

小儿支气管肺炎临床治疗体会

刘翔

盘州市石桥镇卫生院 贵州盘州 553504

【摘要】支气管肺炎又被称作小叶性肺炎，属于小儿患有的一种最常见肺炎。这种病四季都可能发生，特别是在冬、春气温变化剧烈的季节，在婴幼儿身上最为多发。是儿童的多发病和常见病，也是致死的主要病因之一。儿童由于免疫功能尚未发育完全，呼吸道局部的免疫能力明显弱于成人，因此对成人来说微不足道的上呼吸道感染也很容易引发肺炎；而肺炎未得到有效治疗，可引发严重并发症如脓胸、肺大疱，还可并发心力衰竭、呼吸衰竭等危及生命。

【关键词】小儿支气管肺炎；诊断；治疗方法

【中图分类号】 R725.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2018) 12-051-02

1 支气管肺炎的诱发因素

通常病原体主要是病毒以及细菌。常见的细菌包括葡萄球菌、链球菌和肺炎链球菌、大肠杆菌、流感嗜血杆菌和肺炎杆菌、铜绿假单胞菌等；常见的病毒主要有流感、副流感病毒，麻疹、呼吸道合胞、腺病毒等。最近几年，个别真菌如白色念珠、放线菌等诱发的肺炎逐渐增多。

2 一般的治疗方法

2.1 注意多卧床休息，加强对患儿的护理

在护理的过程中，要让患儿卧床休息，同时室内要坚持通风，以保证空气新鲜，并保持 18℃～20℃ 的室温以及 55% 左右的湿度，以确保呼吸道畅通。

2.2 注意饮食

水分供给要充足，而且要保持丰富的热量，多吃富含维生素且消化吸收比较容易的食物。如果缺钙可以同时进行钙剂补充。

2.3 输液治疗

小儿肺炎大多选择输液治疗，因为经静脉输液药物的吸收率是 100%，能够更快更好地发挥药效，杀死病菌，同时还可以补充水分、葡萄糖和电解质，弥补儿童肺炎期间因食欲下降导致的营养物质摄入不足。

3 抗生素的应用

引发肺炎的病因有细菌、病毒、支原体、真菌和其他病原体。临床上普通轻症肺炎大多是由病毒或细菌引起的，而绝大多数重症肺炎是由细菌感染或在病毒感染的基础上合并细菌感染所引起的，需要抗生素治疗。肺炎治疗的原则是根据不同的病原体选择药物。

3.1 药物选择要合理

一是依据在临床进行经验治疗。这时要注意以下情况：刚出生的婴儿和幼儿的感染、营养供给充足或者不充足状态下的感染、在社区或者医院内的感染、急慢性感染，以及患者所在地流行的耐药菌株及其变迁等有关的情况。二是采取经验治疗的办法，根据抗菌药物的临床在药效学方面具有的特点、药物的抗菌谱等，选择最为适合的、具有最佳疗效的药物种类。三是在选择使用某些抗菌药之前，必须首先采集相应的药物标本，进行病原学方面的培养，根据培养，使用敏感抗生素，即从经验治疗阶段转化为病因治疗阶段，从而选择最佳的抗菌药物种类。

3.2 选择最佳的给药方案

要选择准确的剂量、给药的合适途径和间隔时间，以及恰当的疗程，从而保证杀菌或抑菌效应最大化，毒副作用得

以最大限度的减少。

3.3 合理地进行抗生素的联合使用

联合使用抗生素的指征主要包括：一是患儿感染严重，但是无法查明其感染原因。二是单独的一种抗生素药物无法有效地控制。三是长期用药的患儿，其体内的细菌对抗生素药物具有了抵抗力。四是联合使用抗生素可以减少具有较大毒性的药物的使用量。抗病毒药物治疗：国内用病毒唑治疗早期腺病毒肺炎有一定疗效，对晚期的病例疗效不明显。有其他并发症者可对症治疗。中药治疗肺炎除有抗菌、抗病毒作用外，还有增强机体免疫力等功能。常用方剂有麻杏石甘汤及加减。对单纯病毒性肺炎应首选中药治疗。小儿肺炎预后受多种因素影响。年长儿患肺炎并发症较少，预后好，婴幼儿则病死率较高。在营养不良、佝偻病、先天性心脏病、结核病、麻疹、百日咳的基础上并发肺炎，则预后较差。病原体方面，肺炎双球菌对青霉素敏感，此类型肺炎预后良好；而金葡菌肺炎并发症多，病程迁延，预后较差。腺病毒肺炎病情较重，病死率也较高。支原体肺炎病情轻重不一，自然病程虽较长，但多能自然痊愈。重症肺炎预后亦较差。

4 对症治疗

如果出现高烧的症状，可以进行物理降温或者药物降温；如果出现咳嗽的症状，应该使用祛痰止咳的药物加以控制，如果患有重度哮喘，可以选用氨茶碱或者异丙嗪；存在低氧症状的可以进行吸氧治疗；如果腹部饱胀，给予生理盐水灌注肠道，通过肛门插管进行排气，如果效果不明显，可以肌肉注射一定量的新斯的明。如果合并低钾可以补充钾；中毒症状明显的危重患儿，尤其是严重的中毒性脑病或喘憋患者，可静滴 4～8mg/kg 的氢化可的松，在用药 3～5d 后，病情如有缓解可停止用药；如果患有重症肺炎并发脑水肿不应选择大量高渗性的脱水药，因为如此可能马上就会增加患者的血液循环量，从而进一步加重心脏的负荷，最终可能导致心衰竭加重。在这种情况下，首先选择使用能够减轻心脏前负荷的呋塞米，然后在此基础上小剂量地选用脱水的甘露醇、强心的地高辛，并严格控制静脉滴注的速度。地塞米松能够有效地减轻患者的脑水肿、降低患者颅内的压力，每次使用 0.2～0.6mg/kg，视病情每 6h 1 次，通常不能超过 3d。

5 预防

要控制和减少小儿支气管肺炎的发生率，必须重视基础卫生知识的普及工作，加强冬、春季节的小儿护理工作，注意个人卫生，勤洗手，长时间待在室内要勤开窗子，通风换

(下转第 53 页)

间 41 ± 12 分钟, 自然分娩 158 例, 占组内比例的 97.5%, 器械助产 1 例, 占组内人数的 0.6%, 剖宫产 3 例, 占组内人数的 1.9%。两组患者在分娩方式、第二产程时间、第一产程镇痛时间以及第一产程时间三个方面的指标差异 $P > 0.05$ 无统计学意义。

2.4 两组产妇 VAS 评分与镇痛满意度比较

参与本次实验研究的 287 例观察组产妇第一产程镇痛满意度 94 ± 6 分, 第二产程镇痛满意度 91 ± 6 分, VAS 评分 0.7 ± 0.6 分; 参与本次实验研究的 162 例对照组产妇第一产程镇痛满意度 94 ± 6 分, 第二产程镇痛满意度 84 ± 7 分, VAS 评分 1.2 ± 0.8 分。两组产妇在 VAS 评分与镇痛满意度两方面的指标差异 $P > 0.05$ 无统计学意义。

3 讨论

分娩是指胎儿脱离母体成为独立存在个体的全部过程, 该过程中一系列十分复杂的生理反应。对分娩过程中进行划分, 可以分为胎盘娩出期、胎儿娩出期与宫口扩张期三个阶段。作为一种十分常见的重量反应, 剧痛也成为自然分娩产妇必需要面对的重大问题, 若分娩过程中的疼痛反应过于激烈, 疼痛时间过长, 很可能使产妇出现许多不良情绪, 严重情况下也可以造成产妇胎儿宫内窘迫以及全身衰竭等方面的问题, 对产妇以及胎儿的生命健康安全造成十分不利的影响。这就使得许多产妇采用剖宫产的方式进行分娩, 这也是当前我国剖宫产率不断上升的根本原因, 而剖宫产方式则存在出现许多不良并发症的问题, 不利于产妇的分娩预后。因此, 医疗机构仍然提倡采用自然分娩的方式来分娩。对于医疗机构来说, 也需要综合运用各种方式为患者提供镇痛治疗, 一方面要改善产妇的分娩感受, 另一方面也需通常镇痛的方式使心态与各项生理指标保持平稳, 提高产妇的分娩安全性。

当前我国临床医学主要采用舒芬太尼与罗哌卡因复合阿片类药物为产妇提供局部麻醉, 取得了显著的镇痛效果, 也有效降低了各种不良反应的发生率。而在产妇完成硬膜外镇痛后需要乃至的器械助产方式上则仍存在一些需要解决的问题。本次实验研究为产妇提供有针对性的分娩镇痛, 取得了良好的镇痛效果, 参与本次实验研究的全部研究样本中共 449 例进行第二产程, 排除第一产程镇痛不满意、意外蛛网膜下腔给药与重新置管等易混淆因素, 对全程硬膜外分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响进行分析。对照组与观察组两组产妇在催产素使用率方面的比例基本一致。另外, 以实验研究发现, 对照组在第二产程时间方面明显多于对照组, 但仍在正常范围以内, 暂停硬膜外镇痛不影响第二产程时间。由于第二产程时间与泵锁定时间相一致, 并且第一产程阶段中为产妇提供的镇痛治疗取得了明显的效果, 提示第二产程按压次数与镇痛效果无关。从分娩方式的角度上来看, 两组产妇均以自然分娩为主, 剖宫产与器械助产例数较少, 未体现出明显的统计学意义。参与本次实验研究的产妇样本所采用

的器械爱不助产方式主要为低位产钳助产, 地于出现胎儿宫内窘迫、持续性头盆不称与产间发热的产妇提供剖宫产处理。

对于处于产程后期的患者, 所产生的疼痛通常来自于会阴的牵拉与产道扩张, 疼痛传导经阴部神经传导至骶 2~4 脊髓节段。患者在进入到产程后期时, 在硬膜外分娩镇痛治疗暂停后, 造成一定程度的骶神经阻滞, 产妇会阴部与腰骶部进一步加剧疼痛。经实验研究证实, 当产妇硬膜外分娩镇痛治疗暂停后, 处于第二产程的对照组产妇会出现镇痛满意度下降的情况, 在修复产妇会阴部损伤的过程中会出现十分剧烈的疼痛, 这也是造成产妇不适, 镇痛满意度降低的主要原因, 在产妇疼痛加剧的作用下, 不得不进一步提升麻醉药物的使用量。采用暂停硬膜外分娩镇痛的方式对于产程后期的产妇来说一定程度上对于镇痛满意度指标造成了不利的影响, 但不影响分娩方式与第二产程时间。从本次实验研究的结果来看, 第二产程暂停与全程硬膜外分娩镇痛比较, 不影响脐动脉血 p H 值 Apgar 评分指标。需要注意的是产妇在分娩过程中, 产科医师需要综合运用各种心理干预手段来安抚产妇的不良情绪, 使产妇树立信心, 对产妇的用力方法进行指导, 最大程度上争取产妇的配合。

全程硬膜外分娩镇痛方法不影响分娩方式, 也不影响第二产程时间, 能够起到缩短损伤修复时间与保证第二产程的作用。

参考文献:

- [1] 杨莉莉, 吕洁萍. 不同浓度罗哌卡因复合芬太尼用于不同时点分娩镇痛的临床观察 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版) 2015.03 (17): 11-12.
- [2] 谢建英, 蔡玉娟, 钟少平, 崔菊芬, 徐忠平, 张引法. 全程硬膜外分娩镇痛联合护理支持对产妇的影响 [J]. 解放军护理杂志, 2016, 04(14): 29-30.
- [3] 张春梅, 徐惠英, 高涛. 全程腰硬联合麻醉分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响分析 [J]. 山西医药杂志, 2015, 05(24): 192-193.
- [4] 何凤美. 全程腰硬联合麻醉分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响分析 [J]. 中国现代药物应用, 2015, 07(08): 144-145.
- [5] 王娟, 徐世琴, 冯善武, 沈晓凤. 全程硬膜外分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响 [J]. 临床麻醉学杂志, 2013, 06(09): 856-858.
- [6] 陆柳明. 蛛网膜下腔—硬膜外腔联合麻醉加产妇自控硬膜外麻醉用于分娩镇痛的临床研究 [D]. 广西医科大学, 2013, 09 (11): 28-29.
- [7] 姜丽华. 硬膜外不同浓度罗哌卡因用于分娩镇痛效果及对母儿的影响 [D]. 郑州大学, 2004, 02 (16): 25-26.
- [8] 王静. 产妇的焦虑程度与硬膜外分娩镇痛及分娩疼痛的关系 [D]. 河北医科大学, 2004, 08 (13): 33-34.

(上接第 51 页)

气, 保持空气新鲜。疾病流行季节避免前往空气流通不畅、人口密集的公共场所。多喝水饮食均衡, 多吃富含维生素 C 的水果蔬菜和高热量、高蛋白的食物, 可以增强抵抗病毒和细菌感染的力量。注意保暖, 儿童衣物应随着气温变化而增减。避免儿童接触探视传染病人, 在易发季节医生指导下服用预防药物。不断提高人民群众的防病治病意识, 加强规范全民就医素质, 是完全可以控制本病的发生率和提高治愈率的。

参考文献:

- [1] 张梓荆. 小儿病毒性呼吸道感染与病毒性肺炎 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1991.
- [2] 尹红, 范学军. 小儿合胞病毒肺炎病原学研究和临床观察 [J]. 实用儿科临床杂志, 1991 (3): 134.
- [3] 孟知颖, 张宁. 穿琥宁注射液治疗小儿支气管炎 89 例临床观察 [J]. 包头医学院学报, 2005, 34 (9): 1151-1152.