

温度高、劳作强度大,对劳作人员的体质要求高。这三个高温劳作职业,前 4 年年平均有劳作人员 400 人左右,后 4 年年平均有劳作人员 500 人左右。年龄 32~35 岁,每年体检合格(已建档),均为健康体质。

环境状况:烧成车间主要是完成水泥烧制,炉温达上千摄氏度,劳作现场温度达 50℃ 以上。劳作人员须根据炉火温度变化的情况,不断地添加和疏通炉内的燃料,靠近炉体处温度达 100℃ 左右,极易造成对劳作人员身体上的热辐射,易使劳作人员出现先兆中暑症状或中暑。

生料车间主要是配制水泥原料,劳作人员须人工配制原料比例,大部分劳作现场为室外烈日下,劳作人员排汗多,劳作强度大。

铜炉车间主要是浇制铜质阀芯,大部分劳作现场为铜水浇铸工艺,铜水温度达 1500℃ 左右,劳作强度大,劳作现场温度常超过 50℃~60℃,对人体产生辐射十分明显,易产生头昏、动作不协调等症状,稍稍大意会出现先兆中暑症状或中暑。

中暑状况:2000~2003 年每年出现较多人次的中暑病例;其中以出现先兆中暑为多,每年有 30 例左右;出现较重或伴神志不清的重症中暑 5 例左右。2004 年始,我们在常规预防中暑的基础上加入上岗前口服藿香正气口服液进行预防,至今仅出现中暑先兆 5 例,无重症中暑人员。

2 预防方法

2000 年始我们在劳作现场准备有冷开水、凉茶、淡盐水等饮用水,配有仁丹(上海医药有限公司中华药业分公司生产)等防暑降温药物。劳作人员因现场温度高,劳作强度大,身体大量

排汗,这就使得身体内的电解质随汗排出,直接导致劳作人员体能下降,故易出现头昏、乏力等出现先兆中暑症状或中暑,需不断补充水和电解质等以维持平衡;而仁丹在防暑降温作用中以开窍止呕见长,对预防中暑症状的出现功效不够。

2004 年我们在原有防暑基础上增加使用藿香正气口服液,在医务人员的指导下,劳作人员在劳作前均按常规服用藿香正气口服液 10ml,然后参加现场劳作。据统计,劳作人员在整个劳作期间,在劳作强度、劳作环境相同的情况下,所有劳作人员都无自觉头昏、乏力、出虚汗等先兆中暑症状,对特殊情况如:特殊体质人群、短时间劳作强度过大等情况,我们又根据现场实际情况,采取临时加服藿香正气口服液 10ml 的办法,进一步加强藿香正气口服液的防暑降温作用。

3 体会

经统计学处理说明加用藿香正气口服液预防高温职业中暑的作用比常规方法有效率高。

藿香正气口服液(太极集团重庆涪陵制药有限公司生产)为暑湿类、感冒类药物,具解表化湿,理气和中之效,主要用于暑湿感冒。藿香作为药用,始载于《神农本草经》,历代医家发挥颇多,其临床应用极为广泛。以此为主药的藿香正气口服液临床上被广泛用于暑湿所引起的众多不适。

我们认为,盛夏高温劳作人员出现先兆中暑症状或中暑,主要原因是暑湿为患,伴随津气耗伤,预防的重点是要解除暑湿之因,固护津气。而藿香正气口服液具有祛暑化湿解表之功效,能有效解除中暑之因,截断中暑发生发展之势,故能取得有效预防中暑之效。

* 江苏省高淳监狱医院(211308)

止泻贴 2 号脐部外敷治疗小儿腹泻 100 例

毛三宝* 李蕴文* 姜宁华* 李宗起*

小儿腹泻是一种由多病原、多因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为主的儿科常见病。以 6 个月~2 岁婴幼儿发病率高,容易造成小儿营养不良、生长发育障碍等,我们于 2001~2003 年采用中药止泻贴 2 号敷脐治疗小儿腹泻 100 例,疗效满意,现小结如下。

1 临床资料

1.1 治疗组

100 例均属我院门诊患儿,男性 74 例,女性 26 例,1 岁以内 53 例,1~3 岁 42 例,3 岁以上 5 例。对照组 100 例,男性 70 例,女性 30 例,1 岁以内 50 例,1~3 岁 45 例,3 岁以上 5 例,两组年龄 2 个月~7 岁。

1.2 诊断依据

大便次数每日 3~5 次,或多达 10 次以上,呈淡黄色或黄绿色稀糊状,或如蛋汤样,有少量黏液或白色奶瓣,或有恶心、呕吐、腹痛、体温正常或稍高,大便镜检有脂肪球,未消化物,少量红细胞,重症脱水患者配合补液治疗。

1.3 中医辨证分型

脾胃虚寒型(53 例),湿热型(34 例),风寒型(8 例),伤食型(5 例)。

2 治疗方法

治疗组采用止泻贴 2 号脐部外敷,止泻贴 2 号中药药粉 2g(车前子、丁香、吴茱萸、肉桂)涂上凡士林,包在纱布中,先

用生理盐水棉球消毒脐部,后将药膏贴于脐部,两天换药 1 次,两次为 1 个疗程。

对照组采用口服思密达,一般用量,1 岁以内 1/3 包,1 岁以上但 5 岁以内 1/2 包,5 岁以上 1 包,3 天为 1 个疗程。

3 结果

3.1 疗效标准

治愈:大便成形每日 1~2 次,全身症状消失,大便镜检无异常。好转:大便次数及水分减少,全身症状改善,大便镜检脂肪球,或红、白细胞偶见。无效:大便次数及水分不减少,或症状加重。

3.2 结果

治疗组 100 例中,治愈 79 例,好转 17 例,无效 4 例,有效率 96%;对照组 100 例分别为 77 例、14 例、9 例及 91%。

4 讨论

中医学认为脐部为神阙穴,又名气合、维合,属任脉。任脉为阴脉之海,和督脉互为表里,共同调理人体诸经百脉,故脐与百脉相通,脐又为冲脉经行之域,冲乃任脉之海,任、督、冲之脉经气相通中有经纵横,串于十二经脉之间。具有溢蓄经脉气血作用,现代医学研究表明,脐在胚胎发育过程中,为腹壁最后闭合处。与全身皮肤比较,表皮角质层最薄,屏障功能最弱,药物最容易穿透弥散而被吸收,而且脐的皮下脂肪组织、皮肤和筋膜、腹膜直接相连,脐周血管丰富,故渗透力强,有

利于药物吸收。

小儿腹泻属中医“泄泻”范畴，大都由乳食不节，感受外邪，脾胃虚弱所致脾胃失常，传导失司而成腹泻。我们采用止泻贴2号脐部敷贴方法治疗小儿腹泻，方中车前子利湿止泻，丁香、吴茱萸、肉桂具有温中健脾、止痛止泻、芳香透络功效，

通过脐部(神阙穴)药物吸入，起到调节肠道功能而止泻作用。我们认为本法简单，疗效确定，特别是对脾胃虚寒引起的腹泻疗效更佳，值得临床推广。

* 浙江省嘉兴市中医院(314001)

中西医结合治疗小儿肺炎超广谱β-内酰胺酶 阳性细菌感染的临床观察

鄢素琪* 熊小丽* 江治霞*

超广谱β-内酰胺酶细菌是一类由质粒介导的，能水解所有青霉素、头孢菌素及单环类抗生素，但能被β-内酰胺酶抑制剂所抑制的β-内酰胺酶，肺炎克雷伯菌与大肠埃希菌是产生超广谱β-内酰胺酶最常见的医院感染病原菌。近年来，我们采用中西医结合治疗小儿肺炎超广谱β-内酰胺酶阳性细菌(肺炎克雷伯菌与大肠埃希菌)感染，取得了良好的效果，现将观察病例情况报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集2004年1月~2007年12月在武汉市儿童医院住院，符合小儿肺炎，经病原学检测为肺炎克雷伯菌或者大肠埃希菌阳性细菌感染的患儿200例，分为中西药联合治疗观察组(治疗组)100例；单纯西药治疗观察组(对照组)100例。

治疗组：男75例，女25例；年龄31天~1岁6个月，其中>1月但<3月41例；>3月但<6月24例；>6月但<1岁29例；>1岁6例。经痰细菌学培养为肺炎克雷伯菌ESBIS阳性25例，大肠埃希菌ESBIS阳性75例。经中医辨证分型为阴虚肺热3例、肺脾气虚62例、肾气虚弱35例。

对照组：男74例，女26例；年龄32天~1岁6月，其中>1月但<3月40例；>3月但<6月26例；>6月但<1岁27例；>1岁7例。经痰细菌学培养为肺炎克雷伯菌ESBIS阳性24例，大肠埃希菌ESBIS阳性76例。经中医辨证分型为阴虚肺热4例、肺脾气虚60例、肾气虚弱36例。

两组病例的性别、年龄、病情分型、中医辨证分型、发病年龄、生活环境等比较，无统计学差异($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准

小儿肺炎诊断标准及病情分型标准：小儿肺炎中医分型诊断标准参照王雪峰主编《中西医结合儿科学》。小儿肺炎西医诊断标准及重症肺炎诊断标准参照诸福棠主编《实用儿科学》。

中医辨证分型标准：参照萍芬主编《中医儿科学》分为3型。阴虚肺热主症：发热、久嗽少痰、咳声无力、色红苔少、指纹紫滞；肺脾气虚主症：咳嗽乏力、喉中痰鸣、大便溏薄、色淡苔白、指纹淡滞；肾气虚弱主症：咳嗽反复、形寒肢冷、色淡苔少、指纹紫滞。

痰细菌学检测的结果来源：200例住院患儿痰细菌学培养鉴定及药敏试验的结果由本院检验科微生物室提供，所有菌株均使用生物梅里埃公司ATB全自动微生物仪进行鉴定，质控菌株：ATCC25P22、ATCC700603。使用K-B法进行抗生素敏感性试验测定，判定标准及结果解释参照美国临床实验室标准化委员

会(CLSI)2007年版规则，并采用超广谱β-内酰胺酶(ESBIS)检测的初筛及确证试验筛选产ESBIS菌株。

观察病例病情分型、肺部X线征象、中医辨证分型及痰细菌学培养情况：两组在病情分型、肺部X线征象、中医辨证分型及痰细菌学培养比较无统计学差异($P>0.05$)。

纳入标准：凡符合急性婴幼儿肺炎诊断标准，痰细菌学培养结果为肺炎克雷伯菌，大肠埃希菌感染ESBIS阳性的病例。

排除标准：伴有严重的肝、肾、脑、血液系统疾患，II型呼吸衰竭需机械通气的患儿，治疗过程中不能坚持中药治疗者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组：患儿入院后，首先行生理盐水诱导吸痰，完善痰培养和其他相关检查。抗生素治疗：根据《抗生素儿科临床应用意见》中抗菌药物治疗性应用的基本意见，初步诊断为细菌性感染，结合患儿的临床症状、发病场所、发病季节、本次疾病门诊治疗情况，给予抗菌药物经验治疗。对咳嗽、喘息、呼吸困难、发热等症状予以止咳平喘、吸氧、退热等对症处理。获得痰细菌学培养后，立即根据细菌学培养结果，选择敏感抗生素，按疗程使用。用药4天、7天分别复查痰细菌学培养。

治疗组：在对照组治疗基础上，按中医辨证加用中药煎剂口服或者鼻饲(已上鼻胃管患儿)，对确不能口服者采用灌服。基本方以肺脾气虚证型为主要证型。组方：太子参、黄芪、麦冬、苏子、茯苓、百部、款冬花、半夏、五味子、丹参、陈皮、甘草。阴虚肺热型上方加百合，肾气虚弱型上方加补骨脂。

2.2 疗效标准

治愈：2周内临床症状消失，肺部X线复查炎性病变完全吸收，其他伴随症状纠正，无严重并发症，痰细菌学培养转阴。好转：2周内临床症状明显减轻，肺部X线复查炎性病变大部分吸收，其他伴随症状控制，无严重并发症，痰细菌学培养好转。未愈或加重：2周内临床症状未改善，肺部X线复查炎性病灶无吸收，痰细菌学培养未转阴；或者肺部X线复查炎性病变病灶扩大，伴有严重的并发症，或者出现呼吸衰竭需机械呼吸通气或者为霉菌性肺炎。

2.3 统计学方法

计数资料比较用 χ^2 检验，计量配对资料比较用 t 检验，采用SPSS11.0软件分析。

3 结果

3.1 治疗后两组患儿咳嗽、发热、肺部啰音消失时间和住院时间观察结果

表1示，治疗后两组患儿咳嗽、发热、肺部啰音消失和住院