

儿童肺炎支原体感染， 正确应对是关键

文 / 清华大学北京清华长庚医院 唐蕾 王丽婷

儿童肺炎支原体感染是一种儿科常见的呼吸道疾病，尤其在冬季发病率较高。这种病虽常见，但若应对不当，可能引发严重后果。因此，正确应对是保障孩子健康的关键。了解其症状、掌握安全用药知识，家长才能在面对疾病时从容不迫，为孩子筑牢健康防线。

一、儿童肺炎支原体肺炎的现状与挑战

肺炎支原体肺炎（MPP）是一种常见的呼吸道疾病，尤其在儿童和青少年中高发，已成为我国6岁及以上儿童的主要肺炎类型。然而，近年来该病呈现低龄化趋势，且目前尚无疫苗可以预防。

大环内酯类药物是治疗肺炎支原体感染的首选药物，如阿奇霉素、红霉素等。令人担忧的是，大环内酯类药物的耐药现象日益严重，导致耐药性MPP及由此引发的难治性MPP发生率不断攀升。据相关统计，2021—2022年，北京地区住院儿童的耐药率竟高达92.7%，这无疑使儿童肺炎支原体肺炎的防治面临更加严峻的挑战，也成为当前备受关注的重点问题。

二、肺炎支原体感染的症状及早期应对方法

肺炎支原体感染的潜伏期较长，可达2~3周。感染初期，患者通常会出现轻至中度的呼吸道症状，类似普通感冒，主要表现为发热和干咳。此外，还可能伴有胸

痛、头痛、乏力等不适。免疫力强的部分患者可自愈，但也有少部分患者病情加重，引发肺炎和其他并发症，严重时甚至危及生命。因此，早期识别症状并及时就医至关重要。

在早期治疗方面，阿奇霉素等大环内酯类抗菌药物是常用的药物。如果治疗有效，患者通常在用药48~72小时内体温会逐渐下降。然而，如果已经使用阿奇霉素等药物3天，仍然持续发热或症状没有改善，甚至出现喘鸣，那么很可能是耐药菌在作祟。此时应及时调整治疗方案，考虑更换其他抗菌药物。同时，进一步完善相关检查，密切观察患者的病情变化，包括体温、咳嗽症状、呼吸频率等，根据病情调整用药剂量和疗程。

三、儿童肺炎支原体感染的治疗药物

儿童肺炎支原体感染的治疗首选大环内酯类抗菌药物（如阿奇霉素、克拉霉素、红霉素、罗红霉素、乙酰吉他霉素），优先选择阿奇霉素。另外，四环素类抗菌药物（如多西环素、米诺环素、替加环素）与喹诺酮类抗菌药物（如左氧氟沙星、莫西沙星）也已被证实能有效治疗肺炎支原体感染。需要注意的是，四环素类抗菌药物可能导致牙齿发黄或牙釉质发育不良，仅适用于8岁以上儿童；而喹诺酮类抗菌药物可能影响18岁以下儿童的骨骼发育，仅适用于重症或对大环内酯类抗菌药物耐



药的情况。因此，医生应根据患儿具体情况权衡利弊，并在获得家长知情同意后谨慎使用以上两类药物。同时，用药期间还需密切监测药物可能引起的不良反应。

四、儿童用药的选择与安全性分析

1. 大环内酯类与四环素类药物的用药次序

在考虑用药安全性时，我国指南建议，无论是否存在耐药情况，大环内酯类药物均为儿童MPP的首选治疗方案，而四环素类和喹诺酮类药物则作为肺炎支原体感染的二线治疗用药选择。尽管大环内酯类药物耐药率较高，但不代表阿奇霉素无效。为了避免“米诺环素”成为下一个高耐药的“阿奇霉素”，若使用大环内酯类药物治疗48~72小时后，患者症状未改善或病情加重，应及时就医，同时进行病原体及耐药性检测，并在专业医生的指导下调整用药方案。

2. 四环素类药物的儿童用药安全性

四环素类药物通常不推荐用于低龄儿童，但2023年版指南指出，在推荐剂量和疗程内，米诺环素尚无持久牙齿黄染的相关报道，且多西环素的安全性较高。2018年美国儿科学会（AAP）也提出，无论患者年龄如何，多西环素均可短期使用（即21天或更短时间）。因此，当8岁以下儿童必须使用四环素类药物时，应权衡利弊，并优先选择多西环素。

有研究者基于美国FDA药品不良事件报告系统（FARES）数据库，对8岁以下儿童使用四环素类药物的不良反应进行了分析，建议除关注牙齿黄染、胃肠刺激等常见不良事件外，还应监测血脂和肝功能，必要时调整给药剂量。此外，替加环素可能对8岁以下儿童的心脏发育造成严重影响，一般不推荐使用；若必须使

用，需密切监测心功能。

3. 喹诺酮类药物的儿童用药安全性

作为MPP的二线用药，我国《氟喹诺酮类抗菌药物在儿童应用中的专家共识》指出，对于骨骼发育成熟的青少年或不能耐受大环内酯类药物的6个月及以上儿童，可考虑将左氧氟沙星作为替代药物。此外，《英国国家处方集（儿童版）》和《WHO儿童基本药物清单》也建议，在充分权衡利弊的情况下，氟喹诺酮类药物可酌情用于儿童耐药菌株感染的治疗。

尽管近年来的研究数据显示，儿童使用喹诺酮类药物后出现关节软骨损伤的发生率和严重程度远低于动物实验中的结果，但关于18岁以下儿童能否使用氟喹诺酮类药物的问题仍存在争议，临床使用时需谨慎评估风险与收益。

4. 糖皮质激素与丙种球蛋白可否用于治疗

糖皮质激素具有抗炎作用，可与抗菌药物联合用于治疗儿童MPP。全身性糖皮质激素通常用于病情较重的患儿，例如甲泼尼龙（最大剂量为60 mg/d），其临床疗效显著且不良反应较少；也可选择地塞米松，但疗程一般不超过2周。对于有明显喘息、过敏倾向或哮喘的儿童，吸入性糖皮质激素可有效减轻气道炎症。

关于丙种球蛋白，目前尚无直接临床证据支持其常规用于儿童MPP的预防或治疗，除非患儿出现神经、血液或其他系统并发症，医生可根据具体病情酌情使用。

综上所述，儿童肺炎支原体感染大多预后良好，家长无需过度担忧。早期识别、正确应对很关键，若使用阿奇霉素等常规药物治疗3天后仍发热或症状无好转，应及时就医，在医生指导下调整用药方案，避免滥用药物，确保用药安全。**药物与人**