



·论 著·

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分析

戴如超

(双峰县人民医院儿科 湖南娄底 417700)

摘要：目的：探讨针对小儿支原体肺炎以红霉素和阿奇霉素序贯疗法治疗的临床效果。方法：观察组患儿以红霉素与阿奇霉素序贯疗法治疗，对照组患儿则以阿奇霉素序贯疗法治疗。结果：观察组患儿的总体治疗有效率为 98.33%，而对照组仅为 88.33% ($P < 0.05$)；观察组患儿高热、咳嗽、啰音的消退时间及住院时间均显著短于对照组 ($P < 0.05$)；观察组患儿治疗期间各项不良反应发生率均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论：针对小儿支原体肺炎采取红霉素联合阿奇霉素的序贯疗法，可有效提高临床疗效，能够缩短患儿的临床症状消退时间，且安全性较高。

关键词：小儿支原体肺炎；序贯疗法；红霉素；阿奇霉素

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 16-024-02

支原体肺炎属于临床中比较多见的一类呼吸系统疾病。常好发于小儿群体，该疾病具有病程时间长且病情复杂等特点，可能引发脏器损害。因而及早发现及早诊断及早治疗是小儿支原体肺炎取得良好预后效果的关键。目前临床中，针对小儿支原体肺炎长以阿奇霉素序贯疗法治疗，然而该治疗方案的治疗有效率相对较低，且起效缓慢患儿的不良反应率相对较高。有报道指出通过联用红霉素与阿奇霉素序贯疗法，可有效弥补单独应用阿奇霉素序贯疗法的不足，可有效改善患儿的预后^[1]。本次研究将针对小儿支原体肺炎以红霉素和阿奇霉素序贯疗法治疗的临床效果进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2017 年 6 月至 2018 年 4 月期间诊治的小儿支原体肺炎患儿 120 例作为研究样本，以随机抽样法将患儿进行分组，每组均为 60 例，并分别纳入至观察组和对照组当中。观察组：男 33 例，女 27 例；患儿年龄 2~12 岁，平均年龄 (5.2±0.6) 岁；病程时间 1~9 天，平均 (3.1±0.2) 天。对照组：男 31 例，女 29 例；患儿年龄 2~11 岁，平均年龄 (5.1±0.4) 岁；病程时间 2~8 天，平均 (3.2±0.4) 天。两组患者的线性资料对比，无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患儿均采取常规的止咳、祛痰及退热等对症治疗。其中观察组患儿以红霉素与阿奇霉素序贯疗法治疗，红霉素，静脉滴注，25mg/(kg·d)，1 次/天。患儿需连续治疗 4~6 天，待退热之后改服阿奇霉素治疗，阿奇霉素，口服，10mg/(kg·d)，连续服用 3 天后停

药 4 天，患儿连续治疗 3 疗程；对照组患儿则以阿奇霉素序贯疗法治疗，阿奇霉素行静脉滴注，10mg/(kg·d)，患儿需连续治疗 4~6 天，待显效后可停药 4 天，改为口服药物阿奇霉素，10mg/(kg·d)，连续服药 3 天停药 4 天，患儿连续治疗 3 疗程，若患儿治疗无效需立即改行红霉素静滴治疗。

1.3 评价指标

(1) 对两组患儿治疗效果进行评估，治愈：患儿的临床症状及体征均全部消失，检查结果提示均恢复正常；显效：治疗后患儿的临床症状及体征均明显改善，检查结果提示均显著好转；有效：患儿的临床症状及体征开始好转，影像学检查结果肺部有小部分阴影；无效：患儿的临床症状及体征均未改善，甚至加重。

(2) 统计两组患儿的临床症状消退时间，包括：高热、咳嗽、啰音等，并统计两组患儿住院时间。

(3) 观察并记录两组患儿治疗期间的不良反应情况。

1.4 统计学方法

研究数据均以 SPSS17.0 处理，计量资料的均数±标准差以 ($\bar{x} \pm s$) 来进行表示；行 t 检验，采用率以 % 表示，行卡方检验，以 $P < 0.05$ 表示两者差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿的总体治疗有效率比较

观察组患儿的总体治疗有效率为 98.33%，而对照组仅为 88.33%，两组间差异显著，有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患儿的总体治疗有效率比较[n(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总体有效率
观察组	60	31 (51.67)	24 (40.00)	4 (6.67)	1 (1.67)	59 (98.33)
对照组	60	23 (38.33)	22 (36.67)	8 (13.33)	7 (11.67)	53 (88.33)
χ^2 值		4.519	3.061	2.686	1.307	5.529
P 值		0.001	0.000	0.001	0.000	0.000

2.2 两组患儿症状消退时间及住院时间对比

观察组患儿高热、咳嗽、啰音的消退时间及住院时间均显著短于对照组，两组间差异显著，有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患儿症状消退时间及住院时间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	高热 (d)	咳嗽 (d)	啰音 (d)	住院时间 (d)
观察组	60	2.14 ± 0.35	9.26 ± 2.02	4.13 ± 1.02	6.26 ± 1.33
对照组	60	3.28 ± 1.26	12.64 ± 3.17	6.13 ± 1.35	8.43 ± 1.52
t 值		4.204	4.153	3.634	4.627
P 值		0.000	0.000	0.001	0.000

2.3 两组患儿不良反应率对比

观察组患儿治疗期间各项不良反应发生率均明显低于对照组，两组间差异显著，有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患儿不良反应率对比[n(%)]

组别	例数	胃肠道反应	皮疹	局部疼痛	肝功能损伤
观察组	60	1 (1.67)	2 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
对照组	60	3 (5.00)	6 (10.00)	4 (6.67)	2 (3.33)
χ^2 值		4.069	3.127	2.192	3.207
P 值		0.001	0.000	0.001	0.000

3 讨论

支原体肺炎主要是由于肺炎支原体感染所引发的呼吸系统感染。常好发于儿童群体，大部分患儿的病情较重且具有一定潜伏期，患儿发病初期多表现为头痛、四肢酸痛和发热等症状。临床中常以大环内酯类抗生素药物进行治疗，以红霉素进行治疗时患儿的不良反应率相

(下转第 26 页)



·论 著·

滋养层细胞、免疫细胞和蜕膜细胞组成的相互影响、相互制约的网络状免疫微环境。其淋巴细胞中,大颗粒淋巴细胞(NK)的比例高达45%,且处于特定的功能状态。CD44是最主要的淋巴细胞归巢受体,参与淋巴细胞的再循环,淋巴细胞活化及炎症反应,并在母胎免疫耐受中起重要作用。目前普遍认为,胎盘浅着床和血管重铸障碍是子痫前期发病的中心环节,而这两者都与细胞滋养细胞浸润能力降低有关[4]。淋巴细胞凋亡异常可导致母胎界面滋养细胞凋亡异常,致使细胞滋养细胞向子宫内侵入不良——“浅着床”和血管重铸障碍,继而导致子痫前期的发生。在张亚明[5]的研究中提出调节性T淋巴细胞水平较低,对Th1细胞增殖抑制能力减小,从而促使Th1/Th2的平衡偏向Th1,使其不能对胚胎抗原产生免疫抑制保护作用,外周血中NK细胞升高影响滋养细胞的正常功能,产生血管重铸障碍从而促发子痫前期。这与本研究中止子痫前期产妇的胎盘淋巴细胞凋亡率高存在一致性,免疫反应增强而淋巴细胞数量增多,凋亡增多,研究组产妇的CD44表达水平与淋巴细胞凋亡率均高于对照组,提示CD44表达水平与胎盘淋巴细胞凋亡率呈现正相关性,CD44水平与子痫前期的发生存在一定相关性。

综上所述,胎盘淋巴细胞凋亡率与CD44表达水平呈现正相关性,正常产妇的胎盘淋巴细胞凋亡率低且CD44表达水平低,CD44表达高

水平在预测子痫前期中具有一定参考价值。

参考文献

- [1].《实用妇产科学》(第3版)出版发行[J].中国临床医生杂志,2014,42(11):79.
 - [2]董胜雯,郭洁,宋殿荣.子宫螺旋动脉重铸与病理妊娠[J].国际妇产科学杂志,2017,44(02):176-179.
 - [3]卢健翔,石瑾秋,周明.miR-574-5p在子痫前期中的表达研究[J].中国实用妇科与产科杂志,2018,34(07):805-807.
 - [4]田松柏,隋珍,赵晓琴,马姜彦,谷强,邵彩华,闫华.PD-1在子痫前期患者外周血Treg/Th17细胞中的表达[J].中国妇幼保健,2018,33(14):3134-3136.
 - [5]张亚明.调节性T淋巴细胞及NK细胞的变化与子痫前期发病的关系[J].中外医学研究,2017,15(34):1-2.
- 基金编号:南科研卫2016052号
项目名称:胎盘淋巴细胞凋亡及CD44表达水平与子痫前期的相关性研究
项目来源:深圳市南山区卫生和计划生育局
个人简介:黄海,女,1982年9月30日,本科学历,职称:副主任医师,主研方向:妇科腹腔镜手术的应用,妇科肿瘤

(上接第21页)

脑瘫发病病因主要为父母酗酒、母亲精神疾病、父母吸毒等因素引发。患儿发病后临床症状主要表现为反应迟缓、斜视、姿势固定、身体发软等。脑瘫对患儿正常生长发育有严重影响,会造成患儿智力低下、行为异常、言语障碍等。脑瘫合并吞咽障碍在临床较为常见,患儿临床表现以口腔咀嚼不协调、流涎、误吸、饮水呛咳等为主。若不及时给予相关治疗,会导致患儿摄食困难,造成严重影响不良。

中医理论认为,脑瘫合并吞咽障碍发病机制主要为虚、瘀及痰,因此治疗原则应以行气活血、利咽活络为主^[4]。针灸与按摩为中医常用治疗脑瘫合并吞咽障碍的手段,有舒经活络活血化瘀、滋补肝肾之效,用于患儿治疗中可有效改善吞咽障碍,增强患儿摄食能力,改善营养状况。使用针刺舌根可对舌下神经进行刺激,增强舌肌收缩功能,减少患儿吞咽时呛咳与发音障碍^[5]。使用手法按摩可起到调整肺腑疏经通络的效果。对患儿面部、口唇周边、舌根等部位进行按摩,可加强其口腔咀嚼协调能力,对肌肉组织、神经进行刺激,促进局部血循环,诱导患儿产生吞咽动作,进而起到改善吞咽障碍的作用。但在对患儿进行针灸时应注意,因患儿年龄较小,进针深度与成年人相比

要更浅一点。对其进行手法按摩时应轻柔、缓慢,避免盲目追求治疗效果增加患儿痛苦。本次研究中,对脑瘫合并吞咽障碍患儿使用针灸与按摩联合治疗后,其吞咽障碍与营养状况均明显改善。

综上所述,针灸与按摩联合用于脑瘫合并吞咽障碍患儿治疗中效果理想,可改善其吞咽障碍与营养状况,提升生存质量,值得临床应用。

参考文献:

- [1]郑宏,冯士梅,张建奎,等.针灸联合按摩治疗脑瘫合并吞咽障碍的临床研究[J].中国康复医学杂志,2014,29(10):918-922.
- [2]林桦.针灸联合按摩治疗脑瘫合并吞咽障碍的临床研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(19):2-3.
- [3]刘晓璟.观察针灸联合按摩治疗脑瘫合并吞咽障碍的临床效果[J].临床研究,2017,25(7):172-173.
- [4]王颖,WANG Ying.针灸结合穴位按摩治疗脑瘫合并吞咽障碍37例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(22):81-82.
- [5]刘攀.针灸联合按摩在小儿脑瘫合并吞咽障碍患者治疗中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(53):10542-10542.

(上接第24页)

对较高,因此限制了临床应用。近年来临床治疗中多采取阿奇霉素的序贯疗法,然而该治疗方案的治疗有效率相对较低,且治疗中的起效时间较为缓慢,患儿的药物不良反应也相对较高。有报道指出[2],通过以红霉素与阿奇霉素两者联合行序贯疗法,能够有效弥补单独应用红霉素或阿奇霉素治疗的不足[3]。阿奇霉素的药效更强,在患者体内的代谢速度较为缓慢,且作用时间较长,给药后患者不良反应率相对较低,因此针对支原体肺炎长以阿奇霉素序贯疗法[4]。本次研究通过联合运用红霉素与阿奇霉素行序贯疗法治疗,观察组患儿的总体治疗有效率显著高于对照组,同时该组患儿高热、咳嗽及啰音等消退时间和住院时间均短于对照组。这提示该治疗方案在小儿支原体肺炎的治疗中具有良好疗效。同时本次研究结果提示,观察组患儿治疗期间的不良反应率明显低于对照组,进一步表明该序贯疗法的安全性较高,值得在小儿支原体肺炎的治疗中应用并推广[5]。

综上所述,针对小儿支原体肺炎采取红霉素联合阿奇霉素的序贯疗

法,可有效提高临床疗效,能够缩短患儿的临床症状消退时间,且安全性较高。

参考文献:

- [1]刘开云.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价值探讨[J].中外医疗,2016,35(11):36-37+40.
- [2]王骁公.观察红霉素结合阿奇霉素序贯疗法应用在小儿支原体肺炎治疗中的临床疗效[J].中国医药指南,2017,15(04):94.
- [3]谢树英.红霉素联合阿奇霉素序贯疗法与单用阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的对比分析[J].中国实用医药,2017,12(13):17-19.
- [4]樊成.阿奇霉素在小儿支原体肺炎应用中的研究进展[J].微量元素与健康研究,2017,34(04):72-74.
- [5]侯昌凤.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].海峡药学,2017,29(08):103-104.