

# 穿琥宁和病毒唑治疗小儿急性上呼吸道感染的疗效比较

叶红

(广东省廉江市人民医院儿科 廉江 524400)

**摘要** :目的 :对比观察穿琥宁注射液和病毒唑注射液对小儿上呼吸道感染的治疗效果。方法 :选择符合诊断标准的上呼吸道感染患儿 90 例 ,随机分为穿琥宁组和病毒唑组 ,在应用青霉素的基础上分别静脉滴注穿琥宁注射液和病毒唑注射液 ,观察治疗后的临床疗效和病情改善情况。结果 :与病毒唑组比较 ,穿琥宁组治疗后总有效率和显效率明显提高(分别为  $\chi^2_{1.96}$  和  $\chi^2_{1.96}$  , $P < 0.05$ ),差异有显著意义 ;穿琥宁组治疗后主要症状体征改善情况均优于病毒唑组( $P < 0.05$ )。结论 :穿琥宁注射液能缩短病程 ,改善症状 ,安全可靠 ,是治疗小儿上呼吸道感染较为理想的药物。

**关键词** :上呼吸道感染 ;中西医结合疗法 ;穿琥宁注射液 ;病毒唑注射液 ;青霉素 ;儿童

中图分类号 :R 562

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2005)02- 0026-02

小儿急性上呼吸道感染是儿科最常见的疾病,多由病毒感染引起,常合并细菌感染,易反复发作。目前防治小儿上感的药物繁多,但疗效不一。作者采用穿琥宁和病毒唑 2 种方法治疗小儿急性上呼吸道感染,发现穿琥宁疗效较为满意。报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择符合急性上呼吸道感染诊断标准<sup>[1]</sup>的患儿 90 例,均为本院 2003 年 11 月以来儿科门诊病例。其中急

性扁桃体炎 38 例,急性咽炎 32 例,疱疹性咽峡炎 13 例,咽结膜炎 7 例。90 例中,男 32 例,女 58 例;年龄 3 个月~1 岁 24 例,1 岁~3 岁 28 例,3 岁~6 岁 20 例,6 岁~12 岁 18 例;病程 1~6d。临床均有不同程度发热、咳嗽、流涕、咽痛等症状;体温升高,体温  $\geq 38.5$  益 56 例, $< 38.5$  益 34 例;血常规检查中白细胞  $< 4 \times 10^9/L$  14 例,(4~10)  $\times 10^9/L$  52 例, $> 10 \times 10^9/L$  24 例,分类均在正常范围或淋巴细胞增多;X 线检查除个别肺纹理增粗外,无其他炎性病变征。90 例患儿按治疗的先后顺

紧密结合,在检查中常因为不是常规检查项目或在窗口期而漏检,因而有可能通过输血传播给病人。白细胞过滤器在去除了白细胞的同时,也去除了相关的病毒,降低了病毒的感染<sup>[9]</sup>,提高了输血的有效性和安全性。

综上所述,白细胞过滤器临床应用方便、有效、经济、为临床提高输血质量,防治非溶血性发热反应提供了一条可供选择的途径,尤其适用于需经常反复输血的患者及有输血反应既往史的患者,值得临床推广应用。

## 参考文献

[1]沈长新,夏琳.白细胞过滤器在临床输血中的应用[J].陕西医学检验,2001,16(4):5~6

[2]马廉,廖清奎.输血与儿科临床[J].中国实用儿科,2002,17(8):495

[3]刘达庄.非溶血性输血反应[A].见:张钦辉主编.临床输血学[M].上海:上海科学技术出版社,2000.313~315

[4]于洋,刘景汉.白细胞过滤器预防发热性非溶血性输血反应的临床观察及效果评价[J].中国输血杂志,2003,16(3):180~181

[5]Patricia Joyce Larison.Adversse effects of blood transfusion [A].In:Denise M,Harmening,editor.Morden Blood Banking and Transfusion practice[M].F.A.Davis Company Philadelphia,1994.357

[6]刘振北.白细胞过滤器及其临床应用[J].右江民族医学院学报,2003,25(2):253

[7]陈焯文.白细胞过滤器的临床应用[J].中国现代医学杂志,2003,13(1):44

[8]Dizk H,Water.Leukoreduced blood components: laboratory and clinical aspects[A].In:Rossi CE, Simon TL, Moss GE,et al.Principle of transfusion Medicine (2nd edition) [M].Media:Maple press company,1996.353

[9]李健,恽英.白细胞过滤器防治发热性非溶血性输血反应的初步效应[J].中国输血杂志,1999,12(1):22

(收稿日期:2005-01-04)

表 2 对照组非溶血性发热反应与输血次数的关系 人次

输血次数	发生数	未发生数	合计
1~2	0	110	110
3~4	1	32	33
5~6	6	20	26
7~8	5	15	20
9~10	7	15	22
>10	3	3	6
合计	22	195	217

注:经统计学处理,  $\chi^2 = 46.38, P < 0.01$ 。

## 3 讨论

3.1 本文所采用的白细胞过滤器主要是利用聚酯纤维无纺布特异地吸附血液中的白细胞及微小凝聚物,其过滤器芯的孔径均一,小于白细胞直径,而大于其它血细胞。因此,可以滞留白细胞而让其它血细胞和成分通过,达到血液成分有效过滤<sup>[6]</sup>。据国外调查结果认为白细胞含量  $< 5 \times 10^6/\mu L$  时即能有效防止非溶血性发热反应<sup>[7]</sup>。观察组非溶血性发热反应发生率明显降低,是由于观察组使用白细胞过滤器去除了绝大多数的白细胞所致。

3.2 在大量单一的临床输血工作中,非溶血性输血反应并不多见。反复多次输血的患者,发生非溶血性发热反应的频数增高,表 2 统计结果也证实了这一点。对于反复输血的血液病患者,由于输入了异体白细胞,白细胞本身不仅具有 HLA 抗原,同时还携带病原微生物等抗原成分,在受者体内可以产生相应的抗体,主要为 HLA 抗体。当再次输入具有相应抗原的血液成分时,受者抗体与供者的白细胞发生同种免疫反应,刺激内源性致热源从供者白细胞中释放,引起发热反应<sup>[3,8]</sup>。

3.3 一些与输血相关的病毒,如巨细胞病毒(CMV)、人类 T 细胞白血病病毒(HTLV-1)和 EB 病毒(EBV)对人体有亲和性,在血液中主要或大部分存在于白细胞上,与白细胞

序随机分为穿琥宁组和病毒唑组, 每组 45 例。2 组病例年龄、性别、疾病种类、病程和临床表现均无显著性差异。

**1.2 治疗方法** 2 组患儿均同时应用青霉素作为基础治疗, 不用其他抗生素及抗病毒药物, 方法为将青霉素 G 钠 480 万~640 万 U 加入 5% 葡萄糖中, 静脉滴注, 每日 1 次, 连用 3~5d。穿琥宁组采用穿琥宁注射液 (<3 岁 6~8mg/kg, 4~7 岁 8~10mg/kg, 8~14 岁 10mg/kg) 加入 5% 葡萄糖或 5% 葡萄糖氯化钠静脉滴注, 每日 1 次, 连用 3~5d。病毒唑组: 病毒唑注射液 10~15mg/(kg·d) 加入 5% 葡萄糖中, 静脉滴注, 每天 1 次, 连用 3~5d。

**1.3 观察指标** (1) 临床疗效: 疗效标准<sup>[2]</sup>分为 3 级, 显效: 体温在 24~48h 内恢复正常, 其他症状与体征部分消失, 实验室检查正常; 好转: 体温在 48~72h 内恢复正常, 其他症状与体征部分消失或好转, 实验室检查有所改善; 无效: 临床症状、体征、实验室检查无改善或加重。其中, 显效和好转统称为有效。(2) 病情改善情况。(3) 不良反应。

## 2 结果

**2.1 治疗后 2 组疗效比较** 与病毒唑组比较, 穿琥宁组治疗后总有效率和显效率明显提高 (分别为  $\chi^2=9.8, P<0.01$  和  $\chi^2=6.56, P<0.05$ ), 差异有显著意义。见表 1。

组别	n	显效	好转	无效	总有效率
病毒唑组	45	13(28.9)	10(22.2)	22(48.9)	23(51.1)
穿琥宁组	45	25(55.5) <sup>▲</sup>	12(26.7)	8(17.8)	37(82.2) <sup>▲▲</sup>

注: 与病毒唑组比较, <sup>▲</sup> $P<0.05$ , <sup>▲▲</sup> $P<0.01$ 。

**2.2 2 组主要症状、体征治疗后改善情况** 穿琥宁组治疗后退热时间和咽部体征消失时间均快于病毒唑组 ( $P<0.05$ )。见表 2。

组别	n	退热时间	咽部体征消失时间
病毒唑组	45	3.8 $\pm$ 0.5	3.9 $\pm$ 0.1
穿琥宁组	45	2.4 $\pm$ 0.3 <sup>▲</sup>	2.9 $\pm$ 0.6 <sup>▲</sup>

注: 与病毒唑组比较, <sup>▲</sup> $P<0.05$ 。

**2.3 不良反应** 治疗组治疗过程中, 未发现严重的不良反应。

## 3 讨论

上呼吸道感染约有 70%~80% 是由病毒引起, 包括鼻病毒, 副流感病毒, 埃可病毒, 柯萨奇病毒, 呼吸道合胞病毒, 腺病毒, 流感病毒甲、乙、丙等, 细菌感染可直接感染或继发于病毒感染之后, 以溶血性链球菌为最常见, 其次为肺炎球菌、葡萄球菌、流感嗜血杆菌, 偶或为革兰氏阳性杆菌, 其感染主要表现为咽炎或扁桃体炎<sup>[1]</sup>。青霉素主要作用于革兰阳性菌、革兰阴性球菌及螺旋体, 为治疗溶血性链球菌、敏感葡萄球菌、草绿色链球菌、肺炎球菌感染和革兰阳性杆菌引起的很多感染性疾病的首选药物, 也是治疗上呼吸道感染的基础用药。

目前临床上对呼吸道病毒感染仍无较好的治疗药物。病毒唑又名三氮唑核苷注射液, 是一种抗病毒药, 本品对多种 RNA 和 DNA 病毒有抑制作用, 能阻止病毒的复制, 无交叉耐药性, 无抗菌作用, 临床配制的滴鼻液对预防流感有一定疗效<sup>[4]</sup>。对急性上呼吸道感染病例, 在应用抗生素不敏感时, 加用病毒唑治疗已成为常规用药。本实验中, 病毒唑注射液治疗的有效率为 51.1%, 表明其有一定的治疗效果。

穿琥宁<sup>[5,6]</sup>为脱水穿心莲内酯琥珀酸半酯单钾盐, 该药具有清热、解毒、抗炎、解热之功效, 是治疗风热感冒、咽喉肿痛等症的常用药。体外试验证明<sup>[7]</sup>, 该药能促进肾上腺皮质功能及镇定作用, 可促进中性粒细胞、巨噬细胞的吞噬作用, 提高血液中溶菌酶的含量, 对链球菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等 11 种菌有抑制作用。病毒灭活试验<sup>[8]</sup>表明穿琥宁对腺病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒等均有灭活作用。本研究中, 在青霉素 G 钠的基础上, 使用穿琥宁注射液的总有效率和显效率分别达到 82.2% 和 55.5%, 与病毒唑组相比, 均有显著性提高, 表明穿琥宁注射液是治疗小儿上呼吸 (下转第 67 页)

# 小诺霉素致过敏性休克 1 例报告

万华荣

(江西省抚州市临川区桐源卫生院 抚州 344112)

关键词: 硫酸小诺霉素, 副作用, 过敏性休克, 病例报告

中图分类号: R 969.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)02-0027-01

## 1 临床资料

男性, 52 岁, 因咳嗽 3d 于 2005 年 2 月 8 日入院。查体: BP 108/80mmHg; 双肺呼吸音强, 无罗音; 心率 78 次/min, 律齐, 心音有力; 胸透、血常规均正常。诊断: 急性气管炎。给克咳敏 5mg, 每日 3 次; 小诺霉素 60mg, 肌注, 每日 2 次。第 1 次肌注硫酸小诺霉素 60mg 后约 10min 即感头皮搔痒, 随之全身搔痒难忍, 胸闷, 憋气, 喉头阻塞感。查体: 血压测不到, 谵妄, 全身皮肤均见红色粟粒样疹, 口唇紫绀, 心率 70 次/min, 心音低。诊为小诺霉素致过敏性休克。经高流量吸氧, 应用肾上腺素、地塞米松、非那根、葡萄糖酸钙、多巴胺、阿拉

明等, 抢救 45min, 患者神志转清, 血压 106/78mmHg。继用克咳敏, 同时给红霉素 0.375g, 每日 3 次; 息斯敏 10mg, 每日 1 次。治疗 5d 后痊愈。

## 2 讨论

患者既往健康, 就诊因“急性气管炎”。在第 1 次肌注小诺霉素 60mg 后 10min 即搔痒、憋气, 血压下降至零。考虑患者有小诺霉素接触史, 到此次肌注后发生了 I 型变态反应, 诊断为小诺霉素致过敏性休克。小诺霉素属氨基糖甙类, 较同类药物毒性小, 但亦应警惕发生过敏反应, 甚至过敏性休克。

(收稿日期: 2005-02-20)

# 重度创伤性休克病人的麻醉处理体会

陈小兰

(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

关键词:创伤性休克;抢救;麻醉;体会

中图分类号:R 541.6<sup>4</sup>

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)02-0067-01

严重脏器损伤和重度创伤性休克的成功救治,是当今创伤医学和重症医学研究的重点攻关内容之一<sup>[1]</sup>。本文介绍 10 例因车祸及外伤致脏器损伤重度休克病人的救治和麻醉处理体会。

## 1 临床资料与方法

1.1 一般资料 本组脏器损伤和合并创伤性休克 10 例,男性 8 例,女性 2 例;年龄 30~55 岁;车祸伤 5 例,钝物击伤 5 例;所有病例呈出血性休克;钝物致脾破裂 5 例,车祸致左股骨开放性骨折 3 例,血气胸合并左肱骨开放性骨折 2 例。

1.2 方法与治疗 所有病例呈严重失血性休克就诊,并要求紧急手术,患者入手术室时,神志恍惚,面色苍白,全身湿冷,呈严重休克状态,血压均低于 80/40mmHg,心率 144~145 次/min,呼吸急促 27 次/min,立即深静置管,测中心静脉压,指导输液,同时开放多条静脉通路,快速输液,输血。扩容抗休克的同时,再静注咪唑安定 3mg 或氯胺酮 100mg,芬太尼 0.1mg,万可松 6~8mg,麻醉诱导下快速行气管内插管,接多功能麻醉机行控制呼吸,术中先吸低浓度异氟醚吸入麻醉,用异丙酚 200mg,万可松 4mg 共 20mL 微泵 6mL/h 速度维持。同时监测 ECG,异氟醚浓度,HR,呼气末 CO<sub>2</sub> 浓度,血气分析,有创测血压,留置导尿,监测尿量,手术开治滴入先锋雷素 V 2g 和 0.5%灭滴灵 100mL 或头孢噻肟钠针 0.2g 和 0.5%灭滴灵 100mL,静滴。手术期间有效快速输液输血,纠酸和应用激素等抗休克综合处理后,后期血压基本稳定 90~100/50~70mmHg,心率在 120~140 次/min。术毕等患者神志清醒,肌力和多种反射恢复,吸尽口咽,气管内分泌物拔管或带管送 ICU 病房,继续进行抢救性支持治疗。

## 2 结果

10 例病人经术后进一步积极支持治疗后全部康复,住院 1~2 个月期间无 1 例并发症、严重感染急性呼吸功能障碍、肾功能障碍和多脏器功能障碍。

## 3 讨论

3.1 麻醉前准备 此类重症病人因多脏器复合性伤、肢体开放性骨折、内脏破裂、出血量大,就诊时已表现为中、重度失

血性休克状态。因此,病史采集、伤情和出血量估计都十分困难。此手术时间刻不容缓,麻醉科医师一接到此类紧急手术通知,在极有限的时间内积极做好抢救和麻醉前各项准备工作,包括做好血型交叉、配足血量,及留取血样做血气分析、电解质等生化检查。麻醉前准备重点包括麻醉和抢救性药物、液体配制,以及麻醉和监护时所需的各种仪器和设备的准备和调试。重伤休克病人术前处于饱食状态,需严防误吸,呼吸道急性梗阻意外发生,对危重及反应差的病人,可直接在喉头表面麻醉下施行气管内插管,但必须严防呕吐误吸,一旦发生应迅速改为头低位偏于一侧的体位,吸引或抹去咽喉明显呕吐分泌物,并随即插管供氧。

3.2 麻醉监测 除常规心率、血压和呼吸、ECG、SPO<sub>2</sub>、PETCO<sub>2</sub> 和尿量,因休克病人并发症主要为呼吸窘迫和急性肾功能衰竭,因外周循环衰竭或濒临衰竭,手指脉搏的波动已极为微弱,因此 SPO<sub>2</sub> 监测价值有限,此时应主要依靠血气分析结果,有助于早期诊断低氧血症和呼吸困难程度,指导有效肺泡通气和换气功能以利于及时纠正低氧血症,并设法进行桡动脉穿刺以直接测定动脉压,中心静脉置管测 CVP,这对有效抗休克和体液复苏具有不可估量的价值。

3.3 麻醉实施和管理 此类病人因创伤严重,重度休克,对麻醉和手术耐受力,及各生命脏器如心肝肾的贮备力明显降低。麻醉方法的选择要求麻醉诱导占时短、循环干扰小、又可主动管理呼吸和提高动脉氧合,同时又能抑制有害应激反应和消除病人的精神紧张和不安。因此,全身复合麻醉是最佳的选择。但必须强调的是全身麻醉期间应避免或慎用有明显循环抑制作用的麻醉药,交感神经阻滞药和血管扩张药。根据病情可优先组合咪唑安定、氯胺酮、依托咪酯、芬太尼、氨氟醚等麻醉药,肌松剂选用万可松或司可林。

3.4 体液复苏 此类病人因是复合性伤,常有严重的开放性骨折及内脏破裂,大量的出血渗血及循环血容量第三间隙转移的不显性失水量大<sup>[2]</sup>。因此,对其出血量估计、麻醉期间的抢救和体液复苏带来极大的困难,笔者认为此类病人的体液复苏必须注意以下几点:(1)病人在送到手(下转第 74 页)

(上接第 27 页)道感染较为理想的药物。该药在使用过程中未发现严重的不良反应,且疗效可靠,费用低,值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 吴瑞萍,胡亚美.诸福棠实用儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1996.11~32
- [2] 沐永俊,程睿,向丽波.穿琥宁治疗小儿上呼吸道感染 68 例[J].中国医刊,1999,34(9):52

- [3] 白汉玉,孙金苹.呼吸道感染抗生素的合理应用[J].中国临床医生,2004,32(10):24~25
- [4] 程建宏,田海滨.病毒唑在急性呼吸道感染中的疗效评估[J].华北煤炭医学院学报,2002,4(1):53
- [5] 赵玲玲,高跟坡,冯中平,等.穿琥宁注射液治疗小儿急性上呼吸道感染 100 例[J].中国中医药信息杂志,2004,11(3):240
- [6] 赵影,耿江,刘力凯.穿琥宁注射粉剂治疗上呼吸道感染 50 例临床观察[J].牡丹江医学院学报,2001,22(3):17

(收稿日期:2004-11-18)