

时间、体温恢复时间、肺部罗音消失时间)。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS15.0 统计学软件, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验, 计数资料用 % 表示, 行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗前后临床各指标变化比较 治疗前, 两组患儿 WBC、HR、RR 指标比较无显著性差异, $P > 0.05$; 治疗后, 两组患儿 WBC、HR、RR 指标均较前降低, 观察组患儿各指标明显低于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患儿治疗前后临床各指标变化比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	时间	WBC($\times 10^9/L$)	HR(次/min)	RR(次/min)
观察组	33	治疗前	18.25 \pm 4.35	115.25 \pm 11.85	29.35 \pm 6.10
		治疗后	12.15 \pm 3.34	101.08 \pm 9.85	21.52 \pm 4.65
对照组	33	治疗前	17.98 \pm 4.41	117.35 \pm 12.05	29.65 \pm 6.15
		治疗后	15.35 \pm 4.23	112.52 \pm 10.05	26.85 \pm 5.35

2.2 两组患儿治疗效果比较 两组氧疗时间、肺部罗音消失时间比较差异无统计学意义, $P > 0.05$; 观察组 ICU 住院时间及体温恢复时间均明显低于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患儿治疗效果比较 $(d, \bar{x} \pm s)$

组别	n	氧疗时间	ICU 住院时间	体温恢复时间	肺部罗音消失
观察组	33	8.36 \pm 2.35	8.12 \pm 2.50	5.75 \pm 1.15	11.12 \pm 2.51
对照组	33	8.54 \pm 2.42	12.05 \pm 3.12	7.58 \pm 1.25	11.53 \pm 2.45
t		0.307	5.647	6.189	0.671
P		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

儿童尤其是婴幼儿由于免疫系统尚未成熟, 感冒后极易引发肺部感染, 进而发展为重症肺炎, 极大可能导致多器官损伤, 危及患儿生命^[4]。数据显示^[5], 全世界每年约 200 万儿童死于重症肺炎。因此, 寻

求有效治疗儿童重症肺炎的手段迫在眉睫。现阶段, 临床对于该病多采用抗生素保守治疗, 疗效并不理想。乌司他丁是经人尿中提取出来的糖蛋白, 进入人体后, 能够有效抑制多种蛋白、糖和脂类水解酶的活性, 促使白细胞激活恢复至正常水平, 降低其与炎症因子(TNF- α 、IL-8)间的相互作用, 避免白细胞过度激活造成急性肺损伤进一步发展^[6]。

本研究结果显示, 治疗后观察组患儿 WBC、HR、RR 指标均明显低于对照组 ($P < 0.05$); 两组氧疗时间、肺部罗音消失时间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组 ICU 住院时间及体温恢复时间低于对照组 ($P < 0.05$)。说明乌司他丁治疗儿童重症肺炎, 可缓解患儿临床症状, 改善肺功能, 缩短 ICU 住院时间及体温恢复时间。综上所述, 将乌司他丁应用于儿童重症肺炎治疗中, 能够有效改善肺功能, 减轻患儿痛苦, 促进患儿早日康复, 疗效显著, 临床应用价值高。

参考文献

- [1] 孙夏焯, 朱月钮, 魏红霞, 等. 乌司他丁治疗儿童重症肺炎的疗效观察[J]. 中国小儿急救医学, 2016, 23(5): 333-336
- [2] 张燕. 注射用乌司他丁辅助治疗小儿重症肺炎临床观察[J]. 中国药物与临床, 2014, 14(6): 811-812
- [3] 李树青, 孙雪丽, 王执勇, 等. 乌司他丁辅助治疗小儿重症肺炎疗效观察[J]. 中国基层医药, 2016, 23(6): 877-880
- [4] 苏宇飞, 王列, 文俊, 等. 糖皮质激素配伍乌司他丁辅助治疗儿童重症肺炎 50 例[J]. 陕西医学杂志, 2016, 45(9): 1248-1249, 1252
- [5] 李磊. 糖皮质激素联合乌司他丁治疗儿童急重症肺炎的疗效及对患儿 C-反应蛋白的影响[J]. 河南医学研究, 2017, 26(3): 481-482
- [6] 蔡姿丽, 胥志跃. 乌司他丁治疗儿科重症肺炎的临床研究[J]. 中国卫生产业, 2013, 11(4): 83-85

(收稿日期: 2017-09-11)

头孢类抗菌药物治疗新生儿感染性肺炎的疗效分析

薛燕

(河南省南阳市第二人民医院 南阳 473000)

摘要:目的: 分析头孢类抗菌药物治疗新生儿感染性肺炎的疗效及对肠道菌落的影响。方法: 选取 2016 年 3 月~2017 年 3 月我院接诊的感染性肺炎新生儿 96 例, 按照接诊顺序随机分为 A、B、C 三组, 各 32 例, 同时选取 32 例健康新生儿作为对照组。A 组患儿给予头孢类抗菌药物治疗, B 组患儿给予青霉素治疗, C 组患儿给予头孢类抗菌药物联合青霉素治疗。比较 A、B、C 三组患儿治疗效果以及四组新生儿肠道菌落数量。结果: A、B、C 三组患儿治愈率、治愈时间比较无显著性差异 ($P > 0.05$); A、B、C 三组肠杆菌、肠球菌、消化链球菌显著高于对照组, 双歧杆菌低于对照组 ($P < 0.05$); 四组类杆菌比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。结论: 头孢类抗菌药与其他抗菌药疗效基本一致, 但头孢类抗菌药在一定程度上可有效改善肠道菌群失调现状, 偏向于联合用药, 治疗时应合理应用抗菌药物以及新生态调节剂, 提高用药安全性。

关键词: 新生儿感染性肺炎; 头孢类抗菌药物; 肠道菌落

中图分类号: R725.6

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.052

肺炎是临床常见的呼吸道感染疾病, 致死率较高^[1]。针对新生儿感染性肺炎, 临床常选用抗生素治疗, 但滥用抗生素可导致患儿肠道内益生菌平衡失调, 抑制患儿免疫力, 影响疾病恢复。本研究探讨单

独使用头孢类抗菌药物和联合头孢药治疗新生儿感染性肺炎的疗效及对肠道菌落的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月~2017 年 3 月我

院接诊的感染性肺炎新生儿 96 例,按照接诊顺序随机分为 A、B、C 三组,各 32 例,同时选取 32 例健康新生儿作为对照组。A 组男 18 例,女 14 例,平均日龄(8.57± 1.38) d; B 组男 16 例,女 16 例,平均日龄(8.69± 1.51) d; C 组男 20 例,女 12 例,平均日龄(8.49± 1.55) d; 对照组男 19 例,女 13 例,平均日龄(8.51± 1.46) d。四组新生儿一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。所有患儿均符合新生儿感染性肺炎诊断标准,排除免疫功能异常、心肾肝功能障碍等患儿。

1.2 治疗方法 A 组患儿给予头孢他啶(国药准字 H20046030)治疗,30~80 mg/(kg·d),分 2 次静脉注射; B 组患儿给予青霉素治疗,5~20 万 U/kg,分 2~3 次静脉注射; C 组患儿给予上述 2 种药物治疗。所有患儿均持续治疗 1 周。

1.3 观察指标及标准 (1)比较 A、B、C 三组患儿临床疗效。疗效判定标准,治愈:临床症状消失,肺部湿罗音体征消失;好转:临床症状有所改善,体温恢复正常,肺部湿罗音减轻、面积缩小;无效:临床症状及体征无明显好转。治疗总有效 = 治愈 + 好转。(2)采用光冈法检测四组新生儿粪便中肠杆菌科、类杆菌属、肠球菌属、双歧杆菌以及乳酸杆菌属数量^[2]。

1.4 统计学分析 数据处理采用 SPSS15.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料用%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患儿临床疗效比较 三组患儿临床疗效比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 三组患儿临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	好转	无效
A 组	32	24(75.00)	8(25.00)	0(0.00)
B 组	32	23(71.88)	9(28.12)	0(0.00)
C 组	32	25(78.12)	7(21.88)	0(0.00)

2.2 四组新生儿肠道菌群数量比较 A、B、C 三组肠杆菌、肠球菌、消化链球菌显著高于对照组,双歧杆菌低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义;四组类杆菌比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 四组患儿肠道菌群数量对比(log10⁶g, $\bar{x} \pm s$)

肠道菌群	A 组	B 组	C 组	对照组
肠杆菌科	9.12± 1.08	9.08± 1.15	9.15± 1.26	8.10± 0.95
类杆菌属	10.50± 0.35	10.53± 0.44	10.69± 0.47	10.58± 0.63
肠球菌属	8.01± 1.26	7.96± 1.28	8.02± 1.05	7.14± 1.06
双歧杆菌属	9.15± 0.54	9.20± 0.61	9.17± 0.56	9.67± 0.82
消化链球菌属	10.03± 0.56	10.07± 0.55	10.12± 0.65	9.05± 2.21

2.3 三组患儿治愈时间比较 A 组患儿治愈时间为(5.25± 0.5) d, B 组患儿治愈时间为(5.40± 0.5) d, C 组患儿治愈时间为(5.18± 0.6) d, 三组患儿治

愈时间比较无显著性差异, $P>0.05$ 。

3 讨论

新生儿因免疫功能不健全,呼吸系统发育不成熟,屏障功能差,极易发生肺部感染,进而发展为感染性肺炎,出现呼吸衰竭、多器官功能衰竭危及生命。因此,早期选择有效抗菌药物尤为重要。在选用抗生素治疗时,应尽量避免细菌耐药性增强,合理使用抗菌药物,避免造成患儿肠道菌群失调、肠道微生态失衡,导致患儿二重感染、腹泻等不良反应发生。

头孢他啶是目前临床治疗感染性肺炎的常用药物,能够有效抑制双歧杆菌,破坏细菌细胞壁,选择性地杀死细胞,副作用小,安全性较高^[3]。青霉素仍是现阶段治疗新生儿感染性肺炎的首选药物,但病原菌株的耐药性随治疗时间的增加逐渐增强,单行青霉素治疗已无法有效治愈感染性肺炎^[4]。研究显示^[5-6],头孢类抗菌药物和青霉素抗菌药物治疗新生儿感染性肺炎均具有确切疗效,但两者联合用药的效果更为显著。

本研究结果显示, A、B、C 三组患儿治愈率、治愈时间比较无显著性差异($P>0.05$),说明头孢类抗菌药与其他抗菌药疗效基本一致; A、B、C 三组肠杆菌、肠球菌、消化链球菌显著高于对照组($P<0.05$),说明抗生素可影响肠道微生态; 四组类杆菌比较无显著性差异($P>0.05$)。此外, A、B、C 三组患儿双歧杆菌低于对照组,说明三组药物对双歧杆菌均具有较大影响,分析原因可能是抗生素可对双歧杆菌的形态造成影响,抑制其发展,且双歧杆菌是人体肠道菌群中含量最多、种类最多的一种菌群,临床可通过其菌群数量变化判断抗生素疗效。综上所述,头孢类抗菌药较其他抗生素药物具有相似的临床疗效,更偏向联合用药,但联合用药过度会对新生儿肠道微生态产生破坏,打破平衡状态,临床应注意合理应用抗生素药物。

参考文献

[1]魏勇.不同抗菌药物对新生儿感染性肺炎的疗效及时间效应研究[J].中国药业,2015,24(11):36-37
 [2]姚强,江进平,赵燕凤.头孢类抗菌药物治疗新生儿感染性肺炎的疗效及对肠道菌落的影响[J].中国生化药物杂志,2017,37(5):63-65
 [3]屈建强.新生儿感染性肺炎病原菌监测及药敏分析[J].海南医学,2012,23(12):104-105
 [4]张琼燕,陈兴月,傅海鸥,等.抗菌药物对感染性肺炎新生儿的疗效及肠道微生态的影响分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(20):4732-4734
 [5]钟言华,陈炳柳,曹爱琴,等.低出生体重儿感染性肺炎的病原菌分布及耐药性监测[J].中华医院感染学杂志,2014,24(2):466-468
 [6]孙红芹,郑莉,卢国辉.新生儿消化系统感染性疾病的病原学分析及临床诊治[J].中华医院感染学杂志,2014,24(9):2307-2309