

· 短篇论著 ·

糖尿病患者合并金黄色葡萄球菌肺炎 30 例临床分析

王乐强 孙开宇

糖尿病患者的免疫力低下,导致出现感染的几率显著提高。由于呼吸道结构的特殊性,是糖尿病患者临床上常见的感染部位和器官。其中金黄色葡萄球菌肺炎十分常见。为了进一步系统认识糖尿病患者合并金黄色葡萄球菌肺炎的特点,我们收集了 2002 年 1 月至 2007 年 2 月收治糖尿病合并金黄色葡萄球菌肺炎(简称金黄色葡萄球菌肺炎)患者 30 例,现糖尿病患者的免疫力低下,导致出现感染的几率显著提高。由于呼吸道结构的特殊性,是糖尿病患者临床上常见的感染部位和器官。其中金黄色葡萄球菌肺炎十分常见。为了进一步系统认识糖尿病患者合并金黄色葡萄球菌肺炎的特点,我们收集了 2002 年 1 月至 2007 年 2 月收治糖尿病合并金黄色葡萄球菌肺炎(简称金黄色葡萄球菌肺炎)患者 30 例,现将其临床特点分析如下。

一、临床资料

一般资料:2002 年 1 月至 2007 年 2 月我院收治的 30 例临床上诊断为糖尿病并金黄色葡萄球菌肺炎,男 17 例,女 13 例;年龄 21 ~ 82 岁,糖尿病病程 2 ~ 25 年,平均 11 年。

诊断标准:糖尿病的诊断根据依据新型标准^[1]。

1. 细菌学诊断具备下列 1 条或以上标准:(1)痰培养连续 2 次或 2 次以上培养分离出金黄色葡萄球菌;(2)痰和血培养有金黄色葡萄球菌生长;(3)从胸水中分离出金黄色葡萄球菌。

2. 临床诊断:患者的临床表现与肺实质疾病影像学特点的诊断标准相符合。

二、结果

1. 临床表现:金黄色葡萄球菌肺炎发病时间 3 ~ 7 d。诱发因素为呼吸道感染 12 例,血源性感染(皮肤疖肿,外伤后感染)14 例,化脓性牙周炎 2 例,急性化脓性鼻炎 1 例,注射吸毒 1 例。其中发热 18 例,体温 37.5 ~ 40.0℃,为弛张热、间歇热或不规则热;咳嗽、咯黄脓痰 12 例,不同程度呼吸困难 11 例,8 例伴有明显胸痛,中毒性休克 2 例;呼吸衰竭 3 例,多脏器功能衰竭 3 例;合并败血症 3 例,脓毒血症 2 例。同时还发现金黄色葡萄球菌肺炎患者可同时出现多种并发症,以脓胸、脓气胸和其他部位脓肿为多见。所有患者均有明显的呼吸及脉搏增快,食欲不振。肺部有湿性啰音,病理性呼吸音、干啰音、呼吸音粗糙等 19 例。

2. 辅助检查:血常规检查示白细胞总数 23 例 $\geq 10.0 \times 10^9/L$,其中中性 $\geq 80\%$ 者 18 例,白细胞总数在正常范围者 7 例,白细胞 $\leq 4.0 \times 10^9/L$ 者 5 例。空腹

作者单位:261041 山东潍坊市人民医院呼吸内科

通讯作者:王乐强 Email: wangleqiang3308@sina.com

血糖 8.8 ~ 9.8 mmol/L 者 6 例, > 10.9 mmol/L 者 24 例。糖化血红蛋白 8.0% ~ 9.0% 者 5 例, > 9.0% 者 25 例。胸片有显著 X 线改变者 21 例, 占 70%。X 线表现为斑片状影伴小液平多发空洞 14 例, 其中 4 例伴有胸腔积液; 斑片状影伴单个空洞 3 例, 大片状影 3 例, 大片状影伴单个空洞 2 例, 云絮状影 9 例, 云絮状影伴液气胸 2 例。本组首诊误诊为肺结核 5 例, 肺脓肿 1 例, 肺癌 3 例, 肺炎球菌肺炎 3 例。30 株金黄色葡萄球菌药敏结果(表 1)。

表 1 30 株金黄色葡萄球菌药敏试验结果

抗菌药物	敏感		耐药		中敏	
	株数	敏感率(%)	株数	敏感率(%)	株数	敏感率(%)
阿莫西林	16	53.3	8	26.7	6	20.0
氨苄西林	14	46.7	9	30.0	7	23.3
头孢唑啉	15	50.0	6	20.0	7	23.3
环丙沙星	11	36.7	16	53.3	3	10.0
克林霉素	18	60.0	10	33.3	2	6.7
红霉素	9	30.0	13	43.3	8	26.7
阿米卡星	25	83.3	2	6.7	3	10.0
苯唑西林	21	70.0	4	13.3	5	16.7
青霉素	18	60.0	12	40.0	0	0.0
万古霉素	30	100.0	0	0.0	0	0.0
利福平	27	60.0	0	0.0	3	10.0

1. 治疗方案及疗效判断标准: 根据体外药敏选药, 并给胰岛素治疗, 尽量控制血糖于正常水平。(1) 恶化: 患者死亡或发热持续不退或升高, 临床症状无明显缓解, 胸片示肺部病变扩散;(2) 无效: 临床症状无明显改善, 胸片示病灶无明显吸收或扩散;(3) 有效: 临床症状、体征有所好转, 胸片示病灶无明显吸收或有所减小;(4) 痊愈: 临床症状、体征消失, 胸片示病灶明显减小或完全吸收。

2. 治疗结果及转归: 在 30 例患者中, 经积极抗感染和其他支持治疗后, 恶化 5 例, 占 16.67% (其中死亡 3 例, 占 10.0%); 无效 2 例, 占 6.67%; 显效 8 例, 占 26.7%; 痊愈 15 例, 占 50.0%。

讨论 通过本组观察, 发现糖尿病并金黄色葡萄球菌肺炎有以下特点: (1) 临床表现无特殊性, 有时缺乏明显的呼吸道症状及体征, 如咳脓痰、胸痛、高热、肺实变体征等, 早期仅有较明显的呼吸及脉搏增快; (2) 有时以肺外表现为主, 常累及消化、循环、神经等系统, 最突出的是意识障碍和食欲不振; (3) 急性感染的客观指标不明显, 如体温和白细胞可正常或低于正常; (4) 本组血源性感染所占比例较大, 患者多在夏季发病, 与皮肤疖肿及外伤感染有关; (5) 病情发展快、易扩散、易诱发酮症酸中毒, 非酮症高渗昏迷、感染性休克及多脏器衰竭。老年金黄色葡萄球菌肺炎 X 线表现为多形态, 肺上野片影易误诊为肺结核, 抗感染治疗 2 周后阴影不吸收者易误诊为肺癌, 伴有小液平多空洞者易误诊为肺囊肿并感染。但

有一个共同特点是早期 X 线表现不明显,病变发展迅速。故对 X 线改变必须结合临床及病原学检查进行分析,以免误诊;(6)老年人由于各脏器功能减退,具有多病和疾病不典型特点,当两种疾病并存时,在症状和体征方面相互影响,必然使临床表现变得更复杂和不典型,特别是糖尿病合并金黄色葡萄球菌感染。

所以,对老年糖尿病患者一旦发现精神萎靡、乏力、纳差,应引起高度重视;一旦遇到呼吸和脉搏增快,即使无呼吸道症状,也要考虑到老年金黄色葡萄球菌肺炎。当全身情况迅速恶化时,切不可盲目认为是糖尿病病情加重,要及时做胸部 X 线检查及病原学检查,尽早明确诊断^[2]。如果 X 线上有多发空洞、气胸及肺大疱,即使病原学诊断不清,抗生素的使用原则也应是早期、足量、联合、长程。

金葡肺炎发病急,病情重,早期明确诊断及有效的治疗是决定预后的关键。

参 考 文 献

- 1 钱荣立. 关于糖尿病的新诊断标准与分型. 中国糖尿病杂志, 2000, 8: 5-6.
- 2 赵明宝. 成人金黄色葡萄球菌肺炎 54 例临床分析. 临床荟萃, 1994, 9: 354-355.

(收稿日期: 2006-12-20)

(本文编辑: 曾辉)