

(必要时)、抗感染、解痉平喘、止咳化痰、免疫疗法等治疗。由于本病喘憋显著,故平喘治疗很关键。妥洛特罗是一种高选择性的 β_2 受体激动剂,能够对支气管平滑肌有较强而持久的扩张作用,而且兴奋心脏的作用相对比较弱,同时还对支气管纤毛的运动有促进作用,也具有止咳祛痰和一定的抗过敏作用,多用于缓解呼吸道阻塞性症状^[3]。妥洛特罗贴剂是一种 β_2 受体激动剂应用的新途径,其安全性和疗效已得到临床认可^[4-5]。妥洛特罗有多种剂型:如糖浆、软膏、气雾剂、片剂和乳剂等。气雾剂作用强、起效快,但疗效维持时间短^[6];口服剂型维持时间比吸入剂长,但不良反应较多,疗效稍差,对晚间哮喘效果不好,特别是不能预防清晨哮喘的发作^[7];软膏和乳剂用于皮肤给药时,使用起来不方便,控制给药剂量也较难。

妥洛特罗贴剂采用三个系统来达到提高疗效的目的:通过药物结晶储存系统、择时释药系统,使药物的释出做到定时定量,血药浓度则通过经皮吸收系统控制。吸收率达82%~90%,一般9~12h达血药浓度峰值,持续作用达24h,对中央呼吸道直至末梢呼吸道均有支气管扩张作用^[8-9]。

毛细支气管炎患儿夜间、晨起易喘憋加重,原因有两个方面:在夜间,一方面副交感神经活动增加,神经末梢释放出乙酰胆碱,兴奋M受体,使支气管平滑肌发生收缩;另一方面交感神经活动减弱, β_2 肾上腺素能受体功能下降。晚上入睡时使用妥洛特罗贴剂,对清晨气喘的发作能很好地预防、减轻^[10]。

采用缓释方式给药,可以使给药次数减少、发生不良反应的概率减少^[11]。万一不良反应出现了,可以立即停止给药。因为药物是经皮吸收的,没有了肝脏的首过效应,所以肝脏负担不会增大^[12-13]。而且由于婴幼儿皮肤角质层较薄,药物易于吸收,因此疗效较好。同时患儿使用时没有痛苦,也便于使用。

我们通过研究发现:妥洛特罗贴剂辅助治疗婴幼儿毛细支气管炎,对患儿咳嗽、喘憋症状具有明显改善作用,对肺部哮鸣音消失有明显促进作用。晚上入睡时使用妥洛特罗贴剂,到晨降时作用达到高峰,减轻夜间、晨起时咳嗽、喘憋的发作。同时,未发现妥洛特罗贴剂组心血管不良反应,仅有1例出现局部的皮肤瘙痒。

通过本研究,我们认为:妥洛特罗贴剂用于儿童喘息性疾病的平喘治疗效果确切^[14]。妥洛特罗贴剂是外用药,使用起来方便、持时间长、作用强、不良反应少、患儿依从性好,值得在临床中推广应用。

参考文献:

- [1] 胡亚美,江载芳,褚福堂.实用儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2002:1199-1200.
- [2] 李兴华,王荣国.儿科疾病诊疗标准[M].上海:上海医科大学出版社,1997:119-121.
- [3] Kume H, Kondo M, Ito Y, et al. Effects of sustained-release tulobuterol on asthma control and beta-adrenoceptor function [J]. Clin Exp Pharmacol Physiol, 2002, 29 (12):1076-1083.
- [4] 苏楠,林江涛,杨萌,等.妥洛特罗贴剂治疗轻中度持续支气管哮喘患者的有效性和安全性[J].中国内科杂志, 2007, 46(1):39-42.
- [5] Fukuchi Y, Nagai A, Seyama K, et al. Clinical Efficacy and Safety of Transdermal Tulobuterol in the Treatment of Stable COPD: An Open-Label Comparison with Inhaled Salmeterol [J]. Treat Respir Med, 2005, 4(6):447-455.
- [6] 田村弘,万献尧,毕丽岩. β_2 -激动剂(尤其是妥洛特罗)贴剂的作用[J].日本医学介绍,2003,24(10):444-445.
- [7] 吉小欣,高申.妥洛特罗经皮给药系统的研究进展[J].药学实践杂志,2004,22(6):324-326.
- [8] 田村弘,万献尧,毕丽岩. β_2 激动剂(尤其是妥洛特罗)贴剂的作用[J].日本医学介绍,2003,24(10):444.
- [9] Yoshihara S, Fukuda H, Abe T, et al. Comparative study of skin permeation profiles between brand and generic tulobuterol patches [J]. Biol Pharm Bull, 2010, 33 (10):1763-1765.
- [10] 熊琴,洗建妹.妥洛特罗贴剂在婴幼儿喘息性疾病中的应用[J].当代医学,2010,16(9):49-50.
- [11] 李玢,曲华.妥洛特罗联合布地奈德治疗小儿咳嗽变异型哮喘的临床观察[J].中国小儿急救医学,2011,18(2):164-165.
- [12] Scheiner LB. Learning versus confirming in clinical drug development [J]. Clin Pharm Ther, 1997, 61:275-291.
- [13] 吉小欣,高申.妥洛特罗经皮给药系统的研究进展[J].药学专论,2004,13(12):27-29.
- [14] 方玉蓉,王莹,陈和斌,等.妥洛特罗贴剂治疗儿童喘息性疾病的临床评价[J].中国医院药学杂志,2012,32(12):951-954.

收稿日期:2013-11-25;修回日期:2014-01-3

阿奇霉素序贯治疗小儿肺炎70例效果分析

韦桂姬

(广西科技大学医学院,广西柳州 545006 E-mail:418028551@qq.com)

摘要:目的 探讨阿奇霉素序贯治疗小儿肺炎的临床效果。方法 随机将140例小儿肺炎患儿分成两组,分别采用阿奇霉素序贯治疗和头孢曲松钠治疗,观察比较两组治疗有效率、患儿症状消失时间、费用及副作用等。结果 序贯治疗组总有效率为100%,明显高于对照组91.43%,其退热时间、止咳祛痰、喘息和啰音消失时间及所需费用均小于对照组($P < 0.05$),不良反应也比对照组明显少。结论 阿奇霉素序贯治疗小儿肺炎的临床效果好,不良反应少,值得临床推广。

关键词:阿奇霉素;小儿肺炎;序贯治疗

中图分类号: R725.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0049-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.030

现代社会医疗科学迅猛发展,然而仍然存在许多疾病严重威胁着小儿健康,其中呼吸系统疾病就是常见原因之一,主要

为呼吸道感染所引发。由于小儿身体特征及机体、免疫等功能发育不完全,肺炎的致死率在儿童中一直居高不下。随着大量

抗生素的使用,耐药菌株一直呈上升趋势,对治疗疑似细菌引起的肺炎的患儿要求越来越高,治疗费用不断上升,治疗时间也不断延长,因此寻找更为安全、方便、便宜的高效治疗方法迫在眉睫^[1]。笔者采用阿奇霉素序贯治疗小儿肺炎发现临床效果好,不良反应少,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2012年7月~2013年7月我院接诊的小儿肺炎患儿140例,经过对患儿症状体征、血白细胞及胸部X线检查等分析确诊为肺炎。所有患儿发病时间在3d之内,26%患儿年龄分布在3岁以下,56%患儿年龄为4~7岁,7岁以上占18%。这些患儿中男72例,女68例。将140例患儿随机分成两组,序贯治疗组70例,平均年龄为(5.2±4.4)岁;对照组70例,平均年龄为(5.3±4.6)岁。两组患儿在身体基本状况、发病时间等差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 临床表现 患儿的主要临床表现为发热和不同程度咳嗽,其中发热者120例(85.71%),有66例患儿体温在39℃以上,38例38~39℃,16例38℃以下,发热无规律且时间长短不一。所有患儿均有咳嗽症状,由开始的干咳发展成为严重咳嗽,大部分有黏痰液,肺部听诊均有细湿啰音,部分可闻及哮鸣音,部分患儿还有恶心、气喘、头痛等症状。

1.3 治疗方法 序贯治疗组,给予阿奇霉素(华北制药有限公司生产,批号:11030103)序贯治疗,每天静脉滴注1次,剂量为10 mg/kg,连续滴注1个星期,停止用药3d,改为口服给药,剂量仍为10 mg/kg,每日一次,直至症状减轻;对照组,选用头孢曲松钠注射液(山东罗欣药业股份有限公司,批号:101114)进行静脉滴注治疗,每日1次,剂量为60 mg/kg,同样连续滴注1个星期后,改为口服给药,剂量为60 mg/kg,每日1次,直至症状减轻为止。除上述治疗外,常规给予止咳祛痰、退热等对症治疗。治疗过程中,注意观察记录两组患儿的止咳时间、退热时间及肺部湿啰音消失时间。

1.4 临床疗效标准 痊愈:治疗后的1个星期内,患儿基本康复,体温降到正常体温(37℃),咳嗽、黏痰等症状消失,检查胸部X线片无异常征象;显著疗效:在治疗后的1个星期内,体温降到正常体温(37℃),咳嗽、黏痰等症状明显得到改善,检查胸部X线无异常征象;有效:治疗1个星期后,症状有所改善,体温有所下降,咳嗽、黏痰等并发症减轻或有减缓趋势;无效:经过1个星期的治疗,患儿症状没有改善,病情无缓解,或病情加

重^[2]。

1.5 统计学方法 所有数据均采用SPSS 14.0数据软件进行统计学分析处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 两组患儿经过一段时间的治疗,序贯治疗组总有效率达到100%,明显高于对照组91.43%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组临床症状消失时间 序贯治疗组患儿肺炎一系列临床症状消失时间均早于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组住院时间及费用比较 与对照组比较,序贯治疗组患儿住院时间显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);常规治疗费用、药品费用、住院总费用均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

2.4 两组不良反应比较 序贯治疗组中,70例患儿有2例出现胃肠道不适反应,有2例有过敏症状,有2例出现恶心呕吐现象,不良反应率为8.57%。而对照组70例患儿中,有6例患儿出现不同程度腹泻,有5例患儿出现红疹,还有3例患儿腹痛,不良反应率为20.00%,明显高于序贯治疗组。两组不良反应率比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表1 两组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈	显著有效	有效	无效	总有效率(%)
序贯治疗组	70	34	30	6	0	100.00
对照组	70	26	28	10	6	91.43

注:两组总有效率比较, $\chi^2=6.27$, $P<0.05$

表2 两组临床症状消失时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	退热时间(d)	止咳时间(d)	喘息消失时间(d)	啰音消失时间(d)
序贯治疗组	70	2.5±1.3	4.5±1.2	5.9±2.1	4.8±2.3
对照组	70	3.6±1.7	5.4±1.0	7.5±2.7	6.7±2.5
<i>t</i>		2.5643	3.5423	3.8723	2.6549
<i>P</i>		0.045	0.023	0.032	0.041

表3 两组费用比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	住院时间(d)	常规治疗费用(元)	药品费用(元)	住院费用(元)	检查费用(元)	总费用(元)
序贯治疗组	7.2±1.7	75.4±23.7	36.43	179.3±89.5	305.6	415.2±36.9
对照组	10.2±1.3	124.5±34.7	49.72	326.5±154.2	305.6	778.9±56.7
<i>t</i>	11.73	4.453	3.349	2.456	0.045	3.453
<i>P</i>	0.000	0.023	0.035	0.027	1.564	0.033

表4 两组不良反应率比较

组别	<i>n</i>	不良反应人数	不良反应率(%)
序贯治疗组	70	6	8.75
对照组	70	14	20.00

注: $\chi^2=3.732$, $P<0.05$

3 讨论

在临床治疗小儿肺炎的过程中,合理使用抗生素抑制细菌的生长并消灭细菌则成为治愈患儿的关键因素^[3]。如若判定细菌种类及对抗生素是否过敏,则需要至少4天时间进行细菌种类鉴定及抗生素过敏检查,因此医生多通过自己多年行医经

验治疗小儿肺炎,一般根据累计经验选择静脉输入抗生素,治疗时间一直延续到患儿体温降到37℃,一般为一周^[4]。小儿肺炎一般为链球菌、铜绿假单胞菌等细菌所引发的,呼吸科一般合理使用抗生素为患儿减轻痛苦,常选用阿奇霉素抑制这些细菌。序贯治疗即是治疗过程先静脉注射抗生素一段时间,然后改为口服同一种药的治疗形式,这种给药方式需要在口服剂生物利用度和有效性都很好,患儿能够吸收的前提下^[5]。这种治疗的优点是在发病初期患儿病情较严重时,能通过静脉给药迅速达到抑制并杀死细菌所需要的药物浓度,缓解症状,后期病情缓解后,继续口服抗生素维持机体血药浓度,彻底杀死细菌。

阿奇霉素是一种大环内酯类抗生素,对许多细菌都有很好

的杀菌作用,是一种广谱抗菌药。由于化学结构的修饰,阿奇霉素相对其他药物化学性质更稳定,药代动力学性质更好,半衰期长^[6],改变了口服抗生素不利于吸收、吸收慢、血浆蛋白结合率高的特点,口服给药也能达到很好的生物利用度。此外它的不良反应少,因此是临床抗菌的一个很好选择。

本组研究选取了70例小儿肺炎患儿,阿奇霉素序贯治疗的总有效率为100%,明显高于对照组91.43%,症状消失时间及所需费用均小于对照组,而且不良反应也明显比对照组少。此外,采用序贯治疗比长期使用静脉滴注法省时省力,不良反应小、价钱便宜,比只采用口服给药方法更高效,更及时减少患儿痛苦,因此采用阿奇霉素序贯法治疗小儿肺炎临床疗效好,能尽早减轻患儿痛苦,使患儿康复,值得临床推广。

参考文献:

[1] 严峻,易静波,肖雪花. 阿奇霉素联合痰热清治疗小儿肺炎支原体肺炎疗效观察[J]. 现代生物医学进展,2010,24

(12):2339-2341.

- [2] 钟福生. 红霉素与阿奇霉素序贯治疗小儿支原体肺炎临床效果分析[J]. 中外医疗,2012(34):106,108.
- [3] 刘群,袁成远. 小儿肺炎支原体肺炎176例临床分析[J]. 实用医院临床杂志,2009,6(5):91-92.
- [4] Kabra SK, Lodha R, Pandey RM. Antibiotics for community acquired pneumonia in children[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2006, 19(3): CD004874.
- [5] Yan W. Clinical Observation of Azithromycin Treatment of Mycoplasma Pneumonia in Children in Comparison with Treatment of Erythromycin [J]. Harbin Medical Journal, 2012, 1:7.
- [6] 刘啸,陈宇瑛,王瑛瑛,等. 阿奇霉素中相关物质的研究[J]. 国外医药:抗生素分册,2013,34(2):77-79,83.

收稿日期:2013-12-31

母乳及益生菌治疗早产儿喂养不耐受的效果

刘丽芳,张伟忠,廖均梅

(广东省惠州市第一妇幼保健院,广东 惠州 516002 E-mail:liulifang05@tom.com)

摘要:目的 探讨采取母乳及益生菌综合治疗方法治疗早产儿喂养不耐受的效果。**方法** 选用2011年6月~2013年6月我科收治的喂养不耐受早产儿,随机分成两组,分别是治疗组与对照组,对照组予常规治疗,治疗组改母乳喂养及予口服益生菌治疗。**结果** 两组在有效率、腹胀消失时间、恢复至出生体重时间、达全肠道营养时间、住院时间等方面比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 应用母乳及益生菌治疗早产儿喂养不耐受能取得满意效果,有一定临床推广价值。

关键词: 婴儿,早产;喂养不耐受;益生菌;乳,人

中图分类号: R722.6

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2014)01-0051-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.031

随着围生医学及新生儿急救水平的提高,早产极低出生体重甚至超低出生体重存活率上升,而喂养问题决定早产儿住院时间长短及能否生存的关键。早产儿由于胃肠道发育不成熟易发生喂养不耐受,其胃肠动力发育于胃肠的消化、吸收功能发育相比相对迟钝,故喂养不耐受在早产儿尤其是极低出生体重儿很常见^[1]。喂养不耐受影响机体内环境的稳定及生长发育,肠道喂养的进展缓慢通常导致肠外营养的延迟,长期胃肠外营养可造成肠黏膜萎缩、乳糖缺乏、代谢紊乱等一系列不良情况,削弱胃肠功能和结构的完整性,而这将使早产儿易患上新生儿坏死性小肠结肠炎(NEC)、胆汁淤积症、血源感染及肝功能障碍,使其存活率下降,故喂养成为其存活的重要问题之一。

1 资料与方法

1.1 资料 2012年6月~2013年6月我科收治早产儿99例,均生后收入我科,胎龄30~36周,无肠道发育畸形,有吸吮吞咽反射。随机分成两组,治疗组50例,其中男24例,女26例;对照组49例,其中男28例,女21例。喂养不耐受表现有:①呕吐;②腹胀;③开奶时间延迟;④胃排出时间减慢;⑤胃内有咖啡渣样物;⑥排便不畅需灌肠通便。诊断依据符合《实用新生儿学》诊断标准^[2]。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对照组用常规治疗,采取保暖、体位疗法、停喂1~2次,监测生命体征,排除坏死性小肠结肠炎,有感染的予抗生素治疗,存在代谢性酸中毒的予纠正,排便不畅者给予灌肠排便,部分静脉营养保证热卡及入量。治疗组在常规处

理的基础上给予同一品牌益生菌(双歧杆菌乳杆菌三联活菌肠溶胶囊)及其生母新鲜乳汁,对治疗组父母进行宣教,告知母乳喂养的好处和如何收集乳汁避免污染,说服患儿家属在白天尽可能在患儿喂养时间提前10 min送新鲜乳汁喂养,经宣教家属都能配合。观察两组患儿每日体重、呕吐、腹胀情况、胃潴留量、喂养耐受时间、静脉营养时间、体重开始增长时间、恢复至出生体重时间、达全肠道营养时间和住院时间。每周查两次血电解质,一次血常规,大小便、肝肾功能,每日称体重。

1.2.2 疗效判断 有效:治疗3~7 d,腹胀、呕吐消失,大便通畅,再喂奶后无腹胀、呕吐、胃潴留;无效:治疗>7 d,上述症状无减轻或加重。

1.3 统计学处理 采用SPSS 11.0软件进行处理,计量资料采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组治疗后症状改善情况:治疗组在腹胀消失时间、恢复至出生体重时间、喂养耐受时间、达全肠道营养时间及住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

3 讨论

早产儿肠道发育不成熟,胃肠动力及消化、吸收等功能完善相对迟缓,胃管和食道蠕动收缩幅度低,胃排空延迟,因此较易发生喂养不耐受^[3]。出生体重低的早产儿,发生喂养不耐受的发生率更低。早产儿出现喂养不耐受会使静脉营养时间延长,而静脉营养虽能改善营养状况,但不利于胃肠功能成熟,且存在肝胆、免疫及代谢等各方面并发症,肠内营养的缺乏还可能削弱胃肠功能和结构的完整性,减弱胃肠激素的活性、肠黏