

阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的疗效和安全性

【作者】 张祖莲

昆明市官渡区妇幼保健中心药剂科 (昆明 650200)

【摘要】 目的 观察阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的临床疗效。方法 将我院 90 例支原体肺炎患儿随机分为治疗组及对照组, 对照组患儿给予乳糖酸红霉素, 治疗组患儿给予阿奇霉素治疗。结果 治疗组总有效率为 93.3%, 显著高于对照组的 86.7%, 治疗组退热时间、咳嗽减轻、啰音消失、血象恢复、X 线恢复、治疗天数均显著好于对照组。治疗组出现不良反应 5 例, 对照组出现不良反应 14 例, 主要为腹痛、呕吐、恶心、腹泻、皮疹、静脉炎, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的疗效显著, 能促进肺部炎症吸收以及黏液咳出, 可在短时间内改善气促、咳嗽等症状, 临床无明显不良反应。

【关键词】 阿奇霉素; 小儿; 支原体肺炎; 疗效

【中图分类号】 R563.13; R9

【文献标志码】 A

【文章编号】 1672-3384(2011)-05-0029-02

肺炎支原体是小儿肺炎或其他呼吸道感染的病原体之一, 往往多见于学龄儿童及婴幼儿, 严重者可导致患儿死亡, 近年来有逐年增加的趋势。以往治疗小儿支原体肺炎首选静脉滴注大环内酯类药物红霉素, 但存在疗程长, 胃肠道反应严重等缺点, 且随着耐药菌株的产生, 红霉素对肺炎支原体的疗效有下降趋势。我院自 2009 年 6 月至 2010 年 6 月对收治的 90 例支原体肺炎患儿应用阿奇霉素进行治疗, 临床疗效满意, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

90 例均为我院收治的支原体肺炎患儿, 均符合诊断标准^[1]; 男性 54 例, 女性 36 例; 年龄 6 个月至 11 岁, 平均 6.2 岁; 病情重者 13 例, 中度 45 例, 轻度 32 例; 均有咳嗽、咳痰、气喘、发热, 肺部听诊大多有湿性啰音、喘鸣音及呼吸音减弱, X 线胸片检查呈弥漫性网状阴影、点片状阴影、大片实变影。按照随机原则, 设治疗组 45 例和对照组 45 例。两组患儿性别、年龄、病程、症状、体征比较经检验差异无显著性 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

两组均根据患儿的具体情况常规的给予吸氧、镇静、化痰、止咳、退热等治疗。对照组患儿给予乳

糖酸红霉素 $20 \sim 30 \text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 加入 5% 葡萄糖注射液静脉滴注, bid, 疗程为 7~14d。治疗组患儿给予阿奇霉素 $10 \text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 加入 5% 葡萄糖注射液静脉滴注, 每次滴注时间 $> 1 \text{h}$, qd, 疗程为 5~7d。两组治疗期间根据不同并发症予以营养心肌、护肝等综合治疗, 但均不给予其他抗生素或抗感染类药物。

1.3 观察指标及疗效评定标准

密切观察并比较两组患儿体温恢复、咳嗽减轻、啰音消失、血象恢复、X 线恢复、治疗天数。疗效标准^[2]: 痊愈: 症状消失、体征正常, 在治疗 2 周内经实验室检查血象、红细胞沉降率均恢复正常, X 线胸片实变影消失; 显效: 病情虽有缓解, 但症状、体征、实验室检查均未完全恢复正常; 好转: 症状、体征仅有 1 项改善; 无效: 症状、体征、实验室检查与治疗前相比没有变化或更加严重。总有效率 = (显效 + 有效)。

1.4 统计学方法

本次研究所有数据均使用 SPSS 13.0 统计软件进行统计分析, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

治疗组总有效率为 93.3%, 显著高于对照组的 86.7%, 治疗组退热时间、咳嗽减轻、啰音消失、

血象恢复、X 线恢复、治疗天数均显著短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。治疗组出现不良反应 5 例, 主要为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、上腹不适、呕吐; 对照组出现不良反应 14 例, 主要为腹痛、呕吐、恶心、腹泻、皮疹、静脉炎, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者疗效比较 [$n(\%)$]

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效率 (%)
治疗组	32(71.1)	10(22.2)	2(4.5)	1(2.2)	93.3
对照组	18(40.0)	21(46.7)	4(8.9)	2(4.4)	86.7*

注: * $P < 0.05$

表 2 两组患儿各项指标比较 (d)

组别	退热时间	咳嗽减轻	啰音消失	血象恢复	X 线恢复	治疗天数
治疗组	1.77±0.5	4.5±1.3	5.5±1.0	6.0±0.8	5.6±0.4	5.9±0.7
对照组	4.27±1.7*	7.1±2.1*	8.4±1.4*	8.3±1.5*	8.6±1.7*	9.0±1.8*

注: * $P < 0.05$

3 讨论

支原体肺炎是由支原体引起的肺部急性炎症, 发病机制尚不明确, 目前主要倾向于呼吸道上皮细胞吸附作用、直接侵入和免疫学发病机制等学说。支原体肺炎的肺部病理变化多呈片状、融合性支气管肺炎、间质性肺炎及毛细支气管炎改变, 病程一般为 5~7 周, 有些可以达到半年。主要通过呼吸途径进行传播, 全年均有发病, 尤以冬季高发。支原体是原核生物界中最小的微生物, 结构上因为缺乏细胞壁, 对作用于细胞壁生物合成的药物不敏感, 对一些常用的药物, 如多黏菌素、利福平、磺胺类药物等均普遍耐药。以往治疗支原体肺炎首选红霉素, 虽然红霉素对消除支原体肺炎的症状和体征效果明显, 但不良反应较大, 容易引起恶心、呕吐、腹痛及腹泻等消化道症状, 并易引起穿刺局部疼痛和静脉炎, 增加了患儿的痛苦, 限制了患儿的活动, 住院时间长, 可增加感染概率^[3]。且小儿肝、肾功能发育尚未健全, 长期应用毒副作用大, 易引起肝、肾功能受损。

阿奇霉素 (azithromycin) 是一种新型的大环内酯类 (氮环内酯类) 抗生素, 抗菌效力较红霉素强, 是目前大环内酯类中对肺炎支原体作用最强的。

体内分布广泛, 药动学呈多房室模型, 组织渗透性强, 能通过细胞壁, 传送到感染部位或通过吞噬细胞进行靶位传递, 达到很高的组织浓度。有研究显示, 其组织浓度为同期血药浓度的 10~100 倍, 尤其是在支气管、肺内浓度最高, 这种优化的体内分布使其治疗肺部感染效果显著^[4]。阿奇霉素的组织半衰期为 68~72h, 作用维持时间长, 病原菌清除率高。阿奇霉素虽经肝脏代谢, 但大量以原形由粪便排泄, 它不易发生分子内环化, 因此胃肠道症状较轻, 适合于对中重度的支原体肺炎的治疗。

本文采用阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎, 并与红霉素进行疗效对比, 结果显示总有效率高达 93.3%, 缩短了住院日, 符合药物经济学, 同时口服给药简单方便, 患儿依从性好, 减少了发生医源性交叉感染的机会。退热时间、咳嗽减轻、啰音消失、血象恢复、X 线恢复、治疗天数均显著短于对照组, 不良反应也少于对照组, 与吴岚^[5]的报道一致。同时董玲英^[6]在 84 例支原体肺炎患儿的治疗观察中, 静脉滴注阿奇霉素的多项指标均优于红霉素。尤其是对于中度以上的支原体肺炎, 抗感染治疗需 4~6 周, 应用红霉素是较难耐受的, 很难完成所需疗程。

综上所述, 阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎疗效显著, 能促进肺部炎症吸收以及黏液咳出, 可在短时间内改变气促、咳嗽等症状, 临床无明显不良反应, 值得进一步推广应用。

【参考文献】

[1] 胡亚美, 江载芳. 实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1204-1205.
[2] 叶巍岭, 杨代秀. 阿奇霉素治疗重症支原体肺炎临床评价[J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17: 359.
[3] 张晓华, 李亚芳. 阿奇霉素的临床应用进展[J]. 中国药业, 2006, 15: 69-70.
[4] 辛德莉, 马红秋. 肺炎支原体感染的治疗[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22: 250-252.
[5] 吴岚. 阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎疗效观察[J]. 中外医疗, 2011, 1: 111-112.
[6] 董玲英. 阿奇霉素在治疗小儿支原体肺炎中的应用[J]. 药物与临床, 2008, 5: 50-51.