

儿科呼吸系统反复感染的治疗措施策略

曹玉芬

定州市妇幼保健院 河北 定州 073000

【摘要】在儿科中，呼吸系统反复感染十分常见，该病的病因多种多样，主要症状为发热、呼吸障碍及咳嗽等。病情危急时，患儿可能会发生休克、呼吸衰竭等症状，严重影响患儿生活质量。本文分析儿科呼吸系统反复感染的治疗措施与临床疗效。选取2018年5月—2019年3月某医院儿科呼吸系统反复感染患儿80例，随机分为对照组与观察组，每组40例，对照组给予常规治疗+布地奈德治疗，观察组在此基础上加以联合匹多莫德进行治疗。对比2组临床症状改善时间、呼吸系统功能改善情况、血清学检测结果、再次感染情况以及患儿家长满意度。观察组患儿退热时间、咳嗽、扁桃体肿大、细湿啰音消失时间均短于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患儿家长的满意度高于对照组($P<0.05$)。结论 儿科呼吸系统反复感染患儿在常规治疗基础上加用匹多莫德，能够明显缓解临床症状，减轻炎症反应，并有效降低再次感染发生率，值得推广。

【关键词】呼吸反复感染；儿科；治疗效果

【DOI】10.12252/j.issn.2096-6261.2020.02.564

在呼吸道感染中，小儿属于高发群体，因小儿的免疫系统还没有发育完全，对病毒存在较差的抵抗力，病毒一旦对机体产生侵袭作用，极易导致呼吸系统反复感染情况发生，对小儿的身体健康和正常生长发育产生严重影响。对于小儿呼吸系统疾病来说，其主要的疾病特点为具有较强的病态反应，存在较高的复发率和病程时间等，较易导致耐药性产生，使得疾病治疗难度明显增大。现阶段，临床主要通过雾化吸入、抗感染、化痰及止咳等相关药物对小儿呼吸系统反复感染疾病进行有效治疗，可以有效控制患儿的病情状况，然而无法做到彻底根治，较易导致反复感染情况发生，甚者会发展为支气管炎或哮喘等。本文主要选取2018年5月—2019年3月某院儿科收治的80例呼吸系统反复感染患儿，探究儿科呼吸系统反复感染的治疗措施与临床治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年5月—2019年3月某医院收治的儿科呼吸系统反复感染患儿80例，随机分为对照组与观察组，每组40例。纳入标准：所有患儿均因发热、呼吸不畅等症状入院，患儿家属均对本次研究知情同意；排除标准：严重的心、肝、肾功能不全，凝血功能障碍，免疫疾病对治疗药物过敏者。对照组：男22例、女18例，年龄5~11岁，平均年龄(7.7±2.6)岁；病程6个月~13个月，平均(10.25±1.47)个月；呼吸系统感染次数5~9次，平均(3.46±1.38)次。观察组：男21例、女19例；年龄4~10岁，平均年龄(7.6±2.7)岁；病程5个月~12个月，平均(10.01±1.43)个月，呼吸系统感染次数4~8次，平均(3.42±1.20)次。2组基本资料对比无明显差异($P>0.05$)。

1.2 方法

所有患儿入院以后均采用常规治疗，包括常规吸氧、化痰、镇静、抗感染。对照组患者在此基础上联合布地奈德

(上海信谊百路达药业有限公司，国药准字H20080316)进行治疗，雾化吸入0.5mg+生理盐水20mL，每天1次，后期根据患儿康复情况调整用药量。观察组在对照组的基础上加用采匹多莫德(浙江仙琚制药股份有限公司，国药准字H20030325)进行治疗，初始剂量为400mg，每天2次，持续2周用药后调整为每天1次，每次400mg。所有患者均持续用药2个月。

所有患儿在治疗过程中均接受精细化护理干预，包括体征监测、呼吸指导、防感染护理、心理疏导和日常饮食干预，尤其注重对患儿家长的健康教育，提高其疾病认知度，提高治疗配合度，以保障治疗效果。

1.3 观察指标

①比较2组患儿临床症状改善时间(退热时间、咳嗽、扁桃体肿大、细湿啰音消失时间)。②测定治疗前后2组患儿呼吸系统功能指标：最高呼气流速变异率(PEER)、肺活量(VC)、用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼气容积(FEV1)^[5]；③采用酶联免疫吸附法测定2组患儿治疗前后的血清学指标，包括干扰素- γ 、干扰素- α 、白细胞介素5、白细胞介素4、白细胞介素2。④统计再次感染率、再次感染次数、感染控制时间。⑤统计患儿家长治疗满意度，采用科室自制满意度调查问卷，总分100分，根据分值范围划定满意度等级，分为非常满意(≥ 90 分)、一般满意(60~89分)和不满(< 60 分)^[6]，满意度=(非常满意+一般满意)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

应用SPSS 22.0统计学软件处理数据，计量资料以表示，予t检验，计数资料予 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患儿临床症状改善情况对比

观察组患儿退热时间、咳嗽、扁桃体肿大、细湿啰音消失时间均短于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)。见下表。

组别	例数	退热时间(d)	咳嗽消失时间(d)	临床症状消失时间(d)	住院费用(元)
对照组	40	2.37 ± 0.75	4.85 ± 0.63	5.02 ± 0.89	4.85 ± 0.62
观察组	40	1.68 ± 0.92	3.29 ± 0.64	3.17 ± 0.75	2.63 ± 0.87
t		6.874	11.620	10.055	13.143
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 2组患儿呼吸系统功能改善情况对比

治疗前2组患儿各项呼吸系统功能指标水平对比无明显差异 (P>0.05)；治疗后观察组患儿最高呼气流速变异率、肺活量、用力肺活量、第1秒用力呼气容积均高于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)。见下表。

组别	例数	最高呼气流速变异率(%)		肺活量(L)		用力肺活量(L)		第1秒用力呼气容积(L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	2.31 ± 0.19	2.36 ± 0.27	1.48 ± 0.13	2.46 ± 0.18	1.03 ± 0.19	1.48 ± 0.31	1.65 ± 0.13	2.54 ± 0.19
观察组	40	2.24 ± 0.16	2.48 ± 0.24	1.44 ± 0.18	1.74 ± 0.17	1.01 ± 0.20	1.13 ± 0.22	1.66 ± 0.09	2.04 ± 0.18
t		0.764	-0.902	1.139	18.392	0.559	5.990	0.400	12.682
P		0.447	<0.001	0.258	<0.001	0.648	<0.001	0.690	<0.001

2.3 2组血清学指标对比

治疗前，2组患者各项血清学指标差异不明显 (P>0.05)；治疗后，观察组患儿干扰素-γ、白细胞介素2水平高于对照组，干扰素-α、白细胞介素5、白细胞介素4水平低于对照组 (P<0.05)。见下表。

组别	例数	干扰素-γ(IU/ml)		干扰素-α(IU/ml)		白细胞介素5(IU/L)		白细胞介素4(IU/L)		白细胞介素2(IU/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	13.26 ± 1.24	23.25 ± 1.10	20.31 ± 2.23	8.24 ± 1.65	30.25 ± 3.34	13.35 ± 3.14	25.36 ± 2.24	13.25 ± 2.13	195.56 ± 20.34	269.52 ± 20.31
观察组	40	13.14 ± 1.31	16.58 ± 1.20	20.19 ± 2.10	13.56 ± 1.15	30.18 ± 3.20	19.54 ± 2.28	25.44 ± 2.31	17.59 ± 2.19	194.52 ± 21.34	216.35 ± 19.18
t		0.421	25.914	0.248	16.101	0.099	6.829	0.432	9.177	0.227	11.132
P		0.675	<0.001	0.805	<0.001	0.922	<0.001	0.667	<0.001	0.824	<0.001

2.4 2组对比患儿再次感染率对比

与对照组相比，观察组再次感染率更低，1年内再次感染次数更少，感染控制时间更短，差异均有统计学意义 (P<0.05)。见下表。

组别	例数	再次感染率(%)	再次感染的次数(±s,次/年)	感染控制时间(±s,d)
对照组	40	20(50.00)	4.43 ± 0.27	4.53 ± 0.86
观察组	40	2(5.00)	1.82 ± 0.34	2.08 ± 0.96
χ²		4.114	40.154	12.022
P		0.043	<0.001	<0.001

2.5 2组患儿家长治疗满意度对比

观察组患儿家长对治疗方案的满意度高于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)。见下表。

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
对照组	40	31(77.50)	8(20.00)	1(2.50)	39(97.50)
观察组	40	24(60.00)	7(17.50)	9(22.50)	31(77.50)
χ²					7.314
P					0.007

3 讨论

由于小儿免疫系统发育缺失，免疫功能较低^[1]，因此容易遭受病毒与细菌的侵袭，进而导致患儿出现呼吸道反复感染的症状，最终对患儿身心健康造成影响，甚至还会影响患者的身体发育，因此在临床治疗中需要给予患者及时有效的治疗方案，根据临床研究得知，小儿呼吸道感染的并发症较多，最为主要的为病毒感染，其占据的病例为90.00%，另外在治疗过程中，大部分患者都需要采用抗生素药物，但临床疗效较差，无法彻底改善患者呼吸系统感染。治疗小儿呼吸系统反复感染，不但追求良好的药效，还应注意安全性，提高抗感染效果的同时，降低远期复发率。临床统计显示，呼吸系统反复感染患儿在治疗期间，容易出现不良反应，且

患儿的配合度较低，影响整体疗效。免疫功能降低是疾病反复复发的因素之一，故需要重视免疫增强治疗。药物是治疗小儿呼吸系统反复感染的主要方式，常规治疗措施包括抗感染、化痰、吸氧等，布地奈德、匹多莫德是呼吸系统疾病的常用药。匹多莫德进入机体后，有利于B细胞增殖，进而增强免疫力，使抗病毒效果提高，并且匹多莫德可促进非特异性免疫功能增强，细胞的吞噬能力、杀伤能力提升；其属于免疫调节剂，生物利用度较高，能够使中性粒细胞吞噬能力增强，间接发挥抗病毒作用。

本次研究，对照组实施常规治疗和布地奈德治疗，观察组在其基础上增加匹多莫德，结果显示，观察组患儿退热等症消失时间更短，原因在于，匹多莫德联用能够促进机体免疫力增强，进而使整体抗病毒效果提升，更快发挥药效。治疗后观察组呼吸系统功能指标均优于对照组，进一步佐证加用匹多莫德可以更好地改善患儿呼吸状况。呼吸系统反复感染以免疫力降低、炎症反应为主要病理表现，干扰素-γ可抗病毒，调节免疫功能，白细胞介素2同样有免疫调节作用，干扰素-α、白细胞介素5、白细胞介素4是反映炎症程度的敏感指标，本次研究结果显示治疗后观察组患儿干扰素-γ、白细胞介素2水平高于对照组，干扰素-α、白细胞介素5、白细胞介素4水平低于对照组。表明，加用匹多莫德可明显减轻患儿炎症反应，提高免疫功能，究其原因在于，匹多莫德属于化学合成类的免疫调节剂，口服后较高的生物利用度能免疫功能，间接发挥抗菌作用。观察组再次感染率为5.00%，低于对照组的20.00%，且再次感染次数更少，感染控制时间更短。原因在于，匹多莫德可以有效刺激人体细胞免疫，促进体液免疫的形成，进而提升患儿抵抗能力，改善呼吸感染情况，减轻临床症状，控制疾病复发。本次研究结果显示，观察组患儿家长治疗满意度为97.50%，高于对照组的77.50%，间接表明，加用匹多莫德的治疗方案，效果更加明显，满意度高。

综上所述，在小儿呼吸系统反复感染常规治疗的基础上加用匹多莫德，近远期效果较为确切，值得推广。

参考文献

[1] 儿科呼吸系统反复感染的治疗措施与临床疗效观察[J]. 刘文兴. 心理月刊. 2019 (19)

[2] 儿科呼吸系统反复感染的治疗措施与临床疗效观察[J]. 王丽丽. 智慧健康. 2019 (24)

[3] 匹多莫德辅治儿科呼吸系统反复感染的临床效果观察[J]. 曾庆春. 临床合理用药杂志. 2019 (17)

[4] 匹多莫德治疗儿科呼吸系统反复感染的临床效果[J]. 马明梅, 吉桂芳, 冶秀兰. 中国现代医生. 2019 (08)

[5] 80例儿科呼吸系统反复感染患儿的临床治疗体会[J]. 林彦丞. 智慧健康. 2019 (03)