

老年人肺炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/307/2021\\_2022\\_\\_E8\\_80\\_81\\_E5\\_B9\\_B4\\_E4\\_BA\\_BA\\_E8\\_c22\\_307626.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E8_80_81_E5_B9_B4_E4_BA_BA_E8_c22_307626.htm) 名称老年人肺炎所属科室呼吸内科病因 老年人肺炎的病原体中，细菌仍占主要地位，但肺炎链球菌较一般人群感染为低，约占社区感染的40%~60%，其次为流感嗜血杆菌。医院外患有基础疾病以及院内感染者，则肺炎链球菌感染比率下降，金黄色葡萄球菌、克雷伯杆菌属和其他革兰阴性杆菌，非凡是包括绿脓杆菌的假单胞菌属则为常见菌群。不动杆菌属、莫拉卡他菌等过去认为不致病的细菌亦均可引起肺炎，常为多种细菌混合性感染。唾液中含厌氧菌量约为 $10^8$ /ml，厌氧菌主要为口腔菌群的内源性感染菌，是吸入性肺炎的重要致病菌，常见者有梭杆菌属、类杆菌属、消化球菌、消化链球菌等，通常为多种厌氧菌或与需氧菌混合感染。嗜肺军团菌多发生于患有基础疾病及吸烟的老人中。其他尚有病毒、衣原体可产生肺炎。

病理 老年人免疫系统功能随年龄增长而衰退，免疫衰老是老年人肺炎发病、病死率增高的重要原因之一。老年人免疫功能减退，可能T淋巴细胞在免疫应答中的作用减弱，估计相类似的免疫改变亦发生于老人的肺脏内，而致肺内不能产生足够的特异性抗体来针对细菌起最适宜的调理作用；肺泡内衰老的T淋巴细胞虽能识别侵入的细菌，但对这些抗原刺激所产生的活力及增殖能力却大为削弱。在老年人中，虽然巨噬细胞的功能正常，但开始衰老的T淋巴细胞补充不足，以致影响吸引多核中性粒细胞，所以肺炎的局部反应常较轻，同时由于体液免疫水平的降低，因而对致病菌的防御功能大为减弱，细菌可在肺内立足、生长、繁殖发生感染，多数病变发

展迅速，导致难治的严重肺炎。正常人口咽部有大量正常菌群包括需氧菌和厌氧菌定植，一般在多种因素影响下能阻止致病菌的借居，如革兰阴性杆菌仅为暂时性出现，且发现率低于2%。但随年龄增长革兰阴性杆菌的分离率增高，65岁以上老年人可达20%，其他为金黄色葡萄球菌的发现率亦有所增加，患有基础疾病的老人带菌率更为增多。上呼吸道寄殖菌的吸入是引起肺部感染的主要途径。老年人呼吸功能减退，吞咽与声门动作常不协调而增加吸入危险，加之气管、支气管粘液纤毛功能降低、咳嗽反射差、肺组织弹性减退等而致排痰功能降低，均易促使细菌进入下呼吸道产生肺炎。各种慢性疾病如心肺疾病、脑血管疾病、帕金森综合征等神经系统疾病、糖尿病以及各种病因引起的食道功能障碍、置鼻饲管及人工气道损害正常呼吸道的防御功能、不恰当的使用镇静剂等均为诱发肺炎的常见因素。临床表现 老年人肺炎的临床表现常不典型，加之基础疾病症状的遮盖，肺炎易于漏诊而延误治疗。一般肺炎症状如畏寒、寒战、高热、咳嗽、胸痛可不明显，而常出现心动过速、呼吸急促，且可为早期症状、肺部炎症病变范围广泛时有低氧血症表现如嗜睡、意识模糊、表情迟钝等。老年人肺炎伴发菌血症者约占20%，40%可出现脓毒症，并出现相应症状。吸入性肺炎可急性发病，但经常发病隐潜，厌氧菌感染痰常带臭味。约20%患者血白细胞不增高，肺局部可闻及湿罗音，通常无实变体征。胸部X线检查对肺炎的诊断极为重要，肺内出现新的浸润灶即可作出诊断，但各种不同的病原体感染的肺部表现却缺乏特征性而不易区分。患者伴有脱水，非凡在血白细胞偏低时，可减缓肺部浸润灶的出现。还应注重肺部基础疾病的干

扰，伴发肺气肿、肺大疱时，于X线上常出现不完全性实变阴影。伴发充血性心力衰竭、急性呼吸窘迫综合征、肺不张、肺栓塞、肺梗塞时，常易导致肺炎的漏诊。肺炎病灶多不局限于单叶，即使是肺炎链球菌感染肺炎亦常侵犯至多叶。吸入性肺炎病变多位于上叶后段或下叶上段，以右肺为多见，病变轻易化脓，产生坏死、液化和空洞形成，且常并发脓胸。老年人肺炎吸收多缓慢，有延迟至8~16周始完全吸收者。病变吸收迟缓尚应考虑感染菌是否产生耐药性。在老年人肺癌的发病率高，肺部炎症，非凡是段性肺炎、或肺炎经治疗吸收不完全，或反复在一局部产生炎症时，应通过痰液、纤支镜等检查以排除肺癌所致的阻塞性肺炎。老年肺结核时有被发现，非凡是伴发糖尿病时肺结核的发生率高，在肺炎经治疗吸收不理想者，亦应作进一步检查以除外肺结核。诊断老年人肺炎的感染病原体极为复杂，临床表现以及流行病学推测可能的病原体感染，经验性治疗效果不甚满足。若能获得精确的病原学诊断和抗生素药敏资料则对指导临床治疗非常有帮助。痰液标本采集方便，被广泛应用于临床，但由于老年人口咽部革兰阴性杆菌带菌率较一般人群为高，以致分离所得细菌不一定代表下呼吸道感染的致病菌。因而，痰标本培养前处理如选择quot.的痰标本、痰液的洗涤以及定量培养就显得十分重要，咳痰标本经过处理能减少污染，而避免上呼吸道污染理想的采样途径是直接自下呼吸道采集标本，如经气管吸引法、经纤支镜以双层塑料管防污染标本刷、防污染支气管肺泡灌洗技术。上述诸种方法均属创伤性技术，应权衡利弊考虑选用，主要用于患者基础疾病或院内获得性严重肺炎、重症肺炎经经验性抗菌治疗效果不佳，以及肺

部厌氧菌感染中。治疗早期正确的抗生素治疗能降低老年人肺炎的死亡率。虽然明确病原菌及其对药物的敏感性后，作针对性治疗最为合理，但常由于病情危重而不及等待痰检结果，或痰检尚未获得致病菌时，则可根据院内、外细菌感染的规律，经验性选用具有强力杀菌作用的抗生素治疗亦甚为必要。院外感染肺炎虽仍以肺炎链球菌为常见的致病菌，但治疗时必须兼顾到革兰阴性杆菌的治疗。青霉素对革兰阳性球菌和除脆弱类杆菌以外的厌氧菌均有强效，亦可选用第一代头孢菌素类药物。耐药菌和革兰阴性杆菌感染尚可应用第二代头孢菌素类或 $\beta$ -内酰胺类抗生素和氨基糖甙类联合治疗。甲硝唑对厌氧菌具强大抗菌活性、为治疗吸入性肺炎的重要药物之一。院内感染肺炎的病原体复杂，治疗主要针对革兰阴性细菌、兼顾革兰阳性菌，尤其是金黄色葡萄球菌，可使用氨基糖甙类联合第二代或第三代头孢菌素类药物。新一代的氟喹诺酮类如氧氟沙星、环丙沙星均具有广谱抗菌作用，可应用于院内、外感染。金黄色葡萄球菌产生青霉素酶，对青霉素耐药已达90%以上，对耐酶青霉素如苯唑西林和第一代头孢菌素有效；而院内感染则以甲氧西林耐药金葡菌（MRSA）为常见，对青霉素和耐酶青霉素均产生耐药，而对万古霉素、利福平、氟喹诺酮类药物敏感，尤以万古霉素治疗效果为佳。现院外MRSA感染亦时有发现，考虑治疗方案时应加注重。亚胺配能是一种新型的碳青霉烯类抗生素，有广谱、高效抗菌活性，可作用于大多数革兰阳性和革兰阴性需氧菌和厌氧菌，绿脓杆菌对其轻易产生耐药性。老年人各组织器官呈退行性改变，对药物耐受性差，轻易产生毒性反应，非凡是肾脏功能随年龄增加而减退。正常老年人肾小

球滤过率已有所减少，一般70岁以上老人用药量可酌情减少。氨基糖甙类抗生素自肾的清除随年龄增长而明显减少，药物在体内聚集增多，血药浓度升高，轻易产生耳、肾毒性，临床上因应用该类药物不当而产生肾功能衰竭、甚致导致死亡的病例时有报道，故在应用氨基糖类药物时必须小心、审慎。用药时宜作血药浓度监测以便随时调整用药量，避免引起肾的毒性。万古霉素对MRSA感染作用甚佳，为避免产生耳、肾毒性，用药时，亦宜作血药浓度监测。老年人危重肺炎其病变较广泛，常导致通气/血流比率减低、产生静动脉血混合而引起低氧血症，应在动脉血气监护下进行氧疗以纠正缺氧。要重视支持治疗如补充血容量、及时纠正水、电解质平衡失调，老年患者多为负氮平衡、需要给予充分的高热量、高蛋白、高维生素饮食、酌情给予静脉滴注白蛋白、血浆、氨基酸或高营养液等。预防及预后 老年人患流感后，轻易诱发细菌性肺炎，因而，预防流感的发生很重要，流感疫苗接种能减少流感发生率、或减轻病情及缩短病程，对易感人群可每年于深秋或冬季接种流感疫苗一次。对易感人群可采用多型组合的纯化荚膜抗原疫苗，有可能使肺炎链球菌肺炎的患病率降低。 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](http://www.100test.com)