

阿奇霉素治疗小儿肺炎的疗效观察

刘桂明

(江西省遂川县人民医院 遂川 343900)

摘要:目的:探讨阿奇霉素治疗小儿肺炎的临床效果。方法:选取 2010 年 5 月~2013 年 11 月于我院住院治疗的 147 例小儿肺炎患儿为研究对象,按照姓名字母排序随机分为阿奇霉素组与红霉素组两组。阿奇霉素组 77 例在常规小儿肺炎治疗基础上,给予患儿静脉滴注阿奇霉素的方案进行治疗;红霉素组 70 例则采用静注红霉素方案予以治疗。回顾性分析两组患儿临床资料,比较其治疗效果。结果:(1)阿奇霉素组总有效率为 90.9%,高于红霉素组的 78.6%,两组比较具有统计学意义, $P<0.05$;(2)两组患儿接受治疗后,临床症状均得到不同程度缓解,其中阿奇霉素组患儿病症平均消失时间为 (6.01 ± 1.33) d,短于红霉素组的 (11.54 ± 1.78) d,组间对比具有统计学意义, $P<0.05$;(3)阿奇霉素组治疗后无患儿出现不良反应,红霉素组则有 4 例患儿出现不良反应,且均于紧急停药后症状消失,组间对比明显, $P<0.05$ 。结论:采用阿奇霉素辅助常规治疗方法治疗小儿肺炎疗效显著,且无明显不良反应,较为安全,可广泛使用。

关键词:小儿肺炎;阿奇霉素;疗效观察

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.020

本次研究为有效探讨阿奇霉素治疗小儿肺炎的临床效果,选取 2010 年 5 月到 2013 年 11 月于我院住院治疗的 147 例小儿肺炎患儿为研究对象,对其中的 77 例采用常规治疗方法辅助静脉滴注阿奇霉素的方案进行治疗,不良反应率低,疗效显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 5 月~2013 年 11 月于我院接受住院治疗的 147 例小儿肺炎患儿为研究对象,并按照姓名字母排序随机分为阿奇霉素组(77 例)与红霉素组(70 例)。参与本次研究的 147 例患儿均接受系列检查,符合《儿科学》诊断标准,且由我院两名以上专家确诊为小儿肺炎,满足发热、咳嗽、鼻煽、精神萎靡、呼吸困难、气促气喘、肺部细湿罗音等小儿肺炎临床表现。其中男患儿 75 例,女患儿 72 例;年龄 1.5~6.5 岁,平均年龄 (3.38 ± 1.42) 岁;病程 7~14 d,平均病程 (10.6 ± 1.4) d。两组患儿一般资料对比均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准 (1)对大环内酯类药过敏患儿;^①(2)治疗前服食过其他治疗药物或抗生素类药物的患儿;^②(3)年龄不足 1 岁或超过 7 岁的患儿;^③(4)并发其他类型疾病的患儿;^④(5)肾功能、肝功能不全的患儿。

1.3 治疗方法

1.3.1 红霉素组 在常规的吸痰、止咳、雾化、退热、平喘、抗过敏^⑤等小儿肺炎治疗基础上采取静注红霉素的方式进行治疗,25 mg/kg,分早晚两次静注,疗程持续 14~28 d。

1.3.2 阿奇霉素组 在常规治疗基础上,同时给予静脉滴注阿奇霉素的方案治疗,10 mg/kg,1 次/d,1 个疗程 3 d,停用 4 d 后继续使用 1 个疗程;若患儿使用后疗效不显著或无效,则应于第二疗程结束后停用 4 d,开始第 3 个疗程。

1.4 疗效判断标准 治愈:治疗后患儿各项临床症状均消失或基本消失,生命体征恢复正常;显效:治疗后患儿各项临床症状得到一定程度的缓解,水泡音减少需时超过 7 d^[3];无效:经过为期 2 周的治疗后,患者病症仍旧没有得到改善,甚至不断恶化。总有效率=(治愈例数+显效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 采用统计学软件 SPSS17.0 对两组患儿各项数据进行分析, $P<0.05$ 为有显著性差异和统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果对比 见表 1。阿奇霉素组总有效率为 90.9%,高于红霉素组的 78.6%,两组比较具有统计学意义, $P<0.05$ 。

表 1 两组患儿治疗效果对比 例

组别	n	治愈	显效	无效	总有效率(%)
阿奇霉素组	77	58	12	7	90.9 [*]
红霉素组	70	35	20	15	78.6

2.2 两组患儿病症消失时间比较 见表 2。两组患儿接受治疗后,临床症状均得到不同程度缓解,阿奇霉素组病症消失时间明显短于红霉素组,组间对比具有统计学意义, $P<0.05$ 。

表 2 两组患儿病症消失时间比较 ($\bar{X}\pm S$) d

组别	n	鸣音	咳嗽	平均
阿奇霉素组	77	2.36 $\pm$ 1.13 [*]	5.07 $\pm$ 1.25 [*]	6.01 $\pm$ 1.33 [*]
红霉素组	70	6.42 $\pm$ 1.82	10.19 $\pm$ 2.14	11.54 $\pm$ 1.78

注:与红霉素组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.3 两组患儿不良反应发生率对比 阿奇霉素组治疗后无患儿出现不良反应,红霉素组则有 4 例(5.71%)患儿出现不良反应,且均于紧急停药后症状消失,组间对比明显, $P<0.05$ 。

3 讨论

小儿肺炎是当前最为常见的婴幼儿呼吸道疾病之一,由于 3 岁以下的儿童抵抗力与免疫能力较差,较易于冬春换季时节病发,主要临床症状为咳嗽、发

热、呼吸困难、气促、咳喘、肺部细湿罗音等,以病毒或细菌引起的肺炎最为多见^[4]。小儿肺炎需要及时发现、及时治愈,一旦延误最佳治疗时机,则有可能出现严重的并发症或导致病症反复、不易根治等情况,严重危害婴幼儿的身心健康。

相关研究表明^[4],当前小儿肺炎最有效的治疗药物是大环内酯类抗生素,既往首选为红霉素(十四元环大环内酯类弱碱性抗生素)。但红霉素半衰期短,吸收率低,不良反应发生率大,部分患儿对此药耐受性较差。阿奇霉素又称为阿奇红霉素,是一种半合成的十五元环大环内酯类抗生素,具有较强的耐受性,患儿服用此药后不易出现不良反应,且药物能快速被患儿血液吸收,具有显效快、副作用低、疗程短、不易反复等特点,已作为新型小儿肺炎治疗特效药用于临床治疗中。通过本次研究,笔者发现,在吸痰、止咳、雾化、退热、平喘、抗过敏等常规治疗方法基础上辅助静脉滴注阿奇霉素治疗小儿肺炎,疗

效显著,接受此方案的 77 例患儿中,无效仅 7 例,总有效率高达 90.9%,远超过红霉素组;且阿奇霉素组患儿不良反应发生率及治疗总耗时均低于红霉素组,说明该方法切实有效,能节省治疗时间,帮助患儿缓解病痛折磨,提高治疗效率与质量。综上所述,采用阿奇霉素辅助常规治疗方法治疗小儿肺炎疗效显著,无患儿出现不良反应,较为安全,各项症状消失时间短,对提升患儿预后质量及减轻其痛苦具有积极作用,能使患儿早日回归正常生活。

参考文献

[1]梅向阳,张爱雪,潘少华,等.暖胃止痛贴缓解静滴阿奇霉素在治疗小儿肺炎中胃肠道不良反应的疗效观察及护理体会[J].实用药物与临床,2013,16(10):979-980,992
[2]李岚,何美娟.阿奇霉素与清开灵序贯疗法对小儿肺炎的随机对照研究[J].中国医药导刊,2013,15(11):1 858-1 859
[3]崔明姬.阿奇霉素在小儿肺炎支原体感染的应用效果探讨[J].河北医学,2014,20(1):156-158
[4]郝兰林.探讨应用阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎的临床疗效[J].求医问药(下半月刊),2013,11(7):101-102

(收稿日期:2014-06-17)

经鼻持续气道正压通气治疗婴幼儿重症肺炎临床观察

曹其运

(河南省汝阳县中医院儿科 汝阳 471200)

摘要:目的:观察经鼻持续气道正压通气(NCPAP)治疗婴幼儿重症肺炎的疗效。方法:将 64 例患儿随机分成治疗组与对照组,比较两组患儿治疗后症状及体征消失时间、血氧饱和度变化、住院时间、总有效率等指标。结果:治疗组相关疗效指标均明显优于对照组,具有统计学意义($P>0.05$)。结论:NCPAP 是治疗婴幼儿重症肺炎的一种有效手段,值得临床推广应用。

关键词:婴幼儿重症肺炎;持续正压通气;疗效

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.021

肺炎是儿科住院患儿最常见的疾病,肺炎时因通气和换气功能障碍明显,以及病原微生物的作用,而使患儿出现低氧血症和(或)高碳酸血症,导致心力衰竭、呼吸衰竭、消化道出血、中毒性脑病、水电解质及酸碱平衡紊乱等一系列并发症,进而成为重症肺炎。该病病情凶险、死亡率高,目前仍是我国 5 岁以下儿童死亡的主要原因。因此,迅速有效的氧疗、纠正缺氧是治疗婴幼儿重症肺炎的重要措施。经鼻持续气道正压通气(NCPAP)是在患儿具有较强自主呼吸情况下改善通气、换气障碍的重要手段。我院儿科自 2009 年开始对婴幼儿重症肺炎患者采用 NCPAP 辅助治疗,取得良好效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院儿科 2009 年 1 月~2013 年 12 月住院的婴幼儿重症肺炎患者 64 例,均符合重症肺炎诊断标准^[1],随机分成治疗组与对照组各 32 例。治疗组男 19 例,女 13 例,年龄 1 个月~3 岁;对照组男 20 例,女 12 例,年龄 2 个月~3 岁。两组

患儿的一般情况经统计学分析,差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患儿均采用常规综合治疗,包括保持呼吸道通畅、适当镇静、抗感染、平喘、止咳、祛痰(氧驱雾化吸入激素、 β 受体兴奋剂,或口服、静脉应用平喘祛痰剂)、强心、利尿、血管活性药物,保护重要脏器功能,维持水电解质和酸碱平衡等对症支持治疗;抵抗力特别低下者给予静脉免疫球蛋白。治疗组在上述治疗基础上,采用 NCPAP 吸氧。具体方法:选用合适的鼻塞,NCPAP 设置条件为流量 5~12 L/min,呼吸末正压初设为 3~6 cmH₂O,吸氧浓度(FiO₂)30%~60%。根据经皮血氧饱和度(TcSO₂)及氧分压(PaO₂)调节吸入 FiO₂及呼吸末正压(PEEP)值,当吸入 FiO₂≤30%、PEEP 降至 2~3 cmH₂O、TcSO₂>95%、血气正常稳定 12~24 h 后撤离 NCPAP,改鼻导管吸氧,并逐渐停止吸氧。对照组采用鼻塞式吸氧,FiO₂为 25%~35%。两组患儿若出现 PaO₂<50 mmHg、pH<7.20、二氧化碳分压