

不同年龄组支原体肺炎临床分析

董传莉, 谢怀珍

[摘要] 目的: 探讨不同年龄组小儿肺炎支原体 (*Mycoplasma pneumoniae*, MP) 肺炎的临床特征, 提高对本病的认识。方法: 将 94 例确诊为 MP 肺炎的患儿按年龄分为婴幼儿组、学龄前组及学龄组, 对其临床资料进行回顾性分析。结果: 发病年龄以学龄儿童多见 (45.75%)。在症状、体征、胸部 X 线片及特异性 MP-IgM 抗体滴度等方面婴幼儿组与学龄前组和学龄组差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 而学龄前组与学龄组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。94 例患儿中有 18 例肺外并发症, 但组间发生率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。所有病例用红霉素、阿奇霉素治愈。结论: 小儿 MP 肺炎好发于学龄儿童, 不同年龄组临床特点与机体免疫系统的发育水平、免疫反应程度有关。大环内酯类抗生素疗效肯定。

[关键词] 肺炎, 支原体属; 儿童, 住院; 临床特征

[中国图书资料分类法分类号] R 563.1 **[文献标识码]** A

Clinical analysis of *Mycoplasma pneumoniae* in different age groups

DONG Chuan-li, XIE Huai-zhen

(Department of Pediatrics, The Second Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233040, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the clinical characteristics of children's *Mycoplasma pneumoniae* (MP) in different age groups and to improve the recognition of the disease. **Methods:** Ninety-four cases of MP were divided into three groups: infants, preschool children and school children, and their clinical data were analyzed retrospectively. **Results:** Forty-three cases (45.75%) of the cases were school children. The infants group was significantly different from the preschool children group and the school children group in symptoms, physical signs, sternum and specific anti-MP-IgM antibody titer ($P < 0.05$). However, the preschool children group and the school children group were similar in those aspects ($P > 0.05$). The extra-pulmonary complications occurred in 18 cases, with no significant difference in the incidence rates among the three groups ($P > 0.05$). All the cases responded well to erythromycin and azithromycin. **Conclusions:** Children's MP occurs most frequently in school children. The clinical characteristics of different groups are relevant to the development level of immunity and immunoreaction. Macrolides antibiotics is effective for treatment of MP.

[Key words] pneumonia, *Mycoplasmas*; child, hospitalized; clinical characteristics

近年来,随着肺炎病原学的变迁,肺炎支原体 (*Mycoplasma pneumoniae*, MP) 已成为小儿肺炎的常见病原,MP 肺炎发生率呈上升趋势,年龄范围扩大,临床表现轻重不一,可引起多器官损害。在工作中我们发现不同年龄段 MP 肺炎的临床特征有一定差异。现对 2003 ~ 2006 年我院儿科确诊的 94 例 MP 肺炎患儿的临床资料进行分析,旨在探讨不同年龄段小儿 MP 肺炎的临床特征,提高对本病的认识。

1 资料与方法

1.1 一般资料 94 例肺炎支原体肺炎患儿均符合《实用儿科学》中支原体肺炎的诊断标准^[1]。其中男 51 例,女 43 例;年龄 11 个月 ~ 3 岁 (婴幼儿组) 16 例, >3 ~ 6 岁 (学龄前组) 35 例, >6 ~ 14 岁 (学龄组) 43 例。确诊前均曾使用过青霉素类或 β -内酰胺类抗生素,效果不佳。

1.2 检查方法 采用日本富士瑞比欧株式会社生产的 SERODIA-MYCO II 试剂盒,用特异性免疫凝集试验检测患儿外周血清 IgM 抗体,滴度 $\leq 1:40$ 为正常, $\geq 1:80$ 为阳性。94 例均在发病 1 周后检测外周血抗 MP-IgM 抗体,其中 5 例滴度为 1:80, 40 例滴度为 1:160, 49 例滴度 $\geq 1:320$ 。72 例患儿的外周血白细胞计数正常。胸部 X 线表现为小叶实质浸润 44 例,支气管、血管周围间质浸润 31 例,叶/段实质浸润 19 例,合并肺门影增大增浓 28 例。

1.3 临床表现 94 例患儿中,发热 76 例,多为持续中度以上发热,热程 4 ~ 10 天,且均有咳嗽,刺激性干咳 56 例,痰咳 38 例,喘息 4 例,肺部听诊有罗音 33 例。肺外并发症 18 例,其中累及 1 个肺外器官 16 例;多器官损害 2 例,均为学龄儿童。

1.4 治疗方法 临床早期诊断或确诊后均予大环内酯类抗生素序贯治疗,首选红霉素 20 ~ 30 mg · kg⁻¹ · d⁻¹ 静脉滴注,7 ~ 10 天后改为阿奇霉素口服 2 ~ 3 个疗程,口服剂量按 10 mg · kg⁻¹ · d⁻¹, 1 次/天,连用 3 天,停用 4 天为 1 个疗程。红霉素静脉滴注胃肠道反应重不能耐受者,改用阿奇霉素 10 mg

[收稿日期] 2007-06-26

[工作单位] 蚌埠医学院第二附属医院 儿科,安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 董传莉 (1970 -), 女, 主治医师。

· kg⁻¹ · d⁻¹ 静脉滴注, 连用 5 天, 停药 4 天后口服阿奇霉素 2~3 个疗程。总疗程一般 3~4 周。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 临床特征 MP 肺炎患儿的发病年龄以学龄儿童多见, 6~14 岁 43 例(45.75%)。临床表现以发热 76 例(80.85%) 和咳嗽 94 例(100%) 为最常见; 肺部体征多不明显, 胸部 X 线表现多种多样, 小

叶实质浸润 44 例(46.81%), 肺间质改变 31 例(32.98%), 叶/段实质浸润 19 例(20.21%), 28 例(29.79%) 合并肺门影增大增浓。在咳嗽、肺部罗音、胸部 X 线及特异性 MP-IgM 抗体滴度等方面婴幼儿组与学龄前组及学龄组差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 而学龄前组与学龄组差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。18 例(19.15%) 有肺外并发症, 但 3 组的发生率差异无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 1)。

表 1 3 组临床特征比较 [n; 发生率 (%)]

分组	n	发热	干咳	咳痰	罗音	胸部 X 线*			抗体滴度*		肺外并发症
						间质浸润	小叶实质浸润	叶/段实质浸润	≤1:160	≥1:320	
婴幼儿组	16	11(68.75)	2(12.50)	14(87.50)	14(87.50)	0(0.00)	16(100.00)	0(0.00)	13(81.25)	3(18.75)	2(12.50)
学龄前组	35	30(85.71)	22(62.86) *	13(37.14) *	10(28.57) *	13(37.14)	15(42.86)	7(20.00)	15(42.86) *	20(57.14)	6(17.14)
学龄组	43	35(81.40)	32(74.42) *	11(25.58) *	9(20.93) *	18(41.86)	13(30.23)	12(27.91)	17(39.53) *	26(60.47)	10(23.26)
合计	94	76(80.85)	56(59.57)	38(40.43)	33(35.11)	31(32.98)	44(46.81)	19(20.21)	45(47.87)	49(52.13)	18(19.15)
χ^2	—	2.06	18.81	18.81	23.73	—	1.11 [△]	—	8.69	—	1.02
P	—	>0.05	<0.005	<0.005	<0.005	—	>0.05	—	<0.05	—	>0.05

△示秩和检验; 与婴幼儿组比较 * $P < 0.05$; # % 为构成比

2.2 转归 经综合治疗, 94 例临床痊愈, 未发现耐药情况。

3 讨论

MP 是儿童社区获得性肺炎最常见的病原之一, 主要通过呼吸道飞沫传播, 可引起散发和局部小流行。发病年龄以学龄儿童多见, 本组 45.75% 为学龄儿童, 37.23% 为学龄前儿童, 3 岁以下仅占 17.02%, 提示 MP 肺炎虽可发生在婴幼儿, 但高峰年龄依然是学龄儿童。分析总结婴幼儿组、学龄前组及学龄组的临床特征, 发现婴幼儿组在临床特征上与后两组存在显著差异。婴幼儿组 MP 肺炎高热少, 咳痰多, 肺部听诊多有干湿罗音, 胸部 X 线均表现为双肺受累的支气管肺炎, 与婴幼儿非肺炎支原体肺炎相似^[2]; 学龄前组及学龄组多以高热、刺激性干咳、肺部体征少为特征, 胸部 X 线资料显示支气管肺炎的比例明显下降, 而间质性肺炎、叶/段性肺炎的比例有较大幅度上升, 趋向成人 MP 肺炎的胸部 X 线特点。婴幼儿组特异性 MP-IgM 抗体滴度较低 ($81.25\% \leq 1:160$), 而学龄前组及学龄组特异性 MP-IgM 抗体滴度多 $\geq 1:320$ 。学龄前组及学龄组在咳嗽、肺部罗音、胸部 X 线及特异性 MP-IgM 抗体滴度等方面比较差异无统计学意义。分析婴幼儿组的临床特征与婴幼儿免疫系统发育不成熟, 免疫功能低下, 产生抗体的免疫应答反应相对低下、血清 IgM 抗体滴度低^[3,4], 控制炎症能力较差, 病变易于

扩散有关; 而学龄前组及学龄组的临床特征则与其免疫系统发育日臻完善有关。

近年来, 随着 MP 肺炎发生率的上升, 关于其肺外并发症的报道也逐渐增多。本组肺外并发症 18 例, 发生率为 19.15%, 以 1 个肺外脏器受累为主, 各年龄组肺外并发症的发生率无显著差异, 但年长儿症状常较重。本组 2 例多器官损害均为学龄儿童, 这可能与年长儿免疫功能日趋成熟, 产生的免疫反应较强有关。目前认为, MP 肺炎的肺外并发症的发生机制是直接侵犯与免疫损伤二者兼有^[5,6], 全身各系统均可受累, 部分可以肺外表现作为首发症状, 这常使病情复杂化, 容易引起误诊。本组 18 例肺外并发症中有 1 例开始即表现为高热、猩红热样皮疹, 以猩红热收住, 很快出现多器官损害, 经胸部 X 线及特异性 MP-IgM 抗体检测确诊为 MP 肺炎合并多器官损害。因此对以肺外表现为首发症状, 同时伴有多脏器损害, 用细菌和病毒感染不能解释者, 应考虑到 MP 感染的可能性。

目前特异性 MP-IgM 抗体虽是检测支原体感染的有效手段, 但从 IgM 动态检测结果来看, 病后 7~10 天对可疑患儿采血检测, 方可获得较高阳性结果^[7], 故其不能成为理想的早期诊断方法, 要快速有效地控制肺炎支原体感染必须依靠经验性诊断和治疗^[8]。本组有 12 例急性起病, 病程小于 7 天, 持续高热、刺激性干咳、肺部体征少、青霉素或 β -内酰胺类抗生素疗效差, 胸片有以上 3 种表现之一, 根据

经验我们高度怀疑支原体感染,及时予以红霉素诊断性治疗,取得满意疗效,结合后期的 MP-IgM 抗体检测最后确诊。

MP 是介于细菌与病毒之间的一种微生物,无细胞壁,蛋白质丰富,治疗上应首选影响蛋白质合成、对儿童生长发育危害少的大环内酯类抗生素^[5]。已知 MP 寄生在细胞外,且可通过血行播散到全身任何器官组织,为获得较好的疗效,就要兼顾血药质量浓度和细胞内水平的问题^[6]。因此多年来我们首选血清浓度高的红霉素静脉滴注,待临床症状缓解后改用组织浓度高的阿奇霉素口服,进入序贯治疗。经综合治疗所有患儿临床痊愈,尚未发现耐药情况。值得注意的是美国食品和药品管理局(FDA)未批准小于 16 岁儿童采用阿奇霉素静脉制剂,而我国一些医院即使在小年龄儿也盲目采用静脉用药,这是欠妥当的^[9]。因此我们建议婴幼儿不使用阿奇霉素静脉滴注,对于年龄在 3 岁以上、静脉滴注红霉素不能耐受者改用阿奇霉素静脉滴注时应向家长告知阿奇霉素的毒副作用,取得家长的知情同意后方可使用,从而减少医患纠纷。

[文章编号] 1000-2200(2008)03-0335-02

· 临床医学 ·

胆总管囊肿切除 24 例临床分析

徐 冰

[摘要] 目的:总结胆总管囊肿实施囊肿全切除的临床经验。方法:24 例 I 型胆总管囊肿中行肝总管与空肠 Roux-Y 型吻合 16 例,空肠间置肝总管与十二指肠吻合 4 例,左右肝管与空肠 Roux-Y 型吻合 4 例,囊肿均全切除,不保留囊肿上端的喇叭口。结果:24 例完整切除囊肿,使用不同的吻合,术后未出现吻合口狭窄、胆管炎及癌变。结论:胆总管囊肿手术中囊肿应完整切除,避免残留恶变因素,或由于狭窄环的存在而反复发作的胆管炎。

[关键词] 胆总管囊肿;胆管疾病/外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 735.8;R 657.4

[文献标识码] A

胆总管囊肿是一种常见的胆道先天性畸形,多在婴幼儿及少年时期出现临床症状。胆管在有明显扩张和胆汁淤滞时,非手术治疗预后差。由于胆总管十二指肠吻合术保留囊腔,囊腔壁已增厚纤维化并失去弹性,腔内胆汁淤滞反复发生感染,感染后囊壁细胞脱落或细菌结集而易形成结石,胰液反流入胆管,各种胰酶会在胆道被激活,而对胆道黏膜产生破坏作用,在胆道黏膜的破坏、修复、破坏的过程中易发生化生而致癌。1990~2007 年,我院对 24 例胆总管囊肿患者行根治性全切除术,取得明显效果,现作报道。

[收稿日期] 2007-11-09

[作者单位] 安徽省安庆市立医院 普外科,246000

[作者简介] 徐 冰(1965-),男,副主任医师。

[参 考 文 献]

- [1] 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,2003:1 204-1 205.
- [2] 李树青,岳宝珠,延 永,等.婴幼儿肺炎支原体肺炎的临床特点及分析[J].中国全科医学,2005,8(14):1 147-1 148.
- [3] Lind K, Bentzon MW. Ten and a half years seroepidemiology of *Mycoplasma pneumoniae* in Denmark [J]. *Epidemiol Infect*, 1991, 107(1):189-199.
- [4] Yu J, Yoo Y, Kim DK, et al. Distributions of antibody titers to *Mycoplasma pneumoniae* in Korean children in 2000-2003 [J]. *J Korean Med Sci*, 2005, 20(4):542-547.
- [5] 董宗祈.肺炎支原体肺炎患儿的治疗[J].小儿急救医学,2002,9(3):137-138.
- [6] 董宗祈.肺炎支原体感染的致病机制与治疗的关系[J].实用儿科临床杂志,2007,22(4):243-245.
- [7] 袁 壮,董宗祈,鲁继荣,等.小儿肺炎支原体肺炎诊断治疗中的几个问题[J].中国实用儿科杂志,2002,17(8):449-457.
- [8] 黄绍光,陈 巍.肺炎支原体肺炎的诊断与治疗[J].医学临床研究,2003,20(4):277-278.
- [9] 江 澜,刘传合,赵顺英.2005 年全国小儿社区获得性呼吸道感染专题研讨会纪要[J].中华儿科杂志,2005,43(11):876-877.

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 8 例,女 16 例;年龄 3 个月~46 岁,超过 14 岁 4 例。按 Flanigan 分型均为 I 型。上腹痛 20 例,巩膜黄染 22 例,发热 6 例。上腹部可扪及包块 18 例。术前均经 B 超、MRI + MRCP 检查确诊。

1.2 方法 24 例均行根治性全切除术。肝总管与空肠 Roux-Y 型吻合 20 例,空肠间置肝总管与十二指肠吻合 4 例,左右肝管与空肠 Roux-Y 型吻合 4 例。囊肿左右径为 3.0~15.0 cm,上下径约 4.0~13.0 cm,前后径约 3.0~10.0 cm。术中抽取囊液送检测淀粉酶,部分病例行囊肿穿刺造影,以明确囊肿上下端的病变及胆胰汇合部有无异常。囊肿全切后肝总管直径超过 1 cm 6 例,直接与空肠 Roux-Y