

小儿金黄色葡萄球菌肺炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/309/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E9_87_91_E9_c22_309018.htm 名称小儿金黄色葡萄球菌肺炎

所属科室儿科病因金黄色葡萄球菌肺炎（staphylococcus aureus pneumonia）是由金黄色葡萄球菌（一般为凝固酶阳性）所致的肺炎。由于滥用抗生素的结果，抗药性金黄色葡萄球菌的菌株明显增加，金黄色葡萄球菌感染也见增多。本病大多并发于葡萄球菌败血症，多见于幼婴及新生儿，年长儿也可发生。以冬、春两季上呼吸道感染发病率较高的季节多见。常在医院内或婴儿室内发生交叉感染引起流行。葡萄球菌能产生多种毒素和酶，如溶血素、葡萄球菌激酶、凝固酶等。一般认为凝固酶和细菌毒性有一定关系，如为凝固酶阴性（如表皮葡萄球菌）则多为条件致病菌，很少引起严重疾病，但为医院内感染的常见细菌之一。对青霉素G耐药金葡菌已成为全世界难题，80年代国内外报道耐甲氧西林金葡菌（methicillin resistant staphylococcus aureus，MRSA）已成为院内感染的主要病原。病理金黄色葡萄球菌所致的原发性支气管肺炎，以广泛的出血性坏死、多发性小脓肿为其特点。肺脏的胸膜表面覆盖着一层较厚的纤维素性脓性分泌物。脓肿中有金黄色葡萄球菌、白细胞、红细胞及坏死的组织碎片。胸膜下小脓肿破裂，则形成脓胸或脓气胸。有时可侵蚀支气管形成支气管胸膜瘘。若继发于败血症之后，则除肺脓肿外，其它器官如皮下组织、骨髓、心、肾、肾上腺及脑都可发生脓肿。临床表现1.症状和体征 金黄色葡萄球菌肺炎常见于1岁以下的幼婴。在出现1~2天上呼吸道感染或皮肤

小脓疱数日至1周以后，忽然出现高热。年长儿大多有弛张性高热，但新生儿则可低热或无热。肺炎发展迅速，表现呼吸和心率增速、呻吟、咳嗽、青紫等。有时可有猩红热样皮疹及消化道症状，如呕吐、腹泻、腹胀（由于中毒性肠麻痹）等。患儿嗜睡或烦躁不安，严重者可惊厥，中毒症状常较明显，甚至呈休克状态。肺部体征出现较早，早期呼吸音减低，有散在湿罗音。在发展过程中迅速出现肺脓肿，常为散在性小脓肿。脓胸及脓气胸是本症的特点。并发脓胸或脓气胸时，叩诊浊音、语颤及呼吸音减弱或消失。

2.X线检查

临床症状与胸片所见不一致。当肺炎初起时，临床症状已很重，而X线征象却很少，仅表现为肺纹理重，一侧或双侧出现小片浸润影；当临床症状已趋明显好转时，在胸片上却可见明显病变如肺脓肿和肺大泡等现象。病变发展迅速，甚至在数小时内，小片炎变就可发展成脓肿。病程中，多合并小脓肿、脓气胸、肺大泡。严重的还并发纵隔积气、皮下气肿及支气管胸膜瘘。胸片上病灶阴影持续时间较一般细菌性肺炎为长，在2个月左右阴影仍不能完全消失。辅助检查白细胞一般高过 $15 \times 10^9/L$ （15000 ~ 30000），中性粒细胞增高，白细胞内可出现中毒颗粒。半数幼婴可减低到 $5 \times 10^9/L$ ，肌注或静滴。对耐青霉素G金葡菌肺炎，可用苯唑西林（P12）、邻氯青霉素、甲氧西林、红霉素、氯霉素、杆菌^{***}、利福平、万古霉素、林可霉素等。此外可用头孢菌素，其中第一代如头孢唑啉、头孢噻吩对耐药金葡菌作用较第二代及第三代头孢菌素强。前者可肌肉或静脉给药，剂量为每日20 ~ 30mg/kg，重症可加量到50 ~ 100mg/kg；后者静脉给药每日50 ~ 150mg/kg。对耐甲氧西林金葡感染应用万古霉素

及其新衍生物teicoplanin。一般在体温正常后7天，大部分肺部体征消失时始可停用抗生素，疗程至少3~4周。发展成脓胸或脓气胸时，如脓液量少可采用反复胸腔穿刺抽脓治疗；但多数患儿脓液增长快、粘稠度大而不易抽出，宜施行闭式引流术排放。胸腔内注入抗生素的疗效不肯定。预防及预后除肺炎概述中所叙述的预防措施之外，必须重视幼托机构居室的卫生清洁，并应及时检查工作人员是否带菌，带菌者及时适当处理。并发金葡脑膜炎和心包炎或婴儿张力性气胸则预后严重。病死率高达10%~20%。并发症如脓胸、脓气胸预后较好，治愈者长期随访无后遗肺功能障碍。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