

<<肺部感染性疾病病例析评>>

图书基本信息

书名：<<肺部感染性疾病病例析评>>

13位ISBN编号：9787117146982

10位ISBN编号：7117146982

出版时间：2011-10

出版单位：人民卫生

作者：何礼贤

页数：446

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<肺部感染性疾病病例析评>>

内容概要

《肺部感染性疾病病例析评》以临床病例为基础，探讨肺部感染性疾病领域共同关注的一些问题，如病原学诊断、抗菌药物合理应用(尤其是经验性抗菌治疗的恰当选择与使用)、特殊病原体感染等，供初、中级临床内科医师学习参考。

<<肺部感染性疾病病例析评>>

书籍目录

第一章 革兰阳性细菌感染

第一节 肺炎链球菌脓毒血症

发热、头痛1天

述评：肺炎链球菌感染

第二节 金黄色葡萄球菌肺炎

一、咯血1个月，伴发热1周

二、右髋部疼痛8天，加重伴咳嗽、发热6天

三、高热4天，头痛2天

四、胸痛1天，加重2小时

五、发热伴咳嗽、咳痰3天

六、高热、咳嗽、咳痰3周

述评：甲氧西林耐药金黄色葡萄球菌(MRSA)的治疗

第三节 肠球菌肺炎

一、发热、咳嗽2周，呼吸困难3天

二、咳嗽伴高热——多次调整抗感染药物，有效后又高热

述评：肠球菌肺炎

第四节 肺诺卡菌病和肺放线菌病

一、发热、咳嗽、咳痰4个月，加重伴胸痛1个月

二、肾移植术后9个月余，发热、咳嗽3个月，头痛、发作性意识丧失1个月

三、间断左胸背部疼痛10个月，咳嗽2个月，伴发热1个月余

四、咳嗽、咯血，左肺占位病变

述评：肺放线菌病与肺诺卡菌病

革兰阳性细菌感染综合述评

第二章 革兰阴性细菌感染

第一节 肺炎克雷伯菌肺炎

一、住院期间出现咳嗽、咳痰、发热

二、反复发热伴咳嗽、咳痰

述评：产ESBL肺炎克雷伯菌

第二节 铜绿假单胞菌肺炎

一、反复咳嗽、咳痰40余年，活动后气短10年，加重2天

二、反复咳嗽、咳痰12年，再发加重

三、纤维喉镜检查后脓痰、发热，2周后症状反复伴痰血

四、慢性哮喘8年，加重伴下肢水肿10天

述评：铜绿假单胞菌感染

第三节 不动杆菌肺炎

一、一例泛耐药鲍曼不动杆菌肺部感染抗生素治疗的启迪

二、反复咳嗽、咳痰20年，气促10年，加剧5天

三、发热，咳痰，呼吸困难1个月

四、上腹疼痛10小时

五、反复咳嗽、咳痰30余年，加重伴呼吸困难20天

六、气管插管术后灰白脓痰3天

七、反复发热、寒战5个月

八、咳嗽、咳痰、喘憋8个月，意识障碍1小时

述评：不动杆菌肺部感染诊断和治疗的几个问题

第四节 嗜麦芽窄食单胞菌肺炎

<<肺部感染性疾病病例析评>>

一、咳嗽及食欲下降1周

二、反复发热，喘息

述评：嗜麦芽窄食单胞菌感染

第五节 少见革兰阴性菌肺炎

一、胸闷、气急渐加重3小时

二、司徒普罗威登斯菌致多部位感染一例报道

三、长期肾替代治疗后精神差、白细胞计数高

四、发热、咳嗽、呼吸困难

五、发热、咳嗽1个月，左手脓肿20天，呼吸困难1天，双肺渗出性病变

述评：少见革兰阴性菌的认识与治疗对策

第六节 多微生物肺炎

一、反复咳嗽、咳痰20余年，气促10余年，再发加重1周

二、反复咳嗽、咳痰、气促30余年，加重伴双下肢水肿10余天

三、反复咳嗽、咳痰20年，气促5年，加重1个月

四、右肺癌化疗后骨髓抑制，肺部多种病菌混合感染

五、反复咳嗽、咳痰、喘息20年，加重12天

六、神志不清伴呕吐，并出现四肢抽搐，机械通气治疗

七、咳嗽、咳痰伴喘息，抗生素和激素治疗病情恶化

述评：多微生物混合感染

第三章 真菌感染

第四章 其他感染和类感染

编后记

<<肺部感染性疾病病例析评>>

章节摘录

版权页：插图：【讨论】COPD急性加重多和感染有关，尤其是细菌感染。临床上大多数情况是初始治疗时病原菌尚未明确而先行经验治疗，然后依据药敏试验结果做相应调整。

初始的经验治疗非常重要。

抗生素选择是否恰当，对COPD患者病情的发展和预后有很重要的影响。

COPD并发感染后常见的致病菌是肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷伯菌、军团菌、支原体、衣原体等。

常继发于呼吸道病毒感染。

因此，初始治疗应选用针对以上病原体敏感的抗生素。

应引起注意的是，COPD感染同一般的社区肺炎的病原体有所不同；COPD的社区感染中革兰阴性菌的感染很常见，如大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、肠杆菌属及不动杆菌等，特别是合并支气管扩张者：铜绿假单胞菌的感染亦很常见，在选择抗生素时应给予注意。

经验用药3天后应对疗效进行初步的评价。

如患者症状减轻，血气分析好转，肺内啰音减少，意识好转，说明抗感染有效，可维持初始治疗，不必更改。

否则应考虑原抗生素不敏感或合并未被已用抗生素覆盖的细菌感染，要及时进行调整。

同时，在住院治疗过程中，由于广谱抗生素运用和院内感染的发生，病原体可能变迁，因此，在治疗过程中对病原体的密切随访非常重要。

在本病例中，患者入院后，根据指南推荐，患者有基础疾病和结构性肺病，选用莫西沙星及头孢哌酮/舒巴坦联合经验性抗感染，病情有一过性缓解，后患者出现气喘加剧，考虑合并院内感染的可能性，并根据痰涂片结果调整用药。

可是，根据经验性用药调整的所谓“大万能”[氟康唑（大扶康）+万古霉素+亚胺培南/西司他汀（泰能）]并不万能，患者症状改善不明显。

病原学检测使得该患者治疗出现转机。

确诊肺部多重耐药的鲍曼不动杆菌感染及曲霉病临床诊断后，针对致病菌用药的靶向治疗使患者症状在短时间内出现缓解，并且影像学吸收理想。

在本病例中，2次痰培养均见到烟曲霉生长。

但是，鉴于患者病情重、年龄大，患者家属拒绝有创性检查，未能获得曲霉病的病理学依据。

鲍曼不动杆菌是G⁻条件致病菌，是院内感染的常见细菌，常对β-内酰胺抗生素耐药，常见的耐药机制：产生水解酶，青霉素结合蛋白改变，自身结构及孔蛋白数量改变，外排泵活性增强。

头孢哌酮钠/舒巴坦等含舒巴坦制剂，对鲍曼不动杆菌有良好疗效，其主要机制：舒巴坦能与细菌产生的β-内酰胺酶不可逆结合，增强主药效果；舒巴坦与青霉素结合蛋白（PBP2）结合，起直接杀菌作用。

多篇文献证实舒巴坦制剂与米诺环素联用对多重耐药不动杆菌有良好疗效。

<<肺部感染性疾病病例析评>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>