

肺炎球菌肺炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E8_82_BA_E7_82_8E_E7_90_83_E8_c22_302032.htm 名称肺炎球菌肺炎所属科室呼吸内科病因肺炎球菌为革兰阳性球菌，常成对（肺炎双球菌）或呈链状排列（肺炎链球菌），菌体外有荚膜，荚膜多糖体具有特异抗原性，根据血清试验现已知有86个亚型。成人致病菌多属1 - 9及12型，以第3型毒力最强，而儿童中为6、14、19、及23型。这些细菌为上呼吸道正常菌群，只有当免疫力降低时方始致病。少部分发生菌血症或感染性休克，若未及时恰当治疗，可导致死亡。肺炎球菌在干燥痰中能存活数月；但阳光直射1h，或加热至52 10min，即可灭菌，对石炭酸等消毒剂亦甚敏感。发病以冬季和初春为多，这与呼吸道病毒感染流行有一定关系。患者常为原先健康的青壮年人以及老人和婴幼儿，男性较多见，多数患者先有轻度上呼吸道病毒感染，或者受寒、醉酒或全身麻醉史，呼吸道防御机能受损，细菌被吸入下呼吸道，在肺泡内繁殖。吸烟者、痴呆者、充血性心衰、慢性病患者、慢支炎、支气管扩张、以及免疫缺陷病人均易受肺炎球菌侵袭。肺炎球菌不产生毒素，不引起原发性组织坏死或形成空洞；其致病力是由于含有高分子多糖体的荚膜对组织的侵袭作用，首先引起肺泡壁水肿，迅速出现白细胞和红细胞渗出，含菌的渗出液经Cohn氏孔向肺的中心部分扩散，甚至蔓延及几个肺段或整个肺叶，因病变开始于肺的外周，故叶间分界清楚，且轻易累及胸膜。病理改变有充血期、红肝变期、灰肝变期和消散期。肺组织充血水肿，肺泡内浆渗出和红、白细胞浸润，吞噬细菌，继而纤维蛋白渗出物溶解、吸收，肺泡重新充气。实

实际上四个病理阶段并无绝对分界，在使用抗生素的情况下，这种典型的病理分期已不多见。病变消散后肺组织结构多无损坏，不留纤维疤痕。极个别患者肺泡内纤维蛋白吸收不完全，甚至有成纤维细胞形成，形成机化性肺炎。老人及婴幼儿感染可沿支气管分布（支气管肺炎）。若未及时使用抗生素，5% - 10%可并发脓胸，15% - 20%细菌经淋巴管胸导管进入血循环，形成肺外感染（胸膜炎、关节炎、心包炎、心内膜炎、腹膜炎、中耳炎等）。临床表现 患者常有受凉淋雨、疲惫、醉酒、精神刺激、病毒感染史，半数病例有数日的上呼吸道感染的先驱症状。起病多急骤，有高热，半数伴寒战，体温在数小时内可以升到39 - 40℃，高峰在下午或傍晚，也可呈稽留热，与脉率相平行。患者感全身肌肉酸痛，患侧胸部疼痛，可放射到肩部、腹部，咳嗽或深呼吸时加剧。痰少，可带血丝或呈铁锈色。胃纳锐减，偶有恶心、呕吐、腹痛或腹泻，有时误诊为急腹症。患者呈急病容，面颊绯红，皮肤干燥。口角和鼻周可出现单纯性疱疹。当肺炎广泛，通气/血流比例减低，出现低氧血症，表现为气急、紫绀，有败血症者，皮肤和粘膜可有出血点；巩膜黄染；颈有阻力提示可能累及脑膜。心率增快，有时心律不齐。早期肺部体征无明显异常，仅有胸廓呼吸运动幅度减小，轻度叩浊，呼吸音减低和胸膜摩擦音。且实变时有典型的体征，如叩浊、语颤增强和支气管呼吸音。消散期可闻及湿音，重症可伴肠胀气，上腹部压痛可能由于炎症累及膈胸膜外周。严重感染可伴发休克、弥散性血管内凝血、成人呼吸窘迫综合征和神经症状，如神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、昏迷等，须密切观察，积极救治。当人体对荚膜抗原产生足够的特异性抗

体时，二者结合，在补体参与下，有利于吞噬细胞对细菌的吞噬。发病第5 - 10天时，发热可以自行骤降或逐渐减退。使用有效的抗菌药物可使体温在1 - 3天内恢复正常，病人顿觉症状消失，逐渐恢复健康。检查血白细胞计数多数在 $10 \times 10^9/L$ - $30 \times 10^9/L$ (假空洞 $1.5 \text{cmH}_2\text{O}$)可放心输液，达到 0.98kPa ($10 \text{cmH}_2\text{O}$)时输液应慎重。下列证据反映血容量已补足；口唇红润、肢端暖和、收缩压 $> 11.97 \text{kPa}$ (90mmHg)、脉压差 $> 3.99 \text{kPa}$ (30mmHg)、脉率 < 100 次/分、尿量 $> 30 \text{ml/h}$ 、血红蛋白和血细胞压积恢复至基础水平。

2 . 血管活性物质的应用 输液中加入适量血管活性药物（如多巴胺、异丙肾上腺素间羟胺），使收缩压维持在 $12-13.33 \text{kPa}$ ($90-100 \text{mmHg}$)左右，然后逐渐减量。但感染性休克时，往往小血管强烈收缩，外周阻力增加，心输出量下降，致使组织血液灌流减少。故在补充血容量的情况下，血管扩张药（ β_2 -受体兴奋剂异丙基肾上腺素、多巴胺）能改善微循环，使皮肤变暖，肤色变红，脉压差增宽。当休克并发肾功能衰竭时，可用利尿药；合并心衰时可酌用强心剂。

3 . 控制感染 加大青霉素剂量，每日400万-1000万单位静脉滴注；亦可用头孢唑啉，或2 - 3种广谱抗生素联用。对病因不明的严重感染（如败血症、胸膜炎）可单用头孢他啶（ceftazidime）、头孢曲松（ceftriazone），待确定病原菌后再作适当调整。

4 . 糖皮质激素的应用 对病情严重，抗生素和血管活性药仍不能控制时，可静滴氢化可的松 $100 - 200 \text{mg}$ 或地塞米松 $5 - 10 \text{mg}$ 。

5 . 纠正水、电解质和酸碱紊乱 输液不宜太快，以免发生心力衰竭和肺水肿。输新鲜血较库存血为好。随时监测和纠正钾、钠和氯紊乱以及酸、碱中毒。若血容量已补足

而24小时尿量仍 $< 400\text{ml}$ 、比重 < 1.018 时，应考虑合并急性肾功能衰竭。对年老体弱和原患慢性心肺疾病者应注重排痰，保持呼吸道通畅，以免诱发呼吸衰竭。6. 补液过多过速或伴有中毒性心肌炎时易出现心功能不全，应减慢输液，用毒毛花甙K或毛花甙C静脉注射。预防及预后[预后] 肺炎球菌肺炎预后良好。但有以下因素存在时，预后差；年老、原先患有慢性心、肺、肝肾疾病者，体暖和白细胞计数不高者以及免疫缺陷者；病变广泛、多叶受累者、并发症严重，如有四周循环衰竭者。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