

· 临床研究报告 ·

婴幼儿沙眼衣原体肺炎的临床分析

李军,刘春峰,苏力,袁壮

(中国医科大学附属第二临床学院儿科,辽宁 沈阳 110003)

[摘要] 目的 探讨婴幼儿沙眼衣原体肺炎的临床特点及检测血清 CT-IgM 抗体的临床意义。方法 对 1999 年 10 月至 2000 年 2 月住院的 150 例婴幼儿支气管肺炎患儿采静脉血 1~2 ml,用 ELISA 法检测血清 CT-IgM 抗体。结果 150 例患儿中阳性 18 例,阳性率 12%。其中 6 个月以下婴儿阳性 16 例。均应用红霉素或头孢类抗生素,或者二者联合应用治疗,其中 17 例全部治愈,1 例好转。结论 婴幼儿沙眼衣原体(CT)被认为是婴幼儿,特别是 6 个月以内婴儿肺炎的重要病原之一。临床发病无特异性表现,对婴幼儿肺炎早期行血清 CT-IgM 的检测,可及早诊断、及早合理应用抗生素、缩短病程。

[关键词] 沙眼衣原体;肺炎;婴儿

[中图分类号] R518.8;R563.1⁺2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2001)01-0073-02

沙眼衣原体(chlamydia trachomatis, CT)被认为是婴幼儿,特别是 6 个月以内婴儿肺炎的重要病原之一。对心脏、肝脏及肾脏功能亦有损伤作用。1999 年 10 月至 2000 年 2 月间,本地婴幼儿肺炎的发病率较往年明显增加,特别是 6 个月以下的婴儿。对入我院儿科 ICU 及呼吸病房的婴幼儿 150 例行血清 CT-IgM 抗体检测,并对其临床表现进行了分析,报告如下。

1 对象与方法

1.1 临床资料

共检测 150 例患儿,其中新生儿 6 例,6 个月以下婴儿 124 例,6 个月~2 岁 20 例。阳性 18 例,男 10 例,女 8 例。全部诊断为支气管肺炎。衣原体阳性患儿的临床表现:18 例均有咳嗽病史(100%),发热 15 例,其中 37~37.9℃10 例,38~38.9℃3 例,39~40℃2 例。2 例完全不发热。吐沫明显 6 例。眼分泌物增多 8 例。肺部可闻及细湿罗音 11 例,干鸣音 7 例。胸片示单纯肺纹理增粗模糊 8 例,少许点片状阴影 5 例,明显大片状阴影 2 例。化验示转氨酶升高 6 例,总胆红素升高 5 例,BUN,Cr 升高 2 例(检测 5 例)。免疫功能检测 6 例,其中 3 例 IgA 明显下降。血 WBC < 10 × 10⁹/L 7 例,分叶核升高

为主 2 例。WBC > 10 × 10⁹/L 9 例,分叶核升高为主 4 例。并发心力衰竭 5 例,腹泻 2 例,呼吸衰竭 5 例(其中 2 例行机械通气治疗)。

1.2 实验方法

采患儿静脉血 1~2 ml 静置离心后取血清 200 μl,用 ELISA 法检测血清 CT-IgM 抗体。试剂盒由深圳晶美生物制品公司提供。具体实验步骤按试剂盒说明进行,由专人进行操作。

2 结果

检测 150 例患儿,阳性 18 例,阳性率为 12%。各年龄段分布:~28 d 阳性 3 例,~6 月阳性 13 例,~2 岁阳性 2 例。均应用红霉素或头孢类抗生素,或者二者联合应用治疗。2 例因呼吸衰竭行机械通气治疗,全部患儿同时给予对症及支持治疗,其中 17 例全部治愈,1 例好转(家属因经济问题不能继续住院治疗,退院时病情已明显好转)。

3 讨论

衣原体是与革兰氏阴性杆菌有密切亲缘关系的专性细胞内寄生微生物,具有独特的发育周期。国内外学者大量研究证明衣原体是引起儿童及成人呼

吸道感染的致病菌之一。1岁以内特别是6个月以下婴儿的肺炎及毛细支气管炎的主要病原体之一为沙眼衣原体。

沙眼衣原体感染小婴儿后,主要先引起上呼吸道感染,表现咳嗽为主(占100%)。其中多数为阵发性干咳。其中3例患儿表现为痉挛性百日咳样咳嗽,最长咳嗽病程达1.5个月,况且因小儿气道狭窄,气道上皮纤毛运动功能差,有分泌物不易排出,引起喘促明显,呼吸困难,甚至呼吸衰竭等症状,其中5例并发呼吸衰竭,2例上呼吸机治疗。提示咳嗽是CT感染的主要症状。

18例患儿中吐沫明显6例,眼分泌物增多8例,其中3例为28d之内新生儿,4例为50d内婴儿,1例为2岁幼儿。研究认为^[1]新生儿的CT感染主要来自母婴传播,在发达国家被认为是性传播疾病。研究证明怀孕女性CT感染率为20%~30%,且感染孕妇50%可将其传染给胎儿,从而引起新生儿眼睑结膜炎和新生儿肺炎。本组46d婴儿1例于生后25d时曾因“眼炎”住院治疗,痊愈后10d又因“肺炎”住院治疗,检测血CT-IgM抗体阳性,说明单纯治疗新生儿眼睑结膜炎是不够的。某些学者倡导应持续治疗至体内CT-IgM抗体转阴,才能防止感染的再发。

Behrman^[2]指出3/4婴儿无热肺炎系由CT引起。但作者观察本组资料中15例发热病人中有10例于入院前主诉并无发热,但入院后行体温监测发现仍有不同程度发热,由于小婴儿免疫功能低下,炎症易扩散,易出现并发症,很快发展为肺炎。18例患儿入院时均诊断为肺炎,发病至入院时间最短2d,最长7d。并发呼吸衰竭及心力衰竭各5例。1例并发多脏器功能衰竭。因此早期诊断合理应用抗

生素才能减少并发症的发生。

CT感染的治疗并无特殊方法。目前主要应用大环内酯类药物红霉素。此药具有很好的安全性及很少的副作用。应用于小儿及成年人均可,甚至孕妇也可应用。本组患儿仅1例单纯应用红霉素,3d后病情明显好转。11例应用红霉素加头孢类,平均住院日(11.4±5.4)d。6例单纯应用头孢类,平均住院日(15.0±12.6)d。因此提倡合理用药是消除CT感染的关键。对于使用头孢类抗生素疗效不佳者应考虑有无CT感染的可能,及时加用红霉素。

综上所述,CT感染是小婴儿肺炎的重要病原菌之一。在临床上对小婴儿,特别是6个月以下婴儿无热或低热以咳嗽为主,呼吸急促明显,而肺部罗音较少,胸部X线片多示间质渗出表现,常常是区别呼吸道合胞病毒肺炎的主要特点。对无热或低热以咳嗽为主的婴儿,常常是CT感染肺炎的唯一线索^[3]。另外对小婴儿的心脏、肝脏及肾脏功能的损伤亦不容忽视。应密切注意其临床表现,早期做血清CT-IgM抗体检测、早期诊断、早期合理应用有效抗生素治疗,缩短病程,减少并发症的发生。

[参 考 文 献]

- [1] Waldo E, Nelson, MD, Chlamydia. Textbook of Paediatrics [M]. 15th edition, Philadelphia, WB. Saunders company. 1996, 827 - 830.
- [2] Behrman RE, Kliegman RM, Nelson RE, et al. Nelson Textbook of Pediatrics [M]. 14th edition. Philadelphia W. B. Saunders company. 1992, 767 - 768.
- [3] 李文仲. 小儿下呼吸道衣原体感染的研究 [J]. 中华儿科杂志, 1998, 36 (10): 626 - 627.

(本文编辑:吉耕中)