

[感染与传染病学] 流行性脑脊髓膜炎 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_249414.htm 【概述】

流行性脑脊髓膜炎（epidemic cerebrospinal meningitis）是由脑膜炎双球菌引起的化脓性脑膜炎。致病菌由鼻咽部侵入血循环，形成败血症，最后局限于脑膜及脊髓膜，形成化脓性脑脊髓膜病变。主要临床表现有发热、头痛、呕吐、皮肤瘀点及颈项强直等脑膜刺激征。脑脊液呈化脓性改变。【诊断】

凡在流行季节突起高热、头痛、呕吐，伴神志改变，体检皮肤、粘膜有瘀点、瘀斑，脑膜刺激征阳性者，临床诊断即可初步成立。

确诊有赖于脑脊液检查及病原菌发现，免疫学检查有利于及早确立诊断。【治疗措施】（一）普通型流脑的治疗 1.抗菌治疗

磺胺药：鉴于我国所流行的A群菌株大多对磺胺药敏感，故仍为首选。磺胺嘧啶的吸收、排泄均较缓慢，脑脊液中的药物浓度约为血浓度的40%~80%。首次剂量为40

~80mg/kg，分4次口服或静脉注入。原药在偏酸性的尿液中易析出结晶，可损伤肾小管而引起结晶尿、血尿、腰痛、少尿、尿闭，甚至尿毒症。应用时给予等量碳酸氢钠及足量水分（使成人每日尿量保持在1200ml以上）。应用磺胺嘧啶

后24~48小时后一般情况即有显著进步，体温下降，神志转清，脑膜刺激征于2~3天内减轻而逐渐消失。若治疗后48小时症状仍不减轻，体温不降，则应考虑由耐药菌引致的可能，需及时改换药物。

青霉素及氯霉素：以下情况应采用青霉素G，单用磺胺药后出现明显血尿，或原有肾功能不全、严重失水、少尿、无尿者；单用磺胺药后24~48小时病

情未见好转者；药敏试验示菌株对磺胺药耐药者。成人青霉素G用量为每日800万~1200万u，儿童每日为20万u/kg；鞘内无需同用。如患者对青霉素类过敏，则可改用氯霉素，氯霉素易透过血脑屏障，脑脊液浓度为血清浓度的30%~50%。首剂为50mg/kg，继而每日给予50~100mg/kg，成人每日最高量可达4g，分次静滴或口服。应密切注意氯霉素对骨髓的抑制作用。其他抗生素：氨苄青霉素亦可应用，剂量为每日150mg/kg，分次静滴。本药和氯霉素对脑膜炎球菌、肺炎球菌和流感杆菌均有抗菌活性，适用于病原菌尚未明显的婴儿病例。

2.对症治疗 高热时可用酒精擦浴，安乃近滴鼻或小剂量安乃近肌肉注射。头痛可酌情用可待因、阿司匹林，或用高渗葡萄糖静注。惊厥时可用副醛0.2ml/kg肌注，或用10%水合氯醛灌肠，成人每次20ml。镇静剂不宜过大，以免影响病情的观察。

(二)暴发型脑膜炎球菌败血症的治疗 1.抗菌治疗 以青霉素G为主，每日剂量为20万~40万u/kg，成人每日2000万u，分次静滴。 2.抗体克治疗 扩充血容量及纠正酸中毒 参见51节“感染性休克”节。 血管活性药物的应用在扩充血容量和纠正酸中毒后，如休克仍未纠正，可应用血管活性药物。凡病人面色苍灰，皮肤呈花斑及眼底动脉痉挛者，应选用血管扩张药物，首选副作用较小的山莨菪碱(654-2)，因其有抗交感胺，直接舒张血管的作用；此外，尚有稳定神经细胞膜、解除支气管痉挛、减少支气管分泌等作用，而极少引起中枢兴奋。山莨菪碱的每次剂量为0.3~0.5mg/kg，重症患儿可增至1~2mg/kg，静脉注射，每10~20分钟1次。如无山莨菪碱，也可用阿托品代替(剂量每次0.03~0.05mg/kg)，一般经数次注射后，如面色红润、微循环改

善、尿量增多、血压回升，即可延长给药时间，减少剂量并逐渐停用。如应用山莨菪碱或阿托品5~10次无效，可改用异丙肾上腺素、间羟胺与多巴胺联合或苄胺唑啉与去甲肾上腺素联合。

3.强心药及肾上腺皮质激素的应用 详见51节“感染性休克”节。

4.抗DIC的治疗 若休克经综合治疗后不见好转，出血点即使未见增加，也应考虑有DIC存在，应作有关凝血及纤溶的检查，并开始肝素治疗。若皮肤瘀点不断增多，且有融合成瘀斑的趋势，不论有无休克，均可应用肝素。首次剂量为1.5mg/kg，静脉推注或置于100ml溶液内缓慢静滴，以后每4~6小时静滴1mg/kg一次。疗程不宜过长，病情好转后即可停药，一般疗程为1~2日。使用肝素时应作试管法凝血时间测定，控制在正常值的2倍左右（15~30分钟）。治疗中若出现严重出血，应立即静注硫酸鱼精蛋白，后者1mg可中和1mg（125u）肝素。重症休克时纤维蛋白溶酶增多，使血管内纤维蛋白溶解而加重出血，故处理大片出血的患者，可于肝素化后给予6-氨基已酸，剂量为4~6g，置于100ml葡萄糖溶液中静滴，于30分钟内滴完。

（三）暴发型脑膜脑炎的治疗

1.抗生素的选用同暴发型败血症型。

2.脱水剂的应用 以甘露醇为主，每次1~2g/kg（20%）。根据情况每4~6或8小时静脉快速滴注或推注一次，宜至呼吸、血压恢复正常、瞳孔等大及其他颅内高压症状好转为止。脱水时应适当补充液体、钾盐等，以保持轻度脱水状态为宜。甘露醇可与速尿40~100mg合用，亦可与50%葡萄糖交替使用，每次40~60ml。

3.呼吸衰竭的处理 须加强脱水治疗，给予吸氧、吸痰、头部降温以防治脑水肿、防止脑疝及呼吸衰竭的发生。如已发生，可给予山梗菜碱、尼可刹米、回苏灵、利他林等呼吸中枢兴

奋剂，大剂量山莨菪碱（每次2～3mg/kg）静注可改善微循环，减轻脑水肿，激素也有降低颅内压的作用，疗程不超过3天。高热和频繁惊厥者可用亚冬眠疗法。呼吸停止时应立即作气管插管或气管切开，进行间歇正压呼吸。脑膜炎球菌脑膜炎自采用磺胺及青霉素等抗菌药物治疗以来，病死率已降至5%以下，但暴发型患者及年龄在1岁以内婴儿，预后仍较差。【病原学】脑膜炎球菌属奈瑟氏菌属，为革兰阴性球菌，呈卵圆形，常成对排列。该菌仅存在于人体，可从带菌者鼻咽部，病人的血液、脑脊液和皮肤瘀点中检出。脑脊液中的细菌多见于中性粒细胞内，仅少数在细胞外。普通培养基上不易生长，在含有血液、血清、渗出液及卵黄液培养基上生长良好，一般于5%～10%的二氧化碳环境下生长更好。本菌对寒冷、干燥及消毒剂极为敏感。在体外极易死亡，病菌能形成自身溶解酶，故采集标本后必须立即送检接种。脑膜炎球菌可用血清凝集试验加以分群，可分为A、B、C、D、X、Y、Z、29E、W1359个血清群。国内除A、B、C、D与国外相同外，另到1889、1890、1892、319、1916、1486、18117个新血清群。但90%以上病例由A、B、C三群引起，大流行均由A群引起，B群和C群仅引起散发和小流行。根据我国资料，引起发病及流行者仍以A群为主，分离到的致病菌中，A群占97.3%，B群占1.93%，C群仅占0.39%，与国外不同，其B组占50%～55%，C组占20%～25%，W135为15%，Y组占10%，A组仅占1%～2%。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