

30 例小儿肺炎支原体肺炎的临床诊治分析

张 利(四川省资阳市第一人民医院儿科 641300)

【摘要】 目的 探讨小儿肺炎支原体肺炎的临床特点及治疗效果。**方法** 回顾性分析收治的 30 例肺炎支原体感染患儿的临床表现及治疗。**结果** 肺炎支原体肺炎患儿常表现出肺部阳性体征少,临床症状重,胸部 X 线片异常检出率高等特点。本组首选大环内酯类抗菌药物,一期治愈率为 90%,对一些难治性病例酌情加用糖皮质激素以抑制肺炎支原体所致的免疫炎性反应,30 例患儿的症状均好转,实验室检查指标正常。**结论** 对小儿肺炎支原体感染的早期诊断应重视胸部影像学检查,对难治性病例可考虑适当的糖皮质激素干预。

【关键词】 肺炎; 肺炎支原体; 儿童,大环内酯类

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)02-0240-02

肺炎支原体是儿童呼吸道感染的常见病原体之一,肺炎支原体肺炎一般起病缓慢,临床症状多样,病程长,且易并发多系统、多脏器的肺外并发症,多见于年龄较大的儿童,但近年来幼小儿童的发病率有所增加^[1]。但由于肺炎支原体肺炎临床症状缺乏典型性,且病原体的分离和血清学检测方法的特异性及敏感性的差异,以致患儿的预后可能会出现迁延,甚至出现严重的并发症^[2]。本文回顾分析了本院 2010 年 12 月至 2012 年 2 月收治的 30 例小儿肺炎支原体感染的患儿临床治疗资料,探讨小儿肺炎支原体感染的诊断及治疗的体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2010 年 12 月至 2012 年 2 月收治的小儿肺炎支原体感染的患儿 30 例,其中男 13 例,女 17 例;年龄 0.5~9 岁,平均(1.3±1.9)岁;<1 岁 5 例(16.67%),1~4 岁 16 例(53.33%),5~9 岁 9 例(30.00%)。所有患者完全符合《实用儿科学》的肺炎支原体感染诊断标准^[3]。

1.2 方法 所有患儿均行常规胸部 X 线片检查,7 例肺门结构不清的患儿行 CT 检查,未行肺通气功能测定以及支气管激发试验。酶联免疫吸附试验检测患儿血清肺炎支原体 IgM 抗体,IgM 抗体滴度大于或等于 1:80 为阳性。常规检测心电图、血清心肌酶谱、外周血常规及痰细菌培养。

2 结果

2.1 临床表现 所有患儿均表现出咳嗽,起病初期为干咳,随后加重,15 例(50.0%)表现为阵发性刺激性呛咳,8 例(26.7%)表现为顽固性剧烈咳嗽。患儿均有发热体征,其中体温高于 38℃者 28 例(93.3%),低于 38℃者 2 例(6.7%)。此外,有 12 例(40.0%)出现肺呼吸音变粗的现象,13 例(43.3%)表现为干性啰音,5 例(16.7%)表现为湿性啰音。病程一般持续 7~20 d。

2.2 实验室检查 30 例患儿入院后均检测肺炎支原体 IgM 滴度大于或等于 1:80 为阳性提示为近期感染。外周血白细胞计数正常患儿 20 例(66.7%),白细胞略有升高者 10 例(33.3%)。痰培养结果均为正常菌群,未发现合并致病菌生长。经胸部 X 线片检查,表现为单侧或双侧不同程度的肺部间质浸润性阴影患儿 10 例(33.33%);表现为大小不等的肺段呈条索状或斑点状肺实质浸润性病变的患儿 20 例(66.67%)。其中 3 例有胸膜改变,表现为肋膈角变钝或消失,局部胸膜增厚,有少量胸膜腔积液等现象,7 例患儿因伴有肺门淋巴结肿大,肺门结构不清而另行肺部 CT 检查。30 例患儿中仅 2 例出现心电图异常,1 例表现为心动过缓,1 例表现为左前分支传导

阻滞。血清心肌酶学肌酸激酶同工酶和肌钙蛋白检测未见异常。

2.3 治疗方法 所有患儿均使用大环内酯类抗菌药物进行治疗,具体方法:首选红霉素,用量为 15~30 mg/(kg·d);红霉素不耐受者改用阿奇霉素,用量 10 mg/(kg·d)静脉滴注,连用 3~5 d 为一疗程,5~7 d 后给予第 2 疗程,在病情得到控制后改为口服用药。一般总的疗程为 2~3 周。同时对患儿给予止咳、化痰、退热等对症治疗措施。

2.4 转归 经过使用大环内酯类抗菌药物治疗 2~3 周后,所有患儿均有明显好转,其中 27 例患儿已痊愈,一期治愈率为 90%。另外 3 例:1 例入院后予阿奇霉素静脉滴注,连用 3~5 d 为一疗程,5~7 d 后给予第 2 疗程,间隔期予静脉滴注头孢曲松钠治疗;1 例入院后给予阿奇霉素静脉滴注,连用 5 d 先后给予头孢曲松钠静脉滴注,治疗 3 d,红霉素静脉滴注,治疗 10 d;1 例患儿入院后经阿奇霉素静脉滴注,治疗 4 d 无效,患儿仍有反复发热,并有少量胸膜腔积液表现,加用甲泼尼龙静脉滴注,连用 3 d,用药 2 d 后热退,热程 10 d。随访 2~3 个月肺部炎症反应吸收,总有效率为 100%。

3 讨论

肺炎支原体是一类介于病毒与细菌之间的无细胞壁的原核细胞微生物,也是导致儿童肺炎最常见的病原体,其所致的肺炎临床上可占儿童肺炎的 20%~30%,流行期甚至可高达 50%~60%^[4]。其特点主要是冬季发病较多,约每隔 3~7 年发生 1 次地区性流行,其流行特点为持续时间较长。既往认为肺炎支原体肺炎一般多见于年长儿童,病程有自限性,病情轻且预后好。但近年来发现肺炎支原体肺炎有向低龄儿童扩散的趋势,且重度肺炎的发病率及严重并发症发生率均有所增加^[5]。肺炎支原体感染的临床表现有如下一些特征,即肺部阳性体征较少,但临床症状重,胸部 X 线片异常率高,因此对疑似感染肺炎支原体的患儿早期 X 线片检查对该病的鉴别诊断意义重大;其次,患儿的外周血白细胞的异常升高多不明显,而肺炎支原体抗体滴度的峰值通常在病程的 2~4 周,在病程的初期(1 周内)及较晚时候(4 周以上)抗体滴度反而较低,因此对肺炎支原体肺炎的诊断应重视抗体检测的时机,有条件时最好能动态观测;再则,此病的肺外并发症多,合并其他病原体(病毒或细菌)感染的可能性大,因此应重视临床筛查和及时的痰培养。临床治疗上,支原体对大环内酯类抗菌药物敏感,其中以红霉素为首选药物,一般使用剂量为 30 mg/(kg·d),口服每天 3 次,即可改善临床症状,疗程应控制在 2~3 周。此

外,阿奇霉素、美欧卡霉素、利福平和乙酰螺旋霉素的疗效也比较显著^[6]。对难治性或重症肺炎支原体肺炎目前尚无统一诊断标准,有学者将病情重或出现严重肺外并发症,或单用大环内酯类抗菌药物治疗 1 周无效,或病程超过 6 周仍迁延不愈者,视为重症病例^[5]。此外,对难治性患儿应考虑存在支原体血症和全身炎症反应综合征的可能性,对大环内酯类药物治疗无效的重症病例,可考虑加用糖皮质激素治疗,本组 1 例加用甲泼尼龙治疗,病情很快控制。鉴于肺炎支原体肺炎常伴有一些严重的并发症,如胸腔积液、肺不张、肺脓肿甚至肺坏死等,因此临床治疗手段上应重视及时的外科干预和定期的随访复查,以避免和减少后遗症的发生。

参考文献

- [1] 韩秋丽. 小儿肺炎支原体肺炎 85 例临床分析[J]. 中国现代医生, 2009, 47(14): 142-143.
- [2] 董晓艳, 陆权. 小儿肺炎支原体感染的诊治现状与进展

- [J]. 实用儿科临床杂志, 2011, 25(4): 235-238
- [3] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1204-1205.
- [4] 孙肇琴, 罗孝华. 门冬氨酸阿奇霉素与乳糖酸红霉素治疗儿童支原体肺炎的疗效比较[J]. 实用临床医学, 2007, 8(7): 81-82.
- [5] Chiang WC, Teoh OH, Chong CY, et al. Epidemiology, clinical characteristics and antimicrobial resistance patterns of community-acquired pneumonia in 1702 hospitalized children in Singapore[J]. Respiriology, 2007, 12(2): 254-261.
- [6] 吕宏禄. 阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎临床观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(10): 766-767.

(收稿日期: 2013-05-22 修回日期: 2013-10-10)

• 临床研究 •

脂肪酸结合蛋白检测在急性心肌梗死早期诊断中的临床价值

杨天平(江苏省张家港市中医医院检验科 215600)

【摘要】 目的 研究脂肪酸结合蛋白检测在早期诊断急性心肌梗死中的临床价值。**方法** 选择 75 例急性冠状动脉综合征患者为观察组;健康体检者 75 例作为健康对照组,检测所有患者发作前以及健康体检者的体内血清中的脂肪酸结合蛋白、心肌肌钙蛋白 I(cTnI)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、肌红蛋白(MYO)等。当观察组患者出现急性胸痛时,监测 3 h 内患者体内的以上 4 项指标。**结果** 当观察组患者发作急性心肌梗死时,以上 4 项指标均升高明显,与健康对照组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。而通过观察组内的比较发现,当患者发生急性心肌梗死时,脂肪酸结合蛋白的升高幅度明显高于其他 3 项指标,脂肪酸结合蛋白、cTnI、CK-MB、MYO 的升高率分别为 97%、65%、22%、21%,脂肪酸结合蛋白在心肌梗死发作 3 h 内升高幅度显著,与其余指标相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 脂肪酸结合蛋白在发生急性心肌梗死时可在短时间内升高,其特异性以及灵敏性均较其他心肌酶高,具有重要临床诊断意义。

【关键词】 心肌梗死; 脂肪酸结合蛋白; 心肌酶

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 02. 049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)02-0241-02

急性心肌梗死的早期诊断较为困难^[1],心电图常由于病例以及疾病过程的复杂性,不能特异性的诊断为心肌梗死^[2]。随着科技的进步心肌酶谱的检测得到快速发展,心肌肌钙蛋白 I(cTnI)的升高往往提示心肌发生病变,以 cTnI 为主的多方位检测心肌特异性物质,而此方法已作为一种常规检测方法^[3],但其时间间隔较长,不能早期诊断心肌梗死;肌红蛋白(MYO)能够较早期发生改变,其特异性较差,很少在临床中应用^[4];脂肪酸结合蛋白作为一种新的心肌酶已被人们广泛认识。本次研究主要致力于在早期心肌梗死时检测脂肪酸结合蛋白的意义,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 3 月至 2013 年 3 月本院收治的急性冠状动脉综合征患者 75 例为观察组,其中男 51 例,女 24 例,年龄 30~71 岁,平均(58.1±4.2)岁;所有患者的诊断均符合中华医学会在 2003 年制订的《急性冠状动脉综合征诊疗指南》^[5]中的诊断标准,均排除其他能够引起胸痛的疾病。选择同期本院健康体检者 75 例为健康对照组,其中男 35 例,女 40 例,年龄 31~73 岁,平均(55.1±3.8)岁。

1.2 仪器与试剂 脂肪酸结合蛋白、MYO 检测试剂盒由上

海单抗制药技术有限公司提供,cTnI 的检测采用美国 PBM 公司提供的固相层析免疫法试剂盒。

1.3 检测方法 首先对所有患者在发作前以及健康体检者进行静脉血采集,根据患者的身体情况,分别取 3~5 mL 的血液,检测患者血液的心肌酶谱,其中包括肌酸激酶同工酶(CK-MB)、cTnI、MYO 和脂肪酸结合蛋白。脂肪酸结合蛋白的检测原理为双抗体夹心法。在检测板血样孔中加入约 75 μ L 血清进行观察,其阳性指标为检测线和对照线均变色,为紫红色。MYO 的检测方法与脂肪酸结合蛋白相同;CK-MB 的检测的方法为酶联免疫荧光法,cTnI 的检测采用固相层析免疫法。在患者急性发作心肌梗死后 3 h 采集患者体内的血液,并对血清中的以上 4 项指标进行详细检测。

1.4 统计学处理 采用 SPSS14.0 软件进行统计学数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较 t 检验,检验标准为 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心肌酶谱指标比较 观察组患者发作 3 h 后,cTnI、CK-MB、MYO 及脂肪酸结合蛋白均出现明显上升,与健康对照组及未发作时相比差异均有统计学意义($P < 0.05$),而观察