会儿科学分会 编著



人民卫生出版社

「诊疗规范」丛书

儿科感染性疾病

诊疗规范

中华医学会儿科学分会 编著

GUIDELINE



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科感染性疾病诊疗规范 / 中华医学会儿科学分会编著.
—北京: 人民卫生出版社, 2014
ISBN 978-7-117-19290-3

I. ①儿… II. ①中… III. ①小儿疾病 - 传染病 - 诊疗
IV. ①R725.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 127460 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

ISBN 978-7-117-19290-3



儿科感染性疾病诊疗规范

编 著: 中华医学会儿科学分会

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889 × 1194 1/32 印张: 8.75

字 数: 242 千字

版 次: 2014 年 10 月第 1 版 2014 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19290-3/R · 19291

定 价: 59.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编写委员会

总主编 桂永浩

副总主编 申昆玲 毛 萌 赵正言 秦 炯

主 编 方 峰

副主编 俞 蕙 万朝敏 刘 钢

编 者 (以姓氏笔画为序)

万朝敏 (四川大学医学院)

毛志芹 (中国医科大学)

方 峰 (华中科技大学同济医学院)

朱朝敏 (重庆医科大学)

刘 钢 (首都医科大学)

许红梅 (重庆医科大学)

张国成 (第四军医大学)

周云芳 (上海交通大学医学院)

赵东赤 (武汉大学医学院)

俞 蕙 (复旦大学医学院)

舒 敏 (四川大学医学院)

舒赛男 (华中科技大学同济医学院)

曾 玫 (复旦大学医学院)

秘 书 舒赛男

随着我国医疗卫生事业的快速发展,进一步降低新生儿和五岁以下儿童死亡率,不断提高儿童健康状况和生存质量是我国儿科学界面临的新任务和新挑战。

《卫生部贯彻 2011—2020 年中国妇女儿童发展纲要实施方案》要求将妇幼卫生知识与技能培训纳入基层卫生人员培训规划,开展以儿童健康管理、儿童常见病防治以及出生缺陷三级防治措施等为主要内容的专项培训。当前,我国儿科医疗资源特别是高水平儿科医护人员数量不足,且有限资源分布不均,农村和基层地区短缺尤为明显,儿科诊治水平方面也存在显著的城乡、地区和人群差异。

由人民卫生出版社和中华医学会儿科学分会共同策划和组织编写的“儿科疾病诊疗规范”丛书在此背景下出版了。此书的目的是为广大儿科临床工作者提供一套“可信、可读、可行、可证”的行业诊疗规范,起到规范诊疗行为,改变临床医师的医疗行为,减少不同医疗机构和不同临床医师间由于素质不同而造成的医疗水平差异,提高临床服务质量和降低诊疗费用的目的;同时,诊疗规范也可作为卫生主管部门组织的培训课程的教材,成为岗位胜任能力培训的重要内容。

本书以丛书形式出版,涉及儿科临床 14 个领域。每本书均有 20 名左右该领域权威的专家参与和编写,编写历时一年余。在编写过程中,专家们对疾病诊断和治疗规范的确定不仅仅依靠临床医生经验所决定,而是具有经过系统评价的科学证据的

支持,以循证医学为基础,将规范化医疗与个体化医疗相结合,希望对提高儿科临床的行为规范有积极的推动作用。编写过程中难免存在不足和错误,恳请读者提出宝贵的意见。

丛书总主编 桂永浩

2014年夏于上海

前 言

《儿科感染性疾病诊疗规范》是“儿科疾病诊疗规范”丛书之一,重点介绍能够在人与人、动物与动物和人与动物之间相互传播的一类儿科感染性疾病,又称小儿传染病。全书共有六章,包括病毒性疾病、细菌性疾病、结核病、真菌性疾病、立克次体病和螺旋体病及寄生虫病,介绍了60余种儿科常见疾病。本书参照国内外教科书、权威专业机构或学术组织的诊疗指南与较为成熟的诊疗建议或共识,以介绍疾病的诊断依据、诊断标准、治疗手段和预防措施为重点内容,结合感染性疾病特征,特别突出病原学检查方法及其诊断意义以作为感染性疾病的病原学诊断依据,并推荐最新和最经典的治疗与预防方案,旨在为从事儿科专业的各级临床医师提供专业性临床指导,并为规范儿科感染性疾病的诊疗行为、更好地服务于广大儿童和促进与保障儿童健康做出贡献。本书绝大多数章节后续诊疗流程图,便于临床医师快速掌握相关疾病的诊治思路,同时,可作为广大的医科学生、研究生和全科医生学习和掌握儿科感染性疾病并指导其临床实践的工具书。

作为疾病的诊疗规范,具有其专业权威性。本书凝集了第十五届中华医学会儿科学分会委员会感染学组十三位专家教授的心血,他们来自全国各大专院校附属综合医院儿科或者专科医院,长期从事儿科感染性疾病的临床工作与基础研究,具备很高的专业素养,掌握前沿的专业知识,积淀丰富的临床经验,又经过专业大课教学和临床教学的历练,以他们的聪明才智与辛

勤笔耕,完成了预先认为难以完成的编写任务。全书文字精练、表达流畅、脉络清晰、内容经典、重点突出、理念先进,是一本具备先进性、时效性和实用性的专业工具书。

方 峰

2014年9月16日

目 录

第一章 病毒性疾病	1
第一节 麻疹	1
第二节 风疹	4
第三节 幼儿急疹	6
第四节 水痘	7
第五节 流行性感冒	10
第六节 流行性腮腺炎	16
第七节 传染性单核细胞增多症	18
第八节 巨细胞病毒感染性疾病	23
第九节 病毒性肝炎	28
第十节 流行性乙型脑炎	43
第十一节 手足口病	47
第十二节 脊髓灰质炎	53
第十三节 狂犬病	56
第十四节 肾综合征出血热	60
第十五节 登革热和登革出血热	66
第十六节 儿童艾滋病	70
第十七节 病毒性肠炎	79
第十八节 发热伴血小板减少综合征	86
第二章 细菌性疾病	93
第一节 猩红热	93
第二节 百日咳	96
第三节 流行性脑脊髓膜炎	100
第四节 破伤风	105
第五节 伤寒、副伤寒和鼠伤寒沙门菌感染	109
第六节 细菌性痢疾	116

第七节	霍乱	121
第八节	鼠疫	126
第九节	炭疽	130
第十节	淋球菌病	135
第三章	结核病	142
第一节	原发型肺结核	142
第二节	结核性脑膜炎	148
第三节	结核性腹膜炎	154
第四节	结核性胸膜炎	155
第五节	肠结核病	156
第六节	先天性结核病	157
第四章	真菌性疾病	160
第一节	假丝酵母菌病	160
第二节	隐球菌病	172
第三节	曲霉病	177
第四节	其他真菌感染	183
第五章	立克次体病和螺旋体病	188
第一节	流行性斑疹伤寒	188
第二节	地方性斑疹伤寒	191
第三节	恙虫病	193
第四节	梅毒	196
第五节	钩端螺旋体病	203
第六章	寄生虫病	209
第一节	阿米巴病	209
第二节	疟疾	212
第三节	弓形虫病	217
第四节	黑热病	221
第五节	血吸虫病	223
第六节	华支睾吸虫病	227
第七节	并殖吸虫病	231
第八节	丝虫病	235
第九节	钩虫病	237

第十节 蛔虫病	240
第十一节 蛲虫病	243
第十二节 类圆线虫病	245
第十三节 绦虫和囊虫病	247
第十四节 包虫病	251
附录	255
附录 1 我国需要报告的法定传染病一览表	255
附录 2 常见急性传染病的潜伏期、隔离期和观察期	256
附录 3 常见传染病的隔离和消毒方法	260

第一章 病毒性疾病

第一节 麻 疹

【概述】麻疹(measles)是麻疹病毒引起的小儿常见的急性呼吸道传染病。以发热、咳嗽、流涕、结膜炎、口腔麻疹黏膜斑及全身红色斑丘疹为主要临床表现。本病传染性极强,易并发肺炎。近年来,我国麻疹呈散发状态,间有局部小流行,多见于8个月以内的婴儿和未接种麻疹疫苗儿童。

【病因及流行病学特征】麻疹病毒属副黏病毒科,只有一个血清型,抗原性稳定。麻疹的传染源主要是急性期患者和亚临床型带病毒者,由空气飞沫传播。麻疹患者自出疹前5天至出疹后5天均有传染性,如合并肺炎,传染性可延长至出疹后10天。易感者接触后几乎均可发病,以春季发病较多,2~5月为高峰。

【诊断】

1. 病史 未接种过麻疹疫苗或者密切接触过麻疹患者。

2. 临床表现 潜伏期:平均10天左右。分典型表现和非典型表现。

(1) 典型表现

1) 前驱期:有发热、咳嗽、结膜炎及明显的鼻卡他症状,并出现麻疹黏膜斑(又称柯氏斑,Koplik spots),是指在充血粗糙的口腔黏膜上出现白色小斑点,开始于第二磨牙相对应的位置,可增多累及整个颊黏膜甚至唇黏膜,出疹后迅速消失,具有临床诊断意义。

2) 出疹期:发热后3~4天出疹,为玫瑰色斑丘疹,先出现于耳后、发际,渐及额面、颈部、躯干及四肢,最后达手掌和足底。可融合成片,不伴痒感。同时发热、咳嗽等症状加重。

3) 恢复期:皮疹按出疹顺序消退,其他症状也好转。疹退后,有糠麸状脱屑和棕色色素沉着。

(2) 非典型表现

1) 轻型麻疹:见于有部分免疫力的患儿。表现为潜伏期长、前驱期短及临床症状轻。发热低,常无麻疹黏膜斑,皮疹稀疏、色淡,疹退后无脱屑和色素沉着,无并发症。

2) 重型麻疹:见于免疫力低下人群。表现为高热、中毒症状重。皮疹密集融合,可伴鼻出血、呕血、咯血、血尿及血小板减少等,常并发肺炎、脑炎,甚至呼吸衰竭、循环衰竭等,死亡率高。

3) 异型麻疹:见于既往接种过灭活疫苗或个别减毒活疫苗但缺乏 F 蛋白抗体者。前驱期短暂或缺如,常无麻疹黏膜斑。全身症状重,出疹顺序与典型麻疹相反,从远端至近端。常伴腹痛、肌痛和头痛等,并发症多。恢复期麻疹血凝抑制抗体和补体结合抗体滴度常显著升高。

(3) 并发症

1) 呼吸系统并发症:肺炎是麻疹最常见的并发症。中耳炎、鼻窦炎、喉炎及支气管炎等亦可见到。

2) 神经系统并发症:麻疹脑炎的临床表现和脑脊液检查同一般病毒性脑炎,脑炎的轻重与麻疹轻重无关。亚急性硬化性全脑炎(subacute sclerosing panencephalitis, SSPE)为少见的麻疹远期并发症,为脑组织慢性退行性病变,最后呈去大脑强直状态死亡。

3) 消化系统并发症:包括胃肠炎、肝炎、阑尾炎和肠系膜淋巴结炎等。

4) 其他:心肌炎、肾炎及血小板减少性紫癜等少见。麻疹还可导致原有结核病恶化或潜伏结核病灶的活化。营养不良性水肿及维生素 A 缺乏性干眼症偶可见到。

3. 实验室检查 血常规显示白细胞总数减少,淋巴细胞相对增多。若淋巴细胞严重减少提示病情严重。若白细胞总数增高,C 反应蛋白增高,提示继发细菌感染。病程早期取患者鼻、咽、眼分泌物涂片镜检可见多核巨细胞。

4. 病原学检查

(1) ELISA 测定血清特异性 IgM 和 IgG 抗体:在出疹后 3 天~4 周内取血,特异性 IgM 抗体阳性率达 97%,在临床最常应用。双份血清 IgG 抗体效价 ≥ 4 倍增高有近期感染诊断意义。

(2) 检测麻疹病毒抗原:免疫荧光法检测鼻咽分泌物或尿脱落细胞中的病毒抗原。

(3) 检测麻疹病毒基因:可用于病毒的分型与监测。

(4) 病毒分离:发热期取血、尿或鼻咽分泌物分离病毒。

【鉴别诊断】 需要鉴别的疾病有风疹(热度不高,常伴耳后和枕后淋巴结肿大,一般手掌及足底没有皮疹,并发症少见);幼儿急疹(热退后出疹);猩红热(皮肤弥漫性充血,可同时伴化脓性扁桃体炎);传染性单核细胞增多症、肠道病毒感染、肺炎支原体感染和川崎病等(皮疹不典型,可呈多形性,没有明显的出疹顺序等特点);药物疹(有相关药物使用史,通常伴痒感,风团多见)。

【治疗】

1. 治疗原则 对症治疗、加强护理及防治并发症。

2. 药物治疗 WHO 推荐补充大剂量维生素 A,6 个月以下 5 万单位、6 个月~1 岁儿童 10 万单位、1 岁以上儿童 20 万单位,每天 1 次口服,连续 2 天。

【预防】

1. 一般预防 早发现、早隔离(普通麻疹隔离至出疹后 5 天,并发肺炎者隔离至出疹后 10 天)、早治疗;易感者不去人群聚集场所;患者逗留过的房间用紫外线消毒。

2. 主动免疫 我国采用麻疹减毒活疫苗,初种年龄目前规定为生后 8 个月,18~24 月龄时完成第二次接种。

3. 被动免疫 接触麻疹后 5 天内给予免疫球蛋白可预防发病。5 天后使用,仅可减轻症状。用法:免疫球蛋白肌肉注射 0.25ml/kg(免疫抑制者 0.5ml/kg)。被动免疫维持 3~8 周,以后应采取主动免疫。

第二节 风 疹

【概述】风疹(rubella)是指风疹病毒生后感染所致的小儿常见的急性出疹性传染病。表现为发热、斑丘疹及耳后、枕后和颈部淋巴结肿大。本病病情轻,预后好。孕早期感染风疹病毒,可导致胎儿产生先天性风疹综合症的严重后果。

【病因及流行病学特征】风疹病毒属披膜病毒科,人类是其唯一的宿主。风疹的传染源主要是急性期患者、亚临床型带病毒者和先天性风疹综合征的患者。急性期患者的传染性一直维持到出疹后5天,先天性风疹综合征患儿的传染性可长达数月。本病传染性强,易感者接触后30%可发病,病后获终身免疫。以冬春季多见。

【诊断】

1. 病史 未接种过风疹疫苗或者密切接触过风疹带毒者。

2. 临床表现

(1) 获得性风疹:潜伏期一般为2~3周。

1) 前驱期:较短,一般1~2天。可表现为低热、咳嗽、喷嚏、流涕及咽痛等上呼吸道感染的症状。

2) 出疹期:为红色小斑丘疹,皮疹迅速由面、颈、躯干部波及四肢,但手掌和足底大多数无皮疹,疹间皮肤正常。同时有耳后、颈后及枕后淋巴结肿大。

3) 恢复期:皮疹1~5天后消退,无脱屑或细小脱屑,上呼吸道感染症状也好转。

(2) 先天性风疹综合征(congenital rubella syndrome):风疹病毒先天感染可有以下4种结局和表现。

1) 宫内异常:包括死胎、流产、宫内发育迟缓和畸形。

2) 出生缺陷:低出生体重、先天性心脏病、白内障和视网膜病、小头畸形、听力障碍、肝脾大、血小板减少性紫癜及骨发育不良等。

3) 迟发性疾病:白内障、青光眼、听力丧失、内分泌病(如糖尿病、甲状腺功能障碍及生长激素缺乏)和进行性全脑炎等。

4) 不显性感染:出生时和生后保持正常。

(3) 并发症:很少见,偶有扁桃体炎、中耳炎、支气管炎、肾炎、关节炎、病毒性脑炎及血小板减少性紫癜等。

3. 实验室检查 血常规显示白细胞总数减少,淋巴细胞比例相对增高。

4. 病原学诊断

(1) 血清特异性 IgM 和 IgG 抗体:特异性 IgM 增高或双份血清 IgG 抗体滴度 ≥ 4 倍升高有诊断意义。先天性风疹患儿出生时特异性 IgM 即为阳性,并在生后 6 个月持续存在。胎血(孕 20 周后)检出特异性 IgM 可证实胎儿感染。

(2) 病毒分离:取羊水或胎盘绒毛分离病毒是诊断胎儿风疹病毒感染最可靠的方法之一。

(3) 风疹病毒抗原:可采用免疫印迹法检测胎盘绒毛中风疹病毒抗原。

(4) 风疹病毒基因:PCR 法或核酸杂交检测羊水或绒毛中的病毒基因。

【鉴别诊断】 见本章第一节。

【治疗】 对症治疗,可辅助清热解毒中药。

【预防】

1. 一般预防 注意对传染源的隔离。预防重点是妊娠期女性,尤其是孕早期,应尽量避免接触风疹患者。

2. 主动免疫 对儿童和易感育龄女性可接种减毒活疫苗。目前我国儿童计划免疫常用的为风疹-麻疹二联疫苗以及风疹-麻疹-腮腺炎三联疫苗。

3. 被动免疫 高危人群,尤其是处于妊娠早期的易感孕妇,若有明确接触史,推荐在暴露后 3 天内使用免疫球蛋白,剂量 0.55ml/kg,肌肉注射。

第三节 幼儿急疹

【概述】 幼儿急疹(roseola infantum, exanthema subitum)是婴幼儿期常见的一种以高热数天、热退出疹为特点的疾病。

【病因及流行病学特征】 幼儿急疹的病原主要为人类疱疹病毒6型(human herpes virus 6, HHV-6),少数为HHV-7,均属疱疹病毒科。传染源主要是患有该病毒感染的人,经唾液传播是最重要的传播途径。95%以上幼儿急疹发生于3岁之内,6~18个月为发病高峰年龄。感染后病毒在宿主体内长期潜伏,在一定情况下可发生潜伏病毒活化及再感染。

【诊断】

1. 临床表现

(1) 典型临床进程:①发热:一般维持3~5天,为39℃以上高热,多突然消退,少数缓退。发热期间精神、饮食如常,其他伴随症状不明显。②皮疹:热退后出疹,为红色斑丘疹,主要分布于面部和躯干,维持2天左右消退。

(2) 并发症:很少见,偶有热性惊厥、脑炎及脑膜炎等。

2. 实验室检查 血常规显示白细胞总数减少,淋巴细胞相对增多。伴热性惊厥者脑脊液检查正常。

3. 病原学检查

(1) 血清特异性IgM和IgG抗体:因部分患者特异性IgM会持续阳性,一般不单独依靠特异性IgM阳性诊断HHV-6原发感染,而靠特异性IgG由阴性转为阳性或者抗体效价 ≥ 4 倍升高来诊断。

(2) 病毒抗原:可用免疫酶法检测外周血单个核细胞、唾液或病变组织中的病毒早期抗原。

(3) 病毒核酸:可用PCR技术检测血浆中的病毒核酸。

(4) 病毒分离:取发热期外周血单个核细胞或唾液分离病毒。

【鉴别诊断】 见本章第一节。

【治疗】 本病预后良好,无需特殊治疗。必要时注意防治并发症。