

小儿支原体肺炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E6_94_AF_E5_c22_308884.htm 名称小儿支原体肺炎
所属科室儿科病因本病主要病原为肺炎支原体（*Mycoplasma Pneumoniae*）是介于细菌和病毒之间的一种，为已知独立生活的病原微生物中的最小者，能通过细菌滤器，需要含胆固醇的非凡培养基，在接种10天后才出现菌落，菌落很小，很小超过0.5mm。病原体直径为125~150nm，与粘液病毒的大小相仿，无细胞壁，故呈球状、杆状、丝状等多种多形态，革兰氏染色阴性。能耐冰冻。37℃时只能存活几小时。

临床表现1.潜伏期约2~3周（8~35天）。2.症状轻重不一。大多起病不甚急，有发热、厌食、咳嗽、畏寒、头痛、咽痛、胸骨下疼痛等症状。体温在37~41℃，大多数在39℃左右，可为持续性或弛张性，或仅有低热，甚至不发热。多数咳嗽重，初期干咳，继而分泌痰液（偶含少量血丝），有时阵咳稍似百日咳。偶见恶心，呕吐及短暂的斑丘疹或荨麻疹。一般无呼吸困难表现，但婴儿患者可有喘鸣及呼吸困难。体征依年龄而异，年长儿往往缺乏显著的胸部体征，婴儿期叩诊可得轻度浊音，呼吸音减低，有湿性罗音，有时可呈梗阻性肺气肿体征。镰状细胞性贫血患儿并发此种肺炎时，症状往往加重，可见呼吸困难、胸痛及胸腔积液。支原体肺炎偶可合并渗出性胸膜炎及肺脓肿，慢性肺部疾患与肺炎支原体间有一定关系，Berkwick(1970)报告27例哮喘儿童中复期有4倍增长。支原体肺炎可伴发多系统、多器官损害，呼吸道外病变可涉及皮肤粘膜，表现为麻疹样或猩红热样皮疹

、StevensJohnson综合征等；偶见非特异性肌痛及游走性关节痛；胃肠道系统可见吐、泻和肝功损害；血液系统方面较常见溶血性贫血，我们曾见2例以溶血性贫血为首发及主诉症状；文多发性神经根炎、脑膜脑炎及小脑损伤等；心血管系统病变偶有心肌炎及心包炎。细菌性混合感染亦少见。白细胞高低不一，大多正常，有时偏高。血沉显示中等度增快。3.X线检查多表现为单侧病变，约占80%以上，大多数在下叶，有时仅为肺门阴影增重，多数呈不整洁云雾状肺浸润，从肺门向外延至肺野，尤以两肺下叶为常见，少数为大叶性实变影。可见肺不张。往往一处消散而他处有新的浸润发生。有时呈双侧弥漫网状或结节样浸润阴影或间质性肺炎表现，而不伴有肺段或肺叶实变。体征稍微而胸片阴影显著，是本病特征之一。4.病程自然病程自数日至2~4周不等，大多数在8~12日退热，恢复期需1~2周。X线阴影完全消失，比症状更延长2~3周之久。偶可见复发。诊断要点为：持续剧烈咳嗽，X线所见远较体征为显著。如在年长儿中同时发生数例，可疑为流行病例，可早期确诊。白细胞数大多正常或稍增高，血沉多增快，Coombs试验阳性。青、链霉素及磺胺药无效。血清凝集素（属IgM型）大多滴度上升至1:32或更高，阳性率50%~75%，病情愈重阳性率愈高。冷凝集素大多于起病后第1周末开始出现，至第3~4周达高峰，以后降低，2~4月时消失。此为非特异性反应，也可见于肝病、溶血性贫血、传染性单核细胞增多症等，但其滴度一般不超过1:32。而腺病毒所致年长儿肺炎，冷凝集素多为阴性。血清特异性抗体测定有诊断价值，临床常采用者有补体结合试验，间接血凝试验，间接免疫荧光法及酶联免疫吸附试

验等。此外又可用酶联吸附试验检测抗原。近年有用肺炎支原体膜蛋白制成的单克隆抗体检测标本中抗原体膜蛋白制成的单克隆抗体检测标本中抗原的报道。近年国内外应用DNA探针及PCR检测肺炎支原体DNA诊断有快速特异性高优点。

用病人痰液或咽拭洗液培养支原体需时太久，常要2~3周，因此对临床帮助不大。鉴别诊断本病有时须与下列各病鉴别：肺结核；细菌性肺炎；百日咳；伤寒；传染性单核细胞增多症；风湿性肺炎。均可根据病史、结核菌素试验、X线随访观察及细菌学检查和血清学反应等而予以鉴别。治疗小儿MP肺炎的治疗与一般肺炎的治疗原则基本相同，采取综合治疗措施。包括一般治疗、对症治疗、抗生素的应用、肾上腺皮质激素，以及肺外并发症的治疗等5个方面。

1.一般治疗 呼吸道隔离 由于支原体感染可造成小流行，且患儿病后排支原体的时间较长，可达1~2个月之外。婴儿时期仅表现为上呼吸道感染症状，在重复感染后才发生肺炎。同时在感染MP期间轻易再感染其它病毒，导致病情加重迁延不愈。因此，对患儿或有密切接触史的小儿，应尽可能做到呼吸道隔离，以防止再感染和交叉感染。

护理 保持室内空气新鲜，供给易消化、营养丰富的食物及足够的液体。保持口腔卫生及呼吸道通畅，经常给患儿翻身、拍背、变换体位，促进分泌物排出、必要时可适当吸痰，清除粘稠分泌物。

氧疗 对病情严重有缺氧表现者，或气道梗阻现象严重者，应及时给氧。其目的在于提高动脉血氧分压，改善因低氧血症造成的组织缺氧。给氧方法与一般肺炎相同。

2.对症处理 祛痰 目的在于使痰液变稀薄，易于排出，否则易增加细菌感染机会。但有效的祛痰剂甚少，除加强翻身、拍背、雾

化、吸痰外，可选用必嗽平、痰易净等祛痰剂。由于咳嗽是支原体肺炎最突出的临床表现，频繁而剧烈的咳嗽将影响患儿的睡眠和休息，可适当给予镇静剂如水合氯醛或苯巴比妥，酌情给予小剂量待因镇咳，但次数不宜过多。平喘对喘憋严重者，可选用支气管扩张剂，如氨茶碱口服， $4 \sim 6\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，轻者分次口服治疗即可，重症可考虑静脉给药，疗程一般主张不少于2~3周，停药过早易于复发。常用口服剂有无味红霉素及红霉素肠溶片，口服红霉素自肠道吸收，空腹服用红霉素250mg，高峰血浓度于给药后2~3h达到 $0.3 \sim 0.7\mu\text{g}/\text{ml}$ 。静脉注射红霉素乳糖酸盐300mg，4min的血浓度平均为 $40.9\mu\text{g}/\text{ml}$ ，6h后为 $0.32\mu\text{g}/\text{ml}$ 。而痰中平均浓度为 $2.6(0.9 \sim 8.4)\text{mg}/\text{ml}$ ，分4次服用；静滴量为 $10 \sim 20\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，分2~3次口服，也可分次静滴；后者 $10 \sim 15\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$ ，静滴；或强的松 $1 \sim 2\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，口服一日三次，可改善临床症状，减少肺部阴影，并可缩短病程。红霉素疗程2~3周。此外美欧卡霉素、利福平和乙酰螺旋霉素亦有疗效。重症患儿可加用肾上腺皮质激素。预后良好，虽病程有时较长，但终可完全恢复。很少出现并发症，仅偶见中耳炎、胸腔渗出液、溶血性贫血、心肌炎、心包炎、脑膜脑炎及皮肤粘膜综合征。但偶可再发，有时肺部病变和肺功能恢复较慢。

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