

主编 王群思 魏 艳 贺美兰

主审 战立功



儿科常见皮疹性疾病 诊断与治疗



海洋出版社

儿科常见皮疹性疾病 诊断与治疗

王群思
魏 艳 主编
贺美兰
战立功 主审

海洋出版社

图书在版编目(CIP)数据

儿科常见皮疹性疾病诊断与治疗/王群思等主编. - 北京:
海洋出版社, 1999. 1

ISBN 7-5027-4670-6

I. 儿… II. 王… III. 小儿疾病-皮疹-临床医学
IV. R752.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 39270 号

责任校对:张淑华

责任印制:李惠玲

海洋出版社 出版发行

(100081 北京市丰台区大慧寺路 8 号)

北京海洋印刷厂印刷 新华书店发行所经销

1999 年 1 月第 1 版 1999 年 1 月北京第 1 次印刷

开本: 787×1092 1/32 印张: 6

字数: 130 千字 印数: 1~1000 册

定价: 9.00 元

海洋版图书印、装错误可随时退换

前 言

小儿皮疹性疾病是儿科常见病、多发病,涉及传染科、血液科、皮肤科等多个专业。众多专业工作者急需一本内容新颖、资料齐全,既反映现代进展,又有实用价值,基础理论与临床实践相结合的参考用书。为了适应这一需要,本书作者根据自己丰富的临床实践,参考国内外文献撰写了此书。

该书重点介绍小儿常见出疹性疾病的病因、病理、临床表现、诊断及预防。内容新颖、充实、系统、实用。可用于提高儿科工作者鉴别小儿常见皮疹性疾病的能力,指导儿科工作者开展小儿皮疹性疾病的防治。具有一定的现实性和实用价值。本书写作过程中难免有不足之处,希望有关专家及同行指正。

郑州市儿童医院 战立功

目 次

麻疹	(1)
水痘	(12)
单纯疱疹	(19)
带状疱疹	(23)
风疹	(26)
先天性风疹综合征	(35)
幼儿急疹	(42)
手足口病	(49)
传染性单核细胞增多症	(51)
猩红热	(54)
湿疹	(61)
异位性皮炎	(65)
荨麻疹	(77)
小儿痒疹	(80)
神经性皮炎	(83)
药物性皮炎	(86)
化脓性脓疱疮	(94)
皮肤念珠菌病	(96)
痱子	(98)
尿布皮炎	(100)
多形性红斑	(102)

疥疮·····	(107)
虫咬皮炎·····	(110)
钩蚋皮炎·····	(111)
坏血病·····	(114)
伤寒·····	(116)
流行性脑脊髓膜炎·····	(125)
皮肤结核·····	(136)
系统性红斑狼疮·····	(142)
变应性亚败血症·····	(149)
过敏性紫癜·····	(153)
皮肤粘膜淋巴结综合征·····	(157)
风湿热·····	(163)
网状细胞肉芽肿·····	(169)
特发性血小板减少性紫癜·····	(172)
湿疹－血小板减少－反复感染综合征·····	(179)
皮肤白血病·····	(181)
移植物抗宿主病·····	(183)

麻 疹

麻疹 (Measles) 是一种极易传染的急性呼吸道传染病, 多见于婴幼儿, 临床上以发热、上呼吸道炎症、麻疹粘膜斑 (Koplik's 斑) 及全身斑丘疹为其特征, 容易并发肺炎。

[病因及发病机理]

麻疹是由麻疹病毒引起。麻疹病毒属副粘液病毒, 呈多形性颗粒, 直径约 100~250nm, 有六种结构蛋白, 含核糖核酸。在前驱期及出疹期内, 存在于患者的血液、眼与鼻咽分泌物及大小便中。可用人、猴、狗、家兔、小白鼠的组织细胞培养, 常用的是人胚胎肾。在组织培养中可见下列细胞病变:

- (一) 一般在 5~10d 后可见到多核巨细胞;
- (二) 胞浆中空泡形成;
- (三) 细胞核内和胞浆内出现嗜酸性包涵体。

同样的细胞病变可出现于“巨细胞肺炎”病例的组织培养。

麻疹病毒不耐热, 对日光和消毒剂均敏感。在日光下 20min 即失去致病力, 加热 55℃ 经 15min 即被破坏, 在室温下 24~39h 即失去活力。含有病毒的飞沫, 在室内空气中保持传染性一般不超过 2h, 但在低温中却能长期保存, 在 0℃ 可保持活力至少 25 周。

麻疹病毒从上呼吸道侵入人体, 最初可在上呼吸道上皮

细胞内繁殖，同时有少量病毒侵入血液，以后病毒到达远处器官的单核巨噬细胞系统，在其中复制活跃，大约在感染后5~7d，大量进入血液，即为临床前驱期，此时的传染性极强。皮疹出现后，病毒复制减少，到感染后第十六天，血清内抗体几乎100%阳性，临床症状也开始明显改善。但由于此时全身及局部免疫反应尚受抑制，部分患儿常并发严重肺炎，或使原有结核病灶恶化，结核菌素阳性患者，于出疹后暂时转阴，亦可使原患有湿疹、哮喘病和肾病综合征的患儿症状缓解，但在疹退后症状大都复发。在婴幼儿严重病例中可出现高级神经活动紊乱，出现缓慢脑电波。

亚急性硬化性全脑炎 [Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE)] 又称 Dawson Encephalitis，在患麻疹之后若干年发生。最近研究发现 SSEP 病人系脑细胞的 M 蛋白合成过程中翻译受阻造成。由于此蛋白是病毒装配所必需，其缺乏使不完整的麻疹病毒聚集，且不能被抗体或免疫细胞清除，从而导致本病。

[病理]

主要病理变化表现在全身淋巴组织显著增生及扁桃体、鼻咽部、淋巴结、脾脏、阑尾等处的淋巴组织内有多核巨细胞形成；麻疹粘膜斑(Koplik's 斑)是由于病毒直接侵害口腔粘膜及粘膜下炎症所引起的局部充血、渗出、细胞浸润、坏死，伴有浆液性渗出，形成水泡以及周围血管扩张所致，对麻疹早期诊断有重要参考价值。皮疹是由真皮内微血管内皮细胞肿胀、增生、单核细胞浸润、毛细血管腔扩大、伴有红细胞及血浆渗出表皮层所致。覆盖于皮疹上面的表皮细胞亦发生肿胀、空泡坏死、变性、角化、脱屑。

麻疹引起的间质性肺炎为 Hecht 巨细胞肺炎，而支气管肺炎则是继发性的细菌感染。

SSPE 病变早期可见脑膜轻度炎症，全脑炎累及皮质和皮质下灰质及白质，在血管周围有浆细胞及淋巴细胞围绕，胶质细胞常增生。疾病后期有神经元退行性变、神经元缺失和髓鞘缺失，在神经元、星状细胞的核内可见核内包涵体。

[流行病学]

(一) 传染源：麻疹患者是唯一传染源。传染期自出疹前 5d 起至疹后 5d 止，如并发肺炎则延长至出疹后 10d。

(二) 传播途径：主要是借空气飞沫直接传播。病人口、鼻、口咽和气管分泌物都含有病毒。在前驱期和出疹期中可传染他人。麻疹病毒离开人体后生存能力很低，麻疹患者住过的房间，在患者迁出后 1~2h 对易感者失去传染性。第三者媒介传染的可能仅限于很短的距离内。媒介者若能在户外暴露于日光或流动空气达 20min 以上，即不至传染他人。

(三) 易感人群：人对麻疹普遍易感，本病的传染性极强，易感者接触后 90% 以上发病，过去在城市中每 2~3a 流行一次，1~5 岁小儿发病率最高。由于多数母亲患过麻疹，她们的血液中含有抵御麻疹的抗体，能由胎盘输入胎儿，因而 3 个月以内婴儿具有被动免疫抗体，一般不易传染麻疹。至 8 个月以后，被动免疫力逐渐降低，就容易感染发病。少数母亲从来没有患过麻疹，则其新生儿即能感染本病。如孕妇恰巧在生产前患麻疹，她的新生儿亦能受感染，甚至出生时带有皮疹。自麻疹疫苗接种以来，发病率已显著下降，但因免疫力不持久，发病年龄向大年龄组推移。麻疹的发病率在城市和近郊比其在远郊及农村为高。在集体儿童机构，由

于小儿频繁接触较易发生。

(四) 流行季节：一年四季均可发病，但主要流行于冬、春二季。

[临床表现]

潜伏期一般为 6~21d，平均 9~11d。接受预防措施后，可延长到 28d。

(一) 前驱期：约 3~4d。主要表现为眼及上呼吸道炎症。发病初期类似感冒，发热、体温逐步上升，多为低、中度发热，伴全身不适、食欲不振，最显著的表现有流泪、畏光、眼睑浮肿、眼结合膜充血并有浆液、脓性分泌物、咳嗽、喷嚏、流涕、声音嘶哑等。在出疹前 24~48h 可出现麻疹粘膜斑，对麻疹的早期诊断具有决定性作用。其直径约 0.5~1mm 大小的白色斑点，有时有红晕环绕，初起时只有几个，而且极小，常易疏忽。此斑只在颊内与唇内出现，不侵及颞部。斑点很快增多，1~2d 内即密布两颊，往往互相融合，成为较大斑块，形似鹅口疮。皮疹大量透出时，此斑很快消失。90% 以上的麻疹患者都有麻疹粘膜斑，但近期经过被动免疫注射者症状减轻，可不出现这种斑点，甚至整个病程中无皮疹出现。此型诊断只有信赖前驱期症状及血清中麻疹抗体滴度增高才能确诊。末梢血液在潜伏期末期，白细胞总数略增加，至前驱期则渐见减少，淋巴细胞的百分数大减，中性多形核细胞的百分比反而增加。

(二) 出疹期：出疹期 2~5d 不等。一般在发热的第四天，然后自上而下，蔓延至全身，最后到四肢、手掌、足底。皮疹初为细小淡红色斑丘疹，直径 2~4mm，散在分布。继而增多，呈鲜红色，以后融合成暗红色，不规则或呈小片状斑

丘疹，疹间皮肤正常。一般皮疹为充血性，压之褪色。少数病例皮疹可呈出血性，压之不褪色。严重病例皮疹密集，呈暗红色。出疹时，全身中毒症状加重，体温增高，可达 40℃ 左右，精神萎靡、嗜睡或烦躁不安，咳嗽加重，咽部红肿更甚，面部浮肿、皮肤灼热、神志昏沉。全身表浅淋巴结及肝脾轻度肿大。有时谵妄，婴幼儿常有惊厥、呕吐、腹泻。严重者肺部常有细湿罗音。此期外周血白细胞总数低下。

(三) 恢复期：出疹 3~4d 后，皮疹开始消退，消退顺序同出疹顺序。疹退后，出现糠麸状细小脱屑，遗留色素沉着。脱屑与色斑均无传染性。同时体温在 12~24h 内降至正常，精神、食欲好转，上呼吸道症状也很快消失。无合并症的麻疹全病程通常为 10~14d。当皮疹消退时，婴幼儿或体弱儿童如果持续高热，为发生并发症的征象。

痊愈期很少复发皮疹。出疹后绝大多数终身免疫。患麻疹后血液及外分泌物内均有特异性抗体，可以中和再次进入身体的麻疹病毒。

[临床分型]

(一) 轻型麻疹：可由于感染病毒的量很小，或婴儿体内仍有母体抗体及近期内接受被动免疫所致。临床症状轻，潜伏期可延长至 4 周，发热及上呼吸道症状轻，麻疹粘膜斑不典型或不出现，仅见稀疏皮疹，色素沉着不明显，病程短。

(二) 异型麻疹：接种麻疹灭活疫苗 6 个月至 6 年，当接种自然麻疹或再接种麻疹灭活疫苗时，可出现此型。急起高热、头痛、肌痛、乏力等，口腔无粘膜斑，2~3d 后出疹，常伴四肢水肿与肺炎。国内不用减毒活疫苗，故此型少见。

(三) 普通型麻疹：其症状介于轻重两型之间，已在上述各期症状中叙述。

(四) 重型麻疹：体温、皮疹和上呼吸道局部炎症均较普通型为显著，也容易发生并发症，多由于体弱、营养不良、免疫力低下所致。体温持续在 40℃ 以上，中毒症状重，伴惊厥、昏迷。皮疹融合呈紫蓝色，常有粘膜出血，又称出血性麻疹，可能是 DIC 的一种形式。如皮疹少，色暗淡，迟迟不能透发，面色苍白，唇及肢端发凉、紫绀、心率快，脉细速，血压低或测不出，称休克型麻疹，此型患者死亡率高。

(五) 无皮疹型麻疹：全程不见皮疹，可由于同时患白血病等疾病，抑制了正常反应。往往在尸检中查见巨细胞肺炎及麻疹的典型病变。

[并发症]

(一) 肺炎：是麻疹最常见的并发症，大多见于出疹期，亦可见于恢复期。引起肺炎的病原体，一般有麻疹病毒、腺病毒和细菌（如肺炎双球菌、溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等）。在麻疹出疹期，可由于麻疹病毒侵犯呼吸道所致，表现轻微气促、肺部可闻粗湿罗音，X 线检查可见肺纹理增重、模糊、小点状浸润或局限性片状浸润。皮疹出齐或进入恢复期，由于抗体产生，以上症状体征迅速消失。当继发细菌与其他病毒混合感染时，则临床表现较严重，患儿高热持续不退、昏迷、吸气性呼吸困难、心功能不全、周围循环衰竭，甚至可出现呕吐、腹泻、脱水、电解质紊乱、酸中毒等。AIDS 病人合并麻疹肺炎，伴有皮疹，常可致命。

(二) 喉炎：小儿病情严重时，大都伴有喉炎，多发生在出疹期，随麻疹病情好转而恢复。严重者常引起喉梗阻，出现吸气性呼吸困难，多为继发金黄色葡萄球菌或溶血性链球菌侵犯，使喉部继发所引起。如不及时抢救，则可因窒息而危及生命。

(三) 脑炎和亚急性硬化性全脑炎：麻疹脑炎发病率约为 0.1%~0.2%，多在出疹后 2~5d 再次发热，周围白细胞增多，出现意识改变、惊厥、昏迷等症状。脑脊液改变为轻度单核细胞及蛋白增多，糖正常。病死率为 10%~25%，存活者 20%~50% 留有运动、智力及精神方面的后遗症。

亚急性硬化性全脑炎是由麻疹病毒慢性感染引起的亚急性或慢性神经系统疾患。潜伏期约为 2~17a。起病缓慢，初期学习费力、性格异常，数周后出现明显的智力障碍、言语含糊、嗜睡及癫痫样发作、痴呆、昏迷及去大脑强直。脑脊液蛋白质增高。多数在发病数月至数年后残废。

(四) 心肌炎：较少见，但一过性心电图改变相对常见。

(五) 结核病恶化：麻疹患儿的免疫反应受到抑制，对结核菌蛋白的延迟皮肤超敏反应消失，可持续几周，使原有潜伏结核病灶变为活动甚至播散而致粟粒型肺结核或结核性脑膜炎。

(六) 营养不良与维生素 A 缺乏症：麻疹病程中由于高热、食欲不振，可使患儿营养状态变差，消瘦，常见维生素 A 缺乏，角膜呈混浊、软化，且发展迅速，最后可致失明。

[实验室检查]

(一) 血象：白细胞总数在前驱期可正常或稍增高，但出疹期却减少为本病特点。

(二) 巨细胞检查：取患者眼、鼻、咽分泌物及痰、尿沉渣，在病程各期均可查见多核巨细胞。用免疫荧光法还可查到麻疹抗原，均有早期诊断价值。

(三) 血清学试验：可测定血清中血凝抑制抗体，其发病1个月后血清抗体超过初期4倍或抗体大于1:60者，即可确诊。用酶联法免疫吸附试验检测，出疹期即有特异性IgM出现。

[诊断与鉴别诊断]

根据麻疹接触史，前驱期卡他症状、口腔麻疹粘膜斑、出疹时皮疹形态、出疹顺序、出疹与发热关系、退疹后皮肤脱屑及色素沉着等，较易做出诊断。前驱期鼻咽分泌物找到多核巨细胞对早期诊断有帮助。在出疹1、2d用酶联法免疫吸附试验检测可测出麻疹抗体。

鉴别诊断包括各种发热出疹性疾病，常见的有：

(一) 风疹：前驱期短，全身症状轻，无口腔粘膜斑，有耳后、枕后和颈部淋巴结肿大、压痛为其特点。皮疹几乎全身同时出现，于3~4d后疹退，无色素沉着。

(二) 幼儿急疹：多见于1岁左右婴幼儿，无明显呼吸道症状。发热3d左右，热退后才出现玫瑰色斑丘疹是其特点。皮疹稀疏，疹退后无脱屑及色素沉着。

(三) 猩红热：无上呼吸道感染及口腔粘膜斑，为链球菌引起。咽峡炎是本病必发症状。起病急，突然高热，中毒症状明显，病初有呕吐，颜面部潮红。口唇周围无疹，呈环口苍白圈、杨梅舌，皮疹呈一片潮红，疹间无正常皮肤，退疹后有大片脱屑。白细胞明显增高，中性粒细胞核左移。

(四) 药物疹：有用药史，呈多型性皮疹，停药后皮疹

可逐渐消退。

[治疗]

一、一般治疗

(一) 隔离：如无并发症，应在家隔离，隔离期自前驱期至出疹后第五天为止，如并发肺炎，其隔离期应延长至疹后 10d。

(二) 加强护理：保持室内清洁、安静，空气新鲜流通，温度适宜，避免冷空气直接刺激，光线应稍暗些。眼部有分泌物者可用 4% 硼酸水或生理盐水纱布洗眼部。注意口腔和皮肤的清洁。

(三) 饮食营养：给予易消化清淡食物，患病时维生素 A 需要量大，世界卫生组织推荐，在维生素 A 缺乏地区的麻疹患儿补充维生素 A，小于 1 岁者 $100 \times 10^9 \text{U/d}$ ，年长儿 $200 \times 10^9 \text{U/d}$ ，共 2d。

二、对症处理

(一) 高热的处理：体温在 40°C 以下，且持续时间不长者最好不予降温，以免影响出疹。但体温超过 40°C ，且持续时间过长，应予降温，原则是既能减轻患儿因高热引起的痛苦，又不影响皮疹的透发。最好使体温维持在 39°C 左右。可给予少量退热剂或使用物理降温。

(二) 镇静剂应用：如小儿烦躁不安，可用小剂量苯巴比妥 $1 \sim 2 \text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 。

(三) 止咳祛痰：剧咳者可用适量镇咳药，并行超声雾化吸入激素及抗生素。

三、并发症处理

(一) 肺炎：疑为细菌感染者，可给 1~2 种抗生素，如

青霉素类，用至体温正常后 5d，肺部罗音消失后停药；中毒症状严重者，可用氢化可的松 5~10mg/ (kg·d)，一般用 2~3d 病情好转后即可停药，静脉补液、给氧；体弱病重者可少量多次输新全血或血浆，每次 5~10mL/kg。

(二) 喉炎：给氧，痰多应及时吸出，可用氢化可的松超声雾化吸入，给予肾上腺皮质激素及抗生素。应掌握气管切开的适应症：

1. 喉阻塞症状明显，伴有苍白或紫绀者，梗阻达Ⅱ~Ⅳ度则施行气管切开术；

2. 喉梗塞症状较明显，经一定时间积极保守治疗，症状未见减轻者。

(三) 心力衰竭：当患儿出现心力衰竭时，应立即给予快速洋地黄制剂。有周围循环衰竭者按感染性休克治疗。

(四) 脑炎：主要为对症治疗及支持疗法。可按流行性乙型脑炎处理。

四、中医中药

(一) 前驱期：治则为辛凉透表，以助麻疹顺利透出，同时可佐以清热解毒药，以防毒热过甚使病情加重。方选：银翘散合宣毒发表汤加减：

银花 10g 连翘 10g 牛蒡子 10g 桔梗 10g 薄荷 10g 前胡 6g 荆芥 10g 升麻 3g 葛根 10g 甘草 3g。

(二) 出疹期：治则为清热解毒透疹。清热透表汤加减：

银花 10g 桑叶 10g 连翘 10g 赤芍 10g 葛根 10g 升麻 3g 蝉衣 10g 甘草 6g 知母 6g 麦冬 10g 紫草 10g。

(三) 恢复期：治则为养阴益气、清解余邪。沙参麦冬汤加减：

沙参 10g 麦冬 6g 桑叶 6g 花粉 10g 扁豆 6g 甘草 3g 生地 10g 竹叶 10g 丹皮 6g 知母 10g。

草药单方：

鲜芦根 30~60g (干芦根 15g) 煎水代茶随时饮用，疹前期及出疹期都可用。

生葱(带须)、芫花各适量，煎汤后让病儿随时吸入其蒸气。

[预防]

(一) 被动免疫：在接触麻疹后 5d 内立即给予免疫血清球蛋白 0.25mL/kg，可预防麻疹，超过 6d 则无法达到上述效果。使用免疫血清球蛋白者临床过程变化大，潜伏期长，症状体征不典型，但仍有潜在传染性。被动免疫只能维持 8 周，以后应主动免疫。

(二) 主动免疫：采用麻疹减毒活疫苗是预防麻疹的重要措施，预防效果达 90%，虽然 5%~15% 可伴有轻微反应如发热、不适、无力等，小部分接种儿发热后有皮疹，但无并发症出现。国内规定初种年龄为 8 个月，如应用过早则存留在婴儿体内的母亲抗体将中和疫苗的免疫作用。有急性结核感染者如注射麻疹疫苗需同时给予抗结核治疗。

(三) 控制传染源：早期发现患儿，早期隔离，一般病人隔离至出疹后 5d，合并肺炎者延长 10d。接触麻疹易感者应检疫观察 3 周。

(四) 切断传播途径：病人衣物在阳光下曝晒，病人住过的房间应通风并用紫外线照射。流行季节易感儿尽量少去公共场所。

(魏艳 贺美兰)