

儿科肺炎支原体感染病人的临床诊断分析

张琳*

黑龙江省密山市人民医院 黑龙江 密山 158300

摘要:目的: 研究儿医院对病毒性肺炎支原体感染性病人的临床医疗有效性。方法: 2020年3月-2021年8月接收防治的病毒性肺炎及支原体等传染性病例共六十例, 并将其分为二组, 各三十例。对照组使用红霉素(静脉滴注)防治; 检查组使用阿奇霉素防治(静脉滴注+服用)。对比二组效果。结果: 检查组防治的有效率远大于对照组, 且病例出现率小于对照组, 差别有统计含义($P < 0.05$); 检查组干咳、湿啰音、高热等病症消失持续时间及住院持续时间均短于对照组, 差别有统计含义($P < 0.05$)。结论: 对儿科的肺炎支原体病毒感染患儿, 采取静脉滴注+口服给药或阿奇霉素防治的效果非常好, 既有较大的安全, 且可有效缓解干咳、高热等表现, 同时还能减少住院时间。

关键词: 儿科; 肺炎支原体病毒感染; 临床症状; 安全性

DOI: <https://doi.org/10.37155/2717-5669-0204-23>

引言

肺病与支原体病毒感染是呼吸科常见病的一类病症, 肺炎是指支原体等位于细胞与病毒中间, 造成肺部病毒感染的细微生物^[1]。出现在五至十五周岁左右的孩子, 可发在四季, 初期的临床表现主要是干咳、头痛等, 会造成呼吸的严重损害和肺部并发症, 我院还研究了对儿科肺炎支原体感染病人的临床研究治疗方法, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2013年3月至2014年5月的一百例肺炎支原体感染者儿童为主要研究对象, 全部儿童均持续高热, 并伴随头痛等表现, 且二肺均有哮鸣声, 体温范围在三十八点五到四十度左右之间, 经X线检测结果显示存在斑片阴影等不同程度的肺部炎症, 并利用儿童血清肺炎支原体抗体和荧光定量聚合酶链反应来检验儿童肺炎支原体, 结果显示均为阳性。二组都采取了常规治疗方法, 如补液、化痰、止咳等方法。①对照组: 先给予乳糖酸红霉素, 或将10mg/kg红霉素与葡萄糖刺激按1:1的比例+碳酸氢钠水溶液混匀后静脉滴注, 每日一h次, 并持续进行5~7d^[2]。②观察组: 如果患者的受累系统为心血管系统, 其临床表现为EEG以及心肌酶异常, 对此类患者采用阿奇霉素和营养心肌的药物予以防治^[4]; 如果患者的受累系统为泌尿系统, 其临床表现为尿蛋白为阳性表现、一过性血尿、肾小球肾炎等, 则对该类患者应用阿奇霉素制剂予以防治; 如果患者的受累系统为面神经系统, 其临床症状为支原体脑炎、面神经瘫痪、神经根炎, 一般对面神经瘫痪病人选择阿奇霉素和糖皮质激素制剂加以防治, 对支原体脑炎的病人则要加入红霉素防治; 如果患者的受累系统为消化系统, 其临床症状为ALT和AST水平增高、急性胰腺炎等, ALT和AST升高的患者可以通过阿奇霉素和保肝药物进行治疗, 急性胰腺炎的患者可以通过阿奇霉素和补液以及营养支持进行治疗; 如果患者的受累系统为血液系统, 其临床表现为粒细胞减少、噬血细胞综合征、血小板减少性紫癜, 对粒细胞减少的患者采取阿奇霉素配合升白细胞药物的治疗, 对血小板减少性紫癜的患者采取阿奇霉素配合糖皮质激素的治疗^[5-6]; 如果患者的受累系统为皮肤黏膜, 其临床表现为充血性斑丘疹、过敏性紫癜以及StevenJohnson综合征, 对过敏性紫癜的患者采取阿奇霉素配合抗过敏的治疗。

1.2 观察指标

对比了二组病人的临床疗效、临床应用症状消失日期、住院治疗持续时间和较严重的不良反应发生率。临床应用表现主要包括干咳、湿啰声、高热。严重的不良反应还有皮下疱疹、腹痛、心律失常。

疗效评判标准是: ①明确: 在治愈后, 干咳、湿啰音、高热的早期临床表现均全部消失了, 通过X线检测发觉其肺部阴霾亦明确变小; ②合理: 干咳、湿啰音、高热的早期临床表现均有所改善, 通过X线检测发觉其肺部阴霾亦有

*通讯作者: 张琳, 女, 汉, 1984年5月16日, 黑龙江密山, 本科, 主治医师, 主治医师, 研究方向: 儿科。

变小；③无效：对干燥、湿啰音、高热等的临床应用表现并没有明显改善，或有加重，而对经过X线检查后发现其肺中阴影，却并不能缓解。总有效率 = (显效+有效) / 总例数 × 百分之一百。

1.3 统计学方法

数据通过SPSS三点零软件解析；计算资料以[n (%)]形态呈现，采用 χ^2 检验；测量资料一般以($\bar{x} \pm s$)代表，用t检验； $P < 0.05$ 的差值有着重要统计学含义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察本组患者的有效性超过了对照组，差异更富有统计学理论意味 ($P < 0.05$)。

表1 十二组病人临床效果对比[n (%)]

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|----------|----|------------|------------|-----------|------------|
| 观察组 | 30 | 17 (56.67) | 12 (40.00) | 1 (3.33) | 29 (96.67) |
| 对照组 | 30 | 13 (43.33) | 9 (30.00) | 8 (26.67) | 22 (73.33) |
| χ^2 | | | | | 6.405 |
| P | | | | | 0.011 |

2.2 两组病人临床体征的消失日期和住院日期比较

观察各组干咳、湿啰声、高热消失的持续时间和住院持续时间都短于对照组，差异具备一定统计科学涵义 ($P < 0.05$)。

表2 病人临床体征以消失日期和住院时间一致比较 ($\bar{x} \pm s, d$) 图表

| 组别 | n | 咳嗽 | 湿啰音 | 发热 | 住院时间 |
|-----|----|---------|---------|---------|----------|
| 观察组 | 30 | 5.6±1.4 | 5.8±0.7 | 2.6±1.3 | 8.5±0.4 |
| 对照组 | 30 | 8.7±1.6 | 9.4±0.6 | 4.7±1.5 | 12.2±0.3 |
| t | | 7.986 | 21.387 | 5.795 | 40.532 |
| P | | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

2.3 两组患者不良反应发生率比较

观察各组的患者死亡率均小于对照组，此差距有统计学理论含义 ($P < 0.05$)。参见图表3。

表3 十二组患者不良反应发生率对比[n (%)]图表

| 组别 | n | 皮疹 | 腹痛 | 心律失常 | 发生率 |
|----------|----|-----------|-----------|----------|------------|
| 观察组 | 30 | 0 | 1 (3.33) | 2 (6.67) | 3 (10.00) |
| 对照组 | 30 | 5 (16.67) | 5 (16.67) | 0 (0.00) | 10 (33.33) |
| χ^2 | | | | | 4.812 |
| P | | | | | 0.028 |

3 讨论

肺炎支原体感染性在儿科中是一个十分普遍的病症，而这个疾病的重要特征就是发病的周期相当漫长，即便在经过治疗以后病情已经好转甚至治愈，但以后也很有机会再复发，在儿童中传染以后还会造成脏器严重损伤，严重地影响孩子的健康成长，给个人和家人都造成了十分巨大的心理伤害和压力。MP病毒感染通常有着季节性的特征，但感染率更多的时节为秋天和冬天，一般包括了细菌感染和病毒感染等情形，而物理刺激和化学物质刺激等会儿给患者的气管和细支气管黏膜带来较大的反应^[7]。在临床诊断过程中给小儿进行静脉药物，有效增加血药的含量，抑制好疾病的进展。通过这项调查可以看出，消化系统MP感染的患者在整个患者中的比例是相当高的，不过对于疾病的发生机理目前还缺乏具体的研究结论。由于支原体感染在刚开始感染的时候没有明确的临床研究体征，在进行胸片检测以后可能也无法找到什么特异状态，而且患者发病的周期也相当漫长，所以如果传染上了MP，将会加速患者的疾病进展。临床对本病的误诊率相当高，并且处理起来存在相当的难度，使得部分病人错失了最佳的诊断时机。所以，儿童医护人员如果需要提高对肺炎支原体病毒感染的关注，可通过间接法来测定儿童血中的MP-IgM抗体水平，这对儿童

的疾病治疗具有相当高的实用价值。在临床治疗诊断过程中,由于支原体病毒感染时没有细胞壁构成,导致一般效果较好的用药为大环内酯类药物,但尽量不要应用 β -内酰胺酶类药物,因为这些药品的疗效都较差。由于大环内酯类药物会对消化系统形成特定的副作用,所以需要用到西咪替丁等药品作为辅助治疗,才能有效地起到维持消化系统的功效,另外,还会使用到消旋卡多曲等制剂来止泻。腹泻也是婴幼儿肺炎中支原体病毒感染的主要临床表现,但通过调查也可以了解,婴幼儿患者的肠胃道还不是全部发育好,因此也会发生腹泻现象^[8]。各个年龄的病人会显示出不同的体征,需要针对患者的情况相应的MP抗体检测来显著增强疾病检测的准确率,有效实施诊断,这样才能取得良好的治疗效果。临床疗效上改善肺炎支原体感染性病的药物选择较多,由于布地奈德对混合细胞悬液炎症介质产生了较好的抑制,可控制发炎反应以及对人体气道环境的损害,也因此提高了对儿童毛细型急性支气管炎的临床诊断研究表现,同时也有研究证明布地奈德对混合细胞悬液结合 β 接收器的激动药物疗效较好。治疗药物在临床研究上布地奈德混合细胞悬液可利用舒缓喘息平滑肌的优点而控制喘憋,从而起到了减轻气道痉挛的目的,同时又因布地奈德混合细胞悬液毒副作用相对较小,且可促进炎症反应而不伤胃,因此对于其他长期用药治疗而无显著效果的肺炎支原体等病毒感染儿科门诊患者,亦有着重要意义。

4 结束语

综上所述,对儿科肺炎支原体病毒感染病人使用阿奇霉素治疗具有较好的疗效,而且既有较高的安全系数,且可有效缓解小儿干咳、高热等表现,同时还能减少住院时间,因此值得推荐。

参考文献:

- [1]关文敏,孙榕.浅谈小儿肺炎及新生儿肺炎合并心力衰竭的护理体会[J].中国实用医药,2013,8(3):194-195.
- [2]臧娟,常瑞,张莉.96例新生儿肺炎临床护理体会[J].中国保健营养,2016,6(4):70-71.
- [3]吴祖凤,汪铮,李秀.无反应性社区获得性肺炎住院患者34例临床分析[J].安徽医学,2014,09(88):11-113.
- [4]李双全,王建忠,魏颖,等.中药汤剂联合西药对婴幼儿毛细支气管炎患儿临床体征及生化指标的影响[J].山西医药杂志,2017,46(4):440-443.
- [5]王志华,王玉水,刘艳,等.特应性体质肺炎支原体肺炎患儿临床特点及血清白细胞介素-17水平的研究[J].中华实用儿科临床杂志,2017,3(9):668-671.
- [6]刘锋,李丽,陈荣娥,等.小青龙汤联合布地奈德雾化吸入治疗小儿毛细支气管炎(风寒闭肺证)临床研究[J].中国西医药物急症,2017,6(11):1911-1914.
- [7]刘东锋.复方异丙托溴铵联合布地奈德雾化吸入治疗小儿毛细支气管炎的效果观察[J].临床医学研究与实践,2016,1(9):10.
- [8]刘文涛.布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入治疗小儿毛细支气管炎的临床疗效观察[J].中国医药指南,2016,14(3):171-17.