# 44 例支原体肺炎临床分析

潘娇芬

（浙江省宁海县第一医院　宁海 315600）

**关键词**：支原体肺炎；阿奇霉素；临床分析

**中图分类号**：R 563.19　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)01-0084-02

我院 2005 年 1~11 月，共收住支原体肺炎 44 例。现作回顾性分析如下：

## 1　临床资料

1.1　一般资料　44 例中，男 23 例，女 21 例。发病年龄 <1 岁 5 例，占 11.4%；1~3 岁 13 例，占 29.5%；3~5 岁 3 例，占 6.8%；>5 岁 23 例，占 52.3%。病程 3d 内 6 例，3d~1 周 28 例，1 周 ~ 半个月 8 例，半个月以上 2 例，其中最长咳嗽 2 个月 1 例。

1.2　临床表现　先发热后伴咳嗽 29 例，伴有头痛、呕吐 3 例，仅发热 5 例，仅咳嗽 6 例，伴腹痛 1 例，伴气促 2 例。

1.3　体格检查　5 岁以上肺部多无阳性体征，本文仅 2 例可闻及湿性罗音，5 岁以下肺部可听见干湿罗音 17 例。

1.4　辅助检查　所有病例均做血常规、大小便常规、C - 反应蛋白测定、血支原体 -IgM 抗体测定、肝功能及部分脑电图、心电图、胸片检查。血常规白细胞稍偏高 8 例，10.9~13.2×$10^9$/L，分类中性不高；C- 反应蛋白异常 9 例，10~20mg/L；谷丙转氨酶升高 2 例；心肌酶谱升高 3 例；脑电图轻度异常 2 例，临界状态 1 例；尿蛋白（+~++）2 例；胸片提示：44 例均有肺炎，其中左下肺炎 5 例，右下肺炎 14 例，两下肺炎 23 例，右上肺炎 2 例，伴胸腔积液 2 例，伴肺不张 2 例。支原体抗体测定均阳性，滴度 1:80 21 例，1:160 7 例，1:320 5 例，1:640 4 例，1:1 280 7 例。

1.5　治疗　所有病人住院治疗，应用阿奇霉素 10mg/（kg•d），

57 例，男性占 50.43%，女性占 49.56%；年龄 41~70 岁，平均年龄 58 岁，其中 41~50 岁 30 人，占 26.09%，51~60 岁 43 人，占 37.39%，61~70 岁 42 人，占 36.52%；无临床表现的 27 人，占 23.48%，伴多尿、多饮、多食、消瘦的 15 人，占 13.04%，多尿、多饮、多食的 23 人，占 20.00%，多尿、多饮的 26 人，占 22.61%，多尿的 24 人，占 20.87%；伴肥胖、高血压 47 人，占 40.87%，冠心病 24 人，占 20.87%，脑血管病 17 人，占 14.78%；城镇居民 88 人，占 76.52%，农村 27 人，占 23.48%。

1.2　临床表现　典型症状为“三多一少”，即多尿、多饮、多食及体重减轻。多尿：血糖升高后因渗透性利尿引起多尿。多饮：由于多尿、失水和高血糖时的高渗状态，因而烦渴多饮。饮量与尿量成正比。多食：葡萄糖为体内能量的主要来源，由于尿中丧失大量葡萄糖，为补充体内能量来源，则引起多食。体重减轻：由于糖代谢失常、负氮平衡、失水等，患者易感疲乏及软弱无力，但一般仍较肥胖。其它：皮肤瘙痒，尤其外阴瘙痒。

1.3　诊断标准　（1）糖尿病症状 + 休息时间血浆葡萄糖水平≥11.1mmol/L 或（2）空腹血浆葡萄糖水平≥7.0mmol/L 或（3）葡萄糖耐量试验中，2hBG≥11.1mmol/L（注：需再测 1 次，予以证实，诊断才能成立）。

1.4　治疗及转归　坚持早期治疗、长期治疗、综合治疗、治疗措施个体化的原则。

1.4.1　一般治疗　坚持饮食治疗、体育锻炼和健康教育。

1.4.2　口服药物治疗　（1）磺脲类：格列本脲 1.25~20mg/d，1d 1~2 次，餐前半小时服。（2）非磺脲类：那格列奈每次 120mg，餐前口服。（3）双胍类：二甲双胍 500~1500 mg/d，1d 2~3 次，餐中服用。（4）阿卡波糖每次 50mg，1d 3 次。

1.4.3　胰岛素治疗　根据病人病情选择速效、中效或长效制剂。

1.4.4　中医中药治疗　（1）中成药：六味地黄丸、消渴丸等。（2）中药：生山药 30g，生黄芩 15g，知母 15g，生鸡内金 6g，葛根 4.5g，五味子 9g，天花粉 6g，水煎服，1d 2 次，连服 7d。

1.4.5　结果　本组糖尿病患者经一般治疗和药物治疗，大多取得较好的疗效，有效率达 95.6%。

## 2　讨论

糖尿病病人，特别是 2 型糖尿病病人，有明显的遗传倾向，近年来有逐渐上升的趋势，发病年龄也趋年轻化，随着经济发展和都市化生活的普及，糖尿病及其并发症已成为严重危害人民群众健康的重大问题。各级政府和卫生部门应发动社会支持，共同参与糖尿病的预防、治疗、教育及保健。提倡不吸烟、少饮酒、少吃盐、合理膳食、经常运动，防止肥胖。糖尿病患者要结合口服药物治疗，通常 FBG<7.8mmol/L 者不需要胰岛素治疗；FBG 在 7.8~11.1mmol/L 者，若需胰岛素治疗，可于睡前注射中效胰岛素制剂，以维持基础胰岛素水平；重度者（FPG 11.1~13.9mmol/L）可每天注射 2 次中效胰岛素制剂；极重度病例（FBG≥13.9mmol/L），应按原 I 型糖尿病类似的方案治疗。

对 2 型糖尿病的预防，关键在于筛查出 IGT（葡萄糖耐量低减）人群，在 IGT 阶段进行干预处理，包括减轻体重、体力活动增加、饮食调整，可以降低糖尿病风险。也可用药物干预，如用二甲双胍、阿卡波糖。在 115 例 2 型糖尿病病人资料中，伴肥胖、冠心病、高血压病的比例较大，而且城镇人群比农村人群患糖尿病的比率高。当然，本组资料也许与农村患者就医不及时或有病少医、有病延治有关，但从一个侧面反映出患此病的倾向性。由此可见，城镇人群的活动、劳动量、体育锻炼应进一步加强，同时控制糖、脂肪、蛋白的摄入，以减少糖尿病及并发症的发生。对糖尿病应坚持预防在先，其工作可分为三级：一级预防是避免糖尿病发病，二级预防是及早检出并有效治疗糖尿病，三级预防是延缓和防治糖尿病并发症。

（收稿日期：2006-06-12）

# 肾性骨病 12 例 X 线分析

贾珍辉[1] 董登文[1] 董登海[2]

（1 湖北省京山卫校附属医院 京山 431800；2 湖北省京山妇幼保健医院 京山 431800）

**关键词**：肾性骨病；X 线分析；鉴别诊断

**中图分类号**：R 816.8 **文献标识码**：B **文献编号**：1671-4040(2007)01-0085-02

肾性骨病又称肾性骨营养不良症，是指肾脏的疾患殃及肾小球或肾小管的功能，进而引起的骨营养代谢障碍，表现出以钙磷代谢为中心的一连串激素、蛋白质和电解质的异常改变在骨结构上的反映；也可同时刺激甲状旁腺功能亢进（简称继发性甲旁亢）而引起骨骼的异常表现。本文总结了多年临床工作中收集到的 12 例经过确诊的肾性骨病，现介绍如下：

## 1 临床资料

1.1 一般资料 男性 2 例，女性 10 例；年龄最小 5 岁，最大 52 岁，14~43 岁 8 例；发病时间短者半年，长者 8 年。四肢酸软伴全身骨骼疼痛者 7 例，四肢酸软伴全身乏力者 5 例，肢体变形者 5 例，脊柱后凸畸形及牙齿松动各 1 例，尿急、尿频、尿痛共 5 例，继发甲旁亢者 4 例。小儿多表现肢体畸形发育、发育迟缓、活动受限制等症状，即肾性佝偻病 3 例。

1.2 实验室检查 血钙（正常值 2.2~2.7mmol/L）：4 例正常，1 例增高，7 例偏低。血磷（正常值 1.0~1.6mmol/L）：3 例正常，5 例增高，4 例偏低。碱性磷酸酶（正常值 3~13 金氏单位）：6 例做过此项检查者均增高。尿常规：尿蛋白、红血球、白血球、脓球 9 例中 4 例出现。尿钙、磷：尿钙 5 例低，1 例偏高；尿磷 4 例低，2 例正常。

1.3 X 线表现

1.3.1 纤维性骨炎 由于常合并继发甲旁亢，PTH 分泌增加，破骨细胞活性增强，引起骨质重吸收，骨的胶原基质破坏而被纤维组织充填所致。X 线表现主要有 3 种：(1) 骨膜下骨吸收：表现为骨皮质边缘毛糙不规则呈虫蚀状微小缺损、毛刺状或花边状模糊影，发生在指骨 4 例（1 例可见指骨末端骨质吸收）。或长管状骨骨皮质内侧呈弧形或波浪状。头颅表现外板边缘毛糙，其间可见广泛点状密度增高影，呈羽毛样，本组 1 例。(2) 软骨下骨吸收：表现关节面模糊不清，关节部位骨皮质白线消失，关节间隙增宽，发于胸肩锁关节、骶髂关节 3 例，耻骨联合 3 例。(3) 纤维囊性骨炎：表现为单发或多发的囊状透光区，边界清晰，有时可见硬化的边缘，发生在短骨、骨盆 3 例。在头颅常表现多发颗粒状骨缺损，本组 2 例。

1.3.2 骨质软化和长骨干骺端的表现 成人主要表现假性骨折，是与骨干垂直的数毫米透亮带，多发对称性，发生在耻、坐骨支 3 例，股骨颈 1 例，骨盆变形呈三叶状、入口呈三角形 3 例，椎体双凹变形 3 例。长骨干骺端的表现是肾性佝偻病的重要征象，表现为先期钙化带模糊，密度减低的横行透亮带，骨端膨大呈毛刷样，但无明显凹陷，并伴有肢体畸形。软骨成骨部位的软骨和骨样组织钙化不足，出现骨骺和干骺端之间距离增宽，并容易发生骨骺移位和骨折，本组 3 例。

1.3.3 骨质密度减低 此种表现较常见，以少年儿童多见，主要是骨内骨样组织钙化不良。一般认为骨内矿物质要减少 30%以上，才能在 X 线上发现。表现为骨的密度减低，骨小梁

---

体温大多 3~5d 能恢复正常，住院 1~2 周临床治愈出院，出院后继续口服治疗，疗程一般 2~3 周。

## 2 讨论

肺炎支原体感染十分常见，多见于 5 岁以上儿童，但目前发现 5 岁以内支原体感染有增多现象。本文 5 岁以内占 47.7%，5 岁以上占 52.3%。从临床上看，肺炎支原体感染多有呼吸道症状，肺炎患者常伴有发热、畏寒、咳嗽、头痛、食欲不振、恶心呕吐和腹泻等症状，体温常达 39~40℃，热型不定，常见有驰张热、间歇热、不规则发热，发热时间可长达 1~2 周，一般发热 3d 后咳嗽逐渐增多，多为干咳、痰少、不易咳出等，本文发热、咳嗽患者 29 例，占 65.9%，先发热，后逐渐出现咳嗽，是支原体肺炎的临床特征之一。从体征上，5 岁以上儿童感染支原体肺炎，肺部大多无阳性体征，本文 23 例仅 2 例肺部可闻及湿罗音，这是学龄期儿童感染支原体的又一特征。5 岁以内感染支原体肺炎，肺部常可闻及干湿罗音，本文 5 岁以内 21 例患儿，可闻及干湿罗音 17 例，占该年龄组 81.0%。这可能与婴幼儿支原体感染易诱发支气管喘息性病变有关，重庆医科大学附属儿科医院认为 13%的哮喘发作是由支原体感染诱发，所以婴幼儿喘息性的支气管炎也应考虑到支原体感染的可能，治疗上应引起注意[1]。从胸片上看，5 岁以上以下叶肺炎病变为主，多见右下肺炎，少数为左下肺炎，可伴胸腔积液、肺不张，5 岁以内以双下肺炎性病变为主，常呈斑片状浸润性改变。少数病例可并发肺外表现，如本文有 3 例脑电图异常、2 例肝功能异常、3 例心肌酶谱异常、2 例尿蛋白异常等肺外多系统的表现，要引起重视。治疗上支原体感染对青霉素及头孢类抗生素不敏感，本文 44 例所有支原体肺炎患儿病初在院外予头孢抗生素治疗均无疗效，体温持续不退，咳嗽逐渐增多，后经阿奇霉素治疗后，体温大多在 3~5d 内恢复正常，咳嗽逐渐好转，胸片 1~2 周恢复正常。肺炎支原体是非细菌性肺炎最常见的病原，感染后一般在一星期左右血中可检测到支原体抗体，本文 44 例支原体抗体测定均阳性，建议临床工作者凡遇到体温持续不退或者咳嗽逐渐增多，甚至长期咳嗽的患者，还有头孢类抗生素治疗无效者应想到支原体感染的可能，有条件者可测支原体抗体协助支原体感染的诊断，同时及早使用大环内酯类抗生素治疗。

### 参考文献

[1]戴家熊，韩连书.小儿哮喘[M].上海：上海科学技术文献出版社，1998.4

（收稿日期：2006-07-11）