

常规西医疗法配合中药治疗儿童肺炎的临床观察

吴蕙

(江苏省宿迁市中医院 宿迁 223800)

关键词: 儿童肺炎; 中药; 中西医结合疗法; 临床观察

中图分类号: R725.6

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.025

儿童肺炎是儿童常见的疾病之一,无明显季节性,四季皆可发生。发热、咳嗽、咳痰等为常见症状,但由于致病菌与机体状态,症状轻重有所不同。如治疗不及时,常引发心力衰竭、呼吸衰竭、脓气胸、

无效 8 例;实验组疗效明显优于对照组, $P<0.05$, 差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患儿治疗效果对比 例(%)					
分组	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
实验组	40	23 (57.5)	15 (37.5)	2 (5.0)	95.0*
对照组	40	16 (40.0)	16 (40.0)	8 (20.0)	80.0

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 不良反应 两组患儿不良反应主要以消化道反应为主,如腹痛、恶心、呕吐等。其中对照组腹痛 1 例,恶心 3 例,呕吐 3 例;实验组腹痛 1 例,恶心 2 例,呕吐 2 例;两组比较, $P>0.05$, 差异无统计学意义。见表 2。

表 2 两组患儿不良反应对比 例(%)					
分组	n	腹痛	恶心	呕吐	不良反应比例(%)
对照组	40	1 (2.5)	3 (7.5)	3 (7.5)	17.5*
实验组	40	1 (2.5)	2 (5.0)	2 (5.0)	12.5

注:与对照组相比,* $P>0.05$ 。

3 讨论

由肺炎支原体(MP)感染所致的小儿肺炎发病率逐年上升,发病年龄有所提前,年龄向婴幼儿发展。据统计小儿支原体肺炎在小儿肺部疾病中比例达 30%^[3-4],主要以 5~15 岁儿童多见。MP 潜伏期较长,感染病程长,临床表现多样化,病情易被延误,具体临床表现为持续发热、刺激性干咳、头痛、关节疼痛、头痛、咽痛等,若不及时诊治,威胁患儿生命。MP 除常引起呼吸道感染外,还可出现肺外并发症,引起全身器官病变。故能及早明确诊断并采取有效治疗显得尤为重要。本组病例胸部 X 线检查均发现不同程度的肺部炎症改变,纹理增粗、紊乱者超过 50%,但是 X 线表现多样,缺乏特异性。因此,笔者认为对儿童发热、咳嗽,且合并肺外器官受累,白细胞变化不明显、血沉增快者应早行 X 光胸片检查和 MP-IgM 抗体检测,以尽早诊断^[5]。支原体是一种无细胞壁的原核微生物,介于病毒和细胞之间,其含有的蛋白质含量较为丰富^[6],同时还有少量的 DNA 与 RNA^[7],临床研究发现,肺炎支原体对于大环内酯

缺氧性脑病以及中毒性休克等严重并发症。近 1 年笔者对儿童肺炎在使用常规西医疗法基础上服用中药,临床疗效较佳。现报道如下:

类抗生素其敏感性较高,主要因为大环内酯类抗生素可显著抑制支原体细胞壁的合成^[8],从而促使药物能顺利进入支原体内发挥作用。阿奇霉素是一种疗效良好的抗生素,相对于红霉素抗菌作用强,不良反应相对较少^[9]。研究表明阿奇霉素在体内利用率高,对支原体有更好的敏感性,能有效穿透组织渗透性。本研究结果显示,实验组患者总有效率达 95.0%,对照组患者总有效率为 80.0%,实验组疗效明显优于对照组, $P<0.05$, 差异有统计学意义。阿奇霉素的应用多采用序贯治疗,在患儿治疗早期采用静脉滴注的方式,待病情稳定后,可改为口服,并逐渐降低用药浓度。早期诊断小儿支原体肺炎至关重要,需结合患儿病史、实验室检查、体格检查等确诊,一旦确诊,及早开展治疗,防止病情发展危及患儿生命。

综上所述,小儿支原体肺炎以预防为主,对于已经感染的患儿需及早诊断和治疗,鉴于支原体对常规抗生素耐药性的特点,笔者建议选择阿奇霉素作为治疗首选药,但静脉滴注阿奇霉素相对患儿而言痛苦较大,难以忍受,需护理人员提供更为优质的护理,可在病情稳定后改为口服给药。

参考文献

[1]朱巧女.小儿支原体肺炎 126 例诊治分析[J].中国基层医药,2012,19(7):1 082-1 083
[2]程诗亮.小儿支原体肺炎的临床诊治分析[J].江西医药,2012,47(3): 247-248
[3]刘麦叶.小儿支原体肺炎合并脑炎 26 例临床诊治分析[J].中国现代药物应用,2011,5(19):26-27
[4]钱庆辉.小儿肺炎支原体肺炎的临床特点和诊治分析[J].中国医药导刊,2012,14(7):1 107-1 109
[5]王华珍.36 例小儿支原体肺炎诊治分析[J].浙江临床医学,2003,5(7):531
[6]李毅.小儿支原体肺炎临床诊治分析[J].西藏科技,2010(6):45-46
[7]高瑞波.78 例小儿支原体肺炎临床诊治分析[J].当代医学,2012,18(16):46-47
[8]陈金仓.192 例小儿支原体肺炎临床诊治分析[J].医药前沿,2012,2(18):57-58.
[9]全惜春.小儿支原体肺炎 81 例临床诊治分析[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(2):51

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 1 月~2013 年 4 月我院收治的儿童肺炎患者 62 例, 随机分为治疗组和对照组各 31 例。治疗组中, 患者年龄 11 个月~11 岁, 平均 7.1 岁; 男 14 例, 女 17 例; 发热者 26 例, 咳嗽咳痰质稀者 31 例; 病程 2~12 h; 支原体感染 7 例, 肺炎链球菌感染 13 例, 病毒感染 11 例。对照组中, 患者年龄 10 个月~12 岁, 平均 6.7 岁; 男 15 例, 女 16 例; 发热者 24 例, 咳嗽咳痰质稀者 31 例; 病程 3~11 h; 支原体感染 7 例, 肺炎链球菌感染 12 例, 病毒感染 12 例。两组患者在年龄、性别、临床症状、病程等方面无统计学差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 两组患者均经痰液分泌物细菌培养、血常规(血白细胞、中性粒细胞升高)、胸部 X 线检查确诊。两组患者肺部可闻及干、湿性罗音。

1.3 纳入标准 所有患者均细菌培养或胸部 X 线证实为肺炎; 肝功能、肾功能正常; 能接受西医、口服中药治疗者。

1.4 排除标准 类似肺炎症状未确诊为肺炎疾病者; 对阿奇霉素、青霉素、利巴韦林过敏者; 不能接受中药治疗者。

1.5 治疗方法 治疗组采用常规西医抗炎治疗 + 口服辨证中药; 对照组仅采用常规西医抗炎治疗。

1.5.1 常规西医治疗 支原体肺炎用药为: 阿奇霉素注射液 10 mg/(kg·d), 静脉滴注, 每日 1 次, 连用 5 d; 肺炎链球菌肺炎用药为: 阿莫西林舒巴坦注射液 80~100 mg/(kg·d), 静脉滴注, 每日 2 次, 至热退 3 d; 病毒性肺炎用药为: 利巴韦林 (病毒唑) 10~15 mg/(kg·d), 静脉滴注, 每日 2 次。

1.5.2 中药治疗 处方: 麻黄 3~6 g、桂枝 3~6 g、芍药 6 g、五味子 3~6 g、半夏 6 g、杏仁 6 g、生石膏(先煎) 15 g、炙甘草 6 g。兼大便不通者, 加用玄参 6 g、麦冬 6 g; 兼鼻塞、清涕多者, 加用辛夷 3 g、苍耳子 3 g; 兼喉中痰鸣, 加用杏仁 3 g、射干 3 g; 兼食积内停, 加用焦山楂 15 g、莱菔子 15 g。水煎服, 每日 1 剂, 煎取 100 mL, 分 2 次或多次服用。

1.6 观察指标 观察两组患者疗效、治疗时间及不良反应。

1.7 疗效标准 痊愈: 3 d 内患者无发热、咳嗽咳痰等症状, 体温达到正常; 显效: 5 d 内患者咳嗽咳痰明显减轻、体温达到正常, 身体状况有明显好转; 有效: 患者在用药时间内发热、咳嗽咳痰等症状减轻, 体征未完全恢复正常; 无效: 7~14 d 后, 患者发热、咳嗽咳痰等症状无变化, 体温高于正常、体征无改善者。

1.8 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料以 ($\bar{X} \pm S$) 表示, 采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 治疗组痊愈 20 例 (64.5%), 显效 7 例 (22.6%), 有效 3 例 (9.7%), 无效 1 例 (3.2%), 总有效率为 96.8%; 对照组痊愈 14 例 (45.2%), 显效 3 例 (9.7%), 有效 8 例 (25.8%), 无效 6 例 (19.4%), 总有效率为 80.6%。两组疗效比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.2 治疗时间比较 治疗组患者治疗时间多集中在 7 d 内, 仅 1 例患者 7 d 后痊愈。两组患者治疗所需时间比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗时间比较 例 (%)

组别	n	3 d	4 d	5 d	6 d	7 d	>7 d
治疗组	31	8(25.8)	6(19.4)	6(19.4)	4(12.9)	6(19.4)	1(3.2)
对照组	31	2(6.5)	3(9.7)	4(12.9)	6(19.4)	8(25.8)	8(25.8)

2.3 不良反应 治疗组无不良反应, 对照组仅 1 例出现皮肤反应, 两组患者治疗后不良反应比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

儿童肺炎多在冬春季节发生, 小儿肺炎中, 细菌、病毒引起最为多见。如未及时治疗, 易转为其他严重疾病, 且该病易反复, 给患儿及家属造成心理精神负担。阿奇霉素属大环内酯类抗生素, 多用于治疗支原体肺炎。有学者^[1]比较阿奇霉素与红霉素治疗支气管肺炎的疗效, 结果发现阿奇霉素临床有效率为 90%, 高于红霉素有效率 70%。

儿童肺炎患者多外感风寒, 素有内饮、痰湿体质, 儿童肺炎, 中医称之为“喘嗽”。在本研究中, 患者风寒束表, 卫阳被遏, 营阴郁滞, 饮寒相引, 形寒饮冷则伤肺, 故出现一系列咳嗽、咳痰、质稀等病症, 正邪相争, 故有发热^[2]。本研究中应用小青龙汤治疗, 麻黄、桂枝辛温解表祛寒, 麻黄又可宣肺平喘咳; 五味子味酸性敛, 敛肺气止咳; 芍药酸收, 和营养血; 半夏味辛性温而燥, 为燥湿化痰之要药; 杏仁主入肺经, 味苦降泄, 肃降兼宣发肺气而止咳平喘; 生石膏辛寒入肺经, 善清肺经实热; 炙甘草祛痰止咳, 还可调和诸药^[3]。本研究中, 加用中药治疗儿童肺炎, 可提高临床疗效, 还可以缩短治疗时间, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]尚志红.阿奇霉素治疗儿童肺炎临床效果观察[J].当地医学,2012,18(14):99-100
[2]宋敏.小儿肺炎恢复期中医药治疗进展[J].江苏中医药,2010,42(6):80-81
[3]邓祖芬.中药外敷治疗小儿肺炎 10 例临床观察[J].云南中医中药杂志,2009,30(2):82