

2.2 两组患者治疗前后 FEV₁/FVC(%)比较 观察组患者治疗后 FEV₁/FVC 明显提高,而对照组患者 FEV₁/FVC 略微下降,治疗后观察组患者肺功能明显优于对照组患者,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 FEV ₁ /FVC 比较(% , $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
观察组	43	57± 9	65± 8
对照组	43	58± 8	56± 7
t		0.54	5.55
P		>0.05	<0.05

3 讨论

COPD 的临床特征以反复发作的气流受限为主,其临床症状在急性发作期过后有所缓解,但不能阻止其肺功能进一步恶化,并且由于自身免疫功能的下降以及外界多种危险因素的综合影响,导致病情经常反复发作,逐渐发展为肺源性心脏病和呼吸衰竭,以致患者丧失活动能力和降低生活质量,对患者生命造成严重威胁,最终死亡^[3]。肺炎衣原体感染是全球广泛存在的高度流行性疾病,四季均可流行,可引起急慢性呼吸道疾病,如社区获得性肺炎、支气管炎和鼻窦炎等^[4]。相关研究表明,COPD 的发病可能与肺炎衣原体的慢性感染有关^[5]。

本次研究发现,两组患者治疗后临床症状评分较治疗前均有所降低,观察组患者明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。相关研究显示,阿奇霉素是新一代大环内酯类抗生素,不仅对肺炎衣原体有高度敏感性,同时能够通过直接松弛气道平滑肌,使患者呼吸困难的症状得以改善^[6],与本次研究结果相符。治疗后观察组患者肺功能明显优于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。综上所述,对慢性阻塞性肺疾病合并肺炎衣原体慢性感染患者采用口服阿奇霉素治疗,能够降低患者临床症状评分,改善患者肺功能,提高生活质量,使用前景广阔,值得在临床推广。

参考文献

[1]褚德节,胡志雄,郭水根,等.阿奇霉素治疗慢性阻塞性肺疾病患者肺炎衣原体慢性感染[J].中国临床医学,2010,17(1):30-32
[2]程化芬.阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的临床疗效观察[J].中国医药指南,2013,11(23):225-226
[3]曹奇峰,杨卫琴,周兴辉.头孢哌酮 / 舒巴坦联合克拉霉素治疗慢性阻塞性肺疾病合并下呼吸道感染的疗效观察[J].中华医院感染学杂志,2012,22(2):378-379
[4]田顺美,蔡顺爱.阿奇霉素治疗慢性阻塞性肺疾病非抗菌作用的临床观察[J].吉林医学,2011,32(16):3261
[5]周海英,胡志雄,张熙,等.慢性肺炎衣原体感染是慢性阻塞性肺病(COPD)的危险因子[J].中国人兽共患病学报,2011,27(8):724-727
[6]胡波.阿奇霉素联合头孢类药物治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效观察[J].当代医学,2011,17(8):147,162
(收稿日期:2014-10-27)

中西医结合治疗 34 例小儿腹泻疗效观察

李文菊¹ 张瑞汉²

(1 甘肃省武威市凉州区武南镇中心卫生院 武威 733009;
2 甘肃省武威市凉州医院 武威 733000)

摘要:目的:评估中西医结合治疗小儿腹泻的疗效。方法:64 例腹泻患儿随机分为治疗组(中西医结合治疗)与对照组(常规治疗),比较两组患儿用药 96 h 内的治疗效果。结果:治疗组和对照组相比,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗小儿腹泻疗效显著,值得临床推广应用。
关键词:小儿腹泻;中西医结合疗法;疗效观察
中图分类号:R725.7 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.045

小儿腹泻(diarrhea)是一组由多病原、多因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为特点的消化道综合征,是我国婴幼儿最常见的疾病之一。6 个月~2 岁婴幼儿发病率高,1 岁以内约占半数,是造成小儿营养不良、生长发育障碍的主要原因之一^[1]。引起儿童腹泻病的病因分为感染性及非感染性两种。肠道内感染可由病毒、细菌、真菌、寄生虫引起,以前两者多见,尤其是病毒。非感染因素包括饮食因素

和气候因素,如喂养不当、过敏性腹泻、原发性或继发性双糖酶(主要为乳糖酶)缺乏或活性降低、腹部受凉、天气过热等都可能诱发消化功能紊乱致腹泻。以往对小儿腹泻的治疗方法仅限于调整饮食、预防和纠正脱水、合理用药、加强护理、预防并发症。不同时期的腹泻病治疗重点各有侧重,急性腹泻多注意维持水、电解质平衡及抗感染;迁延期及慢性腹泻则多注意肠道菌群失调及饮食疗法。急性腹泻药物治

疗包括控制感染、肠道微生态疗法、肠黏膜保护剂、避免用止泻剂、补锌治疗。其中水样便腹泻患者(约占 70%)多为病毒及非侵袭性细菌所致,一般不用抗生素,用上述方法虽然有一定效果,但是仍不理想。为寻找更有效的治疗方法,我院采用中西医结合方法治疗小儿腹泻,取得了较好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 10 月~2012 年 10 月我院儿科腹泻患儿 64 例,其中男 38 例,女 26 例;年龄<6 个月者 4 例,7 个月~1 岁者 12 例,1~2 岁者 32 例,2~3 岁者 10 例,3~6 岁者 6 例。随机分为两组,治疗组 34 例,对照组 30 例,两组患儿年龄、性别、症状差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 临床表现 两组 64 例患儿均每日腹泻>8 次,量多,水分多,黄稀水样或蛋花样便带少许黏液,伴或不伴呕吐。

1.3 诊断标准 发生于秋冬季的腹泻,年龄小于 6 岁,病程小于 1 周。粪便为水样、蛋花样,次数大于 8 次。大便常规,镜检白细胞小于 3 个/HP,或仅见少量脂肪球。大便培养未查到病原体。

1.4 治疗方法 两组轻中度脱水患儿予口服足够的液体预防脱水。补液盐是世界卫生组织推荐的一种配方,主要成分有氯化钠 2.6 g、氯化钾 1.5 g、枸橼酸钠 2.9 g 和葡萄糖 13.5 g,加饮用水 1 000 ml 配制。服用方法:轻度脱水口服液量 50~80 ml/kg,中度脱水 80~100 ml/kg,于 8~12 h 内将累计损失量补足。脱水纠正后,可将补液盐用等量水稀释后按病情需要随意口服。新生儿和有明显呕吐、腹胀、休克、心肾功能不全或其他并发症的患儿不宜采用口服补液。如果患儿呕吐明显,要暂停半小时再服用。明确为细菌感染者,两组均针对病原经验性选用抗菌药物,再根据大便细菌培养和药敏实验结果进行调整。中度以上脱水、吐泻严重或腹胀的患儿要根据脱水的程度和性质适时静脉补液。治疗组在常规西医治疗的基础上服用自拟方加味白术散,组方:人参 8 g、炒白术 15 g、肉桂(后下)4 g、茯苓 10 g、炒扁豆 10 g、木香 6 g、陈皮 6 g、炒莲子 10 g、甘草 6 g、炒山药 15 g、砂仁(后下)6 g、炒薏米 15 g、诃子 10 g、炮干姜 6 g、肉豆蔻(去油)10 g。食欲不振者加莱菔子、焦三仙。将上述药物混合水煎服。1~3 岁 15 ml/次,每天

3~5 次;3~6 岁 25 ml/次,每天 3~5 次。对照组口服妈咪爱或乳酸菌素调节肠道菌群平衡,口服肠黏膜保护剂思密达等药物。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 治愈:治疗 96 h 内粪便性状及次数恢复正常,全身症状消失;有效:治疗 96 h 粪便性状及次数明显好转,全身症状明显改善;无效:治疗 96 h 粪便性状、次数及全身症状均无好转,甚至恶化。

2.2 治疗结果 两组临床疗效比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]				
组别	n	治愈	有效	无效
对照组	30	18(60.00)	10(33.33)	2(6.67)
治疗组	34	26(76.47)	7(20.59)	1(2.94)

3 讨论

小儿腹泻是我国婴幼儿最常见的疾病之一。中医认为脾胃为后天之本,主运化水谷和精微,为气血生化之源。小儿运化功能尚未健全,而生长发育所需水谷精气,却较成人更为迫切,故常易为饮食所伤,出现泄泻、呕吐、积滞。小儿腹泻属“泄泻”范畴,外感风寒为主要的发病诱因。脾常不足、寒湿失调、乳食失节等外因也可致脾胃功能失常发生泄泻。内因与脾虚关系最为密切。脾虚失运,水谷不化精微,湿浊内生,混杂而下,发生泄泻。《景岳全书·泄泻》所谓:“泄泻之本,无不由于脾胃”^[2],故以调理脾胃为主。西医治疗小儿腹泻常采用调节饮食、补液及抗细菌、抗病毒药物治疗,往往病程迁延,引起水、电解质、酸碱平衡紊乱及中毒性脑病等危及生命,抗生素的滥用又会导致菌群失调等多种并发症,给患儿及家长带来诸多痛苦。加味白术散有健脾益气、渗湿止泻之功。方中四君子汤以补气健脾为主,加入和胃理气渗湿之品,标本兼顾;诃子、肉豆蔻涩肠止泻。全方配合西医治疗小儿腹泻可减轻症状,缩短疗程,提高疗效,减轻患儿和家长的疾苦。本临床观察结果显示,中西医结合治疗小儿腹泻疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]沈晓明,王卫平.儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.246-258
[2]张伯臾,董建华,周仲英.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985.152

(收稿日期:2014-10-31)