

### 3 讨论

相关研究报道显示,软产道损伤、宫缩乏力、凝血功能障碍、胎盘因素等都有可能导导致产妇产后出血的发生,其中宫缩乏力为主要因素<sup>[9]</sup>。通常情况下,产妇产宫缩会随着产程的进行逐渐增强,从而能够保证分娩的正常进行,但是如果产妇产有羊水过多、巨大儿、多胎妊娠或子痫前期(重度)、严重贫血等产科并发症或合并症,并诱使子宫肌纤维过度伸展或子宫肌纤维水肿等,都有可能导导致患者出现宫缩乏力,从而提高产后出血的发生几率。

本研究结果显示,观察组的产后出血率为 4.0%,明显低于对照组的 28.0%, $\chi^2=5.357, P=0.021$ ;观察组产后 2 h 的出血量为 (572.6± 54.7) ml,显著低于对照组的 (624.8± 68.5) ml,  $t=5.829, P=0.000$ ;观察组产后 24 h 的出血量为 (719.7± 69.1) ml,显著低于对照组的 (861.2± 88.3) ml,  $t=4.972, P=0.000$ 。卡前列素氨丁三醇属于前列腺素 F2 $\alpha$  的人工合成的 15 甲基类似物,不但能够对腺苷酸环化酶产生抑制作用,而且能够增加胞质钙离子的浓度,加强宫内压力和子宫平滑肌的收缩力,从而迅速关闭创面的血管和血窦,达到止血目的。更重要的是,相较于传统的前列腺素类药物,卡前列素氨丁三醇的生物活

性强,且半衰期长,因此能够对患者的子宫平滑肌收缩产生持久性的刺激,在临床上用于治疗由于子宫收缩乏力而导致的顽固性产后出血或终止妊娠。值得注意的是,若患者患有哮喘疾病,不宜使用卡前列素氨丁三醇进行治疗;此外,对于软产道损伤、胎盘胎膜残留、凝血功能异常患者,使用卡前列素氨丁三醇治疗产后出血是无效的,因此在治疗中应注意其适应证。

综上所述,在剖宫产产后出血患者的治疗中,卡前列素氨丁三醇能够使子宫收缩乏力患者产后的出血率以及出血量显著降低,值得推广应用。

#### 参考文献

- [1]吴守艳,张妍,张瑞芳.卡前列素氨丁三醇联合子宫动脉下行支结扎在治疗前置胎盘剖宫产术后产后出血的临床观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2016,3(2):128-130
- [2]廖锦华,李雅兰,方曼菁,等.咪达唑仑预防剖宫产术中卡前列素氨丁三醇不良反应的临床观察 [J]. 临床麻醉学杂志,2014,30(8): 812-813
- [3]李丽,袁秀红,罗晓梅,等.缩宫素联合前列腺素类药物预防高危妊娠且行剖宫产产后出血的临床观察[J].现代药物与临床,2014,29(6):619-622
- [4]张军红,岳海娟,梁立东,等.不同途径缩宫素给药配合前列腺素制剂防治产后出血的效果观察[J].宁夏医学杂志,2015,37(11):1034-1036
- [5]程香芬.缩宫素联合前列腺素类药物预防高危产妇剖宫产产后出血的效果研究[J].中国妇幼保健,2015,30(27):4743-4745

(收稿日期: 2016-08-08)

## 氨溴索辅佐阿奇霉素治疗肺炎支原体疗效评价探讨

孙兴奎

(广东省汕尾市海丰县彭湃纪念医院儿科 海丰 516400)

**摘要:**目的:评价氨溴索辅佐阿奇霉素治疗支原体肺炎患儿的临床疗效。方法:选取我院 2015 年 5 月~2016 年 5 月收治的 67 例支原体肺炎患儿,分为观察组和参照组,给予参照组患儿阿奇霉素治疗,给予观察组患儿氨溴索辅佐阿奇霉素治疗。结果:观察组患儿咳嗽、肺部罗音的开始缓解时间均较参照组患儿早( $P$ 均 $<0.05$ );观察组临床治疗总有效率为 94.1%,高于参照组患儿的 72.7%( $P<0.05$ );观察组住院时间为 (7.8± 2.1) d,短于参照组患儿的 (10.7± 2.3) d( $P<0.05$ )。结论:应用氨溴索辅佐阿奇霉素治疗支原体肺炎,药效发挥迅速,效果确切,具有临床推广应用价值。

**关键词:**支原体肺炎;氨溴索;阿奇霉素;临床疗效;评价

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.028

支原体是十九世纪发现的一种类似细菌但无细胞壁的原核微生物,肺炎支原体是支原体中十分常见的一种类型。作为人类支原体肺炎的病原体,主要传播途径为飞沫传染,感染人群多数为青少年,儿童约占 20%。感染肺炎支原体后,经过 2~3 周的潜伏期,多数患者会逐渐出现临床症状。主要表现为咳嗽、高热等,也有一部分患者临床症状较轻或无临床症状,病程较长,发病后可对患者机体多个组织和器官的功能产生影响,严重危害患者机体健康<sup>[1]</sup>。现阶段支原体肺炎的治疗以药物治疗为主,近年来我国临床在不断探索治疗该疾病的有效方案<sup>[2]</sup>。本研

究对氨溴索辅佐阿奇霉素治疗支原体肺炎患儿的临床疗效进行了分析,旨在明确该药物治疗方案的应用价值。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 研究对象为我院 2015 年 5 月~2016 年 5 月收治的 67 例支原体肺炎患儿。纳入标准:(1)诊断结果与《诸福棠使用儿科学》中提出的儿童支原体肺炎诊断标准符合;(2)年龄 $\leq 14$ 岁;(3)患儿家属同意参与临床研究。根据随机对照的原则将 67 例患儿分为观察组(34 例)和参照组(33 例)。观察组中,男 20 例,女 14 例;年龄 1~13 岁,平均年

龄(6.2±0.8)岁。参照组中,男 17 例,女 16 例;年龄 1~12 岁,平均年龄(6.5±0.7)岁。两组患儿的一般资料比较,差异不具有统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 我院均对两组患儿实施退热、吸氧等常规治疗。参照组患儿予阿奇霉素治疗,将阿奇霉素 10 mg/kg 加入 5%葡萄糖溶液 250 ml 中静脉滴注,每日滴注 1 次,连续滴注 3 d,间隔 4 d 后,再按此剂量连续滴注 3 d,共用药 2 个疗程。观察组患儿予氨溴索佐阿奇霉素治疗,阿奇霉素用药方法同参照组,氨溴索静脉滴注,1~6 岁每次 7.5 mg, >6 岁每次 15 mg,每天滴注 2 次,连续用药 1 周。

**1.3 观察指标** 观察两组患儿咳嗽、发热、肺部罗音开始缓解时间及临床治疗效果,统计两组患儿住院时间。疗效判定标准:根据体征变化及影像学检查结果进行疗效判定。显效:咳嗽、肺部罗音等临床症状完全消失,X 线检查显示肺部阴影基本消失。有效:咳嗽、肺部罗音等临床症状有显著改善,X 线检查显示肺部阴影明显缩小。无效:治疗周期结束后,患儿临床症状无明显缓解或进一步加重。

**1.4 数据统计分析** 将正态分布的研究数据汇总后,录入至统计学软件 SPSS22.0 中进行统计分析,临床症状开始缓解时间、住院时间等计量指标采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,差异检验采用独立样本  $t$  检验,率形式的指标采用 (%) 表示,差异检验采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  表示两者之间存在的明显差异。

## 2 结果

**2.1 临床症状开始缓解时间比较** 观察组患儿咳嗽、肺部罗音开始缓解时间均较参照组患儿早( $P<0.05$ ),发热开始缓解时间比较无明显差异( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患儿咳嗽、发热、肺部罗音开始缓解时间比较( $\bar{h}, \bar{x} \pm s$ )

组别	n	咳嗽	发热	肺部罗音
观察组	34	9.2±1.4	5.9±0.9	15.3±2.9
参照组	33	13.3±1.9	5.6±1.1	19.2±3.1
t 值		7.769	0.944	4.109
P 值		0.000	0.351	0.000

**2.2 临床疗效比较** 观察组总有效率为 94.1%,参照组总有效率为 72.7%,两组比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患儿临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	34	19(55.9)	13(38.2)	2(5.9)	32(94.1)*
参照组	33	14(42.4)	10(30.3)	9(27.3)	24(72.7)

注:与参照组比较,\* $\chi^2=4.867, P=0.027$ 。

**2.3 住院时间比较** 观察组患儿的住院时间为

(7.8±2.1) d,参照组患儿的住院时间为(10.7±2.3) d,两组患儿在住院时间上比较,差异具有统计学意义( $t=4.164, P=0.000$ )。

## 3 讨论

儿童机体各项器官机能尚未发育成熟,呼吸道管腔狭小,排痰能力较成年人差,因此发生支原体感染的风险较成年人高<sup>[1]</sup>。长期临床观察发现,儿童发生支原体肺炎后,若未能及时接受治疗,可并发多器官功能病变、窒息等严重并发症,甚至会危及生命。流行病学调查结果显示,近年来我国儿童的支原体肺炎发生率不断上升,严重危害我国儿童健康成长,已引起了临床的高度重视。

由于肺炎支原体无细胞壁,因此我国临床上使用的通过抑制病原菌细胞壁肽聚糖合成发挥抗菌效果的药物对支原体肺炎无显著疗效。大环内脂类药物是现阶段我国临床治疗儿童支原体肺炎的常用药物,其中以阿奇霉素应用最为广泛<sup>[2]</sup>。阿奇霉素为第二代大环内酯类抗菌药物,药理研究已经证实该药物具有较强的抗菌活性,药物有效成分能够与患者体内敏感微生物的 50 s 核糖体亚单位结合,抑制微生物肽链延长,从而能够有效抑制病原菌蛋白质的合成和转运,将病原菌杀死。此外,药理研究还发现该种药物在患者炎性病灶处的药物浓度明显高于非炎性部位,生物利用度高,不良反应少<sup>[3]</sup>。

为进一步改善支原体肺炎患儿的临床疗效,近年来有临床研究使用氨溴索辅助阿奇霉素对患儿实施治疗。氨溴索为溴己胺的衍生物,现阶段主要被我国临床用于治疗急慢性支气管哮喘。药理研究发现氨溴索能够有效抑制炎性反应对支原体肺炎呼吸道造成的损害,可以增加气道内浆液分泌,使痰液稀释,易于排出,改善呼吸状况,能够快速缓解支原体肺炎患儿呼吸困难、咳嗽等临床症状,与阿奇霉素联合使用能够有效缩短患儿病程。我院本次采用上述治疗方案对观察组患儿实施治疗发现,观察组患儿的咳嗽、肺部罗音开始缓解时间较参照组患儿早,获得的临床疗效优于参照组患儿,住院时间较参照组患儿短,两组患儿用药期间均未发生严重药物不良反应。

综上所述,本研究认为应用氨溴索辅佐阿奇霉素治疗支原体肺炎,药效发挥迅速,效果确切,安全性高,可作为现阶段我国临床治疗支原体肺炎患儿的首选药物方案。

### 参考文献

[1]竹国柱.氨溴索联合阿奇霉素治疗儿童支原体肺炎的临床效果观察与分析[J].中国医药导报,2014,11(28):62-64,68 (下转第 58 页)

苦,胁肋胀痛等,确有清金平木之功。意在用黄连之苦寒直折火邪,降逆止呕止酸。取茱萸主辛温开郁,舒散且下气降逆之效。若咽中有物,吞吐不利,腕痞反酸,食入易呕,呃逆频频者,加用缘萼梅、半夏、竹茹行气降冲。娑罗子又名天师栗,为肝胃病痞闷胀痛之佳品。

2.3 疏肝化痰法 慢性萎缩性胃炎系胃病日久而成,由于病延日久,屡治不愈,必有气血瘀阻脉络,症见胃痛如刺,休作有时,痛之不移或拒按,或面色晦暗,便血,舌质现瘀点,脉细涩等。遵循《素问·至真要大论》“疏其血气,令其条达”之宗旨,气血同治极为相宜。如若专事理气,恐力所不及。然专事攻瘀,也难如愿,临证应权衡气滞与血瘀的轻重,或以行气为重,或以活血行瘀为重,或两者并重,总权衡之度,当理清痛与胀,有形与无形,痛有定处与走窜作痛的程度作为比较的依据而定夺用药的比重。常用药有柴胡、香附、郁金、丹参、三棱、佛手、延胡索、八月札、枳实、泽兰、川楝子、木香、鸡内金、玫瑰花、陈皮等。

2.4 疏肝健脾法 脾属土,肝属木,土需木疏,木赖土荣,脾气虚,土虚木乘,木郁土中,需养血柔肝,健脾和胃。证见胃脘隐痛、神疲倦怠、四肢无力、脘腹胀满,食少便溏,舌质较淡有齿印,苔薄白,脉弦细等。常用药党参、黄芪、白术、茯苓、陈皮、白芍、鸡内金、砂仁、木香、黄精、当归、山药、炒麦芽等。若肝木乘脾,运化失常而致腹痛则泻,正如吴鹤皋云:“泻责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,故令痛泻”。痛泻要方即是代表方剂。方中用白术重在健脾振奋;白芍缓舒肝木;陈皮醒中理气;防风散肝助脾,诸药相应,补脾舒肝。

3 验案举例

3.1 病例资料 金某,男,59岁,2014年3月2日初诊。胃脘胀痛反复发作10年余,加重半月。饥饿时痛重,纳食后则胀满,嗳气频作,呕恶不适,有时疼痛如绞,呈痉挛样,食欲减退,舌红苔白腻,脉弦细。胃镜检查示:胃窦部黏膜呈花斑样改变,且伴有充血水肿。病理结果示:慢性萎缩性胃炎伴急慢性发炎。证属肝胃不和、肝气郁滞,治宜疏肝和胃、行气化滞。方药:柴胡10g、芍药15g、郁金10g、香附10g、木香15g、延胡索30g、枳壳10g、陈皮10g、清半夏

10g、砂仁10g、吴茱萸3g、黄连6g、炒金铃子10g、茯苓10g,日一剂,水煎400ml分早晚2次空腹温服。服药6剂,胃胀、痞闷感明显减轻,暖气反胃、呕恶不适感渐消,食欲增加。但由于患者饮食不节,过食肥甘厚腻后致胃脘部疼痛加重,伴有恶心呕吐、头晕,舌苔白腻,脉濡数,证属胆胃不和,湿浊郁于胃腑,治疗当以疏肝肝胆、和胃化浊为主要原则,选药:黄连6g、竹茹10g、陈皮10g、清半夏10g、茯苓10g、焦山楂18g、麸炒枳壳10g、佩兰10g、白豆蔻10g、姜厚朴10g、延胡索10g、炒金铃子10g、白芍15g。服药7剂后,胃脘部疼痛、胀满明显减轻,偶有恶心,未再呕吐,仍有纳呆,周身疲乏无力,两胁窜痛不适,舌苔白腻质淡,脉细弦,以疏肝健脾治之。方药:党参18g、炒白术12g、茯苓10g、陈皮10g、白芍15g、香附10g、砂仁10g、柴胡10g、当归10g、清半夏10g、枳实10g、丹参15g、鸡内金10g、醋延胡索10g、炒海螵蛸30g、炒谷芽15g。守方加减服用30余剂,精神增,体力强,纳食如常,胃胀痛消失。上方10剂配为散剂,每服6g,每日3次。2个月后复查,症状完全消失,胃镜下胃黏膜呈橘红色,无明显充血水肿。随访1年来未见复发。

3.2 讨论 肝气郁结,肝失疏泄,气机郁滞,脾胃气机升降失职则胃痛,气滞津停,湿浊困脾,脾升胃降失调则胃痞闷,肝胃不和,治以疏肝和胃理气消滞。二诊患者因过食肥甘厚腻后致中焦湿气郁结,故应用黄连温胆汤加佩兰、豆蔻等芳香化湿之品以清化中焦湿浊。三诊方药对证,药后胃胀明显减轻,仍有周身疲乏无力、纳呆等症则以疏肝健脾治之,药后诸症控制,效不更方,治宗上方意,继服月余,后以丸剂及巩固疗效。

参考文献

- [1]张声生,李乾构,唐旭东,等.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349
- [2]张万岱,李军祥,陈治水,等.慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J].中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-743
- [3]清·陈士铎.石室秘录[M].北京:中国中医药出版社,1991.138
- [4]马超,柴可夫.张简斋从肝胃论治内伤杂病学术思想探析[J].中医杂志,2015,56(3):264-265
- [5]魏凤琴.张珍玉从肝论治胃脘痛治则治法用药经验[J].四川中医,2007,25(5):1-2

(收稿日期:2016-08-14)

(上接第55页)

- [2]梁小莲.氨溴索口服液联合阿奇霉素治疗儿童支原体肺炎疗效观察[J].中国现代医生,2013,51(24):65-66
- [3]蒋颖超,陈凡,佟鑫.阿奇霉素联合氨溴索治疗儿童支原体肺炎疗效分析及研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2016,16

- (2):43
- [4]张丽娟.氨溴索联合阿奇霉素对儿童支原体肺炎的治疗效果探讨[J].中国卫生标准管理,2015,6(22):97-98
- [5]刘冬华.小儿支原体肺炎应用阿奇霉素与氨溴索联合治疗的临床分析[J].吉林医学,2014,35(6):1184

(收稿日期:2016-08-01)