# 麻疹

## 基本信息

别称 麻疹

英文名称 measles

就诊科室 感染科

多发群体 儿童

常见病因 感染麻疹病毒

常见症状 发热、上呼吸道炎症、麻疹黏膜斑、皮疹等

传染性 有

传播途径 飞沫传播

## 病因

麻疹病毒属副黏液病毒科，为单股负链RNA病毒。直径约100～250nm，衣壳外有囊膜，囊膜有血凝素（HL），有溶血作用。麻疹病毒有6种结构蛋白；在前驱期和出疹期内，可在鼻分泌物、血和尿中分离到麻疹病毒。麻疹病毒只有一个血清型，抗原性稳定。此病毒抵抗力不强，对干燥、日光、高温均敏感，紫外线、过氧乙酸、甲醛、乳酸和乙醚等对麻疹病毒均有杀灭作用，但在低温中能长期存活。

## 临床表现

1.典型麻疹可分以下四期

（1）潜伏期约10日（6～18天）。曾经接触过麻疹患儿或在潜伏期接受被动免疫者，可延至3-4周。在潜伏期内可有轻度体温上升。

（2）前驱期也称发疹前期，一般为3～4天。表现类似上呼吸道感染症状：①发热见于所有病例，多为中度以上发热；②咳嗽、流涕、流泪、咽部充血等，以眼症状突出，结膜发炎、眼睑水肿、眼泪增多、畏光、下眼睑边缘有一条明显充血横线（Stimson线），对诊断麻疹极有帮助。③麻疹黏膜斑，在发疹前24～48小时出现，为直径约1.0mm灰白色小点，外有红色晕圈，开始仅见于对着下臼齿的颊黏膜上，但在一天内很快增多，可累及整个颊黏膜并蔓延至唇部黏膜，黏膜疹在皮疹出现后即逐渐消失可留有暗红色小点；④偶见皮肤荨麻疹，隐约斑疹或猩红热样皮疹，在出现典型皮疹时消失；⑤部分病例可有一些非特异症状，如全身不适、食欲减退、精神不振等。但体温稍有下降。婴儿可有消化系统症状，呕吐、腹泻等。

（3）出疹期多在发热后3-4天出现皮疹。体温可突然升高至40～40.5℃，皮疹为稀疏不规则的红色斑丘疹，疹间皮肤正常，出疹顺序也有特点：始见于耳后、颈部、沿着发际边缘，24小时内向下发展，遍及面部、躯干及上肢，第3天皮疹累及下肢及足部。病情严重者皮疹常融合，皮肤水肿，面部水肿变形。大部分皮疹压之褪色，但亦有出现淤点者。全身有淋巴结肿大和脾肿大，并持续几周，肠系膜淋巴结肿大可引起腹痛、腹泻和呕吐。阑尾黏膜的麻疹病理改变可引起阑尾炎症状。疾病极期特别是高热时常有谵妄、激惹及嗜睡状态，多为一过性，热退后消失，与以后中枢神经系统合并症无关。此期肺部有湿性罗音，X线检查可见肺纹理增多。

（4）恢复期出疹3～4天后皮疹开始消退，消退顺序与出疹时相同；在无合并症发生的情况下，食欲、精神等其他症状也随之好转，体温减退。皮肤颜色发暗。疹退后，皮肤留有糠麸状脱屑及棕色色素沉着，7～10天痊愈。

2.其他类型麻疹

（1）轻症麻疹毒力减低型麻疹病毒感染，多见于在潜伏期内接受过丙种球蛋白注射者，或小于8个月的体内尚有母亲抗体的婴儿。发热低，上呼吸道症状较轻。麻疹黏膜斑不明显，皮疹稀疏。病程约1周，无并发症。

（2）重症麻疹发热高达40℃以上，中毒症状重，伴惊厥，昏迷。皮疹融合呈紫蓝色者，常有黏膜出血，如鼻出血、呕血、咯血、血尿、血小板减少等，称为黑麻疹。皮疹少，色暗淡，常为循环不良表现。此型患儿死亡率高。

（3）无疹型麻疹注射过麻疹减毒活疫苗者可无典型黏膜斑和皮疹，甚至整个病程中无皮疹出现。此型临床诊断较难，只有依赖前驱症状和血清中麻疹抗体滴度增高才能确诊。

（4）异型麻疹此为非典型麻疹，接种灭活疫苗后引起。表现为高热、头痛、肌痛，无口腔黏膜斑。出诊顺序：皮疹从四肢远端开始延及躯干、面部，呈多形性；常伴水肿及肺炎。国内不用麻疹灭活疫苗，故此类型少见。

（5）成人麻疹由于麻疹疫苗的应用，成人麻疹发病率逐渐增加。与儿童麻疹不同处为：肝损坏发生率高；胃肠道症状多见，如恶心、呕吐、腹泻及腹痛；骨骼肌病，包括关节和背部痛；麻疹黏膜斑存在时间长，可达7天，眼部疼痛多见，但畏光少见。

3.并发症

（1）喉、气管、支气管炎麻疹病毒本身可导致整个呼吸道炎症。由于3岁以下的小儿喉腔狭小、黏膜层血管丰富、结缔组织松弛，如继发细菌或病毒感染，可造成呼吸道阻塞。临床表现为声音嘶哑、犬吠样咳嗽、吸气性呼吸困难及三凹征，严重者可窒息死亡。

（2）肺炎由麻疹病毒引起的间质性肺炎。支气管肺炎更常见，为细菌继发感染所致，常见致病菌有肺炎链球菌、链球菌、金黄色葡萄球菌和嗜血性流感杆菌等，故易并发脓胸或脓气胸。艾滋病病人合并麻疹肺炎，常可致命。

（3）心肌炎较少见，但一过性心电图改变常见。

（4）神经系统并发症①麻疹脑炎发病率较低，一千个麻疹病儿中有1～2个患此病。多在出疹后2～5天再次发热，头疼、嗜睡、惊厥、突然昏迷等症状。外周血白细胞增多，脑脊液改变为：细胞数轻、中度升高，以淋巴细胞为主，蛋白增多，糖正常。病死率达10%～25%；存活者中20%～50%留有运动、智力或精神上的后遗症。②亚急性硬化性全脑炎是一种急性感染的迟发性并发症，表现为大脑机能的渐进性衰退，病情严重，预后差。但发病率极低，约为百万分之一；在神经系统症状出现前4～8年有典型麻疹史，并完全恢复。85%起病在5～15岁，开始症状很隐匿，有轻微的行为改变和学习障碍，随即智力低下，并出现对称性、重复的肌阵挛，间隔5～10秒；随疾病进展，出现各种异常运动和神经功能障碍，有共济失调、视网膜病、视神经萎缩等；最后发展至木僵、昏迷、自主功能障碍、去大脑强直等。病程快慢不一，大部分病人在诊断后l～3年死亡，个别能存活10年以上。③其他格林-巴利综合征、偏瘫、大脑血栓性静脉炎和球后视神经炎均少见。

（5）结核病恶化麻疹患儿的免疫反应受到暂时抑制，对结核菌素的迟发性皮肤超敏反应消失，可持续几周，使原有潜伏结核病灶变为活动病灶，出现结核病的临床表现，甚至播散而致粟粒型肺结核或结核性脑膜炎。

（6）营养不良与维生素A缺乏症麻疹过程中由于高热、食欲不振，可使患儿营养状况变差、消瘦；常见维生素A缺乏，角膜呈混浊、软化，且发展极迅速，最后导致失明。

4.麻疹新特点

中国实施计划免疫后，麻疹发病率和病死率已明显降低，麻疹大流行基本上得到控制。但由于人口流动增加，部分儿童麻疹疫苗漏种或免疫失败，加之初免后随着年龄增长而免疫力逐渐降低等原因，致使麻疹小规模流行时有发生，且表现出以下新特点。发病年龄后移过去麻疹发病多为5岁以下儿童，尤以1～2岁最多。现在患麻疹者大多是8个月以内婴儿和7岁以上学龄儿童，成人偶有发病。成人麻疹中毒症状较重，发热多在39℃～40℃，有麻疹黏膜斑，半数患者皮疹有出血倾向，常伴有嗜睡等症状，但并发症较少，预后良好。

轻型或非典型患者增多，皮疹以斑丘疹多见，亦可有疱疹、出血点样皮疹等其他形态皮疹。而发热、上呼吸道炎症及全身中毒症状较轻，常无麻疹黏膜斑。出疹顺序先从四肢出现，逐渐向胸背呈向心性发展。

麻疹以10月至次年2月为发病季节，普种麻疹疫苗后，发病季节后移至每年3～5月份。

少数人患第二次麻疹，多见于发生第一次麻疹后的两年内。由于第一次出疹时，年龄较小或病初注射了丙种球蛋白或其他原因，未能激发机体产生足够而持久的免疫力，因而遇麻疹野毒株时，便会再次感染发病。

## 诊断

根据患儿临床表现：持续性发热，咽痛，畏光，流泪，眼结膜红肿等。在口腔颊黏膜处见到麻疹黏膜斑。

发热4天左右全身皮肤出现红色斑丘疹。出诊顺序为耳后、颈部，而后躯干，最后遍及四肢手和足。退疹后皮肤脱屑并有色素沉着。2周前与麻疹患者有接触史。较易做出诊断。早期鼻咽分泌物找多核巨细胞及尿中检测包涵体细胞有益早期诊断。在出疹后第一天或第二天检测血清麻疹抗体，若阳性即可确诊。

## 鉴别诊断

应与猩红热、风疹、幼儿急疹等发热、出诊性疾病鉴别。

## 治疗

1.一般治疗

隔离，卧床休息，房内保持适当的温度和湿度，常通风保持空气新鲜。有畏光症状时房内光线要柔和；给予容易消化的富有营养的食物，补充足量水分；保持皮肤、黏膜清洁，口腔应保持湿润清洁，可用盐水漱口，每天重复几次。一旦发现手心脚心有疹子出现，说明疹子已经出全，病人进入恢复期。密切观察病情，出现合并症立即看医生。

2.对症治疗

高热时可用小量退热剂；烦躁可适当给予苯巴比妥等镇静剂；剧咳时用镇咳祛疾剂；继发细菌感染可给抗生素。麻疹患儿对维生素A需要量大，世界卫生组织推荐，在维生素A缺乏区的麻疹患儿应补充维生素A。

3.中药治疗。

## 预防

1.被动免疫

在接触麻疹后5天内立即给于免疫血清球蛋白，可预防麻疹发病；超过6天则无法达到上述效果。使用过免疫血清球蛋白者的临床过程变化大，潜伏期长，症状、体征不典型，但对接触者仍有潜在传染性。被动免疫只能维持8周，以后应采取主动免疫措施。

2.主动免疫

采用麻疹减毒活疫苗是预防麻疹的重要措施，其预防效果可达90%。虽然5%-15%接种儿可发生轻微反应如发热、不适、无力等，少数在发热后还会出疹，但不会继发细菌感染，亦无神经系统合并症。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。由于免疫后血清阳转率不是100%，且随时间延长免疫效应可变弱，所以4～6岁或11～12岁时，应第二次接种麻疹疫苗；进入大学的青年人要再次进行麻疹免疫。急性结核感染者如需注射麻疹疫苗应同时进行结核治疗。

3.控制传染源

要做到早期发现，早期隔离。一般病人隔离至出疹后5天，合并肺炎者延长至10天。接触麻疹的易感者应检疫观察3周。

4.切断传染途径

病人衣物应在阳光下曝晒，病人曾住房间宜通风并用紫外线照射，流行季节中做好宣传工作，易感儿尽量少去公共场所。