

# 小儿肺炎支原体肺炎误诊原因分析及防范研究

张岚俊 (河北省黄骅开发区博爱医院, 河北沧州 061100)

**摘要:** 目的: 研究分析小儿肺炎支原体肺炎误诊的原因, 并分析方法措施。方法: 回顾性分析 2020 年 10 月~2021 年 10 月我院误诊的 20 例肺炎支原体肺炎患儿临床资料, 分析误诊的原因并探讨后续的防范措施。结果: 20 例误诊的患儿中, 9 例误诊为反复上呼吸道感染, 4 例误诊为细菌或者病毒性肺炎, 5 例误诊为病毒性脑炎, 2 例误诊为心肌炎; 以上患儿使用阿奇霉素静脉注射治疗后均痊愈。结论: 小儿肺炎支原体肺炎早期缺乏典型的症状, 容易出现误诊, 需要综合检查结果准确判断。

**关键词:** 小儿肺炎支原体肺炎; 疾病误诊; 临床分析

肺炎是一种由不同病原体或其他因素导致的肺部疾病, 临床症状主要有发热、呼吸困难、气促等。随着病原学的变迁, 肺炎支原体成为了小儿呼吸道感染的常见原因, 严重影响患儿的健康。但小儿肺炎支原体肺炎早期症状不明显, 容易造成误诊。临床统计数据显示<sup>[1]</sup>, 小儿肺炎支原体肺炎误诊率在 20.0%~64.3% 之间, 误诊的出现会延长患儿治疗时间, 不利于康复。本研究重点分析小儿肺炎支原体肺炎误诊原因, 并提出相应的应对措施, 旨在为后续的临床干预提供数据参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

回顾性分析 2020 年 10 月~2021 年 10 月我院误诊的 20 例肺炎支原体肺炎患儿临床资料, 其中男 13 例、女 7 例, 年龄 6 个月~3.5 岁, 平均(1.6±0.6)岁。本次诊断方法包括体征分析、胸部 X 片、以及血液检查等。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 误诊原因分析

所有患儿均以咳嗽为主要临床症状, 大部分患儿为持续性咳嗽, 2 岁以下的患儿较多合并喘息, 部分患儿出现类似咳嗽变异哮喘。入院时对患儿进行肺炎支原体抗体 MP-IgM 滴度检查, 结果均为 1:80 以上; 患儿接受 3 d 的治疗后再次进行肺炎支原体抗体 MP-IgM 滴度检查, 结果 20 例患儿中, 1:80 以上为 11 例; 1:160 以上患儿为 7 例; 1:320 以上患儿 2 例; 1:640 以上患儿 1 例。本次检查中将支气管结核以及支气管异物等情况的患儿排除。

20 例误诊患儿情况如下: 9 例误诊为反复上呼吸道感染, 该部分患儿年龄比较小, 且疾病早期临床症状与感冒相似, 实验室检查血液指标无异常; 4 例误诊为细菌或病毒性肺炎, 该部分患儿诊断为急性支气管肺炎后, 血象检查不高, 给予头孢类药物进行治疗, 效果不佳, 接受肺炎支原体抗体 MP-IgM 滴度检查时结果为阴性, 可排除小儿肺炎支原体肺炎; 5 例误诊为病毒性脑炎, 患儿出现了咳嗽的症状, 1 例合并抽搐, 2 例合并头痛以及呕吐, 对患儿进行脑电图检查, 结果显示弥漫性或者局限性的慢波活动, 血液指标检查显示 WBC 超过  $10 \times 10^9/L$ ; 2 例误诊为心肌炎, 患儿精神状态比较差, 存在疲倦乏力、胸闷气短等情况, 心电图检查显示窦性心动过速。

#### 1.2.2 治疗方法

对以上患儿给予阿奇霉素静脉滴注, 5% 葡萄糖溶液 + 阿奇霉素 10 mg/kg 静脉滴注治疗, 每日 1 次, 持续治疗 5 d, 间隔 4 d 后再次给予患儿口服阿奇霉素, 剂量为 10 mg/(kg·d), 连续用药 3 d, 间隔 4 d, 此为 1 个疗程, 以上患儿均接受 2~3 个疗程的药物治疗<sup>[2]</sup>。

维持水电解质以及酸碱平衡治疗, 并给予患儿止咳、化痰等对症治疗。对咳嗽剧烈且已经影响正常睡眠的患儿, 需给予布地奈德等雾化治疗; 对重症患儿可加入 2 mg/(kg·d) 甲基强的松龙静脉滴注治疗。

## 2 结果

20 例误诊患儿经过以上治疗后均痊愈出院, 无其他严重并发症, 出院 1 个月后复查胸片均出现明显的吸收, 检查肝功能未见异常。

### 3 讨论

肺炎支原体是一种介于细菌和病毒之间的已知能够独立生活的病原微生物中的最小个体,一般5岁以下的儿童比较容易受到该病原体的侵犯,可通过呼吸道飞沫传播,且该病没有明显的季节性,全年均可以发病<sup>[3]</sup>。患儿可出现顽固性咳嗽、发热以及咽喉肿痛等症状,还可合并中耳炎、鼻炎等,严重患儿出现肺不张、呼吸困难,严重威胁患儿身体健康。因此,对该病临床应早发现、早治疗。

#### 3.1 误诊原因分析

(1) 缺乏特异性体征。该种疾病患儿早期临床症状不典型,临床数据显示,70%~80%的肺炎支原体中枢神经系统感染的患儿无典型呼吸系统前期症状,因此临床检查中对于一些症状、体征用病毒或细菌感染不能解释时,且合并心肝肾等损伤,需要考虑为肺炎支原体肺炎感染<sup>[4]</sup>。婴幼儿的疾病体征缺乏特异性,具有起病急、病程长、阵发性咳嗽、呼吸困难等,该年龄段的患儿与年长不同,肺部体征不明显,以哮鸣音或湿罗音为主,病情进展比较快。

如果医生对肺炎支原体感染认识不足,将其局限在肺炎范围内容易误诊。特别是一些肺炎支原体引起的上呼吸道感染,部分经验较少的医生习惯性将其诊断为咽炎、扁桃体炎等。年龄较大的患儿临床症状不够典型,主要因为5岁以上的患儿大多起病不急,且以顽固性咳嗽为主,部分会表现出类似过敏性夜间咳嗽的症状,肺部体征不明显,容易被误诊为“反复呼吸道感染”或“咳嗽变异性哮喘”;另外,2~5岁的患儿时常有咳嗽、咳痰以及流涕等症状,肺部可闻及水泡音或痰鸣音,容易误诊为“细菌性肺炎”或“病毒性肺炎”;1~2岁患儿起病比较急,经常合并喘息及刺激性阵咳,肺部较多可闻及哮鸣音以及水泡音,患儿伴随不同程度的发热症状,该种情况容易被误诊为“细菌性肺炎”或“毛细支气管炎”等。

(2) 过分依赖辅助检查结果。对长期出现发热、剧烈咳嗽,采取青霉素或头孢等治疗无效的患儿,如果只是单纯分析血常规及肺部X片结果,会造成误诊<sup>[5]</sup>。胸片也会表现出多样性,

有的患儿胸片表现为单侧肺节段性肺炎,有的表现为双侧弥漫网状等。20例样本中,9例患儿出现以上情况,给予头孢等治疗后效果不理想,且血常规等无明显异常。肺炎支原体感染大部分不会引起外周血白细胞增高,虽然X线是一种比较可靠的诊断方法,但单次肺部X线检查无法准确观察典型的游走性浸润,因此需要增加其他的检查。

(3) 医师经验不足。小儿肺炎支原体肺炎早期症状不明显,疾病发生2~3d后症状加重,发热时间持续,初期为干咳,后转为顽固性咳嗽,肺部体征比较轻甚至部分患儿缺乏肺部症状,使得病情比较复杂。如果医生临床经验不足,并且未重视肺炎支原体感染在小儿呼吸道感染中的地位,对于发热、咳嗽等症状只局限在细菌和病毒感染,就比较容易导致误诊。少数患儿出现假阴性或者由于幼儿机体免疫尚未发育成熟出现抗体阴性,也容易导致疾病误诊<sup>[6-7]</sup>。此外,对没有合并细菌感染的患儿,如果医师采取头孢类或者青霉素等药物治疗后,症状也会出现好转,好转症状会影响医师的进一步判断,最终造成误诊。

#### 3.2 防范措施

(1) 加强对于小儿肺炎支原体肺炎认识。临床医生需要加强自身的学习,不断积累经验,获得更多的疾病相关知识。对于发热、咳嗽并同时合并其他器官受累的患儿,采取青霉素或者头孢等治疗无效时需要重点怀疑为肺炎支原体感染。此外还需要充分认识到重症肺炎支原体肺炎的发生率在明显上升,该疾病会累及全身系统,临床一些症状或者体征并不能完全解释,需要综合分析,从而提升疾病的准确诊出率,为后续临床治疗提供准确的参考。

(2) 提高鉴别能力。肺炎支原体肺炎主要与支气管炎、急性上呼吸道感染、细菌感染、消化系统疾病等具有相似性,且疾病早期症状不明显,临床分析中,需要综合患儿的临床症状、全身检查情况、用药治疗后反应等进行综合分析,及时对该疾病进行鉴别。

(3) 合理运用医学检查手段。肺炎支原体感染之后会引起肺实质以及肺泡等病理性改变,在临床诊疗的过程中,除了对患儿进行血液检查、体征检查等还需要借助于胸部X线以及CT等检

查,运用以上两种方式进行检查,可以将病灶分布以及性质和密度等情况进行分析,从而获得更高的准确率。对小儿肺炎支原体肺炎采取胸部X线以及CT扫描等综合检查后,临床确诊率可以达到95%以上<sup>[8]</sup>。胸部X线和CT扫描检查的方法不同,其图像具有一定的差异性,而X线检查能够获得肺门明显增大以及斑片肺纹增多等情况,因此在检查过程中可以采取多种检查模式联合的方式,从而提升检查的准确性。此外,还要注重病原体的检查。患儿受到肺炎支原体感染之后,机体会受到刺激从而分泌相应的抗体,因此临床可以通过抗体的检测分析获得相应的结论,如患儿IgM、IgG水平明显升高时可怀疑为肺炎支原体肺炎;但是该种检查中由于年龄小的患儿可能会出现假阴性,在临床应用中需要加强分析并联合其他的检测措施,降低误诊率。还可以进行肺炎支原体分离培养。肺炎支原体培养是明确疾病类型最重要的方法,临床可以采集患儿的痰液、体液等进行肺炎支原体的分离,虽然该种检测方式获得的准确率比较高,但是一般需要进行2~3周的培养,时间比较常,临床应用受到较多限制<sup>[9-10]</sup>。

## 4 小结

肺炎支原体肺炎是由于肺炎支原体感染所引起的疾病,呈毛细支气管炎样以及间质性肺炎的改变,属于非典型肺炎。肺炎支原体感染后潜伏期比较长,可达2~3周,该种疾病一般起病不急,症状轻重不一,主要为顽固性咳嗽、发热,可威胁患者的生命安全。因肺炎支原体肺炎患儿年龄比较小,咳嗽等持续症状发作之后会影响患者的肺功能,该种情况并不利于患儿的预后。

小儿肺炎支原体肺炎是儿童常见的一种疾病,该种疾病的早期症状并不是十分典型,因此临床的误诊率较高。有条件的医院应该把肺炎衣原体抗体检测作为呼吸道感染的常规检测项目,且临床诊断中需要结合流行病史、患儿早期症状、检查结果以及药物治疗反应等进行综合分析,获得准确的结果,从而进一步降低误诊率,确保患

儿能及时获得相应的治疗。

目前很多的医院已经不再使用红霉素治疗支原体肺炎,改成第二代的大环内酯类抗生素如阿奇霉素进行替代治疗,不良反应少,在治疗的过程中只有少数的患儿出现胃肠反应,患儿均可以耐受。在临床诊疗的过程中,如果患儿出现咳嗽时间比较长,医生应该提高警惕,常规的抗生素以及抗病毒的药物治疗效果不理想的时候,应该及时给予阿奇霉素进行诊断性的治疗,有条件的医院可以进行肺炎支原体抗体的检查。

总之,由于小儿肺炎支原体肺炎临床症状并不是特别典型,加上年龄小的患儿在病原体的检查中可能会出现假阴性,该病的临床误诊率比较高。在实际临床工作中,要求医师既要提升自我应变能力,快速鉴别疾病,还要采取综合性的检查措施进一步提升诊断准确率。

## 参考文献

- [1] 陶良群,华山.红霉素与阿奇霉素治疗年长儿肺炎支原体肺炎的治疗效果及不良反应比较分析[J].心理医生,2018,24(28):138-139.
- [2] 孙晓玄,黄晓英,张锦琪.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的疗效及不良反应观察[J].贵州医药,2017,41(11):1149-1150.
- [3] 王亚军,朱春梅,李光璞,等.阿奇霉素对支原体肺炎患儿症状改善及预后的影响[J].中国医药,2020,15(2):212-215.
- [4] 周立雪,魏田利,孙玉鸣.肺炎支原体的检查进展[J].中国医学人文,2021(6):115.
- [5] 李雪青,江莲,赵忻,等.婴幼儿肺炎支原体肺炎误诊28例并文献复习[J].临床荟萃,2010,25(23):2097-2099.
- [6] 杨金玲.婴幼儿肺炎支原体肺炎误诊48例分析[J].中国误诊学杂志,2008(22):5397.
- [7] 成军家,黄神贤,李国平.两种检验方法在小儿肺炎支原体感染中的检验价值比较[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(16):86-87.
- [8] 黄飞飞,林烈宝,陈秀丹.X射线摄影与CT扫描诊断小儿肺炎支原体肺炎的影像学表现分析[J].中国医学装备,2019,16(11):52-54.
- [9] 林志雄,王开梅,陈江,等.不同剂量糖皮质激素辅助治疗小儿难治性肺炎支原体肺炎合并肺外并发症疗效比较[J].中国医院药学杂志,2017,37(7):639-642.
- [10] 宋宪蓉,杜宇哲.糖皮质激素在儿童难治性肺炎支原体肺炎中的研究[J].中国药物与临床,2017,17(6):888-890.