

· 临床研究报道 ·

婴儿肺炎克雷伯杆菌肺炎 24 例临床分析

温志红¹, 谢庆玲¹, 杜华¹, 农生洲²

(广西壮族自治区人民医院 1. 儿科; 2. 检验科, 广西南宁 530021)

[摘要] 目的 探讨婴儿肺炎克雷伯杆菌(肺炎杆菌)肺炎的临床特点和防治手段。方法 对 24 例根据病原学检查确诊的肺炎克雷伯杆菌肺炎患儿进行回顾性分析、总结。结果 婴儿肺炎杆菌肺炎具有起病急骤、进展快、并发症多(占 50%)的特点;红色或白色胶冻状痰对诊断有意义。深部痰或血培养出的肺炎杆菌菌株多数对头孢噻肟钠、头孢三嗪、丁胺卡那、阿莫西林+棒酸、乙基西梭霉素或环丙沙星敏感。全部病例均治愈。结论 提高对本病的认识,尽早作病原学检查、药敏试验,早期足量使用敏感抗生素及积极治疗并发症是治疗成功的关键。注意患儿隔离及其器具、空气、医护人员手的消毒是避免感染传播或流行的有效措施。

[关键词] 肺炎克雷伯杆菌;肺炎;婴儿

[中图分类号] R517.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-8830(2001)05-0563-02

肺炎克雷伯杆菌(肺炎杆菌)原发感染偶见于婴幼儿,起病急、进展迅速、病情凶险,如未能及时正确处理,病死率高。我科 1998 年 3 月至 2000 年 4 月收治婴儿克雷伯杆菌肺炎 24 例,全部治愈,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

24 例肺炎克雷伯杆菌肺炎患儿中男 18 例,女 6 例,均符合肺炎诊断标准^[1]。年龄 < 1 月 10 例,9 例是足月适于胎龄儿,1 例早产儿;~ 3 月 7 例,~ 6 月 5 例,~ 12 月 2 例。3 例轻度窒息;先心病、轻度营养不良各 2 例;母妊高症、发热各 1 例。

1.2 临床表现

起病急骤,15 例 1~2 天迅速出现呼吸困难(气促、三凹征、发绀),12 例伴喘憋;24 例均有咳嗽,痰液均粘稠,砖红胶冻状痰 2 例,白色胶冻状痰或白粘痰 13 例,灰绿色痰 5 例,黄脓痰 4 例;13 例轻中度发热,5 例高热;12 例纳差、呕吐;3 例肺部听诊无罗音,余 21 例均有中、小湿罗音,11 例伴有哮鸣音。

1.3 并发症

5 例呼吸衰竭,3 例心力衰竭,2 例败血症,气胸及脓气胸各 1 例。

1.4 实验室检查

血红蛋白 86~156 g/L;白细胞计数 8 例升高,6 例中性分类升高。15 例测血粒细胞集落刺激因子(G-CSF)均阳性,其中仅 7 例 WBC 总数和/或中性比例增高,经四格表确切概率法检验 2 组差异有显著性($P < 0.05$)。24 例均行深部痰培养。痰液采集和检测方法:采集痰液前喂患儿适量温开水以除去口腔大部分杂菌,接着用生理盐水超声雾化吸入 2~8 min,出现咳嗽即停止雾化,然后左手持压舌板向后压舌,右手持无菌吸痰管置于口内,看到咳嗽时喷出的痰液立即在助手协助下伸入咽部吸取并送检;经涂片提示标本合格,即可接种于血平板、巧克力平板及麦康凯平板,将恒温箱温度调至 37 培养 24 h,发现可疑致病菌后,应用法国梅里埃公司 ATB 细菌自动鉴定系统进行鉴定和作药敏。痰培养肺炎杆菌 1~2 次,2 例血培养出相同菌株。药敏:28 例肺炎杆菌对下述抗生素敏感:头孢噻肟钠 16 株(57.14%),头孢三嗪 15 株(53.57%),丁胺卡那 13 株(46.42%),阿莫西林+棒酸 11 株(39.29%),乙基西梭霉素、环丙沙星各 10 株(35.71%),氨曲南、亚胺培南、头孢他啶、复方新诺明、亚胺硫霉素分别为 8,8,7,7,3 株。X 线胸片:肺内斑点影、片状阴影 18 例,肺段或大叶性致密实变阴影 5 例,肺纹理粗、模糊 1 例;气胸、液气胸、胸膜增厚各 1 例。

1.5 治疗与转归

24 例均根据药敏试验选用抗生素:头孢噻肟钠

[收稿日期] 2000-11-11; [修回日期] 2001-02-15
[作者简介] 温志红(1967-),女,大学,副主任医师。

(每天 100 ~ 150 mg/kg) 16 例、头孢三嗪(每天 100 mg/kg) 及先锋 V(每天 50 ~ 80 mg/kg) 各 4 例静脉滴注,其中 9 例加用丁胺卡那或乙基西梭霉素(每天 6 ~ 8 mg/kg) 静滴。抗生素疗程 7 ~ 14 d,伴脓气胸、败血症者用 3 ~ 4 周。脓气胸予胸腔闭式引流,重症者辅予人血丙种球蛋白(每天 200 mg/kg) 静滴 3 d 或用血浆。均辅以气道湿化、吸痰、吸氧、平喘等治疗;出现并发症时行并发症治疗。患儿隔离、患儿所用器具、病室空气消毒。24 例均治愈。

2 讨论

肺炎杆菌是常见的条件致病菌,当呼吸道粘膜屏障受损特别是机体免疫功能障碍时感染的发生率增加。婴儿免疫机制不健全,易发生原发感染。结合本组资料,婴儿克雷伯杆菌肺炎有下述临床特点:

起病急骤,均有咳嗽,75%的病人有发热,部分病例伴消化道症状;进展快,15 例 48 h 内出现呼吸困难。有学者报道肺炎杆菌 4 d 内可使肺泡迅速破坏,形成空洞^[2]。本组 1 例农村患儿发病第 6 天至我院就诊时已经形成脓气胸。近半数病人出现喘憋,易误诊为毛细支气管炎。并发肺脓肿、脓胸者易误诊为金葡菌感染。痰液粘稠。出现砖红色或白色胶冻状痰,对诊断本病有一定帮助。并发症多见,主要表现为呼衰、心衰及败血症。外周血 WBC 多不增高,胸片无特异性改变,但早期血中 G-CSF 阳性率高。G-CSF 是由细菌或其他代谢产物刺激骨髓基质细胞产生的,是早期细菌感染的敏感指标^[3],对本病早期诊断有一定临床意义。肺炎杆菌肺炎临床表现缺乏特异性,难以与其它肺炎相鉴

别,对婴幼儿或免疫功能低下者应想到本病可能,痰涂片见有夹膜的革兰氏阴性杆菌可初步诊断,再作痰培养确诊。

肺炎杆菌毒力较强,并发症多,可对多种抗生素产生耐药造成治疗困难(尤其是医院感染),预后较差,过去未用抗生素时病死率高达 50% 以上^[1]。本组患儿全部治愈,考虑与本组多为原发感染、耐药菌株相对较少,患儿营养状况较好,多数无基础病以及我们早诊断、尽早足量使用有效抗生素有关。我们的治疗体验是:一旦怀疑本病,立即取痰送病原学检查,同时按经验选用针对革兰氏阴性杆菌广谱抗生素,随后根据药敏用药。本组对头孢噻肟钠、头孢三嗪、丁胺卡那、乙基西梭霉素、氨苄西林 + 棒酸、环丙沙星多敏感。超声雾化有利于湿化气道、稀释痰液。伴喘憋者予 M 胆碱受体阻滞剂(爱喘乐)氧驱动吸入,可扩张大、中气道平喘,并利于痰液排出。重症患儿用人血丙种球蛋白、血浆可提高机体抵抗力。针对肺炎杆菌易造成感染传播、流行的特点,我们将患儿隔离,对病房空气、雾化吸入装置、湿化器、吸痰器、患儿床、医护人员之手均进行消毒,严格执行无菌操作,故未造成医院感染传播或流行。

[参 考 文 献]

- [1] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳. 实用儿科学 [M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,1996, 1140 - 1157.
- [2] 皇甫鲜蜂. 肺结核合并克雷伯肺炎杆菌肺炎 1 例 [J]. 中国防痨杂志,1994, 16(3): 139 - 140.
- [3] 和晓青,陈积梅. 检测粒细胞集落刺激因子鉴别有无细菌感染 [J]. 中华医学检验杂志,1995, 18(4): 248.

(本文编辑:俞燕)