

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, 观者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

时间的比较有统计学差异 ($P<0.01$ 或 $P<0.05$), 治疗组明显优于对照组。

表 1 患儿治疗后咳嗽、发热、肺部啰音消失时间和住院时间比较 (天, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	临床症状消失时间			住院时间
		咳嗽	发热	肺部啰音吸收	
治疗组	100	6.8±1.2**	5.5±1.9**	6.1±1.4*	9.2±1.1**
对照组	100	8.1±1.3	6.7±0.8	7.2±1.3	11.7±1.3

注: 与对照组比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$

3.2 治疗后两组患儿痰细菌学培养的观察结果

表 2 示, 治疗后两组患儿痰肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌转阴数比较有统计学差异 ($P<0.05$), 治疗组明显优于对照组, 治疗组痰细菌培养转阴率明显高于对照组。

表 2 两组患儿治疗后痰细菌学培养比较 (例)

组别	肺炎克雷伯菌		大肠埃希菌	
	阳性	阴性	阳性	阴性
治疗组	2	24	2	72
对照组	10	14	10	66

3.3 治疗后两组患儿转归观察结果

表 3 两组患儿转归情况比较 (例)

组别	例数	治愈	好转	未愈
治疗组	100	93	5	2
对照组	100	82	7	11

表3示, 治疗后两组患儿治愈率比较 ($P<0.05$), 未愈率比较有统计学差异 ($P<0.05$), 好转率比较无统计学差异 ($P>0.05$), 治疗组在治愈率和未愈率方面明显优于对照组, 治疗组明显提高治愈率, 降低未愈率。

观察结果表明, 两组治疗前病情分型、肺部体征、肺部 X

线征象、中医辨证分型、痰细菌学培养情况无统计学差异, 治疗后对照组与治疗组在临床症状、肺部体征、肺部 X 线征象、痰细菌学培养情况和病情转归比较有统计学差异。

3.4 不良反应

2组患儿中共有7例患儿, 家长喂药偶出现呕吐, 经医护示教后, 均能改善。

4 讨论

中药的基本方是以治疗肺脾气虚证型为主组建的。方中太子参、黄芪、茯苓健脾益气, 培土生金为主; 辅以紫菀、百部、款冬花肃肺止咳, 紫苏子、半夏降气平喘; 佐以五味子收敛肺气, 陈皮燥湿化痰; 丹参活血通络; 甘草调和诸药, 全方共奏健脾益气、化痰平喘之功效。中医认为, 小儿咳嗽病机为“多缘肺热不清所致”, 《活幼心书·咳嗽》说: “咳嗽者, 因有数类, 但分寒热虚实, 随证疏治”。中医小儿肺脾气虚型肺炎主要源于平素脾胃不健, 病程中肺气耗伤太过。由于正虚未复, 余邪留恋, 故发热起伏; 肺气虚弱, 卫表失固, 故气短汗出; 脾不健运, 痰湿内生, 故食少痰鸣, 综上所述, 外邪与正虚在中医肺炎喘嗽肺脾气虚证型起到重要的作用。对小儿肺炎超广谱 β -内酰胺酶阳性细菌感染, 临床上西医也注意到小儿肺炎超广谱 β -内酰胺酶阳性细菌感染常发生于有基础疾病或者机体免疫力下降的患儿。陈永福等在《儿科临床下呼吸道感染病原菌及其耐药性分析》一文中提出: “积极治疗基础疾病, 提高患儿的机体免疫力, 对于及时消除耐药菌引起医院感染爆发流行的隐患是十分必要的。” 由此不难看出, 中药在治疗中的作用主要是扶植正气, 改善临床症状。至于此组中药煎剂对小儿肺炎超广谱 β -内酰胺酶阳性细菌感染治疗前后, 患儿免疫功能的具体变化, 我们还将设立针对性观察指标, 分组继续观察总结报道。

* 湖北省武汉市儿童医院中西医结合科 (430016)

中药保元菌毒清喷雾剂治疗流行性感冒临床观察

苏显红* 宁力群* 宋桂月* 孔敬东* 潘冲*

流行性感冒是由于流感病毒引起的急性呼吸道传染病, 起病急, 病程短, 具有很强的传染性, 发病率高, 传播广, 且有周期性流行的特点。目前, 尚无抗流感病毒的特效药。但是国内大多数专家认为, 还是中药治疗流感的效果好。为观察保元菌毒清喷雾剂治疗流行性感冒的有效性和安全性做出评价, 我们进行了临床观察, 结果报告如下。

1 一般资料

受试者均系经过辽宁省中医药研究院门诊临床检验, 诊断为流行性感冒的患者。治疗组: 15 例中男性 8 例、女性 7 例, 年龄 19~64 岁, 中医证型皆属邪在肺卫证。对照组: 15 例中男性 9 例、女性 6 例, 年龄 21~63 岁, 中医分型亦属邪在肺卫证。

西医诊断标准: 参照 1998 年 8 月卫生部颁布的《传染病诊断标准》: 疑似病例: ①近期本地或邻近地区上感患者明显增多。②出现急性侵寒、发热、头痛、浑身酸痛和乏力等中毒症状, 并有呼吸道卡他症状。③出现恶心、呕吐和腹泻症状, 但发病急恢复快, 并有呼吸道卡他症状。④流感流行期上感患者。符合上述①、②或①、③或④患者。

确诊病例: 测定恢复期血清抗体比急性期 4 倍增高者, 列为观察统计对象。

中医诊断标准: 症见发热、恶心、鼻塞、头身剧痛、面赤、咽红、咳嗽等。脉数, 舌质正常或红, 舌苔薄白或薄黄, 面浮或浮数。

辨证分型, 共分 4 型: 邪在肺卫, 肺热壅盛证, 邪毒内陷证, 外感挟湿证等。

根据保元菌毒清具有疏散风邪、宣肺解表的功能, 故选其邪在肺卫证为主要观察对象, 主症: 发热, 微恶风寒, 头身疼痛; 次症: 鼻塞流涕, 咽红; 舌脉证象: 舌质正常或红, 舌苔薄白或薄黄, 脉浮而有力或浮数。

纳入标准: ①符合西医诊断标准; ②符合中医诊断标准, 选其邪在肺卫证型; ③年龄 15~65 岁; ④发病在 24h 之内; ⑤签署知情同意书。

排除病例标准: ①有典型流感表现, 而立即出现全身衰竭的临床表现; ②已使用过中西药治疗者; ③妊娠或哺乳期妇女, 过敏体质或对多种药物过敏者; ④合并心、脑、肝、肾、造血