

[感染与传染病学] 流感杆菌脑膜炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/249/2021_2022__EF_BC_BB_E6_84_9F_E6_9F_93_E4_c22_249407.htm

【概述】 流感杆菌脑膜炎绝大部分（95%）由B组流感杆菌引起，80%～90%病例发生在3个月～3岁，高峰易感年龄是7～12个月，占70%。5岁以后由于体内抗体增高，很少发病。发病率随着年龄增长而减少，主要乃人体体液免疫逐渐增强之故。本病全年均可发生，但以秋冬季节最多，11月～1月份较其他月份发病率高。2/3病例在发病前有上呼吸道感染，1/3患者继发于支气管肺炎。

【发病机制】 约30%～50%的正常人鼻咽部带有本菌。本病患者常伴有菌血症，细菌通过血循环达脑膜为最常见的侵入途径。患中耳炎或乳突炎者细菌可直接侵犯脑膜。细菌侵入脑膜后引起蛛网膜及软脑膜普遍发炎，开始时脓性渗出物多在大脑顶部，进而蔓延到脑底及脊髓膜，有时累及脑室内膜而成脑室内膜炎。若软脑膜和脑室周围的脑实质也有细胞浸润、出血、坏死和变性，则形成脑膜脑炎。经脑膜间的桥静脉发生栓塞性静脉炎时，可导致硬膜下积液或积脓。炎症对脑神经有损害时可致失明、耳聋与面瘫。

【临床表现】 起病较其他化脓性脑膜炎缓慢，病程初期仍可有呼吸道症状，经数天至1～2周后出现脑膜炎症状。临床表现和其他化脓性脑膜炎基本相同，患儿大多有发热、呕吐、嗜睡、易激惹、颈项强直、惊厥及前囟膨隆等，13%有昏迷或休克。皮肤、粘膜出血点甚为罕见。

【诊断说明】 脑脊液涂片阳性和培养是诊断的主要依据。涂片常见革兰氏阴性短小杆菌，阳性率达80%，但应注意与肺炎球菌区别。培养阳性率高于

流脑，血培养也有检出病原菌的机会。近年来应用对流免疫电泳、酶联免疫吸附试验等免疫学方法检测脑脊液中的荚膜多糖抗原，可迅速作出病原学诊断。鲎细胞溶解物试验阳性结果也有助于本病诊断。【治疗说明】未有磺胺药、抗生素时本病病死率在90%以上，抗生素广泛应用后病死率下降至10%以下。目前推荐的抗生素有：氨苄西林，每日150~200mg/kg，分次肌注或静滴。氯霉素，每日50~75mg/kg，分次静脉滴注。二药中选用一种，疗程不应少于10~14日。停药指征为：体温正常5日，脑脊液细胞数 $< 30 / \text{mm}^3$ ，糖 $> 40\text{mg/dl}$ ，蛋白 $< 60\text{mg/dl}$ 。近年对氨苄西林耐药的b型流感杆菌屡有报告，其发生率自1%以下至20%以上不等，系由于细菌产生 β -内酰胺酶破坏青霉素所致。因此，单独应用氨苄青霉素治疗本病时，应密切观察病情，如用药后临床症状及脑脊液检查无明显改善，应及时改用氯霉素，有条件者应作药敏试验及 β -内酰胺酶测定。头孢菌素如头孢呋肟、羟羧氧酰胺菌素在脑脊液中的浓度足以控制流感杆菌感染，其疗效与氯霉素及氨苄青霉素相似。每日剂量头孢呋肟为100mg/kg，羟羧氧酰胺菌素为50~100mg/kg，分次静滴。头孢噻肟、头孢哌酮及头孢三嗪的疗效亦甚好。除抗菌治疗外，应注意对症治疗及支持疗法，保证患儿充分的能量与水分摄入，及时处理过高热、惊厥及颅内高压等；发生硬膜下积液时，如积液量多出现颅内高压症状者，应穿刺排液。【并发症】并发症有硬膜下积液、脑积水、脑脓肿等，以硬膜下积液较为多见，占30%左右，多发生在1岁以内前囟未闭的婴儿。有下列情况时应考虑硬膜下积液之可能：经合理治疗4~6天后，脑脊液已好转，热度持续不退或退而复升者；一般症状好

转后又出现原因不明的呕吐、惊厥或其他神经系统症状者；
脑脊液已正常而前囟明显隆起、头围增大及颅骨透照试验阳性者。重症病例可留有后遗症如共济失调、瘫痪、失明、耳聋、智力障碍等。【预防说明】婴幼儿患上呼吸道感染、肺炎、中耳炎时应及时治疗以防本病发生。对接触过流感杆菌的体弱婴儿，可给以预防性治疗。平时应建立良好的生活制度，多晒太阳，多吸新鲜空气，多在室外活动，以增强抵抗力，预防呼吸道感染。用流感杆菌菌苗作预防注射，可产生荚膜多糖抗体，对易感婴幼儿有保护作用。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

www.100test.com