

水痘诊疗方案(2023 年版)

国家卫生健康委员会 国家中医药管理局

【关键词】 水痘; 诊断; 治疗

DOI:10.3760/cma.j.cn331340-20240117-00013

Diagnosis and treatment plan for varicella (2023 edition)

National Health Commission of the People's Republic of China, State Administration of Traditional Chinese Medicine

【Key words】 Varicella; Diagnosis; Treatment

DOI:10.3760/cma.j.cn331340-20240117-00013

水痘 (varicella, chickenpox) 是由水痘-带状疱疹病毒 (varicella-zoster virus, VZV) 感染引起的一种呼吸道传染病, 传染性强。以斑疹、丘疹、疱疹、结痂同时出现为特点。免疫功能低下者感染时可发展为重症, 也可因潜伏的 VZV 再激活而引起带状疱疹。为进一步规范水痘临床诊疗工作, 结合国内外研究进展和诊疗经验, 制定本诊疗方案。

一、病原学

VZV 为有囊膜的双链 DNA 病毒, 属正疱疹病毒科、 α 疱疹病毒亚科、水痘疱疹病毒属, 又称为人类 α 3 型疱疹病毒。VZV 仅有 1 个血清型, 人类是唯一自然宿主。

VZV 对热敏感, 60 °C 30 分钟可灭活; 对紫外线、乙醇、碘伏、碘酊和含氯消毒剂等敏感。

二、流行病学

(一) 传染源。

水痘和带状疱疹患者是主要传染源。传染期通常从出疹前 1~2 天开始到所有皮损干燥结痂为止。

(二) 传播途径。

1. 呼吸道传播

吸入含有病毒的飞沫、气溶胶可导致感染。

2. 接触传播

接触患者疱液、黏膜分泌物及污染物可导致感染。

3. 母婴传播

孕妇感染后, 可垂直传播给胎儿。

(三) 易感人群。

人群普遍易感。初次感染后可获长久免疫, 罕见再感染。

三、发病机制

病毒自上呼吸道黏膜侵入, 在局部淋巴结繁殖, 释放入血, 感染后约 5 天发生第一次病毒血症。病毒到达肝、脾和其他脏器内增殖后再次入血 (第二次病毒血症), 引起皮肤黏膜

损害, 细胞免疫功能低下人群可出现皮肤黏膜及内脏广泛出血、坏死性病变。水痘痊愈后, 病毒可潜伏在神经节内, 在机体免疫功能低下时被激活, 沿神经支配的皮肤出现带状疱疹, 并具有传染性。

四、病理改变

水痘初期病变为皮肤真皮层毛细血管内皮细胞肿胀, 血管扩张充血; 随后棘细胞层上皮细胞肿胀溶解, 间质液积聚, 形成单房水疱疹; 多形核细胞浸入疱疹液转为云雾状; 最终疱疹液吸收, 形成结痂。水痘肺炎时可见间质性肺炎伴结节性实变出血区。水痘脑炎主要为白质区血管周围脱髓鞘病变。

五、临床表现

潜伏期为 10~21 天, 多为 14 天。

原发感染通常发生于儿童期, 常呈良性自限性, 成人及免疫抑制患者可发展为重症。

(一) 前驱期。

部分患者有发热头痛、全身不适、纳差及上呼吸道症状, 偶可出现前驱疹。此期持续 1~2 天。婴幼儿常无前驱期症状。

(二) 出疹期。

多于发热当天出疹, 皮疹有以下特点:

1. 先见于躯干、头部, 后延及全身。皮疹发展迅速, 开始为红斑疹, 数小时变为丘疹, 逐渐形成疱疹、结痂, 伴皮肤瘙痒。皮疹分批出现, 同一部位可见斑疹、丘疹、疱疹和结痂同时存在。1~2 周后痂皮脱落, 色素沉着可持续数周, 一般不留瘢痕。

2. 皮疹常呈椭圆形, 3~5 mm, 周围有红晕, 疱疹浅表易破, 顶部可见脐凹。疱液初为透明, 后混浊, 若继发细菌感染可呈脓性。

3. 皮疹呈向心性分布, 躯干最多, 其次为头面部及四肢近端, 数目由数个至数千个不等。

4. 口腔、外阴、眼结合膜等处黏膜可发生浅表疱疹, 易破

溃形成浅表性溃疡,伴有疼痛。

(三)重症水痘。

多见于小于 1 岁的婴儿、孕妇及应用免疫抑制剂、放化疗、HIV 感染等免疫功能低下人群。临床表现为严重的感染中毒症状,体温可高达 40℃以上,皮疹多为播散性,常呈出血性皮疹或大疱型疱疹,严重出血或 DIC。

(四)特殊类型水痘。

1. 突破性水痘。

接种水痘疫苗 6 周后出现的野生型 VZV 感染病例称为突破性水痘。通常症状较未接种疫苗患者轻,皮疹常不典型,无水疱、结痂等,类似蚊虫叮咬皮疹,多不伴发热。

2. 新生儿水痘。

患有水痘的母亲分娩时可感染新生儿,新生儿感染后重症比例较高,病死率高达 30%。分娩前 2 周感染水痘可传播给胎儿,症状相对较轻。

3. 先天性水痘。

母亲孕 20 周前患水痘或带状疱疹可能累及胎儿,发生先天性水痘,发生率 1%~2%,表现为出生体重低、瘢痕性皮肤病变、肢体萎缩(一个或多个肢体短小或者畸形)、眼部异常(视神经萎缩、白内障、视网膜脉络膜炎、眼球震颤等)及中枢神经系统损害(大脑皮层萎缩、小头畸形、癫痫发作、智力低下)等。死亡率高达 30%以上。

(五)并发症。

1. 肺炎。

多见于免疫缺陷者、新生儿。于病后 1~6 天发生,表现为发热、咳嗽、呼吸困难、咯血、胸痛和肺部啰音。胸片示两肺散在斑片状或结节状影。

2. 脑炎。

常发生于出疹后第 2~6 天或出疹前或病愈后,与一般病毒性脑炎相似,亦可累及小脑,表现为共济失调。

3. 皮肤细菌感染。

疱疹破溃时可合并细菌感染,病原体以化脓性链球菌、金黄色葡萄球菌为多见。

4. 其他并发症。

包括心肌炎、血小板减少、肝功能异常、肾炎等。

六、实验室检查

(一)一般检查。

发病早期外周血白细胞总数正常或稍高。

(二)病原学和血清学检查。

1. 核酸检测。

疱疹液、咽拭子、血液、脑脊液等标本中水痘病毒核酸阳性。

2. 病毒培养。

疱疹液病毒培养分离到水痘病毒。

3. 抗原检测。

疱疹基部刮片或疱疹液 VZV 抗原阳性。

4. 血清学检查。

VZV-IgG 抗体阳转或恢复期较急性期滴度呈 4 倍及以上升高。VZV-IgM 阳性提示近期感染。

七、诊断

结合流行病学史、临床表现、实验室检查等综合分析,作出诊断。

(一)临床诊断病例。

具有以下任一项者:

1. 有典型临床表现;

2. 临床表现不典型者,但具有流行病学史(发病前 3 周内接触过水痘或带状疱疹患者)。

(二)确诊病例。

临床诊断病例,具有以下任一项者:

1. 水痘核酸检测阳性;

2. 水痘抗原检测阳性;

3. 水痘病毒培养分离阳性;

4. VZV-IgM 阳性(排除近期接种水痘减毒活疫苗);

5. VZV-IgG 阳转或恢复期较急性期滴度呈 4 倍及以上升高。

八、鉴别诊断

(一)单纯疱疹病毒(HSV)感染。

由 HSV-1 型或 2 型感染所致,皮疹形态为疱疹,免疫功能低下者和湿疹患者可发生全身性疱疹。通过特异性抗体、核酸等病原学检查可鉴别。

(二)丘疹样荨麻疹。

多发生于虫咬后或与食物过敏有关。皮疹成批出现,多见于四肢伸面,为红色丘疹或丘疱疹,皮疹质坚,疱壁厚而不易破,瘙痒常较明显,可迁延数周至数月。

(三)脓疱病。

为化脓性链球菌引起的化脓性疱疹,疱液涂片或培养可检出细菌。

(四)手足口病。

皮疹多见于口腔、手、足和臀部。初为斑丘疹,后转为疱疹,不结痂;口腔黏膜可见疱疹和溃疡。EV71、CoxA6、CoxA16 等肠道病毒特异性抗体或核酸检测阳性有助于诊断。

(五)猴痘。

发病后 1~3 天出现皮疹。皮疹首先出现在面部,逐渐蔓延至四肢及其他部位,皮疹多呈离心性分布,面部和四肢皮疹较躯干更为多见,手心和脚掌均可出现皮疹;也可累及口腔黏膜、消化道、生殖器、结膜和角膜等。从发病至结痂脱落约 2~4 周。疱液、血液、咽拭子等标本猴痘病毒核酸阳性有助于诊断。

九、治疗

(一)一般治疗。

按呼吸道和接触传播传染病进行隔离。

注意休息,保持皮肤清洁,防止搔抓致疱疹破溃。皮疹已破溃可涂以碘伏软膏。皮肤局部继发感染者可以使用抗菌素软膏涂抹,感染严重者使用敏感的抗菌药物,主要覆盖金黄

色葡萄球菌和化脓性链球菌。儿童患者发热时给予布洛芬或对乙酰氨基酚,避免使用阿司匹林以免增加并发瑞氏综合征风险。

(二)病原治疗。

首选阿昔洛韦。对于无并发症的水痘患者,成人和 40 kg 以上儿童:每次 800 mg,每日 4 次,连用 5 天;儿童(2 岁及以上):每次 10~20 mg/kg(不超过 800 mg),每日 4 次,连用 5 天;年龄为 12 月及以上并有慢性皮肤或肺部疾病、长期服用水杨酸制剂患者,每次剂量 20 mg/kg;对于免疫功能受损的患者、存在严重并发症(如水痘肺炎或脑炎)的免疫功能正常患者、围产期感染和有并发症的新生儿静脉给予阿昔洛韦,每次 10~20 mg/kg(不超过 800 mg),每 8 小时 1 次,连用 7 日或至无新的皮疹出现后 48 小时。

伐昔洛韦口服后易吸收并快速转化为阿昔洛韦,儿童推荐剂量为 20 mg·kg⁻¹·次⁻¹(每次 ≤1 000 mg),每天 3 次,疗程 5 天。

(三)中医治疗。

水痘的核心病机为湿热疫邪侵袭肌肤,疫邪炽盛入血动血易发重症,临床可分轻、重二型论治。

1.轻型。

临床表现:全身性皮疹,向心性分布,躯干为多,点粒稀疏,疱疹形小,疹色红润,根盘红晕不显,疱浆清亮,此起彼伏,瘙痒感;伴发热,多为低热,恶风或恶寒,头痛,鼻塞,流涕,喷嚏,咳嗽,纳差;舌质红,苔薄白或薄黄,脉浮数。

推荐方剂:银翘散合六一散。

常用药物与参考剂量:金银花 30 g、连翘 30 g、牛蒡子 15 g、淡竹叶 10 g、薄荷 6 g(后下)、蝉蜕 6 g、桔梗 6 g、车前

子 9 g、滑石 15 g(包煎)、甘草 3 g。

服法:每日 1 剂,水煎服,每次 100~200 mL,每日 2~4 次,口服。以下处方服法相同(如有特殊,遵医嘱)。

2.重型。

临床表现:全身性皮疹,分布范围较广,疹点密布,根盘红晕较著,疱疹形大,疹色红赤或紫暗,疱浆混浊,出血性皮疹,口腔、睑结膜、阴部可见疱疹;壮热,烦躁,口渴欲饮,面赤唇红,目赤,口舌生疮,牙龈肿痛,纳差,大便干结,小便短赤;舌质红绛,苔黄糙而干或苔黄腻,脉滑数。

推荐方剂:清瘟败毒饮加减。

常用药物与参考剂量:黄连 5 g、黄芩 9 g、地黄 12 g、连翘 9 g、升麻 6 g、牡丹皮 6 g、赤芍 9 g、生石膏 30 g(先煎)、栀子 9 g、薏苡仁 20 g、碧玉散 20 g(包煎)。

推荐中成药:热毒宁注射液。

十、预防

(一)一般预防措施。

患者应隔离至全部皮疹干燥结痂。做好患者所在房间通风,并按照《医疗机构消毒技术规范》做好房间物体表面的清洁和消毒。接触患者时佩戴医用防护口罩,并严格执行手卫生。

(二)暴露后预防。

未患过水痘且未全程接种水痘疫苗者,存在暴露风险时,可接种水痘疫苗。暴露后可在 3 天内紧急接种疫苗。

不能接种水痘疫苗但有重症高风险因素的人群发生暴露后,建议给予 VZV 免疫球蛋白或丙种球蛋白,或在暴露 10 天内进行抗病毒治疗,推荐口服阿昔洛韦,持续 1 周。

(收稿日期:2024-01-17)

欢迎订阅

2024 年《国际流行病学传染病学杂志》