

# 儿童大叶性肺炎 76 例临床分析

邹丽萍 袁瑞

(郑州大学第三附属医院儿内科, 郑州 450052)

[中图分类号] R725.6 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2011)12-0995-02

大叶性肺炎系由不同病原体或其他因素所致的肺部炎症,以发热、咳嗽、气促、胸痛及肺部呼吸音减弱为共同的临床表现,起病急,病程长,易发生并发症。多见于成人患者,近年来儿童发病率明显升高<sup>[1]</sup>。我院2010年1~12月共收治76例儿童大叶性肺炎患儿,现回顾性分析如下。

## 1 临床资料

### 1.1 研究对象

2010年1~12月在我院儿内科住院确诊为大叶性肺炎的患儿76例,其中男42例,女34例,男女之比为1.2:1;年龄3个月至13岁,其中<3岁13例(17%),3岁~34例(45%),6岁~26例(34%),11~14岁3例(4%)。冬春季与夏秋季发病率基本相同。入院前发病时间1周以内者21例,1~2周者42例,2周以上者13例。

大叶性肺炎的诊断标准参照文献<sup>[2]</sup>:(1)临床表现有发热、咳嗽、气促、胸痛等;(2)体查:肺部呼吸音粗,可闻及湿罗音、局部呼吸音减弱、叩诊呈浊音或实音;(3)胸部影像学检查提示肺叶内均一的实变影现象。

### 1.2 临床表现

76例患儿均有发热,热程5~41d,平均16.2d,其中热程大于10d66例(87%),体温高于39℃者有68例(89%)。76例均出现咳嗽,其中咳嗽45例(59%)。胸痛2例(3%)。腹痛4例(5%)。另外,发热、咳嗽同时出现者有68例(89%)。肺部查体:可闻及罗音者57例(75%),呼吸音减低者46例(61%)。

### 1.3 实验室检查

外周血白细胞升高34例(45%),下降1例

(1%);血沉升高29例(38%);C反应蛋白升高64例(84%);肺炎支原体IgM阳性者40例(53%);血培养阳性1例(1%);40例进行痰培养,阳性12例(30%);6例为肺炎克雷伯杆菌感染,2例为卡它莫拉菌感染,肺炎链球菌、大肠埃希菌、粪肠球菌、多杀巴斯德杆菌感染者各1例。

### 1.4 影像学检查

胸部X线或CT检查:所有病例均呈肺叶或节段性实变,大片密度影增高或肺实质浸润性病变。病变部位:右肺45例(59%),左肺27例(36%),双肺均累及4例(5%),合并有胸腔积液32例(42%),肺不张6例(8%),气胸1例(1%)。

### 1.5 治疗及转归

40例肺炎支原体抗体阳性的患儿给予阿奇霉素静脉滴注(每日10mg/kg),2~3疗程(每个疗程7d)后改阿奇霉素口服1~2疗程。实验室检查存在明显细菌感染的患儿,给予头孢菌素类或青霉素类药物。所有患儿均给予对症支持治疗。对于应用大环内酯类、头孢菌素类或青霉素类药物效果不佳者,改用碳青霉稀类或多肽类药物。59例(78%)治疗后临床症状消失,肺部实变影基本吸收,治愈出院;8例(10%)治疗后临床症状基本消失,肺部实变影较前吸收,好转出院;9例(12%)因形成包裹性胸腔积液或肺部病变加重转外科手术。

## 2 讨论

目前大叶性肺炎的发生率尚无确切资料,但近年在儿童中的发病率呈逐年上升趋势<sup>[1]</sup>。本研究显示,患儿入院前病程大部分在1周以上,整个病程多在2~4周,有合并症者可达4周以上;大叶性肺

[收稿日期]2011-07-30;[修回日期]2011-09-10  
[作者简介]邹丽萍,女,本科,教授。

炎年龄分布广,且各年龄段均有发病,冬春季与夏秋季发病率无明显差异。以往认为大叶性肺炎多见于3岁以上儿童<sup>[2]</sup>,偶见于婴幼儿,但近年来发病年龄有下降趋势<sup>[1]</sup>,本研究中年龄最小为3个月,3岁以下占17%。76例患儿中,发病早期可单有发热或单有咳嗽,但以同时具有发热、咳嗽多见,共68例。而发热以高热为主,体温高于39℃者占89%;咳嗽多为阵发性连声咳,初为刺激性咳嗽,恢复期咳嗽带痰。早期体征多不明显,肺部查体出现病变部位呼吸音减低者46例,出现罗音者57例,但多在病程晚期可闻及。成人大叶性肺炎在吸收消散期多有咳铁锈色痰,而在儿童中此表现不多见,本组病例中无1例出现咳铁锈色痰。大叶性肺炎的诊断除根据临床表现外,目前主要根据X线或CT检查。因此,对于怀疑患有大叶性肺炎者,应及早做影像学检查以明确诊断,以免漏诊。

本研究所有病例胸部影像学检查均发现肺部不同程度的炎症改变,其中59%患儿单纯侵犯右肺,右肺病变明显多于左肺,与文献报道一致<sup>[1]</sup>,考虑可能与右肺支气管较粗、短、直,细菌和病毒易直接侵入肺内有关。

儿童大叶性肺炎易合并胸腔积液、肺不张等,血、痰及胸腔积液培养阳性率低<sup>[2]</sup>。本组40例(53%)为支原体(MP)感染,结合痰培养细菌的构成,考虑可能因为年代的不同,病原学检测方法的不断提高以及抗生素的过早、过多使用,使大叶性肺炎的病原谱不断发生变迁。国外资料显示,MP-IgM在MP感染7~10d出现<sup>[3]</sup>,国内研究显示,MP-IgM在MP感染5~15d(平均7.6d)出现,抗体滴度随病程逐渐升高。MP-IgM的早期检测阳性率较低,在发病1周内的MP感染患儿中,MP-IgM的检出率为10%~20%,约2周达到高峰<sup>[4]</sup>。本研究中有7例患儿在病程7d内检测MP-IgM为阴性,而病程10d以后复查MP-IgM转为阳性,因此,1次MP-IgM阴性不能排除MP感染<sup>[5]</sup>,应动态地进行病原学检测。

大叶性肺炎既往被认为多由肺炎链球菌感染引起,而本研究中,患儿痰培养阳性12例,其中感染肺炎克雷伯杆菌6例,多数为耐药菌。这可能与目前抗生素过早应用及滥用、院内感染和肺部病原菌的不断变迁有密切关系,因此在临床工作中应高度重视。

近年来,随着广谱抗生素的广泛使用及对抗菌药物耐药率的逐年上升<sup>[6]</sup>和病原谱的不断变迁<sup>[7]</sup>,大叶性肺炎不仅限于由肺炎链球菌引起,而成为由支原体、细菌、真菌混合或单一感染的多病原体疾病,使大叶性肺炎的临床症状不典型或病情较复杂,给临床和治疗工作带来了困难,目前临床主要靠经验用药。MP所致大叶性肺炎在儿童期近年来有增多趋势,且易引起较严重的并发症<sup>[8]</sup>,临床上根据发热、咳嗽和影像学检查提示大叶性肺炎患儿,临床上应及早应用大环内酯类药物,不必等到病程7d以后出现MP-IgM阳性结果再行治疗,以免延误病情。国外已有学者建议将大环内酯类药物作为学龄期肺炎患儿经验性抗生素选择的一线药物<sup>[9-10]</sup>。大叶性肺炎的病原种类多,症状不典型,在临床工作中应加强实验室及影像学检查以明确诊断,对症治疗,必要时应进行病原学动态监测,及时调整用药。

#### [参 考 文 献]

- [1] 杨金铃,王秀芳. 儿童大叶性肺炎62例临床特点及病原分析[J]. 医学理论与实践,2010,23(4):415-416.
- [2] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2002:1175-1187.
- [3] Vervbet LA, Marguet C, Camargos PA. Infection by *Mycoplasma pneumoniae* and its importance as an etiological agent in childhood community-acquired pneumonias[J]. Braz J Infect Dis, 2007, 11(5):507-514.
- [4] 王云峰,周忠蜀. 肺炎支原体抗体IgM高滴度阳性的临床意义[J]. 实用儿科临床杂志,2009,24(4):285-287.
- [5] 袁壮,陆权,万莉雅,邓力,陈小友,李昌崇,等. 肺炎支原体肺炎的诊治[J]. 中国实用儿科杂志,2008,23(8):561-572.
- [6] 韦鸿雁,谭波宇,杨丽君,邓楠. 儿童支气管肺炎革兰阴性菌耐药监测分析[J]. 中国当代儿科杂志,2011,13(1):20-22.
- [7] 王美娟,季伟,周卫芳,黄莉. 大叶性肺炎与支气管肺炎的临床表现和病原学差异[J]. 实用儿科临床杂志,2010,25(4):246-292.
- [8] 张永明,刘秀云. 肺炎支原体肺炎及其并发症的诊治进展[J]. 中国当代儿科杂志,2011,13(4):358-360.
- [9] Lee PI, Wu MH, Huang LM, Chen JM, Lee CY. An open, randomized, comparative study of clarithromycin and erythromycin in the treatment of children with community-acquired pneumonia[J]. J Microbiol Immunol Infect, 2008, 41(1):54-61.
- [10] Somer A, Salman N, Yalcin I, Agafidan A. Role of *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in children with community-acquired pneumonia in Istanbul Turkey[J]. J Trop Pediatr, 2006, 52(3):173-178.

(本文编辑:邓芳明)