

2.2 两组复发率、妊娠率比较 观察组复发率低于对照组，妊娠率高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组复发率、妊娠率比较[例(%)]			
组别	n	复发率	妊娠率
对照组	38	8(21.05)	10(26.32)
观察组	38	1(2.63)	22(57.89)
χ^2		4.537	7.773
P		0.013	0.005

2.3 两组不良反应发生率比较 术后随访两组均未出现异常，对照组无明显不良反应；观察组术后出现阴道干涩、潮热及乏力各 1 例，但均可耐受，停药后症状消失。

3 讨论

EMS 作为雌激素依赖性疾病，发病机制仍未完全明晰，且有多种学说，如体腔上皮化生学说、子宫内膜种植学说等^[4]。EMS 虽为良性疾病，但存在恶性肿瘤侵袭及浸润能力，异位内膜细胞存活所需维持的雌激素为发病前提，故为降低复发率，将病灶彻底切除或剥离为 EMS 治疗的关键所在^[5]。

目前，保留 EMS 患者术后生育能力为临床研究的重点，腹腔镜手术凭借创伤小、术后恢复好及并发症少等优势已在 EMS 治疗中广泛应用。EMS 患者采用腹腔镜手术治疗，利于分离粘连、清除病灶，促进盆腔正常解剖关系恢复，但仅可将肉眼可见病灶切除，对肉眼不可见、侵袭组织较深的病灶难以进行切除^[6]。术中存在残存病灶者，术后在性激素刺激下会导致残存病灶再次生长，术后复发率较高，若再次行手术治疗，会加重子宫内膜损伤^[7]。本研究结果显示，观察组疗效、妊娠率高于对照组，复发率低于对照组。由此可见，较单纯腹腔镜手术治疗相比，联

合 GnRH-a 治疗利于提升 EMS 治疗效果，降低术后复发率，提高妊娠率。GnRH-a 作为人工合成肽类化合物，可抑制卵巢性激素分泌，促进异位内膜细胞凋亡，抑制其增殖，使手术无法切除的微小潜在 EMS 病灶萎缩坏死，缩小病灶体积，避免异位病灶复发^[8]；且 GnRH-a 有助于对腹腔液中细胞因子水平及子宫内膜整合素表达进行调节，利于改善腹腔微环境，促进受精卵着床，改善子宫内膜容受性，增加妊娠率。但 GnRH-a 可能会诱发低雌激素血症，多以乏力、潮热等为主要表现。本研究观察组术后仅出现阴道干涩、潮热及乏力各 1 例，且均可耐受，停药后症状消失，表明 GnRH-a 应用安全性较高，患者耐受性好。综上所述，EMS 患者行腹腔镜手术联合 GnRH-a 治疗有助于提升治疗效果，降低复发率，提高妊娠率，利于改善患者预后，值得临床推广。

参考文献

[1]陈志华,李爱军,白晶,等.子宫内膜异位症患者血清 VEGF、HE4 及 MMP-9 的表达及意义[J].中国实验诊断学,2018,22(11):1946-1948.
[2]高剑华,陈玉蓉,崔静,等.腹腔镜手术联合米非司酮治疗子宫内膜异位症效果观察[J].山东医药,2017,57(10):72-74.
[3]陈爱平,蔡长征,陈丽花,等.促性腺激素释放激素激动剂对子宫内膜异位症腹腔镜术后患者症状缓解率及复发率的影响[J].中国计划生育和妇产科,2017,9(12):53-56.
[4]朱丽波,丁少杰,竺天虹,等.子宫内膜异位症患者异位内膜和在位内膜组织中 P2X3 的表达及其意义[J].中华妇产科杂志,2017,52(4):264-267.
[5]何政星,王姝,冷金花,等.子宫内膜异位症恶变的临床风险分析[J].中华妇产科杂志,2018,53(4):282-284.
[6]钱睿亚,卢丹,盛洁,等.腹腔镜手术治疗子宫内膜异位症合并不孕患者术后后续治疗的方法探讨[J].北京医学,2017,39(6):603-606.
[7]王丽华,徐景杰,张婧.子宫内膜异位症腹腔镜术后应用促性腺激素释放激素激动药联合去氧孕烯炔雌醇的疗效[J].武警医学,2019,30(3):189-192.
[8]张译心,王秀美,薛晓玲.促性腺激素释放激素激动剂对保守性腹腔镜术后卵巢子宫内膜异位症患者疼痛及生殖激素水平的影响[J].新乡医学院学报,2019,36(8):785-788,791.

(收稿日期: 2020-05-07)

氨溴特罗辅助治疗小儿支原体肺炎的临床效果

朱艳娥

(河南省原阳县人民医院儿科 原阳 453500)

摘要:目的:探析氨溴特罗辅助治疗小儿支原体肺炎的临床效果。方法:选取 2018 年 9 月~2019 年 12 月收治的小儿支原体肺炎患儿 101 例,以随机数字表法分为研究组 50 例和对照组 51 例。对照组使用阿奇霉素治疗,研究组在此基础上使用氨溴特罗辅助治疗,比较两组患儿各症状缓解时间。结果:研究组治疗后体温恢复时间、咳嗽消失时间、啰音以及气促消失时间均较对照组短($P<0.05$)。治疗前,两组白介素-2、白介素-4 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 10 d 后,研究组白介素-2 较对照组高,白介素-4 较对照组低($P<0.05$)。结论:氨溴特罗辅助治疗小儿支原体肺炎的临床效果显著,可加快症状缓解,具有一定的参考价值。

关键词:小儿支原体肺炎;氨溴特罗;阿奇霉素

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.043

支原体肺炎是由肺炎支原体引起的急性肺部炎症,可通过飞沫和直接接触传播,疾病主要表现为干咳、发热、寒战等症状,若不采取有效治疗可出现重

症肺炎,严重影响患儿的生命安全^[1]。临床上阿奇霉素为治疗小儿支原体肺炎首选药物。近年来,随着阿奇霉素在临床上广泛应用及用药范围的扩大,其不

良反应较多、治疗周期过长等问题也逐渐显现。因此,需要在治疗同时探讨更加有效的辅助治疗方案,以此来提升治疗效果。氨溴特罗作为一种黏液溶解剂,被广泛应用于肺部感染治疗^[3]。本研究旨在探讨氨溴特罗辅助治疗小儿支原体肺炎的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 9 月~2019 年 12 月我院收治的小儿支原体肺炎患儿 101 例,以随机数字表法分为研究组 50 例和对照组 51 例。研究组男 24 例,女 26 例;年龄 1~10 岁,平均(5.34± 1.75)岁;病程 1~15 d,平均(5.36± 2.22)d。对照组男 25 例,女 26 例;年龄 1~11 岁,平均(5.76± 2.59)岁;病程 1~14 d,平均(5.71± 2.96)d。两组患儿年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:符合支原体肺炎诊断标准^[4];患儿家属知情本研究并签署知情同意书。(2)排除标准:伴先天性气道疾病患儿;伴有心、脑血管疾病患儿;对本研究药物过敏的患儿。

1.3 治疗方法 两组均予以退烧、吸氧、雾化等常规治疗,对照组给予盐酸阿奇霉素注射液(国药准字 H20060139),用 5%葡萄糖注射液 200 ml 稀释后,进行静脉缓慢滴注,使用 5 d 后停药。口服阿奇霉素片(国药准字 H20160246)治疗,20 mg/kg,2 次/d,连续服用 10 d。研究组在对照组治疗基础上,联合氨溴特罗口服溶液(国药准字 H20040317),按照体质质量用药:4~8 kg,2.5 ml/次;8~12 kg,5 ml/次;12~16 kg,7.5 ml/次;16~22 kg,10 ml/次;22~35 kg,15 ml/次,2 次/d,连续服用 10 d。

1.4 观察指标 (1)两组患者体温恢复时间、咳嗽、啰音以及气促消失时间比较。(2)两组治疗前后炎症介质比较。在治疗前和治疗 10 d 后,采用酶联免疫法检测患者的抗炎因子白介素-2(IL-2)及抗炎因子白介素-4(IL-4)。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组症状消失时间比较 治疗后研究组患儿体温恢复、咳嗽消失、啰音消失以及气促消失时间均较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组症状消失时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	体温恢复时间	咳嗽消失时间	啰音消失时间	气促消失时间
研究组	50	3.51± 1.37	5.22± 1.14	7.15± 1.89	5.91± 1.88
对照组	51	4.73± 1.27	6.77± 1.64	9.24± 1.91	7.26± 1.72
t		4.643	5.505	5.527	3.767
P		0.000	0.000	0.000	0.001

2.2 两组炎症介质水平比较 治疗前,两组 IL-2、IL-4 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 10 d 后,研究组 IL-2 较对照组高,IL-4 较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	IL-2(μg/ml)	IL-4(pg/ml)
治疗前	研究组	50	3.35± 0.79	46.55± 6.41
	对照组	51	3.37± 0.80	46.53± 6.47
	t		0.126	0.016
	P		0.900	0.988
治疗后	研究组	50	8.34± 1.16*	26.44± 4.31*
	对照组	51	6.24± 1.03*	34.10± 5.22*
	t		9.625	8.033
	P		<0.001	<0.001

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

支原体肺炎是由一种小型病原微生物引起的呼吸道疾病,病因较复杂^[5]。支原体肺炎因其没细胞壁的特殊构造,使得大部分作用于细胞壁的药物失去疗效,进而导致靶向治疗难度大,治疗时间长^[6]。患儿由于痰液不易咳出,导致痰液滞留,更易引发咳嗽和气促。临床治疗时应先确定感染类型,采取对症治疗,如高烧时,要进行补液,同时增加营养成分,以满足患儿生长发育的需求。IL-2 是趋化因子中的一种细胞因子,由活化 T 细胞生成,具有多向性,促进淋巴细胞生长、增殖与分化,对机体的免疫应答和抗病毒感染有重要的指示作用。IL-4 由活化 T 细胞产生,对于 B 细胞、T 细胞、等细胞都有免疫调节作用。

临床上治疗小儿支原体肺炎大多使用大环内酯类抗生素,使其和细菌内核糖体 50 s 亚单位结合,从而影响转肽酶,抑制转肽过程,进而抑制细菌蛋白质的合成,起到杀灭病原微生物、抗菌消炎的作用^[7]。阿奇霉素是近年来临床上首选治疗支原体肺炎的大环内酯类抗生素,可通过与 50 s 核糖体的亚单位结合,阻止细菌转肽,抑制细菌蛋白质的合成,在炎症细胞内发挥作用,具有渗透力强、半衰期更长等优点,有着良好的消炎作用^[8]。但阿奇霉素使用周期较长,治疗效果不够理想。根据以往临床用药分析,长期使用阿奇霉素会对患儿产生胃肠道不适以及过敏等不良反应^[9]。大量临床实践结果证明,口服中成药类制剂可明显提高支原体肺炎患儿的治疗效果,缩短治疗周期^[9]。氨溴特罗为选择性 β 受体激动药,是由盐酸氨溴索和盐酸克伦特罗制成的中成药剂,可

以促进浆液腺分泌,减少黏液的分泌,有显著扩张支气管的作用。还可以促进平滑肌的放松,增加肺部表面活性物质,以达到更好的排痰作用。本研究结果显示,治疗后研究组体温恢复、咳嗽消失、啰音消失以及气促消失时间均短于对照组,可见使用氨溴特罗辅助阿奇霉素治疗效果优于单独使用阿奇霉素治疗效果,有助于缩短各症状缓解时间,进而一定程度上降低了因治疗时间过长导致的肝、肾功能损害,提高了治疗安全性。治疗 10 d 后,研究组 IL-2 较对照组高,IL-4 较对照组低,说明阿奇霉素以及氨溴特罗对小儿支原体肺炎可以降低炎症介质水平。氨溴特罗和阿奇霉素联合使用,一方面起到辅助化痰止咳的作用,同时又降低患儿的不良反应的风险,加速患儿康复,效果更加理想^[10]。综上所述,氨溴特罗对小儿支原体肺炎起着辅助治疗的效果,帮助患儿恢复正常体温,缩短患儿咳嗽时间、啰音消失时间以及气促消失时间,治疗效果理想。

参考文献

[1]李智琼,孙承谋,朱玲娜,等.MP-IgM、YKL-40、APOC1 和 IL-6 在儿

童支原体肺炎治疗及预后中的意义[J].标记免疫分析与临床,2019,26(4):576-579,619.
[2]张建玉,杜光瑜,秦小刚.清宣止咳颗粒联合氨溴特罗口服液治疗小儿支气管炎临床疗效观察[J].解放军预防医学杂志,2019,37(11):78-79.
[3]张云霞.盐酸氨溴索和盐酸丙卡特罗辅助治疗小儿肺炎支原体肺炎的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(13):119-120.
[4]李柏,廖素雯,赵健,等.肺炎支原体肺炎的诊治[J].中国实用儿科杂志,2013,34(18):3643.
[5]王金凤.红霉素联合阿奇霉素序贯疗法在小儿支原体肺炎治疗中的应用探究[J].医学食疗与健康,2020,18(4):89-89,91.
[6]张燕.阿奇霉素联合红霉素治疗小儿支原体肺炎的临床效果评价[J].中国药物与临床,2018,18(8):1376-1377.
[7]王志坤,王建忠,李彤,等.特布他林联合阿奇霉素序贯治疗儿童肺炎支原体肺炎的临床研究[J].河北医科大学学报,2019(7):820-824.
[8]郑东霞.阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的临床效果分析[J].中国药物与临床,2019,19(8):1306-1308.
[9]梁伟彬,刘远锋,任菁.头孢克肟颗粒联合氨溴特罗口服液治疗门诊小儿肺炎的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2019,19(2):192-194.
[10]巩万川,李龙钰.氨溴特罗联合阿奇霉素对支原体肺炎患儿的影响[J].河南医学研究,2019,28(17):3170-3172.

(收稿日期: 2020-09-20)

五虎汤联合中医定向透药疗法对小儿大叶性肺炎痰热闭肺证临床疗效研究

任雪华 孙晓旭

(河南中医药大学第一附属医院 郑州 450099)

摘要:目的:探讨五虎汤联合中医定向透药疗法治疗小儿大叶性肺炎痰热闭肺证的临床疗效。方法:选择 2017 年 2 月~2019 年 12 月收治的大叶性肺炎痰热闭肺证患儿 90 例,按随机对照原则分为对照组和观察组,各 45 例。对照组给予西医常规治疗,观察组在此基础上给予五虎汤联合中医定向透药疗法治疗。比较两组临床疗效、症状及体征消失时间、不良反应情况。结果:治疗后观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组退热时间、止咳时间、肺部啰音消失时间、影像学阴影消失时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:五虎汤联合中医定向透药疗法治疗小儿大叶性肺炎痰热闭肺证的效果显著,可促进患儿症状及体征的改善,且未增加不良反应。

关键词:小儿大叶性肺炎;痰热闭肺证;中医定向透药

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.044

肺炎是儿科常见的呼吸系统疾病,按病理形态可分为间质性肺炎、支气管肺炎及大叶性肺炎,其中大叶性肺炎属于急性炎症的一种,致病菌为肺炎链球菌,春冬季为多发季节^[1]。大叶性肺炎在机体因疲劳、寒冷所致抵抗力低下时易发,而儿童器官及免疫系统未发育成熟,感染后病情严重^[2]。目前,临床治疗小儿大叶性肺炎以抗生素为主,但过多使用抗生素,会影响儿童生长发育,且副作用较大。治疗过程中辅助应用中医疗法,可提高治疗效果,改善微循环,相对减少抗生素用量。本研究探讨五虎汤联合中医定向透药疗法治疗小儿大叶性肺炎痰热闭肺证的

临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 2 月~2019 年 12 月收治的大叶性肺炎痰热闭肺证患儿 90 例,按随机对照原则分为对照组和观察组,各 45 例。观察组男 26 例,女 19 例;年龄 4~13 岁,平均年龄(6.88±1.54)岁;病程 1~7 d,平均病程(3.12±1.28) d;白细胞计数(15.27±4.33)×10⁹/L。对照组男 28 例,女 17 例;年龄 4~14 岁,平均年龄(6.93±1.28)岁;病程 1~7 d,平均病程(3.21±1.37) d;白细胞计数(15.33±4.27)×10⁹/L。两组一般资料比较,差异无统计学意