

仙人掌合潘生丁治疗流行性腮腺炎 52 例临床观察

吴小华 杨康治 吴珊霞

(浙江省苍南县第二人民医院 苍南 325802)

关键词:仙人掌;潘生丁;流行性腮腺炎;中药敷贴

中图分类号:R 512.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0033-02

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒引起的一种急性呼吸道传染病,人群对本病普遍敏感,但好发于儿童时期,以 5~9 岁小儿发病率最高,一年四季均可发生,但冬春季节易于流行,临床上以腮腺的非化脓性肿胀以及疼痛为主要特征,多为双侧,也可单侧,常伴有发热及全身不适,目前尚无特效疗法,主要为对症治疗。近年来我们采用仙人掌合潘生丁治疗本病 52 例,取得良好的效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 观察对象为 2004 年 1 月~2006 年 5 月我院儿科门诊急诊及留观患儿 104 例,男 62 例,女 42 例;年龄 2~15 岁,其中 5~9 岁 82 例,占 78.8%;发病至就诊时间均在 2d 以内;双侧腮腺肿胀 76 例,单侧 28 例;其中伴有发热 82 例,全组病例均无其它器官及神经系统并发症。104 例患儿随机分为 2 组:治疗组 52 例,男 32 例,女 20 例;对照组 52 例,男 30 例,女 22 例。2 组患儿在年龄、性别、临床表现及血尿淀粉酶升高程度等方面经统计学处理,无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组给予仙人掌 20~40g,去刺洗净晾干,捣成糊状,均匀敷贴在腮腺肿胀区,每日更换两剂,合用潘生丁每日 3~5mg/kg,分 2 次饭前口服,4d 为 1 个疗程;对照组给予病毒唑 15mg/kg,分 3 次口服,并给予常规中药治疗与青黛散调醋局部外涂。2 组高热、进食少的患儿均给予补液治疗。

1.3 疗效标准 痊愈:用药后 3d 内体温恢复正常,腮腺肿痛完全消退,无并发症;显效:用药 3d 后局部肿胀痛明显减轻,伴轻微发热;有效:用药 3d 后肿痛稍减轻,仍有发热;无效:用药 3d 后腮腺肿痛无改善,仍发热或出现并发症。

2 结果

2.1 治疗结果 见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 例

| 组别 | n | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 并发症 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|-----|---------|
| 治疗组 | 52 | 40 | 4 | 6 | 2 | 0 | 96.2 |
| 对照组 | 52 | 31 | 5 | 7 | 9 | 2 | 82.7 |

注:2 组总有效率对比, $\chi^2=4.981$, $P<0.05$, 差异有显著性意义。对照组 2 例并发症为脑膜脑炎与睾丸炎各 1 例。

2.2 副作用 2 组患儿均未见明显药物不良反应。

3 讨论

仙人掌为仙人掌科仙人掌属植物,原产美洲,现广泛分平、痰热去而咳平喘止,病情向愈。肺俞穴为肺的背俞穴,针刺此穴治咳嗽、气喘、吐血、骨蒸潮热、盗汗等。古方冬病夏治以此穴隔姜灸,于三伏天治疗老年慢性支气管炎。今加用肺俞穴注射维生素 K_1 或山莨菪碱 0.3~0.5mg/(kg·d)。山莨菪碱能有效改善微循环,维生素 K_1 能扩张支气管而解痉平喘,均能有效平喘止咳,缩短疗程,改善症状。本观察表明,中西

布于热带地区,在我国主要分布于广东、广西、福建、海南等省,仙人掌在我国作为药用首载于清代赵尔敏所著的《本草纲目拾遗》,据记载,仙人掌味淡性寒,功能行气活血、清热解毒、消肿止痛、健脾止泻、安神利尿,可内服或外用治疗多种疾病。现代药理研究证实:仙人掌的提取物具有良好的抑菌、抗炎、抗病毒、降血糖、抗脂质过氧化、抗癌等作用^[1],仙人掌能抑制细胞内及细胞外病毒的繁殖,对多种 RNA 和 DNA 病毒均具有抑制作用^[2]。流行性腮腺炎病毒系 RNA 病毒,属副黏液病毒类,只有一个血清型,仙人掌的抗 RNA 作用起到了治本作用,因而在治疗流行性腮腺炎时收到了标本兼治的效果。有报道仙人掌具有提高机体网状内皮系统的吞噬能力、抗机体疲劳、抗炎和增强免疫作用,能增强机体对非特异性刺激的抵抗力,减少致炎因子的损害,从而达到扶正、祛邪的功能^[3]。仙人掌外敷治疗小儿流行性腮腺炎,主要是通过皮肤黏膜的吸收和渗透而发挥治疗作用,施治于局部,影响到全身,从而在治疗流行性腮腺炎时起到明显改善症状、体征的作用。另外仙人掌作为外用剂已被研究显示仙人掌原汁的致敏率为 0,对人体完整皮肤未见急性毒性、刺激性和过敏性^[4],故应用安全,无副作用。

潘生丁为冠状动脉扩张药,具有抗血栓作用,近年来实验证明潘生丁具有明显的广谱抗病毒活性,主要抗 RNA 病毒,能完全抑制病毒特异的增殖过程,其机理是阻止二氧嘧啶核苷、腺苷、脱氧胞嘧啶核苷等进入细胞内,从而选择性地抑制病毒 RNA 的合成^[5],故在治疗流行性腮腺炎中起到抑制病原体的作用。此外潘生丁还具有提高巨噬细胞吞噬病毒的能力,从而加强灭活病毒^[6]。

我们用仙人掌外敷及潘生丁口服治疗流行性腮腺炎,加强了机体抗病原体的作用,使发热、腮腺肿大消退时间明显缩短,未出现并发症,从而缩短治疗时间、减轻患儿病痛,治疗方法简单无创,患儿易接受,并且取材方便、经济,用药期间未发现不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]邱鹰昆,陈英杰.仙人掌属药用植物的研究进展[J].中国药物化学杂志,1999,9(3):223~227
 - [2]冰华.仙人掌提取物可抑制 DNA 和 RNA 病毒复制[J].国外医药·植物药分册,1995,10(3):1361
 - [3]刘洁,孙文娟,王杰,等.仙人掌粗多糖的药理实验研究[J].长春中医药大学学报,1997,13(2):55
- 医结合治疗婴儿哮喘疗效确切,可提高治愈率,明显缩短疗程。

参考文献

- [1]杨锡强,易著文.儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.196

(收稿日期:2006-06-29)

鼻内镜下难治性鼻出血的治疗

孙氏

(浙江省慈溪市人民医院 慈溪 315300)

摘要:目的:探讨鼻内镜下难治性鼻出血的治疗效果。方法:本科自1998年2月~2005年11月收治难治性鼻出血288例,均采用鼻内镜下止血。结果:鼻内镜下治疗的288例难治性鼻出血均未发现再次出血,无1例并发症。结论:鼻内镜下难治性鼻出血是一种安全有效的止血方法。

关键词:鼻内镜;难治性鼻出血

中图分类号:R 765.23

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0034-01

难治性鼻出血以往常用鼻腔填塞治疗,因不能观察到明确出血部位,常常是盲目填塞。病人反复出血,多次填塞对鼻黏膜损伤大,患者难以接受。本科自1998年2月~2005年11月收治难治性鼻出血288例,均采用鼻内镜下止血,对患者创伤小,效果好。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 1998年2月~2005年11月共收住难治性鼻出血病人288例,其中男198例,女90例;年龄21~83岁,平均年龄57.98岁,年龄<50岁76例,≥50岁212例(分别占难治性鼻出血26.4%和73.6%);并发高血压163例,冠心病37例;止血时间1~16d,住院前出血次数均在2次以上,住院前均行鼻腔填塞,其中前鼻孔填塞249例,前后鼻孔填塞39例,仍反复出血。

1.2 治疗方法 采用stryker鼻内窥镜0°、30°及监视系统,患者取平卧位,撤出填塞纱条,用吸引器吸除鼻腔内血液、血块及分泌物,用1%地卡因含肾上腺素棉片收缩和麻醉鼻腔黏膜两次,每次5~10min,以鼻内镜依次检查下鼻道、下鼻甲、中鼻道、中鼻甲、鼻中隔、嗅裂明确出血部位后即行双极电凝止血治疗,不需填塞。对于出血汹涌者,用涂以耳脑胶的明胶海绵区域性堵塞止血;对于合并中隔偏曲,妨碍鼻内镜下止血的患者,同时行鼻内镜下中隔矫正术,术后再鼻内镜下止血。

2 结果

210例双极电凝治愈,78例局部填塞含耳脑胶的明胶海绵治愈,同时进行鼻中隔矫正82例,均未发生再次出血,鼻中隔未发生穿孔及感染,无1例并发症。

3 讨论

鼻出血是耳鼻咽喉科临床常见病,同时也是许多疾病的临床症状之一,引起鼻出血的原因十分复杂,治疗的基本原则是迅速查找鼻出血部位并快速、有效地终止鼻内出血。传统的治疗方法多采用鼻腔填塞,一方面效果并不理想,另一方面会引起一些合并症,尤其是对伴有高血压和冠心病者。鼻内镜手术技术以其广角、直视、清晰及损伤小等特点在临床广泛应用,为鼻出血的检查、诊断和治疗提供了一个先进和准确的技术手段,诊断和治疗水平显著提高。借助鼻内镜的照明、放大和观察作用,可准确地探明鼻内出血的部位和

局部情况,同时采用相应止血方法,可以清除鼻腔反复盲目堵塞对鼻黏膜的损伤,减少因长时间鼻腔堵塞导致缺氧而引起心脑血管疾病的意外。对合并中隔偏曲的出血,纱条往往不能压实,同时行中隔矫正既减少了血运,又便于压迫,而鼻中隔后段偏曲则是引起频发难治性鼻出血的重要原因,故也从根本上消除了鼻出血的复发。本组病例中,82例病人为中隔偏曲引起的出血,我们均进行了鼻中隔矫正,因术中彻底止血,注意保护中隔黏膜,术后加强鼻腔换药,无1例发生中隔感染及穿孔。

鼻腔的血供来自颈内动脉和颈外动脉两大系统,中鼻甲下缘以上区域主要由颈内动脉的分支—筛前动脉和筛后动脉供应,而左右筛动脉有吻合支,筛动脉与颈外动脉系统也存在较丰富的吻合支。因而有时筛动脉结扎、上颌动脉或颈外动脉结扎止血的效果并不理想^[1]。有报道用DSA栓塞颌内动脉等止血方法仍失败,主要原因是:(1)筛动脉出血可能^[2]。(2)吻合支存在的可能。

因而鼻内镜下治疗鼻出血的优势是显见的:(1)易于明确鼻腔各部位活动出血点,尤其是鼻腔后部出血点。(2)直视观察下精确操作简便易行,止血准确和迅速,止血效果好。(3)损伤和痛苦小,可避免不必要的前鼻孔或后鼻孔填塞,故该技术尤其适用于合并高血压等心血管疾病及血液病等患者鼻出血的治疗。但鼻内镜下鼻出血治疗操作中仍需注意以下事项:(1)出血剧烈情况下难以找到出血部位或出血时无法实施电凝等止血措施,应在充分麻醉同时应用肾上腺素棉片收缩控制活动性出血,并清理鼻腔内积血,根据出血方式和常见出血部位寻找出血部位。应用肾上腺素后无活动性出血时,动脉出血部位仅表现为黏膜略隆起,用吸引器触之可诱发出血,借此可确认出血部位。(2)合并高血压者一定要控制血压后方能手术。(3)凝固时应分多次进行,注意深层烧伤问题,尤其是用于鼻中隔的出血,否则可导致鼻中隔穿孔。

参考文献

[1]于德林,曾晓霞.应用鼻内镜行鼻后部止血[J].临床耳鼻咽喉科杂志,1993,7(3):176
[2]Sililuoto T,Leinonen A,Karttunen AL,et al.Embolization for the treatment of posterior epistaxis [J].Arch Otolaryngol Head Neck surg,1993,119:837~841

(收稿日期:2006-04-19)

[4]孙海燕.“米邦塔”仙人掌原汁应用于皮肤的安全性研究[J].中国皮肤性病学杂志,2005,19(6):345
[5]董卫平,周家茂,陈海平.新编临床药物应用[M].北京:中国科学技术出版社,1995.63

[6]潘家华,楼皖玲,陈兰举,等.潘生丁对呼吸道合胞病毒肺炎治疗作用的实验研究[J].中华儿科杂志,1998,36(6):361

(收稿日期:2006-10-08)