

儿童肺炎支原体肺炎 122 例临床分析

王明霞

益阳市安化县人民医院儿科 湖南益阳 413500

【摘要】目的 分析儿童肺炎支原体肺炎的临床表现,探讨其治疗方法。**方法** 统计分析本院 2016 年到 2017 年,来我院治疗 MPP 患者的临床资料。**结果** 学龄前儿童容易出现 MPP 感染,咳嗽连续、喘息、不典型的肺部体征、形态较多的 X 胸线变化,这是临床表现,不同年龄阶段的儿童,临床表现不同。应该做 PCR 的 MP-DNA 阳性以及血清学肺炎支原体的抗体阳性检测,有助诊断。使用大环内酯类药品治疗效果良好,情况复杂的患者,实施综合性的个体化治疗。**结论** MPP 感染在临床体征表现,以及症状表现上,并无特异,但是肺外部的并发症,会让身体的多个系统和器官,受到影响,确诊后快使用大环内酯类药品治疗,情况复杂需要实施综合性的个性化治疗,诊断准确意义重大。

【关键词】 儿童;肺炎支原体肺炎;临床分析

【中图分类号】 R725.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2017) 08-110-02

儿童不管在那个年龄阶段,都有可能患有肺炎支原体肺炎(英文简称为 MPP),其是一种多见的病原体。肺炎支原体英文简称为 MP,其是一种没有细胞壁的细胞微生物,也是最小原核细胞。儿童原发性的非典型肺炎,就是因为它的存在而引起的。因为它感染出现的肺炎,会表现出很多种症状,包括呼吸道症状,还会损伤到多个系统和多个器官,像消化系统、神经系统、心血管系统、血液系统、泌尿系统、皮肤系统等等。对于其的治疗必须及时,才能避免出现一些并发症。^[1]患有该疾病的儿童,临床会表现出,发热、连续性咳嗽和喘息、不典型的肺部体征,这样的临床表现,出现误诊的可能性就大大增加,最终耽误治疗。因此,整理和分析其临床具体表现,总结发病规律,有助于临床诊断,对 122 例该疾病缓则的临床资料做相关分析,具体过程,报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

2016 年到 2017 年之间,来到我院治疗 MPP 感染的患者,选择其中典型的 122 例,根据《实用儿科学》为诊断标准,进行诊断。发热和咳嗽是基本临床表现;单侧或者双侧有炎症,该表现在胸部 X 线观察到;检测患者 PCR,其 MP-DNA 显示阳性,检测血清学肺炎支原体,抗体也呈阳性。使用大环内酯类药物进行治疗,表现出良好的效果。患者在住院之前,没有使用过该类药物治疗,发病时使用过青霉素,或者头孢种类的抗生素,效果不好,可以推断不是结核感染,或者气管中存在其他异物,以及别的种类的器质性病变。

1.2 方法

病程多余七天的患者,先做静脉血的抽取,然后检测免疫荧光血清学,MP-IgM 表现为阳性,另外对于,病程少于七天的患者,需要检测 PCR,条件为无菌环境,MP-DNA 表现为阳性。全部患者做相关检查,包括尿常规、血常规、粪常规,心肌酶谱,肾功能、肝功能,CRP 检查,选择性心电图,电解质,B 超。主要使用的治疗药物是大环内酯类,静脉滴注阿奇霉素 10mg/(kg·d),每天一次,持续使用三天到五天,然后停药四天,这是一个疗程,接下来,需要静脉滴注,或者口服阿奇霉素两个疗程,并运用其他方法对咳嗽、发热等问题实施治疗。

1.3 统计学处理

采用 SPSS21.0 统计软件进行统计学处理,以差异 $P < 0.05$,代表存在统计学意义。

2 结果

2.1 分析临床表现

发热是最为明显的表现,这些病例中,73 例明显发热,总体占比为 59.80%,出现中低热居多在 0~3 岁(婴幼儿)的儿童中,中高热在 3~6 岁(学龄期)以及 6 岁(学龄前期)的儿童中,这二者比较有差异($P < 0.05$);这些病例均出现咳嗽症状,有 72 例出现了连续的咳嗽,占比为 59.10%,

有 30 例喘息性咳嗽,占比为 24.60%,痰鸣性咳嗽出现在 0~3 岁的儿童中,干咳出现在 3~6 岁以及 6 岁的儿童中,这样的表现有差异($P < 0.05$);听诊肺部,有 34 例表现为湿性啰音,有 29 例表现为喘鸣音,有 59 例没有阳性体征。湿性罗音容易出现在 0~3 岁的儿童中,差异($P < 0.05$);肺外部表现,出现这种情况的一共有 59 例,占比是 48.40%。涉及到了消化系统、心血管系统、中枢神经系统、泌尿系统、皮肤系统,还有一些患者,以上系统中的两个或者两个以上,均出现不良反应。具体数据可见表 1。

表 1: 122 例儿童患者的肺炎支原体肺炎临床表现 [n(%)]

临床特点	0~3 岁	3~6 岁	6 岁以上	P
发热低热	7(38.90)	4(18.10)	4(12.10)	<0.05
中热	8(44.40)	7(31.80)	10(30.30)	<0.05
高热	3(16.70)	11(50.00)	19(57.60)	<0.05
咳嗽干咳	10(34.50)	23(63.90)	38(66.70)	<0.05
咳痰	19(65.50)	13(36.10)	19(33.30)	<0.05
喘息	13(44.80)	8(22.20)	7(12.90)	<0.05
肺部体征干啰音	13(44.80)	9(25.00)	7(12.90)	<0.05
湿罗音	17(58.60)	9(25.00)	8(14.10)	<0.05
肺外表现				
消化系统	14(48.30)	11(30.50)	13(22.8)	<0.05
神经系统	2(6.88)	2(5.57)	3(5.25)	>0.05
心血管系统	2(6.88)	3(8.34)	4(7.03)	>0.05
其他	3(10.30)	5(13.90)	7(12.30)	>0.05

2.2 实验室以及胸部 X 线的检查

病程多于七天的患者,做了静脉的抽血,并实施了免疫荧光血清学的检测,63 例的 MP-IgM 有阳性表现;病程少于 7 天,需要做 PCR,条件为无菌环境,59 例的 MP-DNA 表现为阳性。胸片表现失常,呈现多样化,但是不存在特异点,斑片状或者均称模糊阴影是肺部浸润表现,显著表现在中下肺叶部分,表现为网状、云雾状、粟粒状或间质浸润,情况较重者,中下肺出现了肺结节影,另外有几例出现胸腔积液。

2.3 实施治疗

治疗药物为大环内酯类药品,静脉滴注阿奇霉素 10mg/(kg·d),每天一次,持续使用三天到五天,然后停药四天,这是一个疗程,接下来,需要静脉滴注,或者口服阿奇霉素两个疗程。^[2]对于复杂情况的患者,应该实施综合性的个性化治疗,像肺、喉两部,有痰鸣音的患者,做沐舒坦的超声雾化;存在喘息的,实施普米克令舒,以及博利康尼溶液的超声雾化,使用氨茶碱,并同时做退热和镇咳的治疗;如果还有合并细

(下转第 114 页)

现了儿科急诊工作的性质,提高了分诊的准确率,降低候诊过程中不良事件的发生。同时,在不断的评估患儿病情过程中,患儿及家属感受到了医护人员的关心,有利于降低患儿及家属紧张、焦虑负性情绪,提高满意度,降低医疗纠纷。通过表 2 可见,实验组患儿分诊准确率、满意度明显高于对照组患儿,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);而纠纷发生率、候诊意外发生率明显低于对照组患儿,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 结论

综上所述,五级制分诊标准在三级综合医院儿科急诊分诊中运用,能够及时、有效的识别患儿疾病危重程度,快速、准确的将患儿分流,从而达到缩短患儿就诊时间,提高患儿分诊准确率和满意度,降低纠纷发生率和候诊意外发生率,以达到保障患儿就诊全过程安全目的,值得推广运用。

【参考文献】

- [1] 禹晶晶,谢伦艳,龙宝贵,等. 五级制分诊标准对提高儿科急诊分诊准确率的影响[J]. 当代护士,2014, 11(下旬刊):181-182.
- [2] 胡菲,张玉侠,张佳燕,等. 儿科急诊 5 级预检分诊指标的建

立与应用[J]. 中华护理杂志,2015, 50(6):704-708.

[3] 钱红波. 改良早期预警评分在院前急救中对患儿病情评估的应用研究[J]. 中国实用医刊,2015, 42(18):95-96.

[4] Christopher M, Paula T, Nicki G, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA five-level triage task force[J]. J Emerg Nurs, 2005 (31): 39-50.

[5] Canadian Association of Emergency Physicians. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: implementation guidelines for emergency departments[J]. Canadian Journal of Emergency Medicine, 2001, 3 (4 suppl): 1-40.

[6] 卢燕,周璟,赵平. 儿科急诊分级分诊标准的建立和实践[J]. 重庆医学,2012, 41(3): 266-268.

[7] 曾丹,王英,余茂琼. 急诊预检分诊规范化建设的探讨[J]. 当代护士(中旬刊),2011,10:182-184.

[8] PiaFP, AndreasZ, KevinJ, et al. Treatment of alopecia areata in C3H/HeJ mice with the topical immunosuppressant fk506[J]. European journal of dermatology, 2010, 11(5): 450-452.

(上接第 110 页)

菌感染,要一同应用头孢类药物;肺外部的一些系统损害者,给予相应综合性的个性化治疗,较重的 MP 肺炎可加用地塞米松治疗。^[3]

2.4 疗效评定标准

检查症状、体征、胸部 X 线,恢复正常,定为痊愈;检查这三项,如有 1 项未能完全恢复为显效;出现好转,但不显著,为好转标准;治疗 5 天,病情没有好转,反而加重,则是无效。^[4]

3 讨论

此次研究中,有 73 例患者出现发热症状,但是发热的类型却不能确定,表现为弛张热,或者表现出不规则地发热。全部患者均表现出咳嗽症状,有连续性咳嗽、喘息性咳嗽,干咳主要发生在学龄期和学龄前期的儿童,婴幼儿表现出喘息性咳嗽,并且对其肺部进行听诊,听见干啰音。在很多的研究中,都表明哮喘和 MP 存在联系,为此,必须要重视婴幼儿出现喘息性咳嗽的 MPP 症状,典型症状的提示,有助于对早期 MP 肺炎的诊断。婴幼儿 MPP 临床特点不同于年长儿童特点,该病发生比较急,整个病程持续的时间较长,病症状态非常严重,

可能引起加重型支原体肺炎,表现出中毒的症状,主要原因为,婴幼儿的气管壁的弹力组织较少,软谷较柔,官腔狭窄还小,呼气时容易受压,气管堵塞,滞留气体,不容易喘息和呼吸。122 例患者中,有 59 例患者的肺部听诊,没有阳性体征,说明患者特异阳性体征,是该病的一个特点。

综上所述,MP 感染在临床体征表现并无特异,但是肺外部的并发症,会让身体的多个系统和器官,受到影响,如果确诊,尽快使用大环内酯类药品治疗,情况复杂需要实施综合性的个性化治疗,准确诊断是重点。

【参考文献】

- [1] 燕枫. 儿童肺炎支原体肺炎 200 例临床分析[J]. 社区医学杂志, 2013, 11(20):46-47.
- [2] 王芳. 儿童肺炎支原体肺炎 86 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(17):2720-2721.
- [3] 虎红霞. 儿童肺炎支原体肺炎 60 例临床分析[J]. 医药论坛杂志, 2015, 36(04):127-128.
- [4] 王巧红. 儿童肺炎支原体肺炎 106 例临床分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(26):11-12.

(上接第 111 页)

临床中,最常见的一种异位妊娠就是输卵管妊娠,因输卵管内壁比较薄,所以当妊娠囊发育一定程度时就会致使输卵管破裂,导致内出血,对患者身体健康造成影响^[4]。临床的保守治疗大都是药物治疗,可防止并发症发生,被大多数患者所接受。对于甲氨蝶呤来说,是叶酸类似药物,可抑制机体二氢叶酸还原酶,进而间接抑制患者体内细胞的增殖,破坏患者体内人绒毛组织,使人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位下降,还可促进胚胎组织脱落、坏死,从而使异位妊娠得到治疗^[5]。而米非司酮是孕酮拮抗剂,同孕酮受体存在良好亲和力,在同孕激素受体结合后,可有效阻断靶器官对于孕酮的作用,与此同时米非司酮对于机体绒毛、蜕膜存在极强作用,从而抑制细胞的增殖,而致使患者的流产,阻止胚胎发育,但作用时间相对较长^[6]。经研究发现,两种药物的联合应用的效果要比药物单独使用的效果更优,且患者阴道流血时间短,人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位也可快速恢复。

综上所述,在异位妊娠患者的保守治疗中,甲氨蝶呤联合米非司酮的疗效确切,快速使人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位恢复正常、阴道停止流血。

【参考文献】

- [1] 李雪青. 不同方案对异位妊娠保守治疗的疗效对比[J]. 医疗装备, 2016, 29(6):89-90.
- [2] 黄志娟. 不同方案保守治疗未破裂型异位妊娠 126 例临床分析[J]. 中国现代医生, 2013, 51(22):122-123, 126.
- [3] 石少平. 异位妊娠保守治疗不同方案的临床效果对比分析[J]. 中国现代医生, 2012, 50(29):147-148, 150.
- [4] 黄良苗. 甲氨蝶呤两种不同方案治疗异位妊娠临床疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(17):2137-2138.
- [5] 郑华,张雁,郭宏霞等. 不同治疗方案对异位妊娠所保留输卵管形态及功能影响的研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2017, 9(1):51-54.
- [6] 马连梅. 两种不同保守治疗方案在异位妊娠中的疗效分析[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(28):128-129.