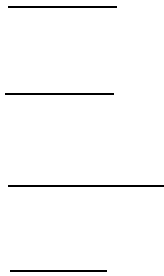


## 临床执业（助理）



金英杰

金英杰医学  
JINYINGJIE.COM

# 第一节 原发型肺结核

原发型肺结核是原发性结核病中最常见者，为结核杆菌初次侵入肺部后发生的原发感染，是小儿肺结核的主要类型，占儿童个型肺结核总数的 85.3%。

原发型肺结核包括原发综合征和支气管淋巴结结核。

(1) 前者由肺原发病灶、局部淋巴结病变和两者相连的淋巴管炎组成 **亚玲状**

(2) 后者以胸腔内肿大的淋巴结为主 **最多见**

## 一、病理

典型的原发综合征呈“双极”病变，即一端为原发病灶，一端为肿大的肺门淋巴结。

基本病变为渗出、增殖、坏死。坏死特征是干酪样坏死。

## 二、临床表现

1. 症状轻重不一。轻者可无症状，一般起病缓慢，可有低热、纳差、疲乏、盗汗等结核中毒症状，多见于年龄较大儿童。

2. 婴幼儿及重症患儿可急性起病，高热可达 39℃~40℃，但一般情况尚好，与发热不相符，持续 2~3 周后转为低热，并伴结核中毒症状，干咳和轻度呼吸困难最为常见。

3. 致敏症状：部分患儿出现结核变态反应的表现：眼疱疹性结膜炎、皮肤结节性红

## 斑、多发性一过性关节炎等

必考点提示：一定要区别川崎病，川崎病有草莓舌、心脏损害。而结核没有。

### 4. 压迫症状

当胸内淋巴结高度肿大时产生压迫症状；

压迫气管分叉处处出现类似百日咳样痉挛性咳嗽；

压迫支气管使其部分阻塞时引起喘鸣；

压迫喉返神经可致声嘶

反思

压迫静脉可致胸部一侧或双侧静脉怒张。

### 三、诊断及鉴别诊断

1. 结核菌素试验 为简便实用的诊断方法。最特异

结核早期诊断首选-X 线检查

结核最特异首选-PPD 检查

结核金标准:痰培养

(1) 原发综合征:小儿原发型肺结核在 X 线胸片上呈现典型哑铃状双极影者已少见。



(2)支气管淋巴结结核: 是小儿原发型肺结核 X 线胸片最为常见者。

分三种类型:①炎症型②结节型③微小型

小儿结核首选检查—抗酸染色

异烟肼周围神经炎—维生素 b6

原发肺结核影像—哑铃状

#### 四、治疗

一般治疗及治疗原则见总论。抗结核药物的应用如下:

1. 无明显症状的原发型肺结核: 选用标准疗法, 每日服用异烟肼 (INH)、利福平 (RFP) 或乙胺丁醇 (EMB), 疗程 9~12 个月。

2. 活动性原发型肺结核: 短程化疗 (DOTS) 强化治疗阶段宜用 3~4 种杀菌药, 即 INH、RFP、PZA (吡嗪酰胺) 或 SM (链霉素), 2~3 个月后, RFP 或 EMB 巩固维持治疗。

常用方案为 2HRZ/4HR。

有 Z6 个月, 无 Z9 个月。



## 第二节 结核性脑膜炎

简称**结脑**，是小儿结核病中**最严重的类型**。初染结核 4~6 个月最易发生结脑。

多见于 3 岁内婴幼儿。

若诊断不及时和治疗不当，病死率及后遗症的发生率仍较高，并发**脑积水-脑疝死亡**。

小儿结核病中**最严重的类型**：**结脑**

小儿结核病中**最常见的类型**：**原发型**



### 一、临床表现

#### 1. 早期（前驱期）

约 1-2 周，以**小儿性格改变**为主

婴儿则表现为**皱额或凝视、嗜睡**等。或发育迟滞，结核中毒症状、头痛。

#### 2. 中期（脑膜刺激期）

约 1~2 周，因**颅内压增高致剧烈头痛**、喷射性呕吐、嗜睡或烦躁不安、惊厥等。出现

明显**脑膜刺激征**，颈项强直，凯尔尼格征(Kem 进征)、布鲁津斯基征(Brudzinski 征)阳性。

**幼婴**则表现为**前囟膨隆、颅缝裂开**。此期可出现**颅神经障碍**，最常见者为**面神经瘫痪**。

**面神经 7**、舌下神经 12、动眼神经 3、外展神经 6

3.晚期(昏迷期): 约 1-3 周, 以上症状逐渐加重, 由意识朦胧, 半昏迷继而昏迷。阵挛性或强直惊厥频繁发作, 最终因颅内压急剧增高致脑疝致呼吸及心血管中枢麻痹而死亡。

根据小儿结脑的病理变化、病情轻重及临床表现, 可分为以下 4 型:

- (1) 浆液型: 多见于疾病早期, 病情较轻。
- (2) 脑底脑膜炎型: 为最常见的一型。炎性病变主要位于脑底—常并发脑积水
- (3) 脑膜脑炎型
- (4) 脊髓型: 如截瘫、感觉障碍、括约肌功能障碍等。

## 二、诊断

脑脊液检查对本病的诊断极为重要

常规检查:脑脊液压力增高, 外观无色透明或呈毛玻璃样, 结核杆菌检出率较高。白细胞数多为  $50 \times 10^6/L$ — $500 \times 10^6/L$ , 分类以淋巴细胞为主, 糖和氯化物均降低为典型改变。

脑脊液查到结核菌是诊断结脑最可靠依据。

## 三、并发症及后遗症

最常见: 脑积水、脑实质损害、脑出血及颅神经障碍。

## 四、治疗

## 1. 一般疗法

## 2. 抗结核治疗

(1) 强化阶段：联合使用 INH、RFP、PZA 及 SM，约 3~4 个月。

(2) 巩固阶段：继用 INH，RFP 或 EMB，RFP 或 EMB 9~12 个月。抗结核药物

总疗程不少于 12 个月。或待脑脊液恢复正常后继续治疗 6 个月。

## 3. 降低颅高压

(1)脱水剂:常用 20%甘露醇。

(2)利尿剂。

(3)侧脑室穿刺引流

(4)腰穿减压及鞘内注药:3 岁以上每次注入 INH50mg，10-20 次为 1 疗程

(5)分流手术:为彻底解决颅高压问题，可考虑作侧脑室小脑延髓池分流术。

## 4.糖皮质激素

能抑制炎症渗出从而降低颅内压，可减轻中毒症状及脑膜刺激症状，有利于脑脊液循环，并可减少粘连，从而减轻或防止脑积水的发生。疗程 8 周(2 月)

## 5. 对症治疗

惊厥的处理:首选安定。

# 神经系统

## 第一节 化脓性脑膜炎

考点精要:是小儿、尤其婴幼儿时期常见的中枢神经系统化脓性细菌的感染性疾病。临床以急性发热、惊厥、意识障碍、颅内压增高和脑膜刺激征、以及脑脊液脓性改变为特征。6月以下幼婴患本病预后更为严重。

### 一、致病菌和入侵途径

(1) 新生儿和<3个月婴儿:以肠道革兰阴性杆菌(大肠杆菌最多见,其次为变形杆菌、铜绿假单胞菌等)和金黄色葡萄球菌为主

(2) 3个月~3岁儿童:以脑膜炎双球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌为主

(3) 学龄前和学龄期儿童:以肺炎链球菌和脑膜炎球菌多见

### 二、临床表现

#### 1.典型表现

90%的化脑为5岁以下小儿,1岁以下是患病高峰,典型临床表现可简单概括为三方面:

(1)感染中毒及急性脑功能障碍症状:包括发热、烦躁不安和进行性加重的意识障碍。



随病情加重，患儿逐渐从神萎、嗜睡、昏睡、昏迷到深度昏迷。脑膜炎双球菌感染易有**瘀斑、瘀点**和休克。

(2)**颅内压增高表现**:包括头痛、呕吐,婴儿则有前囟饱满与张力增高、头围增大等。合并脑疝时，则有呼吸不规则、突然意识障碍加重或瞳孔不等大等征兆。

(3)**脑膜刺激征**:以**颈强直**最常见,其他如 Kernig 征和 Brudzinski 征阳性。

## 2.非典型表现

**新生儿和<3个月**幼婴化脑多隐匿起病，**症状体征不典型**，出现面色青灰、拒食、少动、吐奶、发绀、黄疸、呼吸不规则等非特异性症状与败血症相似。主要差异在:

(1)体温可高、可低或不发热，**甚至体温不升**。

(2)颅内压增高表现不明显，**可能仅有吐奶、尖叫或颅缝分离**。

(3)**惊厥发作不典型**，如仅见面部、肢体局灶或多灶性抽动、局部或全身性肌阵挛、或呈眨眼、呼吸不规则、屏气等不显性发作。

(4)**脑膜刺激征不明显或少有**。

## 三、实验室检查

**脑脊液检查** 是**确诊本病的重要依据**，典型改变是:压力增高，外观混浊似**米汤样**，白

细胞总数显著增多， $\geq 1000/\text{mm}^3$ ，分类以中性粒细胞为主。蛋白质含量显著增多，糖含量显著降低。

确认致病菌对明确诊断和指导治疗有重要意义，涂片革兰染色检查致病菌简便易行。

细菌培养阳性者应做药物敏感试验。

#### 四、并发症和后遗症

##### 1. 硬脑膜下积液

主要发生在1岁以下婴儿

凡经化脑有效治疗48~72小时后，体温不退，意识障碍、惊厥或颅压增高等脑症状无好转，甚至进行性加重者，首先应怀疑本症可能性。

头颅透光检查（简便）和CT扫描可协助诊断，但最后确诊，仍有赖硬膜下穿刺放出积液（ $< 15\text{ml}$ ），同时也达到治疗目的。

##### 2. 脑室管膜炎

多见治疗延误的婴儿，患儿在有效抗生素治疗下频繁惊厥，发热不退，甚至呼吸衰竭，意识障碍不改善，进行性加重的颈项强直甚至角弓反张，脑脊液始终不能恢复正常，以及CT见脑室扩大时，需考虑本症，确诊依赖于侧脑室穿刺检查。

### 3. 抗利尿激素异常分泌综合征

炎症刺激神经垂体致抗利尿激素不适当分泌导致水钠潴留。临床出现昏睡、昏迷、惊厥、水肿、乏力、肌张力低下、尿少等症状，或直接因低钠血症引起惊厥发作。

### 4. 脑积水

脓性渗出物堵塞狭小孔道或发生粘连而引起脑脊液循环障碍所致。患儿表现为烦躁、嗜睡、惊厥、头颅进行性增大，颅缝分离、前囟扩大饱满、头颅破壶音。

## 五、诊断与鉴别诊断

### 1. 诊断

早期诊断是保证患儿获得早期治疗的前提。对有明显颅压增高者，最好先适当降低颅压后再行腰椎穿刺，以防腰穿后脑疝的发生。

### 2. 鉴别诊断

	外观	细胞数	细胞	生化
病毒性脑膜炎	清亮	0 至数百 $\times 10^6/L$	淋巴	糖和氯化物正常
结核性脑膜炎	毛玻璃	$< 500 \times 10^6/L$	淋巴	糖和氯化物均降低
化脓性脑膜炎	浑浊	$\geq 1000 \times 10^6/L$	中性粒	糖明显降低，蛋白显著升高

## 六、治疗

## 1. 抗生素治疗

病原菌明确前:

目前主要选择能快速在患者脑脊液中达到有效灭菌浓度的第三代头孢菌素, 包括头孢噻肟 200mg / (kg·d), 或头孢三嗪 100mg/ (kg·d)。

病原菌明确后的抗生素选择:

- (1)肺炎链球菌:药敏敏感-首选青霉素。不敏感-换药。
- (2)脑膜炎球菌:大多数对青霉素依然敏感, 故首先选用。
- (3)流感嗜血杆菌:氨苄青霉素。耐药者使用上述第三代头孢菌素

抗生素疗程对肺炎链球菌和流感嗜血杆菌脑膜炎,其抗生素疗程应是静脉滴注有效抗生素 10~14 天,脑膜炎球菌者 7 天, 金黄色葡萄球菌和革兰阴性杆菌脑膜炎应 21 天以上。

停药:临床症状消失;热退一周以上!

## 2. 肾上腺皮质激素的应用

有强有力抗生素同时, 一般连续用 2~3 天。

## 3. 并发症的治疗

硬膜下积液少量积液无需处理。如积液量较大引起颅压增高症状时, 应作硬膜下穿刺

放出积液，放液量每次每侧不超过 15ml。

#### 4.对症和支持治疗

- (1) 急性期严密监测生命体征，预防脑疝发生。
- (2) 及时控制惊厥发作，并防止再发。安定、鲁米那、水合氯醛均可。
- (3) 颅内高压-甘露醇

## 第二节 热性惊厥

热性惊厥是小儿时期最常见的惊厥性疾病，首次发作年龄多于生后 3 个月~5 岁。体温在 38-40 度，排除其他器质性疾病引起的惊厥。

热性惊厥大多由于各种感染性疾病引起，以上呼吸道感染最为多见，其发作的典型临床表现是：意识突然丧失，多伴有双眼球上翻，凝视或斜视，面肌或四肢肌强直，痉挛或不停地抽动。发作时间可由数秒至几分钟，有时反复发作，甚至呈持续状态。

严重的热性惊厥可遗留神经系统的后遗症。

### 一、临床表现

首次发作年龄多于生后 6 个月-5 岁

热性惊厥发生在热性疾病初期体温骤然升高(大多 39°C)时，70%以上与上呼吸道感染

有关，其他伴发于出疹性疾病、中耳炎、下呼吸道感染等疾病，但绝不包括颅内感染和各种颅脑病变引起的急性惊厥。

**典型**高热惊厥特点如下：

- ①多见于 6 个月—3 岁小儿。
- ②患儿体质较好。
- ③惊厥多发生在病初体温骤升时，常见于上感。
- ④惊厥呈全身性、次数少、时间短、恢复快、无异常神经系统症状、一般预后好。

	单纯性热性惊厥	复杂性热性惊厥
发病率	占 70%	占 30%
起病年龄	6 个月~5 岁	<6 个月, 6 个月~5 岁, >5 岁
惊厥发作形式	全身性发作	局限性或不对称
惊厥持续时间	多短暂, <15 分钟	时间长, >15 分钟
惊厥发作次数	一次热程中仅有 1 次发作	24 小时内反复多次发作
神经系统异常	阴性	可阳性
惊厥持续状态	少有	较常见

## 二、治疗与预防

### 1.一般治疗

**保持安静及呼吸道通畅。** 严重者给氧,以减少缺氧性脑损伤。

## 2.止惊治疗

(1) **地西洋为首选止惊药**, 0.3~0.5mg/kg(最大剂量 10mg)静注(每分钟 1.2mg), 5 分钟内生效, 但作用短暂, 必要时 15 分钟后重复。肛门灌肠同样有效,肌注效差最好不用。

(2) **苯巴比妥新生儿惊厥时首选**,但新生儿破伤风时首选地西洋。

(3) 苯妥英钠适用于惊厥持续状态, 最好有心电图监护。

(4) 硫喷妥钠惊厥不止时应用。

(5) 无抗惊厥药时, 可针刺人中、合谷。

## 3.对症治疗

**高热者宜物理降温, 25%~50%酒精擦浴**;冷盐水灌肠;颈旁、腋下、腹股沟等大血管处置冰敷), 也可用安乃近, 退热作用较其他解热镇痛药强。

## 4.病因治疗及预防

对单纯性热性惊厥, 给予对症治疗和病因处理。

# 呼吸系统疾病

## 第一节 上呼吸道感染

主要病因：**病毒感染（鼻病毒）**、机体抵抗力低下。

特殊：

- 1、**疱疹性咽峡炎**----**柯萨奇病毒 A**
- 2、**咽部结合膜热**--**腺病毒 3、7 型**。

亦可继发**细菌感染**，最常见为**溶血性链球菌**。

两种特殊类型的“上感”

	疱疹性咽峡炎	咽结合膜热
病原体	<b>柯萨奇 A 组病毒</b>	<b>腺病毒 3、7 型</b>
好发季节	夏秋季	春夏季
症状	急起、高热、咽痛、流涎、呕吐等	以 <b>发热、咽炎、结合膜炎</b> 为特征，高热，咽痛，眼部刺痛，有时伴消化道症状
体征	<b>咽部充血</b> ， <b>咽腭弓悬雍垂</b> ，软腭等处有 2~4 mm 大小的 <b>疱疹</b> ， <b>周围有红晕</b> ，一旦破溃形成小溃疡	咽部充血，白色点状分泌物，周边无红晕，易于剥离；颈及耳后淋巴结肿大
病程	病程 1 周左右	病程 1~2 周

## 第二节 支气管哮喘

支气管哮喘简称哮喘，是**儿童期最常见的慢性呼吸道疾病**。



哮喘的定义是由多种细胞特别是肥大细胞、嗜酸性粒细胞和 T 淋巴细胞参与的**气道慢性炎症**，引起气道高反应，导致可逆性气道阻塞性疾病。 **本质**

临床表现为**反复发作性喘息，呼吸困难、胸闷或咳嗽。**

## 一、临床表现

1.症状:**咳嗽、喘息、呼吸困难，发绀**;严重者大汗淋漓，面色苍白，言语不能等。

2.体征:烦躁、气促;**胸廓饱满**

**呼气相哮鸣音**;反复发作可有胸廓畸形、发育落后。

### 3. 咳嗽变异性哮喘

①**咳嗽持续或反复发作 > 1 月，有效抗生素治疗无效;**

②**气管扩张剂可缓解咳嗽发作(基本诊断条件);**

③**过敏史或过敏性家族史;**

④**气道呈高反应性，支气管激发试验阳性;**

⑤**除外其他引起慢性咳嗽的疾病。**

## 二、治疗

治疗原则:去除病因、控制发作和预防复发。

用药原则为**长期、持续、规范和个体化治疗**。

## 1.去除病因

避免接触过敏原，治疗和清除感染病灶，去除各种诱发因素。

## 2 控制发作

### (1) 哮喘急性发作期治疗

### (2) 哮喘慢性持续期治疗

### (3) 哮喘持续状态的处理

#### ◆ $\beta_2$ 受体激动剂

**短效**(沙特)-控制哮喘急性发作-**首选**。

**长效** (~特罗)-配合激素长期控制。

#### ◆**激素** (控制哮喘发作最有效的药物)

**吸入**-**首选** (漱口-防真菌感染)→→布地奈德、氟替卡松

**口服**-短期加强抗炎效果→→**泼尼松**

**静脉使用**-严重哮喘发作/哮喘持续状态。→→**氢化可的松、甲泼尼龙**

◆白三烯受体调节剂

-孟鲁斯特—过敏性鼻炎哮喘、运动性哮喘、阿司匹林哮喘-首选

◆抗胆碱药—托溴胺-夜间哮喘发作、痰多、慢阻肺哮喘。

◆茶碱类—氨茶碱-鉴别不了的哮喘首选考虑。

哮喘急性发作:

首选吸入短效 $\beta_2$ 受体激动剂 (~沙特) (和或、异丙托溴胺、茶碱)

慢性持续期(及咳嗽变异性)

激素吸入+长效 $\beta_2$ 受体激动剂 (~~特罗)

预防哮喘发作

首选色甘酸钠。白三烯受体调节剂

哮喘持续状态及严重哮喘发作

静脉使用激素-氢化可的松

机械通气:具有下列指征时应采取辅助呼吸:

①严重的持续性呼吸困难。

- ②呼吸音减弱,随之哮鸣音消失。
- ③呼吸肌过度疲劳而使胸廓活动受限。
- ④意识障碍, 甚至昏迷。
- ⑤吸入 40%氧气而发绀仍无改善。
- ⑥ $\text{PaCO}_2 \geq 65\text{mmHg}(8.6\text{kPa})$ 。

### 第三节 肺炎

肺炎是不同病原体或其他因素所致的肺部炎症, 以发热、咳嗽、气促、呼吸困难以及肺部固定性中、细湿啰音、X线有阴影为其共同临床表现。

#### 一、支气管肺炎

支气管肺炎是小儿时期最常见的肺炎, 2岁以内儿童多发。

##### (一) 病因

最常为细菌和病毒, 也可“混合感染”。发达国家中小儿肺炎病原以病毒为主, 主要有RSV、ADV、流感及副流感病毒等。发展中国家则以细菌为主, 细菌感染仍以肺炎链球菌多见。

##### (二) 一般肺炎临床表现

发热( fever)

咳嗽 (cough)

气促(tachypnea)

肺部固定中细湿啰音(widespread rales)

(三) 重症肺炎临床表现★★★

呼吸系统---呼吸衰竭

循环系统---中毒性心肌炎,心力衰竭

消化系统---中毒性肠麻痹,消化道出血

神经系统---中毒性脑病

$PaO_2 < 60 \text{ mmHg}$ ,  $PaCO_2 > 50 \text{ mmHg}$ ,  $SO_2 < 85\%$

循环系统

心力衰竭:

①呼吸加快 >60 次/分

②心率增快 >180 次/分

③突然极度烦躁不安，明显发绀，面色苍白或发灰，指（趾）甲微血管再充盈时间延长

以上三项不能用发热、肺炎本身和其他合并症解释者

④心音低钝、奔马律，颈静脉怒张

⑤肝脏迅速肿大 (>3cm)

⑥尿少或无尿，眼睑或双下肢水肿。

### 中毒性心肌炎

烦躁、多汗、面色苍白，心动过速、心率不齐、心音低钝;心电图改变(ST段压低,T波低平,倒置)

微循环障碍或 DIC

### 中毒性脑病

①烦躁、嗜睡、眼球上窜、凝视

②球结膜水肿，前凶隆起

③昏睡、昏迷、惊厥

④瞳孔对光反射迟钝或消失

⑤呼吸节律不整

⑥有脑膜刺激征

### 中毒性肠麻痹

①严重腹胀，膈肌升高，使呼吸困难加重，听诊肠鸣音消失。

②重症可引起消化道出血（呕吐咖啡样物、柏油样便，大便潜血阳性）。

### 感染性休克与D I C

可表现为血压下降，四肢凉，脉速弱，皮肤、黏膜及胃肠道出血

### 抗利尿激素异常分泌综合征

①血钠 $\leq 130$  mmol/L

②肾脏排钠增加，尿钠 $\geq 20$ mmol/L

③无血容量不足，皮肤弹性正常

④尿渗透摩尔浓度 $>$ 血渗透摩尔浓度

⑤肾功能正常

⑥肾上腺皮质功能正常

⑦ADH 升高。全身凹陷性水肿。

当血钠 $\leq 120\text{mmol/L}$ ---3%氯化钠治疗

#### (四) 并发症

(1) 脓胸:常由金黄色葡萄菌引起。X 线(立位)示患侧肋膈角变钝,或呈反抛物线阴影。

胸腔穿刺可抽出脓汁。

(2) 脓气胸:胸部叩诊突然出现呼吸困难加剧, 剧烈咳嗽液上方呈鼓音, 听诊呼吸音减弱或消失。立位 X 线检查可见液气面。

(3) 肺大泡:由于细支气管形成活瓣性部分阻塞。X 线可见薄壁空洞。

#### (五) 辅助检查

##### 1.外周血检查

(1) 白细胞检查

(2) C 反应蛋白(CRP)

细菌感染时血清 CRP 浓度上升, 而非细菌感染时则上升不明显。

##### 2.病原学检查

(1) 细菌培养和涂片+药物敏感试验是明确细菌性致病菌最标准的方法。



涂片镜检，进行初筛试验。

确诊是-支原体抗体

(2) 其他检查

试管凝集试验（筛查）对军团菌的诊断为目前首选的简易方法。

早期肺纹理增强，透光度减低

(3) X线（诊断首选）-肺炎阴影。

(六) 治疗

采用综合治疗，原则为控制炎症、改善通气功能、对症治疗、防止和治疗并发症。

1.一般治疗及护理

室内空气要流通，温度 18~20℃，湿度 60%为宜。不能进食-生理维持液。

2.抗生素的选择

肺炎链球菌：青霉素敏感者首选青霉素或阿莫西林

金黄色葡萄球菌：首选苯唑西林钠或氯唑西林钠，耐药者选用万古霉素或联用利福平

流感嗜血杆菌：首选阿莫西林加克拉维酸（或加舒巴坦）

大肠杆菌和肺炎克雷伯杆菌：首选**头孢他啶**或**头孢哌酮**、**亚胺培南**

肺炎支原体和衣原体：首选**大环内酯类**抗生素如**红霉素**、**罗红霉素**

### 3. 抗生素的用药时间

一般应持续至**体温正常后 5~7 天**，**症状、体征消失后 3 天停药**。

支原体肺炎至少使用抗菌药物 2~3 周。

葡萄球菌肺炎在体温正常后 2~3 周可停药，一般**总疗程≥6 周**。

## 二、几种不同病原体所致肺炎的临床特点

### 1. 病毒性肺炎

合胞病毒肺炎	腺病毒肺炎
<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ 呼吸道合胞病毒，最常见的病毒性肺炎。</li> <li>✎ 婴幼儿，尤以 <b>1 岁内</b> 多见</li> <li>✎ 多有<b>低-中度发热&lt;38.5</b>，以呼吸困难、喘憋、发绀、鼻扇、三凹征为主要表现，肺部听诊闻及中、细湿啰音，亦可闻及哮鸣音</li> <li>✎ 胸片特征：两肺见<b>小点</b>花片状、<b>斑片</b>状阴影，可有不同程度的<b>肺气肿</b>。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✎ 腺病毒感染，特别是 3、7 两型所致。</li> <li>✎ 多见 <b>6~24 个月</b> 小儿；冬春季节多发</li> <li>✎ 起病急骤，<b>高热（稽留热）</b> 可持续 2~3 周，中毒症状重，萎靡嗜睡，苍白，可出现阵发性喘憋、呼吸困难、发绀等；</li> <li>✎ 肺部体征出现较晚，常在高热 3~7 天后闻及湿啰音，肺部病变融合可出现<b>肺实变体征</b>；</li> <li>✎ <b>易合并心力衰竭</b>；</li> <li>✎ X 线改变较肺部体征出现早，为大小不等的片状阴影或融合成大病灶，甚至一个大叶，<b>肺气肿多见</b>。</li> </ul>

### 2. 金黄色葡萄球菌肺炎

病原为**金黄色葡萄球菌(金葡菌)**。

病理改变以肺组织广泛出血性坏死和多发性小脓肿形成为特点。

发热多呈弛张热型;患者面色苍白、烦躁不安;咳嗽、呻吟,呼吸浅快和发绀;重症者可发生休克。

肺部体征出现较早,两肺散在中、细湿啰音;发生脓胸、脓气胸和皮下气肿时则有相应体征。

X线检查:胸部X线可有小片状影,病变发展迅速,甚至数小时内可出现小脓肿、肺大泡或胸腔积液,因此在短期内应重复摄片。

外周血白细胞多数明显增高,中性粒细胞增高伴核左移和中毒颗粒。

### 三、肺炎支原体肺炎

咳嗽为本病突出的症状,一般于病后2~3天开始,初为干咳,后转为顽固性剧咳(反复刺激性无痰性干咳),少数病例可类似百日咳样阵咳。

肺部体征多不明显,甚至全无。

本病重要特点:症状与体征不符、X线与临床表现不符。所谓游走性浸润;

筛查:支气管冷凝集试验 (+)、确诊:支原体抗体 (+)

一般抗生素无效。红霉素首选。

总结:年长儿,咳嗽重、体征无、X线重、抗生素效果不好。红霉素最佳。

#### 四、衣原体肺炎

总结:衣原体肺炎主要特点是无热性支气管肺炎。

治疗首选红霉素。





金英杰

金英杰医学  
JINYINGJIE.COM