维普资讯 http://www.cqvip.com



文章编号:0253-3626(2004)06-0853-02

# 肺炎支原体感染并发传染性单核细胞增多症 5 例临床分析

钟家蓉,王 燕,周 勤,田 杰

(重庆医科大学儿科学院内科,重庆 400014)

【摘 要】目的:探讨小儿肺炎支原体(MP)感染并发传染性单核细胞增多症(传单)的临床特征。方法:对 ELISA 方法检测 EB 病毒(EBV)、巨细胞病毒(CMV)、疱疹病毒(HHV)等 IgM 和 PCR 检测 EBV-DNA 均阴性,而 MP-IgM 和 PCR 检测 MP-DNA 均阳性的 5 例传单患儿病历资料进行回顾性分析。结果:5 例均有发热、淋巴结肿大、咽峡炎、肝肿大、脾肿大 2 例,咳嗽 5 例,鼻塞、眼睑浮肿 2 例,腮腺肿大、皮疹 1 例,肺部炎症、心肌损害 2 例。4 例仅用阿奇霉素,1 例仅用红霉素治疗 2 周痊愈。结论:MP 感染可并发传染性单核细胞增多症,临床特征主要为不规则发热、淋巴结肿大、咽峡炎、肝脾肿大,阿奇霉素及红霉素治疗效果好。

【关键词】肺炎支原体;传染性单核细胞增多症

【中国图书分类法分类号】R72 【文献标识码】B 【收稿日期】2004-04-28

## A study on infectious mononucleosis with mycoplasma pneumoniae

*ZHONG Jiarong, et al*

(*Department of Cardiology, College of Pediatrics, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To study the clinical features of infectious mononucleosis synsdrome due to mycoplasma pneumoniae in children. *Methods*: 5 children with MP-IgM(+), PCR MP-DNA(+), EBV-IgM(-), CMV-IgM(-), HHV-IgM(-), EBV-DNA(-) were analyzed. All patients were diagnosed as infectious mononucleosis due to mycoplasma pneumoniae. *Results*: All the patients (100%) had fever, enlarged lymph nodes, angina and liver tumefaction. 2 cases had spleen tumefaction; 5 case had cough; 2 cases had nasal obstruction and swollen blepharon; 1 case had enlarged parotid gland and skin eruption, and 2 cases had pneumonia and myocarditis. 4 cases were cured with azithromycin, and 1 case were cured with abomacetin for 2 weeks. *Conclusion*: Mycoplasma pneumoniae can lead to infectious mononucleosis syndrome. The main clinical features include irregular fever, angina, enlarged lymph nodes and hepatosplenomegaly. Azithromycin and abomacetin are effective for therapy.

【Key words】Mycoplasma pneumoniae; Infectious mononucleosis

肺炎支原体感染并发传染性单核细胞增多症(传单)国内少有报道,现将我院 5 例病儿的临床特点、诊治及转归报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

收集我院 2001 年 1 月~2002 年 5 月共 346 例确诊的传染性单核细胞增多症患儿,其中由 MP 感染引起的传单共 5 例(1.44%),男 3 例,女 2 例,年龄 1 岁 3 月~11 岁 8 月,均符合传单的标准:

### 1.2 确诊 MP 感染引起传单的标准[1]

①符合传单的诊断标准;②MP-IgM≥1:100(+),咽拭子分泌物 PCR 检测 MP-DNA(+);③EB 病毒(EBV)、巨细胞病毒(CMV)、疱疹病毒(HHV)等病毒 IgM(-)

### 1.3 临床特征

①发热:5 例均有发热,体温波动在 37.5℃~39.5℃,不规则发热 4 例,弛张高热 1 例,热程 6~23 天(平均 11.8 天),伴畏寒 1 例。②淋巴结肿大:5 例均有淋巴结肿大,多见于颈部,单个或成串,直径 1~3cm,质中。③咽峡炎:5 例均有咽峡炎,表现为咽部充血,扁桃体Ⅰ~Ⅱ度肿大,其中 3 例扁桃体表面有灰白色膜状分泌物。④肝脾肿大:5 例均于病程 6~12 天出现肝大,肋下 1~3cm,剑下 2~4.5cm,质欠软;其中 4 例肝功能异常,主要表现谷丙转氨酶(ALT)和谷草转氨酶(GOT)升高,2 例有白蛋白降低,1 例球蛋白升高,无黄胆。肝功能异常持续 2~4 周;2 例同时有脾脏肿大,肋下 1~2.5cm。肝脾肿大持续 3~6 周。⑤皮疹:1 例于病程 21 天出现疱疹和丘疹样寻麻疹。⑥眼睑浮肿:2 例于病程第

作者介绍:钟家蓉(1960- ),女,副教授,
主要研究方向:小儿心血管。

维普资讯 http://www.cqvip.com



3～6 天出现上眼睑浮肿，持续 2～4 天消退。⑦其他：5 例均有咳嗽，轻重不等，痰少；2 例有气急；2 例有鼻塞、流涕；1 例咽痛；2 例有呕吐和腹痛；1 例腮腺肿大；5 例精神、食欲稍有减退；1 例有胸闷、心悸、苍白。

1.4 实验室检查

①血常规：WBC 总数(16.2～46.8)×$10^9$/L(平均 21.1×$10^9$/L)，分类淋巴细胞为 0.3 有 1 例，0.6 有 1 例，0.75 以上 3 例，淋巴细胞比例一般于病程第 7～19 天(平均 10 天)达高峰；变异淋巴细胞为 0.12～0.27，于病程第 7～27 天(平均 13 天)达高峰；3 例 Hb 和 RBC 正常，2 例有轻中度贫血，1 例有血小板减少。②噬异性凝结试验：4 例阴性，1 例未做。⑧心肌酶谱：2 例 CK－MB 升高，1 例肌钙蛋白阳性。

1.5 病原学检查

①ELISA 方法进行 MP、呼吸道合胞病毒(RSV)、腺病毒(AdV)、麻疹病毒(MeV)、柯萨奇病毒 B 组(CVB)、EBV、CMV 的 IgM 检测，5 例 MP－IgM 均阳性，其他病毒 IgM 均阴性。②PCR 检测 EBV－DNA 均阴性，MP－DNA5 例均阳性。

1.6 其他检查

腹部 B 超 5 例肝肿大，2 例脾脏肿大，1 例胆囊壁增厚，1 例腮腺肿大。胸片 2 例肺间质改变，3 例正常。心电图 2 例异常，1 例低电压，1 例轻度 ST－T 改变。

1.7 治疗与转归

5 例患儿明确诊断后，其中 4 例仅给予阿奇霉素(10mg/kg.d，用 4 天，停 3 天为 1 疗程，共 2 疗程)，1 例给予红霉素(25mg/kg.d，疗程 14 天)，同时对症支持治疗。1 例给予静脉丙种球蛋白 1 克/kg，住院 6～14 天(平均 8 天)，体温于阿奇霉素或红霉素治疗 2～7 天(平均 3.6 天)消退。4 例出院时淋巴结有缩小，经门诊随访 3 个月，3 例淋巴结肿大持续到病程的 2～4 周，2 例持续到病程 4～6 周。肝脾肿大 4 例持续到病程 3～4 周，1 例持续到病程 6 周。3 例扁桃体白色分泌物于病程 8～16 天(平均 12 天)消退，咽部充血、扁桃体肿大于病程 12～27 天(平均 13.6 天)消失。

## 2 讨 论

2.1 传染性单核细胞增多症(简称传单)

是一种主要由 EB 病毒感染引起的单核巨噬细胞急性增多的传染性疾病，带菌者和病人是传染源，可经口、密切接触传播，儿童易感。其临床特征为不规则发热，颈部淋巴结肿大，咽峡炎，肝脾肿大，血常规淋巴细胞分类比例升高并有大量变异淋巴细胞。传单 90% 由 EB 病毒感染所致，其余可由巨细胞病毒、弓形虫原虫、肝炎病毒、人类 B 热带病毒、HIV、疱疹病毒引起完全类似传单的综合征。MP 感染并发传单的报道很少，国外曾报道过 1 例[2]，国内近年报道过 5 例[3]，MP 感染为儿科常见疾病，可出现全身多系统的临床表现[4]如肺炎、心肌炎、肝炎等。本文病儿有肺炎、心肌炎、腮腺炎也说明这一点，引起传单的原因尚不清楚。

2.2 MP 感染并发传单主要临床表现

为不规则发热，多为中高热，持续 1～3 周不等，伴畏寒寒战。均有淋巴结肿大，主要是颈部、颌下淋巴结肿大，持续时间 2～6 周不等、均有咽峡炎，部分有咽部白色膜状分泌物。均有肝脾肿大，多持续到病程 3～4 周，伴肝功能异常，多有咳嗽，未见喉梗阻，可有眼睑浮肿和皮疹。

2.3 MP 感染并发传单的治疗与转归

MP 感染导致的传单恢复较快，于治疗后 2～7 天热退，4～5 天肝脾开始缩小，病程 3～4 周恢复正常，肝功能随之恢复。咽峡炎恢复较快，白色分泌物于治疗后 2～7 天消失。使用阿奇霉素有效率 100%。因此临床有传单表现者，应注意白细胞分类，查找变异淋巴细胞，病原学检查除注意 EBV、CVB、疱疹病毒外，必要时应注意 MP 的检查，了解是否由 MP 感染所致。ELISA 方法检测病毒及 MP 特异 IgM，方法简便、快速，可作为 MP 感染的早期诊断方法，这是由于感染 MP 后 5～7 天即开始产生 IgM。如早期 MP 阴性者，可于病程 1～2 周以后复查，对诊断 MP 感染有帮助。或早期进行咽拭子分泌物 PCR 检测 MP－DNA 明确诊断，一旦确诊，应正规使用阿奇霉素或红霉素 2 周以上，同时对症支持治疗，并随访 MP－IgM、肝功能、血常规及变异淋巴细胞到正常。

## 参 考 文 献

[1] 胡亚美，江载芳，主编. 诸福棠实用儿科学[M]. 第 7 版，北京：人民卫生出版社，2002：821－825.

[2] Narita I, Yamada S, Nakayama T. Two cases of lymphadenopathy with liver dysfunction due to mycoplasma pneumoniae infection with mycoplasmal bacteraemia without pneumonia[J]. J Infect, 2001; 42(2): 154.

[3] 孟献礼，汤多永. 以传染性单核细胞增多症表现为主的 MP 感染 5 例报告[J]. 中华临床新医学，2002；2(1)：93.

[4] 王慕逖，主编. 儿科学[M]. 第 4 版，北京：人民卫生出版社，1998；254.