

表2 主要病原菌对抗生素耐药性和敏感性分析

| 抗生素 | 大肠埃希菌 (n=353) | | | | 肺炎克雷伯菌 (n=59) | | | | 尿肠球菌 (n=70) | | | | 粪肠球菌 (n=59) | | | |
|--------|---------------|---------|---------|---------|---------------|---------|---------|---------|-------------|---------|---------|---------|-------------|---------|---------|---------|
| | 菌株 (例) | 耐药率 (%) | 敏感率 (%) | 中介率 (%) | 菌株 (例) | 耐药率 (%) | 敏感率 (%) | 中介率 (%) | 菌株 (例) | 耐药率 (%) | 敏感率 (%) | 中介率 (%) | 菌株 (例) | 耐药率 (%) | 敏感率 (%) | 中介率 (%) |
| 氨苄西林 | 351 | 82.3 | 16.8 | 0.9 | 55 | 94.5 | 0 | 5.5 | 67 | 91.0 | 9.0 | 0 | 57 | 8.8 | 91.2 | 0 |
| 阿米卡星 | 352 | 1.7 | 97.4 | 0.9 | 59 | 1.7 | 98.3 | 0 | 3 | 33.3 | 0 | 66.7 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| 庆大霉素 | 352 | 43.8 | 55.7 | 0.5 | 59 | 35.6 | 62.7 | 1.7 | 7 | 71.4 | 14.3 | 14.3 | 5 | 80.0 | 20.0 | 0 |
| 环丙沙星 | 351 | 61.8 | 36.5 | 1.7 | 58 | 36.2 | 55.2 | 8.6 | 62 | 100 | 0 | 0 | 55 | 52.7 | 45.5 | 1.8 |
| 左旋氧氟沙星 | 351 | 60.4 | 37.6 | 2.0 | 58 | 32.8 | 65.5 | 1.7 | 31 | 100 | 0 | 0 | 19 | 47.4 | 52.6 | 0 |
| 万古霉素 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 67 | 0 | 100 | 0 | 57 | 1.8 | 98.2 | 0 |

身心健康。临床中,泌尿系感染的发生约 95% 是由单一细菌侵入泌尿系统而引起,主要症状为尿急、尿频、尿痛,甚至引发全身急性感染,如败血症、伤寒、流行性感等发热性疾病。当患者存在留置尿管、尿道或阴道畸形、尿道瘘等情况时,感染发生的几率更高。合理使用抗生素显得尤为重要。病原菌微生物检验可较为准确地提供病菌对相关抗生素的耐药性和敏感性,为临床用药提供重要依据。

本研究结果显示,革兰阴性菌中大肠埃希菌占主要比例,大肠埃希菌对阿米卡星存在较高的敏感性(97.4%),对氨苄西林有较强的耐受性(82.3%)。因此,选择阿米卡星应用于泌尿系感染更合理,但因阿米卡星具有一定的毒性反应,用药期间应根据患者自身情况进行适宜选择^[4]。此外,研究结果显示,革兰阳性菌中占比较高的为尿肠球菌和粪肠球菌,粪肠球菌对于阿米卡星存在较强的耐药性,对氨苄西林、万古霉素均具有较高的敏感性。在杀灭致病菌的情况下,还要防止耐药菌株的产生;因此,在有这种耐药菌种存在的情况下,可选用对大肠埃希菌

无耐药性又对尿肠球菌和粪肠球菌有较强敏感性的万古霉素进行治疗^[5-6]。综上所述,根据尿标本病原菌微生物检验结果分析况,了解各类病原菌对不同抗生素药物的耐药性及敏感性,以此为据,临床医师可为泌尿系等其他感染患者选择科学合理的用药方案,防止抗生素滥用,提高临床疗效^[7]。

参考文献:

[1] 杨爱忠, 郭玺, 王彩. 微生物检验泌尿系统感染病原菌的结果分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015, 15(12): 155
 [2] 魏世刚, 汪亚丽, 张姚. 检验科医源性感染的危险因素分析与预防控制[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(2): 472-474
 [3] 戚润鹏, 刘旭华. 泌尿系统微生物检验及结果分析[J]. 中国实用医药, 2015, 10(2): 167-168
 [4] 郝娟, 张邑雨, 段雄波, 等. 某二级甲等医院尿路感染常见病原菌及耐药性分析[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(10): 1250-1252
 [5] 黄倩倩, 朱小东, 王萍, 等. 2012-2014年医院感染主要病原菌耐药趋势分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(21): 4834-4837
 [6] 朱肖峰, 许媛媛, 沈黎明. 绝经期患者泌尿系统感染病原菌分布的临床分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(2): 318-320
 [7] 卢少华, 张旻, 蔡恒洋. 3000例儿童泌尿道感染细菌培养及药敏试验结果分析[J]. 医学检验杂志, 2013, 7(3): 113-114, 118

(收稿日期: 2017-07-01)

小儿病毒性心肌炎中西医结合治疗临床疗效

李婷丽

(河南省灵宝市第一人民医院 灵宝 472500)

摘要: 目的: 探讨中西医结合治疗小儿病毒性心肌炎的临床疗效。方法: 选取我院 2014 年 3 月~2016 年 3 月收治的病毒性心肌炎患儿 80 例, 随机分为治疗组和对照组各 40 例。对照组给予常规西医治疗, 治疗组在对照组基础上给予中药治疗。比较两组患儿临床疗效。结果: 治疗组临床治疗总有效率为 85.00%, 明显高于对照组的 62.50% ($P < 0.05$); 治疗后, 治疗组 LVEF、SV、CO 水平均明显高于对照组, CK-MB、HBDH 以及 cTnI 水平均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 小儿病毒性心肌炎给予中西医结合治疗临床疗效显著, 可营养心肌, 提高患儿自身免疫力, 改善微循环, 促进心脏功能恢复。

关键词: 小儿病毒性心肌炎; 中西医; 疗效

中图分类号: R725.4

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.067

病毒性心肌炎多发于 3~10 岁的儿童, 主要由病毒感染引起, 为局限性或弥漫性的心肌炎性病变。该病若得不到及时诊治或后期失于调养, 可发展为心力衰竭或心源性休克, 严重者可危及生命。单一西医治疗综合效果不佳, 我院自 2014 年对病毒性心肌炎患儿采用中西医结合治疗, 效果显著。现报告

如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 3 月~2016 年 3 月收治的病毒性心肌炎患儿 80 例, 随机分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组男 26 例, 女 14 例; 年龄 1~12 岁, 平均年龄 (4.62±1.29) 岁; 病程 17 d~3

个月,平均病程(28.73±5.1) d。对照组男 28 例,女 12 例;年龄 1~14 岁,平均年龄(4.47±1.34)岁;病程 15 d~3 个月,平均病程(27.94±5.6) d。两组患儿性别、年龄以及病程等基本资料比较无显著差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予常规西医治疗。主要包括:维生素 C 100 mg/(kg·d)+1,6-二磷酸果糖(国药准字 H10950233) 200 mg/(kg·d)+10%葡萄糖注射液 100 ml 静脉点滴,1 次/d;维生素 E 1 mg/(kg·d) 口服,2 次/d;辅酶 Q10(国药准字 H19999355),≤3 岁 10 mg/次,4~6 岁 15 mg/次,7~14 岁 20 mg/次,口服,2 次/d;肌苷片(国药准字 H44021553) 4 mg/(kg·次),口服,2 次/d。连续治疗 3 个月。

1.2.2 治疗组 在对照组基础上给予中药治疗。药方组成:黄芪 15~30 g、生地 5~10 g、玉竹 5~10 g、丹参 10~20 g、苏梗 3~10 g、川芎 3~10 g,根据患儿临床症状对药物进行加减。心率较慢者加桂枝 5~10 g,心率偏快者加野菊花 5~10 g、黄芩 5~10 g,心肌缺血明显者加当归 5~10 g,病毒感染明显者加金银花 5~10 g、连翘 5~10 g。药物剂量根据患儿年龄及体重进行相应调整,药方煎至 100 ml,分 2~5 次服用,1 剂/d。连续治疗 3 个月。

1.3 观察指标 (1) 临床疗效判定标准。治愈:临床症状体征消失,心肌酶、心电图以及心脏 B 超均表现正常;显效:临床症状体征基本消失,心脏 B 超正常,心电图正常或大致正常,心肌酶下降程度 ≥ 1 倍;有效:临床症状体征有一定改善,心电图正常,心脏 B 超有所改善,心肌酶下降程度 < 1 倍;无效:临床症状体征以及各项实验室检查均无改善甚至加重^[1]。总有效=治愈+显效+有效。(2) 所有患儿均于治疗前后行超声心动图检查,记录射血分数(LVEF)、每搏输出量(SV)、心输出量(CO)变化情况。(3) 比较患儿治疗前后肌酸激酶同工酶(CK-MB)、羟丁酸脱氢酶(HBDH)以及心肌肌钙蛋白 I(cTnI)变化情况。

1.4 统计学分析 采用 SPSS17.0 软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较 治疗组临床治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表1 两组患儿临床疗效比较[例(%)]

| 组别 | n | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|----------|----|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 治疗组 | 40 | 9(22.50) | 18(45.00) | 7(17.50) | 6(15.00) | 34(85.00) |
| 对照组 | 40 | 6(15.00) | 9(22.50) | 10(25.00) | 15(37.50) | 25(62.50) |
| χ^2 | | | | | | 5.237 |
| P | | | | | | <0.05 |

2.2 两组患儿超声心动图结果比较 与治疗前比较,治疗后两组患儿 LVEF、SV、CO 水平均明显上升,且治疗组上升程度高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表2 两组患儿超声心动图结果比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | LVEF(%) | SV(ml) | CO(L) |
|-----|----|-----|------------|------------|-----------|
| 治疗组 | 40 | 治疗前 | 57.4±3.3 | 61.3±3.7 | 4.4±0.4 |
| | | 治疗后 | 69.3±3.6** | 79.5±4.6** | 6.5±0.4** |
| 对照组 | 40 | 治疗前 | 57.9±3.0 | 60.9±3.8 | 4.3±0.5 |
| | | 治疗后 | 63.4±3.1* | 67.8±4.1* | 5.3±0.3* |

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,** $P<0.05$ 。

2.3 两组患儿心肌酶水平比较 与治疗前比较,治疗后两组患儿 CK-MB、HBDH 以及 cTnI 水平均明显下降,且治疗组改善程度优于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 3。

表3 两组患儿心肌酶水平比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | CK-MB(U/L) | HBDH(IU/L) | cTnI(μ g/L) |
|-----|----|-----|------------|--------------|------------------|
| 治疗组 | 40 | 治疗前 | 38.1±5.3 | 264.4±14.1 | 0.81±0.03 |
| | | 治疗后 | 12.3±3.6** | 186.4±13.7** | 0.08±0.02** |
| 对照组 | 40 | 治疗前 | 37.9±5.2 | 264.8±14.5 | 0.82±0.04 |
| | | 治疗后 | 22.3±4.2* | 203.7±19.1* | 0.32±0.03* |

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

3 讨论

病毒性心肌炎在中医学中属于“胸痹、心悸、怔忡”范畴。中医学认为,小儿病毒性心肌炎属于本虚标实,小儿体弱,正气不足,加之受到风温湿热邪毒侵袭,心脉出现痹阻,心无所养导致本病。从中医理论方面而言,因患儿多有元气不足,西医不能很好地发挥综合作用,疗效受到一定的限制。本研究治疗组在常规治疗基础上给予中医治疗。方中黄芪益气补血,生地清热通络,玉竹养阴滋阴,丹参活血养血,苏梗活血行气,川芎活血化瘀;诸药合用,共奏补心血、通心脉之功效^[2]。现代药理研究表明^[3-4],黄芪具有增强机体免疫力、提高心肌收缩力的作用,玉竹具有抗病毒功能,丹参具有改善微循环的作用。同时,根据患儿症状辨证施治,对药物进行加减,给予个性化针对治疗,促进疗效。

本研究结果显示,治疗组临床治疗总有效率为 85.00%,明显高于对照组的 62.50%($P<0.05$);治疗后,治疗组 LVEF、SV、CO 水平均明显高于对照组,CK-MB、HBDH 以及 cTnI 水平均明显低于对照组($P<0.05$)。说明小儿病毒性心肌炎给予中西医结合治疗临床疗效显著,可营养心肌,提高患(下转第 122 页)

热,俱可服,宜加为小柴胡汤。治脾热口甘或臭,宜二黄汤主之。治肺热口辣,宜泻白散^[1]。治热而口咸,宜滋肾丸。治风热蕴于脾经唇燥折裂、口舌生疮,宜泻黄饮子。治口舌生疮久不愈者,宜黑参丸^[1]。治口疮,立愈,宜阴阳汤。治血少心火上炎之口生疮毒,宜滋肾养心丸。治热甚口舌生疮,宜杏连散^[1]。可见,龚氏在治疗口疮时,多从脏腑热论治,因证立治、由治定方,理法方药详细明晰,故能桴鼓取效。

5 齿病辨治

龚氏亦记载了诸多除牙疼外其他齿病的外治验方。譬如,治牙缝出血,用草乌、青盐、皂角烧灰存性,擦之即止;或盐水漱之,亦妙^[1]。治齿间出血,以竹叶浓煮,加盐少许,噙漱吐之^[1]。治一切牙疳,宜七宝散(白硼砂、白矾、青黛、轻粉、冰片、真芦荟、雄黄为末),候熟睡以竹管引药吹在牙疳处,或鸡毛敷之。治牙疳腐烂臭恶,宜人中散(人中白、铜绿、麝为末),搽上立愈;治牙齿动摇,用核桃壳一二个,将白矾研详细填满,于炭火上煨令存性,研为末,不时擦牙立稳^[1]。治牙痛龈肿摇动,宜白蒺藜散,常擦固齿。治牙齿肿摇作痛酥脱如灰成块而脱者,宜壮阳固齿散^[1];可见,龚氏外治法治疗齿病擅以散剂干擦患处,直达病灶,疗效甚佳。

6 眼病辨治

6.1 从风热论治风火眼 龚氏辨治眼病颇有心得,认为“善医目者,一句可了,治火而已”,擅用清热降火之剂。譬如,治风火眼及暴赤昏翳等症,用祛风清火饮。治目赤暴发、云翳赤肿痛不可忍,用四物三黄汤。治久患两目不见光明、远年近日内外气障、风热上攻、拳毛倒睫及一切眼疾,皆可用石膏羌活散^[1]。治肥人风热眼痛,用防风清火饮。治火炎目先眇而渐红肿痛,服洗心洗肝、发散清浮之剂不效者,用金花明目丸^[1]。可见,龚氏多从风热论治风火眼,其辨证精确,经验独到。

6.2 从外治法论治眼病 龚氏善以各种外用药物结合点、洗、吹等用药手法,直接作用于患处,疗效迅捷。譬如,治火眼,将黄连、白矾置生姜孔中,纸包,水湿煨过,取出黄连置小杯内,用生地黄汁同蒸滤过,点眼,立效。云翳障膜,用白矾与米醋煮过,为极细末,久点自除。眼昏暗,用真桑白皮烧灰,淋漉澄

清,一月洗二三次,必明。治火眼及眼昏,用王瓜去穰,以皮硝装入内,腌一宿,待其硝吐出,点洗眼,目极明。治火眼,取艾烧令烟起,以碗盖之,候烟上碗成煤,拭下,用温水调化,洗之即愈;更入黄连,甚妙。治暴赤眼痛,以枸杞子汁点之,立效^[1]。治眼睛无故突出一二寸者,以新汲水灌溃睛中,数易水,睛自入。治眼弦赤烂,用杏仁一粒,去皮尖,研如泥,铜绿如绿豆大,一块为末,入乳调匀,重汤煮之,擦眼。治诸物落眼中不出,取好墨清水研,以铜箸点之,即出;或吹皂角末,取嚏,亦妙。治雀目,用鲤鱼胆及脑敷之,燥痛即明。治眼翳,用蜂房、细辛等分,浓煎含之即愈。治天丝入眼,以乳汁点之即妙。治冷泪,用五倍子打碎焙干为极细末,点水出处,除根^[1]。可见,龚氏外治法治疗眼病,用药简便,擅外点内洗,操作简易,颇具效验。

7 结语

龚居中《内科百效全书》对五官疾病作了详尽的阐述,是辨治五官疾病的重要专著。是书,融贯龚氏与他人临床经验及学术见解,其中于五官科疾病的遣方用药颇具特色,对耳聋、耳鸣、耳痛、脓耳、鼻塞、鼻渊、酒齄鼻、鼻痔、喉痹、喉风、喉疳、口疮、口臭、口糜、牙痛、牙疳、风火眼、气眼、眼翳、眼痛、雀目昏暗等病症不仅擅内治而且重视局部用药,结合塞药、吹药、噙化、熏法等丰富的用药方法,解除患者病痛于须臾之间。可见,龚氏治病切合实际,不尚空谈,其辨治五官科疾病的学术见解和临床经验,源于实践,重于实践,具有较高的临床应用价值,值得进一步挖掘和深究。

参考文献

- [1]明·龚居中(撰),郑金生,农汉才(点校).内科百效全书[M].北京:人民卫生出版社,2010.202-278
- [2]谢强,周思平,黄冰林.盱江流域及盱江医学地域分布今考[J].江西中医学院学报,2012,24(6):11-14
- [3]谢强,周思平.盱江医家医籍及地域分布略考[J].江西中医药,2013,44(3):3-6
- [4]谢强.源远流长的盱江医学——盱江医学发展探源[J].江西中医学院学报,2014,26(2):1-3
- [5]谢强.盱江喉科流派衍探析[J].江西中医学院学报,2014,26(1):11-15
- [6]谢强.盱江喉科流派医家时空分布规律探析[J].中华中医药杂志,2015,30(11):3915-3917

(收稿日期:2017-06-07)

(上接第102页)儿自身免疫力,改善微循环,促进心脏功能恢复。

参考文献

- [1]陈永红.儿科疾病诊断与疗效标准[M].上海:上海中医药大学出版社,2006.87
- [2]刘红波.中西医结合治疗小儿病毒性心肌炎的临床效果观察[J].

中外医疗,2012,31(18):121

- [3]黄丽.黄芪注射液治疗小儿病毒性心肌炎疗效观察[J].中医临床研究,2016,8(4):100-101
- [4]胡清伟.中医分期治疗小儿病毒性心肌炎68例观察[J].实用中医药杂志,2014,30(7):603

(收稿日期:2017-07-01)