

双花苓贝汤治疗支原体肺炎 87 例

苗良

(辽宁省开原市中医院 开原 112300)

关键词:支原体肺炎;双花苓贝汤;中西医结合疗法;红霉素

中图分类号:R 563.19

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)04-0051-02

支原体肺炎是由肺炎支原体引起的急性呼吸道感染伴肺炎,现代医学常用阿奇霉素或红霉素等进行治疗,但病程相对较长,有胃肠道不良反应及耐受性差等缺点。根据本病临床表现以发热、咳嗽为主症的特点,自 2000 年以来,笔者用双花苓贝汤治疗支原体肺炎 87 例,取得了较好疗效。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者共 153 例,随机分为治疗组 87 例,对照组 66 例。治疗组男 65 例,女 22 例,年龄 17~78 岁,平均(58±13.6)岁;对照组男 30 例,女 36 例,年龄 19~80 岁,平均(60±15.2)岁。两组间一般资料具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 治疗组采用双花苓贝汤口服,另用 5%GS 500mL 加红霉素 0.9g 静脉滴注,每日 1 次,连用 14d。双花苓

表 1 两组患者的临床症状比较 例(%)

	老年组(n=58)	非老年组(n=60)	χ^2	P
躯体性不适	51(87.9)	24(40.0)	29.25	<0.05
入睡困难或早醒	48(82.8)	48(80.0)	0.15	>0.05
焦虑、激越	45(77.6)	20(33.3)	23.34	<0.05
兴趣丧失、无愉快感	40(69.0)	45(75.0)	0.53	>0.05
消极或自杀	21(36.2)	24(40.0)	0.18	>0.05
自我评价低或自责	19(32.8)	20(33.3)	0.00	>0.05
体重减轻	19(32.8)	34(56.7)	6.81	<0.05
精神病性症状	19(32.8)	30(50.0)	3.61	>0.05
精神运动迟钝	12(20.7)	35(58.3)	17.44	<0.05
生物节律症状	8(13.8)	36(60.0)	26.93	<0.05

2.8 躯体化症状 见表 2。

表 2 两组躯体化症状比较 例(%)

	老年组(n=58)	非老年组(n=60)	χ^2	P
疼痛	29(50.0)	18(30.0)	4.92	<0.05
厌食	30(51.7)	32(53.3)	0.03	>0.05
便秘	28(48.3)	20(33.3)	2.73	>0.05
心悸	32(55.2)	16(26.7)	9.93	<0.01
耳鸣	10(17.2)	0(0)	9.19	<0.01
胸闷	29(50.0)	18(30.0)	4.92	<0.05
恶心	28(48.3)	9(15.0)	15.17	<0.01
睡眠障碍	48(82.8)	48(80.0)	0.15	>0.05

2.9 辅助检查 老年组:32 例患者行头颅 MRI(或 CT)检查,其中 5 例(8.6%)提示腔隙性梗死,12 例(20.7%)提示老年性改变;非老年组有 28 例行头颅 MRI(或 CT)检查,仅 1 例(1.7%)有颞部硬化性改变。两组比较有显著差异性: $\chi^2=17.46, P<0.01$ 。

2.10 疗效评定 于治疗第 6 周,用 HAMD 抑郁量表评定,按照 HAMD 减分率 $\geq 75\%$ 为痊愈; $\geq 50\%$ 为显效; $\geq 25\%$ 为进步; $<25\%$ 为无效,痊愈加显效为有效。老年组痊愈 8 例(13.8%),显效 22 例(37.9%);非老年组痊愈 28 例(46.7%),显效 27 例(45.0%)。两组比较有显著差异: $\chi^2=27.63, P<0.01$ 。

3 讨论

随着我国步入老龄社会,老年抑郁症发病率越来越高,

贝汤药物组成:双花 20g,黄芩 15g,杏仁 10g,栝楼 20g,桑叶 10g,前胡 10g,桔梗 10g,百部 10g,紫菀 10g,沙参 15g,川贝母 7g(冲服),半夏 10g,甘草 8g,水煎 600mL 分 2 次服,连服 14 剂。对照组单纯用 5%GS 500mL 加红霉素 0.9g 静脉滴注,每日 1 次,连用 14d。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 治愈:临床症状及体征消失,X 线检查病变基本吸收;好转:临床症状及体征明显改善,X 线检查病变大部吸收;未愈:临床症状及体征无改善或加重,X 线检查病变无吸收或增多,或出现并发症。

2.2 两组疗效比较 治疗组:治愈 84 例,好转 3 例,总有效率 100%。对照组:治愈 58 例,好转 6 例,未愈 2 例,总有效率 96.2%。有充分的证据表明,老年抑郁症是影响老年生活质量和身心健康的重要原因^[1]。老年组抑郁症患病率女性高于男性,而非老年组患病率无显著差异,这可能与老年女性卵巢功能低下,受内分泌影响较大有关。据资料报道,抑郁症的发病与神经内分泌有关^[2],因此有神经内分泌异常可能使老年人特别是老年女性易患抑郁症。

老年组 58 例有 42 例有明显的诱因,较非老年组抑郁更加显著和突出。老年抑郁症发病诱因主要是躯体性疾病和严重的生活事件,尤其后者更是诱发老年抑郁的重要原因。这与有关报道一致^[3]。因此加强家庭、社会对老年人的支持和应有的尊重,对防治老年抑郁症有着重要意义。老年抑郁症症状不够典型,往往以躯体不适作为主要就诊原因,而否认抑郁体验^[4],老年组老年抑郁症有 87.9% 病人以躯体不适为主诉,辗转于综合医院而得不到及时有效的治疗,加强宣传和提高综合医院医生对抑郁症的识别能力是一个亟待解决的问题。

老年组阳性家族史所占比例较非老年组少,这表明老年期抑郁受遗传因素影响较少,这与有关报道一致^[5]。另外老年组抑郁病人有 32 例行头颅 MRI 或 CT 检查,有 12 例老年性脑改变,5 例有腔隙性梗死,是否提示有脑器质性基础,这有待于进一步探讨。

参考文献

- [1]王家新.老年公寓中的抑郁症[J].上海精神医学,1993,5(1):18-19
- [2]沈渔村.精神医学[M].北京:人民卫生出版社,1998.658
- [3]王赛宁.重视老年抑郁症的诊断与治疗[J].中华内科杂志,1999,38(1):687
- [4]张继志.提高综合医院对抑郁症识别能力刻不容缓[J].中华精神科杂志,1997,30(4):195
- [5]张静,朱加兴.老年期抑郁症 31 例临床分析[J].临床精神医学,1999(5):291

(收稿日期:2008-01-08)

ICU 下呼吸道感染病原菌分布与耐药性分析

朱葵向 兰蕾

(浙江省浦江县人民医院 浦江 322200)

关键词: ICU; 下呼吸道感染; 病原菌分布; 耐药性

中图分类号: R 181.32

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0052-02

ICU 为医院感染的高发区, 其获得性感染微生物变迁及细菌耐药性变化越来越突出。由于大量应用广谱抗菌药物引起的选择性压力以及侵入性操作的增加, 院内感染的耐药菌株日益增多, 而且为多重耐药。ICU 病人多以下呼吸道感染为主, 因此, 及时了解 ICU 下呼吸道标本的感染细菌种类分布、耐药状况, 对于指导临床合理用药、提高治愈率等有着重要意义。

1 材料与方法

1.1 一般资料 选用 2006 年 7 月~2007 年 11 月 ICU 下呼吸道标本 156 例。采用法国生物梅里埃公司 ATB 系统与药敏, 部分药敏纸片如舒普深 (SCF) 等用标准 K-B 法进行检测, 抑菌环直径解释参照美国 NCCLS 有关头孢哌酮的解释标准。

1.2 方法 入住 ICU 72h 后发生感染者作为分析对象。留取深部痰放入无菌容器内立即送细菌室培养。将标本接种于血平板、麦康凯平板、巧克力平板 (置 5%~10%CO₂ 环境中) 培养。同一患者的相同菌种标本 3d 内视为同一菌株, 不作重复统计。

1.3 质控菌株 大肠埃希菌 (ATCC25922)、铜绿假单胞菌 (ATCC27853)、金黄色葡萄球菌 (ATCC25923)。

2 结果

2.1 病原菌分布 ICU 临床痰标本中共分离出 443 株致病菌, 其中 G⁻ 杆菌 344 株 (77.6%), 非发酵菌占半数以上, 主要为铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌、洋葱伯克霍尔德菌等; G⁺ 球

96.97%。两组总有效率比较, 差异有显著性 ($P < 0.05$)。

2.3 两组主症改善率比较 治疗组: 发热为 98.85%, 咳嗽为 96.55%, 头、身痛 96.55%, 乏力为 90.80%, 恶心、呕吐为 93.10%; 对照组: 发热为 74.24%, 咳嗽为 71.21%, 头、身痛 74.24%, 乏力为 63.64%, 恶心、呕吐为 69.70%。两组主症改善率比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。

3 病案举例

患者, 女, 31 岁, 因发热伴胸闷咳嗽 1 周入院。1 周前患者出现发热, 体温 39.9℃, 胸闷干咳无痰, 全身乏力, 酸痛, 纳差, 在外院静脉点滴青霉素、头孢类, 症状改善不明显。入院查体: 体温 39.9℃, 咽部充血, 双肺呼吸音粗, 双肺散在干性罗音。血常规: WBC 8.6×10⁹/L, N 0.68, L 0.32, MP-Ab(+), 胸部 X 线检查示: 双肺纹理增粗, 左肺门处斑点片状阴影。中医诊断: 咳嗽, 肺郁津伤型; 西医诊断: 支原体肺炎。给予 5%GS 500mL 加红霉素 0.9g 静脉滴注, 1 次/d, 患者出现恶心、呕吐。加双花苓贝汤 300mL 治疗, 2 次/d, 共 14d, 患者症状及体征消失, X 线复查, 病变完全吸收, 痊愈出院。

菌 46 株 (10.4%), 主要为粪肠球菌、金黄色葡萄球菌等; 真菌 53 株 (12.0%), 主要为白假丝酵母、热带假丝酵母等。见表 1。

表 1 病原菌种类分布

菌种	菌株数	构成比 (%)
G ⁻ 杆菌	344	77.6
铜绿假单胞菌	86	19.4
肺炎克雷伯菌	62	14.0
鲍曼不动杆菌	55	12.4
大肠埃希菌	46	10.4
洋葱伯克霍尔德菌	39	8.8
嗜麦芽窄食单胞菌	27	6.1
其它阴性杆菌	29	6.5
G ⁺ 球菌	46	10.4
粪肠球菌	10	2.2
金黄色葡萄球菌	9	2.0
表皮葡萄球菌	8	1.8
屎肠球菌	6	1.4
溶血葡萄球菌	5	1.1
其它球菌	8	1.8
真菌	53	12.0
白假丝酵母	25	5.6
热带假丝酵母	19	4.3
近平滑假丝酵母	6	1.4
其它真菌	3	0.7
合计	443	100

2.2 耐药性分析 ICU 感染病原菌以革兰阴性杆菌为主, 尤其是非发酵菌, 对临床常见抗菌药物的耐药性以替卡西林、阿莫西林为高, 头孢哌酮/舒巴坦保持最高抗菌活性。大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌的 ESBLs 检出率分别为 32.6% (15/46)、35.5% (22/62)。药敏结果显示 ESBLs 菌对亚胺培南都敏感。见表 2。

4 讨论

现代医学认为支原体是一类没有细胞壁、介于细菌与病毒之间的原核微生物, 是目前所知能在无生命培养基中生长繁殖的最小微生物。人类感染后易患支原体肺炎, 主要表现为发热、胸闷、咳嗽等, 我们将其归于中医咳嗽的范畴。肺主皮毛, 开窍于鼻, 喉为肺系, 外感温燥邪气易于首先伤肺。外邪伤人, 最易从皮毛和口鼻而入舍于肺, 伤及肺阴, 导致肺失宣降, 肺气上逆而为咳嗽; 肺主皮毛, 邪阻于肺, 肺气失宣, 卫阳郁闭而发热。因此, 本病的治疗重点应从清肺解表、养阴润燥、化痰止咳入手。双花苓贝汤具有清肺解表、养阴润燥、化痰止咳功效, 兼有养胃止呕之作用。方中桑叶宣肺润燥、疏散风热; 沙参、百部、川贝母养阴润肺止咳; 双花、黄芩清热解毒; 杏仁、前胡、紫菀宣肺化痰止咳; 桔梗苦辛, 善于开宣肺气, 化痰散结; 枳椇开胸理气; 半夏化痰止咳兼和胃止呕; 甘草补脾益气、润肺止咳、调和诸药。诸药相和共奏宣肺解表、养阴润燥、化痰止咳之功。

(收稿日期: 2008-01-16)