

中国儿童医疗之家家庭儿科儿保医学热身培训

儿科儿保基础知识和基本技能-儿科常见症状 7-12



带教策划：沙彬医师复旦大学医学硕士
大白安心医疗总监
原复旦大学附属儿科医院重症医学科

家庭儿科急诊医学基础 7-12 周热身培训

7) 皮疹 1 8) 皮疹 2 9) 眼症 10) 耳痛 11) 呕吐 12) 惊厥

8. 皮疹 (2) 2018.12.11

讲座及带教总结

儿童常见皮疹(感染性) 严虎, 复旦大学医学博士, 大白安心初级培训课程

儿童皮疹的鉴别诊断带教: 感染性皮疹 沙彬医师 大白安心医疗总监

带教复习编写: 石应珊医师, 芝加哥大学儿童医院儿科

儿童皮疹的鉴别诊断

皮疹的常见病因:

一、 非感染性皮疹

特应性皮炎、血管瘤、荨麻疹、蚊虫叮咬、过敏性紫癜、痱子、鲑鱼色斑、尿布皮炎、新生儿痤疮等

二、 感染性皮疹

幼儿急疹、川崎病、疱疹性咽峡炎和手足口病、猩红热、HPV、水痘、单纯性疱疹感染等

1、 幼儿急疹

- 最常由人类疱疹病毒 6 型引起, 其他病因包括人类疱疹病毒 7 型、肠道病毒等
- 患病高峰为 7-13 个月龄。全年均可发病。大多数病例为散发性, 无已知的暴露。

临床特点





- 玫瑰疹的临床病程具有特征性：发热 3-5 日后骤然退热[可能超过 40°C (104°F)]，随之出现皮疹(图 1)
- 其他临床表现可能包括全身乏力、睑结膜炎、眼睑浮肿、鼓膜炎症、悬雍垂腭舌接合处斑疹或溃疡、上呼吸道和下呼吸道症状、呕吐、腹泻和幽门膨隆。颈部、耳后和/或枕部淋巴结肿大常见，但发现较晚
- 多达 26%的婴儿会同时出现高热和幽门膨隆
- 随着患儿发热消退，出现压之可褪色的斑疹或斑丘疹，其先发生于颈部和躯干，并蔓延到面部和四肢；有时皮疹可呈水疱状。一般情况下无瘙痒症状。皮疹通常持续 1-2 日，但有时可在 2-4 小时内短暂出现后旋即消失
- 玫瑰疹通常是一种良性、自限性疾病。并发症可能包括癫痫发作、无菌性脑膜炎、脑炎和血小板减少性紫癜。癫痫发作通常与发热有关。在病例系列研究中，癫痫的发生率范围为 0-6%

治疗方案

大多数情况下，玫瑰疹是一种良性、自限性疾病。治疗以支持为主。可以用解热药(例如，布洛芬或对乙酰氨基酚)控制发热。皮疹无需治疗即可消退。

2. 川崎病

- 皮肤黏膜淋巴结综合征，是儿童期最常见的血管炎之一。也有少数成人会发生该病。
- 该病通常呈自限性，不经治疗时的发热和急性炎症平均持续 12 日。但冠状动脉瘤、心肌收缩力下降及心力衰竭、心肌梗死、心律失常及外周动脉闭塞等并发症也有可能出现，且可引起严重病况和死亡。

临床表现

- 体温升高是川崎病中最常见的表现。退热剂对发热的效果不明显，患者体温通常在病程的大部分时间里都维持在 38.5°C 以上。发热也有可能呈间歇性，并且父母在采用可靠性不及口腔或直肠测温的鼓膜、颞部、腋窝测温或类似方法时，可能不会发现发热。因此，儿童存在不明原因的长时间(≥5 日)发热时都应考虑川崎病，而看似没有发热但其他表现符合川崎病的儿童仍应考虑该诊断。
- 特征性的双侧非渗出性结膜炎、嘴唇和口腔黏膜发红、皮疹、肢体变化和颈部淋巴结肿大通常会在短暂的非特异性呼吸系统或胃肠道前驱症状之后出现。
- 这些特征性临床体征是川崎病诊断标准的基础。约 90%的病例存在口腔黏膜表现，70%-90%存在多形性皮疹，50%-85%有肢体变化，75%以上有眼部变化，25%-70%有颈部淋巴结肿大。这些表现通常不会同时存在，也没有典型的出现顺序。



图 2 川崎病

诊断标准:

- 经典的川崎病诊断标准要求发热不少于 5 日, 有 5 种皮肤黏膜炎症体征中的至少 4 种, 并且排除了其他疾病:
 - 1) 双侧球结膜充血
 - 2) 口腔黏膜改变, 包括唇充血或皲裂、咽部充血或草莓舌
 - 3) 周围肢体变化, 包括手掌或脚底发红、手足水肿(急性期), 以及甲周膜状脱皮(恢复期)
 - 4) 多形性皮疹
 - 5) 颈部淋巴结肿大(至少有 1 个淋巴结直径>1.5cm)
- 如果患儿只满足 5 条标准中的一部分, 则通常会使用其他临床和实验室特征来指导诊断(不完全型川崎病)。因为诊断依据是非特异性临床征象, 尚无确诊性检查。实验室特征包括: 急性期反应物(如, CRP 或 ESR)升高、血小板增多(通常在病程第 7 日之后发生)、白细胞增多, 以及白细胞计数显示核左移(未成熟中性粒细胞增多)。

治疗方案:

- 最好是在症状出现后尽早诊断出川崎病, 以便开展治疗, 并降低冠状动脉病变的风险。然而, 及时发现该病比较困难, 因为诊断依据是非特异性临床征象, 并且尚无确诊性检查。
- AHA 和 AAP 指南推荐对川崎病患儿在发病后 10 日内给予静脉用免疫球蛋白(intravenous immune globulin, IVIG)治疗, 并且应尽可能在发病后 7 日内给予。推荐的初始治疗包括 IVIG(2g/kg) 单次输注持续 8-12 小时联合阿司匹林[初始剂量为 30-50mg/(kg·d)、分 4 次给予]。通常在完成初始治疗后观察患者 24 小时(最少 12 小时), 以确认退热。

预后 — 接受 IVIG 治疗的儿童患者中, 川崎病所致死亡的情况罕见。长期并发症发病率主要与冠状动脉受累程度有关。川崎病复发不常见。

3. 疱疹性咽峡炎和手足口病

- 多种肠道病毒血清型可引起手足口病和疱疹性咽峡炎。这些血清型中的大多数属于肠道病毒(Enterovirus)属肠道病毒 A 种。
- 大多数手足口病和疱疹性咽峡炎病例发生于婴儿和儿童, 特别是那些年龄不到 5-7 岁的儿童。
- 手足口病和疱疹性咽峡炎常发生于夏季和早秋, 这与肠道病毒引发的其他临床综合征相似。

临床表现

手足口病



- 手足口病的主要表现是口腔黏膜疹(图 8、图 9)和皮疹。通常的主诉为口腔或咽喉痛(可用语言表达的儿童)或者拒食(还不能用语言表达的儿童。若存在发热,一般低于 38.3℃。
- 通常没有前驱症状。若报告有前驱症状,则包括发热、易激怒、腹痛、呕吐和腹泻。
- 手足口病的口腔病损位于腭弓前方,最常见于舌部和颊黏膜;较少见于唇龈沟和软腭及硬腭上;偶尔出现在悬雍垂、唇和扁桃体上。
- 手足口病相关的皮疹可能为斑疹性、斑丘疹性或囊泡性。为非瘙痒性的,且通常是无痛性的,但当手足口病由某种血清型(如柯萨奇病毒 A6)引起时,病损可能是痛性的。
- 手足口病通常是一种轻微的临床综合征。症状和体征通常可在 7 日至(至多)10 日内完全消退。然而,可能发生并发症。
- 肠道病毒 A71 引起的手足口病会引起危重疾病,并发中枢神经系统疾病(脑膜炎、急性弛缓性麻痹和无菌性脑膜炎)、肺水肿和出血,以及心力衰竭。
- 当有以下因素出现时应予以警惕:体温不能不低于 37.5℃,发热 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 持续 3 日或以上,嗜睡,呕吐,肠道病毒 A71 感染,发病年龄偏小。

疱疹性咽峡炎

- 疱疹性咽峡炎发作典型表现为突发伴高热 38.9℃-40℃。在不能用语言表达的婴儿和年幼儿童中,常见厌食、呕吐和易激怒/易激惹,年龄较大的儿童可能也会诉不适、头痛、咽喉痛、吞咽困难和腹痛。
- 咽喉检查显示充血和黄色/灰白色丘疱疹性病损。受累区域最常位于腭舌弓、软腭、扁桃体和悬雍垂。

临床诊断

- 手足口病的诊断通常是基于口腔黏膜疹和皮疹的典型表现及部位。
- 疱疹性咽峡炎的诊断也是在临床上确定的:基于口腔黏膜疹的典型表现和部位(小于 10 处充血性黄色或灰白色丘疱疹,位于腭舌弓、软腭、扁桃体及悬雍垂),以及伴发的高热。

治疗方案

对于肠道病毒,没有特定的抗病毒治疗可用。治疗措施主要是支持治疗。有并发症的儿童可能需要住院治疗。

- 支持治疗—对于手足口病和疱疹性咽峡炎患者,疼痛和发热通常持续时间短暂。疼痛和因发热引起的不适可采用布洛芬或对乙酰氨基酚进行处理。
- 对于手足口病和疱疹性咽峡炎患儿,住院治疗指征包括:无法维持充分水合;发生神经系统或心血管系统并发症,如:脑炎、脑膜炎、弛缓性麻痹、心肌炎等
- 手足口病患者需隔离,直至所有水疱结痂,国内通常隔离 2 周

4. 猩红热



- 猩红热是由一种 A 组乙型溶血性链球菌感染导致红色皮疹伴咽痛的疾病。
- 冬、春两季高发。儿童和青少年为主要发病人群。
- 链球菌性咽炎在儿童中常见，但并非所有的链球菌性咽炎患儿都会发生猩红热。

临床表现

猩红热的症状包括：

- 皮疹：通常开始于头部和颈部，并可扩散至身体、手臂和腿部。红色斑疹，压之褪色；皮肤可能摸上去较粗糙，像是砂纸。皮疹消退过程中会出现脱皮的现象。
- 舌头呈鲜红色，上有小的突起 - 称之为“草莓舌”。
- 猩红热患者可能还会出现链球菌性咽炎的症状：咽痛 - 咽痛可能会突然发生；咽部后壁的白色斑片；颈部淋巴结肿胀；发热

这些症状通常会在 2-5 日后好转。

临床诊断

咽拭子培养是诊断链球菌导致猩红热的参照标准。

治疗方案

- 根除急性链球菌性咽炎患者咽部 GAS 的抗生素治疗目标包括：
 - 1) 缩短临床症状和体征的持续时间并降低其严重程度，包括化脓性并发症
 - 2) 降低非化脓性并发症的发生率(例如，急性风湿热)
 - 3) 通过降低传染性减少向密切接触者的传播
- 治疗 A 组链球菌感染的抗生素治疗 — 可选的抗生素包括青霉素(和其他相关药物，包括氨苄西林和阿莫西林)、头孢菌素类、大环内酯类和克林霉素。
 - 治疗儿童患者时，经常用阿莫西林替代口服青霉素, 疗程以 10 日为宜。
 - 对青霉素过敏的患者，在无危及生命的青霉素过敏反应史时可使用头孢菌素类(头孢呋辛、头孢泊肟、头孢地尼及头孢曲松)。因耐药率可能高达 20%，根据当地的耐药情况，青霉素过敏患者可选用大环内酯类(阿奇霉素、克拉霉素或红霉素)。
- 7 岁以下儿童患链球菌感染后肾小球肾炎的风险似乎最大。尽管抗生素治疗对 ARF 的一级预防有效，但是对 GAS 性扁桃体咽炎的的患者而言，抗生素能否有效预防链球菌感染后肾小球肾炎尚不清楚。因此建议复查尿常规。
- 若确诊为猩红热，需隔离治疗，国内通常隔离直到细菌培养培养阴性，且无化脓性炎症，才可解除隔离，自治疗之日起不少于 7 天。

临床实践-带教问答 QA 及病例思考（所有的题目将为结业考试复习资料）



带教多选练习题

- 对于幼儿急疹说法正确的有：
 - 皮疹压之褪色
 - 无明显瘙痒
 - 出疹后仍有高热
 - 可行抗病毒治疗
 - 6个月~3岁多见
- 疱疹性咽峡炎和手足口病的相同点有：
 - 均多为肠道病毒感染
 - 咽部均可见疱疹
 - 皮疹都伴有瘙痒
 - 都可表现为拒食、哭闹
 - 都需要抗病毒治疗
- 关于猩红热说法正确的是：
 - 多见于年长儿
 - 常表现为发热、咽炎、皮疹
 - 可有杨梅舌、口周苍白圈、帕氏线
 - 可不用抗生素
 - 有传染性，需要隔离

带教病例思考

以下的病例是促使大家思考诊治方案。下周会给出具体的病例分析讨论。

病例 1. 男，11月龄，突发高热，耳温 39°C 左右 3 天，间歇性发热间隔约 6 小时，服用退热药物后可退至正常体温，退热后精神状态良好，无感冒流涕等症状，食纳可，二便正常，查体凶门略膨隆，余未见异常。

出生史：正常。按时预防接种。

请问可能的诊断，需要进行的检查及治疗方案？

病例分析：

- 年龄 11 月龄，高热 3 天，使用退热药可退烧
- 退热后精神状态良好与高热不相符
- 注意并发症的观察与宣教

可能诊断：幼儿急疹

治疗方案：

目前阶段以观察为主，可行血常规检查辅助诊断。

在大多数情况下，是一种良性、自限性疾病。治疗以支持为主。可以用解热药（例如，对乙酰氨基酚）控制发热。皮疹无需治疗即可消退。

病例 2. 女，3岁，出现发热3天，耳温 38°C 左右，诉头痛、吞咽困难，食欲不佳，进食少，无感冒流涕等其他症状，二便正常，易激惹，睡眠差。

出生史：正常。按时预防接种。

请问可能的诊断，需要进行的检查及治疗方案？

病情分析：

1. 年龄3岁，诉吞咽困难，拒进食
2. 发热伴咽痛

需要进行的检查：

体检查体需要明确咽部情况，是否有疱疹，是否有出血点

可能的诊断：疱疹性咽峡炎？急性链球菌性咽炎？

治疗方案：

疱疹性咽峡炎：

- 对于肠道病毒，没有特定的抗病毒治疗可用。治疗措施主要是支持治疗。有并发症的儿童可能需要住院治疗。
- 疼痛和因发热引起的不适可采用布洛芬或对乙酰氨基酚进行处理。
- 宣教：观察手足皮疹情况，可能目前只是手足口病的早期表现

急性链球菌性咽炎：

- 可选的抗生素包括青霉素(和其他相关药物，包括氨苄西林和阿莫西林)、头孢菌素类、大环内酯类和克林霉素。
- 必要时咽拭子培养，明确病原菌

病例 3. 男，2岁，突发高热，耳温最高 40°C 左右6天，间歇性发热间隔约6小时，服用退热药物后效果差，体温基本维持 $38-38.5^{\circ}\text{C}$ 左右，给予头孢呋辛治疗后效果欠佳。

出生史：正常。按时预防接种。

请问可能的诊断，需要进行的检查及治疗方案？

病情分析：

1. 年龄为2岁
2. 高热6天，退热药效果差
3. 抗生素治疗效果差

需进行的体检：是否有：



1) 双侧球结膜充血, 2) 口腔黏膜改变, 包括唇充血或皲裂、咽部充血或草莓舌, 3) 周围肢体变化, 包括手掌或脚底发红、手足水肿(急性期), 以及甲周膜状脱皮(恢复期), 4) 多形性皮疹, 5) 颈部淋巴结肿大(至少有1个淋巴结直径 $>1.5\text{cm}$)

可能诊断: 川崎病

治疗:

1. 心超明确是否有冠状动脉病变
2. 明确诊断后尽快给予静脉用免疫球蛋白(intravenous immune globulin, IVIG)治疗, 推荐的初始治疗包括 IVIG($2\text{g}/\text{kg}$)单次输注持续 8-12 小时联合阿司匹林[初始剂量为 $30-50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 、分 4 次给予]。