

染的发生呈现出低龄化的趋势。因为小儿支原体肺炎具有病情重、易复发、发病慢、迁延难愈及可引发多系统损伤等特点,所以患儿在发病后需要立即入院接受对症治疗^[4]。此外相关文献中也有报道,小儿支原体肺炎的传染性非常强,能通过呼吸道传染,其传染率已经超过了 52%。对此早期的诊断和治疗对于小儿支原体肺炎的防治尤为重要。

阿奇霉素是一类大环内酯类抗生素,具有非常高的生物利用度,且其抗菌作用也较强,副作用少,血浆组织浓度高,可干扰支原体蛋白质的合成,使支原体因缺少活动所需要的蛋白质而死亡,从而发挥杀菌效果,在小儿支原体肺炎的临床治疗中效果较为显著。由于阿奇霉素的半衰期较其他抗感染药物β-内酰胺类抗生素的半衰期长,同时生物利用率较高,早期通过静脉点滴可有效的控制患儿的临床症状,快速发挥杀菌的效果,后期改用口服阿奇霉素,不仅起到了杀菌的作用,而且减少了阿奇霉素的给药剂量,从而降低了患儿的并发症发生率,加快了患儿的康复进程。许全珍^[5]的研究表明,53 例观察组患儿在常规对症治疗的基础上加用阿奇霉素序贯疗法,疗效总有效率达 96.23%(51/53),明显比接受常规对症治疗联合应用乳酸红霉素静滴治疗方案的 53 例对照组患儿(81.13%)高;而且观察组的肺部罗音、发热与咳嗽等症状消失时间也明显比对照组短,

不良反应发生率明显比对照组低。这说明阿奇霉素序贯疗法在小儿支原体肺炎的治疗中临床疗效和安全性均较高。

本研究结果显示,观察组患儿的肺部罗音、发热和咳嗽等症状的消失时间均明显短于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的不良反应发生率为 3.33%,明显比对照组的 21.67%低,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。可见阿奇霉素序贯疗法对促进支原体肺炎患儿病情缓解及减轻药物副作用等均具有比较显著作用。综上所述,采用阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎,可有效缓解患儿的临床症状,提升治疗效果,还能够减少并发症的发生,缩短患儿的住院治疗时间。

参考文献

[1]汪晓燕,王红林.阿奇霉素与红霉素联用序贯疗法对小儿肺炎支原体肺炎患者的临床疗效与安全性评价[J].抗感染药学,2016,13(4):934-935
[2]陶汝萍.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎临床疗效及安全性研究[J].中国社区医师,2014,30(26):72-73
[3]粟英.苄茛碱注射液辅助阿奇霉素序贯疗法在小儿支原体肺炎治疗中的应用分析[J].中国医院药学杂志,2014,34(11):920-923
[4]王菁,张莉萍.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的疗效及安全性[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(4):766-767
[5]许全珍.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎临床疗效及安全性研究[J].河北医学,2013,19(1):120-122

(收稿日期:2017-12-04)

中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的临床疗效

辛秀锦

(河南省开封市儿童医院内科 开封 475000)

摘要:目的:探讨中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的临床疗效。方法:选取 2015 年 7 月~2016 年 7 月我院收治的消化不良性腹泻患儿 110 例为研究对象,随机分为观察组与对照组各 55 例。对照组给予西药治疗,观察组在对照组基础上给予中药结合治疗,比较两组患儿的治疗效果、止泻时间、症状评分。结果:观察组患儿治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$;观察组患儿止泻时间及症状评分明显低于对照组, $P<0.05$ 。结论:中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻起效快、改善症状明显,能显著提高临床疗效,值得临床的推广及应用。

关键词:消化不良性腹泻;中西药结合;儿童

中图分类号:R725.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.027

消化不良性腹泻是儿科常见疾病,具有多发性,好发于 2 岁以下儿童,该疾病主要由儿童过量饮食导致肠胃负担增加,消化系统处于长期负重状态下而引起的消化不良,病情严重时会发生腹泻^[1]。消化不良性腹泻患儿临床以腹泻、腹胀、大便频率过高及大便呈稀糊状为主要症状表现^[2],未得到及时医治可能导致患儿出现脱水情况,对儿童的生长发育造成严重影响。临床常用西药作为消化不良性腹泻的主要治疗手段,但西药通常只是起到止泻效果,对

患儿的脾胃调节作用有限,因此实际临床疗效并不理想。我国传统中医对消化不良性腹泻的研究已久,有学者提出西药改善症状与中药注重脾胃调节的联合应用可有效提高小儿消化不良性腹泻的临床疗效^[3]。本研究旨在探讨中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 7 月~2016 年 7 月我院收治的消化不良性腹泻患儿 110 例为研究对象,

随机分为观察组与对照组各 55 例。观察组男 34 例、女 21 例；年龄 2~12 岁，平均年龄 (5.1±2.3) 岁。对照组男 32 例、女 23 例；年龄 1~13 岁，平均年龄 (5.3±2.2) 岁。患儿病程均在 6 d 以上。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较无明显差异， $P>0.05$ ，具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 所有患儿均被确诊为消化不良性腹泻并符合相关诊断标准^[4]，大便频率为 3~10 次/d，呈稀糊状、颜色偏黄或绿色、带有酸味，无明显脱水症状。排除不配合治疗及中途退出研究等患儿。本研究经过医院伦理委员会批准及患儿家属同意。

1.3 治疗方法 对照组采用西药进行治疗，给予思密达（国药准字 H20000690），患儿<1 岁，1 袋/d；1~2 岁，1~2 袋/d；>2 岁，2~3 袋/d，均分为 3 次温水冲服，酪酸梭菌二联活菌胶囊（国药准字 S20020015），1 粒/次，2 次/d，不能吞服胶囊的患儿，可取胶囊内粉末用凉开水或牛奶送服。两种药物需间隔 1 h 服用。观察组在对照组基础上采用中西药结合治疗，给予白苓健脾颗粒（国药准字 B20020619）开水冲服，患儿<1 岁，5 g/次，2 次/d；1~5 岁，10 g/次，2 次/d；>5 岁，10 g/次，3 次/d。两组患儿均在家属监护下用药，连续服用 15 d。

1.4 观察指标与标准 (1)观察两组患儿的治疗效果。显效：患儿症状完全消失，大便形态恢复正常，排便次数恢复正常或≤2 次/d；有效：患儿症状基本改善，大便水分明显减少，排便次数≤治疗前 1/3；无效：患儿症状无改善甚至加重。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2)观察两组患儿止泻时间及症状评分改善情况。症状评分包括食欲、腹痛、腹泻、腹胀、大便性状等内容，每个症状分值为 0~6 分，总积分为各症状积分总和。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据处理，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，进行 t 检验，计数资料用百分比表示，进行 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 观察组患儿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 两组治疗效果比较					
组别	<i>n</i>	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	55	34	18	3	94.55
对照组	55	21	23	11	80.00
χ^2					5.2381
<i>P</i>					<0.05

2.2 两组止泻时间及症状评分比较 两组治疗前症状评分比较无显著性差异， $P>0.05$ ；治疗后观察组患儿止泻时间及症状评分明显低于对照组， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组止泻时间及症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	止泻时间(d)	症状评分(分)	
			治疗前	治疗后
观察组	55	1.31±0.38	23.45±3.56	4.53±1.21
对照组	55	2.94±0.62	24.11±3.42	12.89±2.58
<i>t</i>		4.295	0.992	21.757
<i>P</i>		<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

临床认为腹泻是多种疾病的共同表现^[5-6]，且常伴有较多症状，对患者的生活质量影响较大，对儿童而言还会对正常的生长发育造成不同程度影响。及时救治是提高腹泻治疗效果的关键，研究表明腹泻会对患者机体造成较大伤害^[7]，病情严重时还会导致患者出现电解质紊乱、脱水等症状，儿童由于身体各项功能尚未成熟，受腹泻损害的程度更大。西医认为消化不良性腹泻的发病原因由胃肠道功能紊乱所引起，因此常用的思密达及常乐康均是调整胃肠功能的药物，患儿的病情虽然也能得到控制，但起效较慢且疗效也达不到预期效果。而我国传统中医认为消化不良性腹泻属于“虚劳、泄泻”等范畴^[8]，是因儿童饮食不当导致消化系统压力增加从而引发腹泻，中医认为消化不良性腹泻的主要治疗机制应是疏通气机、加强脾胃功能及帮助恢复胃肠的消化功能，本研究中所用的白苓健脾颗粒的成分包括炒白术、茯苓、山楂、陈皮、含锌猪血水解物以及硫酸亚铁，其中白术补中燥湿、生津止渴、健脾养胃，可医泄利，降浊阴而进饮食，升清阳而消水谷；茯苓利水渗湿、健脾止泻；山楂健胃消食、化湿理气；陈皮行气健脾、降逆止呕；含锌猪血水解物与硫酸亚铁可补充铁、锌等元素，平衡水电解质，促进康复；诸药合用，可达理气化滞、解表散寒、降浊升阳、健脾养胃之效。与西药联用后可起到良好的协同作用。

本研究结果显示，观察组患儿治疗总有效率明显高于对照组，止泻时间及症状评分明显低于对照组， $P<0.05$ ，证实了中西药结合治疗的可行性及有效性，也说明中西药结合治疗的协同作用达到预期效果，比单一的西药治疗效果更佳。中西药结合治疗消化不良性腹泻疗效显著的优势在于加入中药的辅助治疗后，在改善患儿症状的同时对脾胃功能进行了有效调节，促进患儿康复，提高疗效。同时中西药结合治疗的应用，还能够降低西药的毒副作用，对患儿的康复具有推动作用。综上所述，中西药结合治疗

消化不良性腹泻疗效显著,起效快且改善症状明显,具有较高的临床应用价值。

参考文献

[1]孙海艳.中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的临床效果研究[J].中国实用医药,2016,11(33):143-145
[2]温智华.观察中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的临床疗效[J].中国伤残医学,2014,25(22):153-155
[3]王喜.中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的临床分析[J].现代诊断与治疗,2013,24(4):784-785

[4]叶礼燕,陈凤钦.腹泻病诊断治疗指南[J].中华实用儿科临床杂志,2009,24(19):1538-1540
[5]彭鹏,阮俊英.小儿消化不良性腹泻中西药结合的诊治体会[J].中国农村卫生,2014,5(z1):82-83
[6]罗涛,罗莉莉.中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的临床疗效[J].中国处方药,2015,13(2):66
[7]桂蔓青.中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的临床分析[J].中国伤残医学,2014,18(8):166-167
[8]宋亚尧.中西药结合治疗小儿消化不良性腹泻的效果观察[J].中国医药指南,2017,15(18):181-182

(收稿日期:2017-11-15)

单操作孔全胸腔镜手术治疗纵隔肿瘤 36 例的疗效

王志远 梁保华# 王天宝 李奇

(河南省开封市第二人民医院心胸外科 开封 475002)

摘要:目的:探讨单操作孔全胸腔镜手术治疗纵隔肿瘤 36 例的疗效及安全性。方法:选取 2015 年 2 月~2016 年 4 月我院收治的纵隔肿瘤患者 72 例,随机分为对照组和观察组各 36 例。对照组采用常规三孔胸腔镜手术治疗,观察组采用单操作孔全胸腔镜手术治疗,比较两组术中失血量、手术及住院时间、术后并发症发生率及复发率。结果:观察组术中失血量、手术时间及住院时间、并发症发生率均低于对照组($P<0.05$);两组复发率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:单操作孔全胸腔镜手术治疗纵隔肿瘤疗效可靠,可有效降低术中失血量,减少并发症发生的风险,缩短手术时间及住院时间,预后良好。

关键词:纵隔肿瘤;单操作孔全胸腔镜术;临床疗效

中图分类号:R734.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.028

纵隔肿瘤是由于先天发育过程异常或后天性囊肿形成,其中原发性肿瘤中良性多见,部分表现为恶性,其症状与肿瘤部位、大小性质及生长方式有关,良性肿瘤可生长至相当大且无明显症状,恶性肿瘤进展迅速、侵犯程度高,常表现为咳嗽、胸闷、胸痛及面部水肿等^[1]。三孔胸腔镜手术具有疼痛轻、创伤小、瘢痕小等优点,在临床治疗纵隔肿瘤中疗效确切,但部分患者术后出现肺不张、上肢运动障碍等并发症,难以达到临床预期效果。本研究对单操作孔全胸腔镜手术治疗纵隔肿瘤的疗效及安全性进行分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月~2016 年 4 月我院收治的纵隔肿瘤患者 72 例,均符合临床纵隔肿瘤相关诊断标准^[2],随机分为观察组和对照组各 36 例。观察组男 17 例,女 19 例;年龄 25~46 岁,平均年龄(36.79 ± 8.63)岁;肿瘤直径 2~15 cm,平均直径(5.76 ± 2.19)cm;前纵隔 19 例,中纵隔 11 例,后纵隔 6 例。对照组男 16 例,女 20 例;年龄 24~45 岁,平均年龄(36.86 ± 8.44)岁;肿瘤直径 3~15 cm,平均直径(5.89 ± 2.07)cm;前纵隔 20 例,中纵隔 12 例,后纵隔 4 例。两组患者一般资料比较无明显差异,

$P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规三孔胸腔镜手术治疗:(1)插管麻醉,患者取健侧卧位,根据肿瘤位置调整倾斜度;(2)遵循“三角原则”及肿瘤大小、位置确定操作孔,分别于腋前线第 4 肋间及腋后线第 5 肋间,行 1.0~1.5 cm 切口,作主操作孔及副操作孔,置入 30°胸腔镜及穿刺套管;(3)以腹腔镜吸引器、电凝钩、超声刀等器械,完整分离肿瘤,若存在较大滋养血管需完全夹断后结扎处理;若肿瘤体积较大,可适当延长主操作孔;(4)低位引流积液,止血后将操作孔逐层缝合。

1.2.2 观察组 采用单操作孔全胸腔镜手术治疗:(1)麻醉及体位同对照组;(2)于腋中线第 7 肋间行 1.0~1.5 cm 切口做观察孔,置入 30°胸腔镜及穿刺套管,探查肿瘤形态、位置、大小及与周围组织关系;根据肿瘤位置于腋前线第 3 或第 4、5 肋间行切口;(3)经单操作孔置入手术器械,于全胸腔镜下切开纵膈膜,以电凝钩、超声刀等工具游离肿瘤边缘,同时第一助手协助完成组织牵拉工作;(4)注意术中以多角度完整游离肿瘤,若遇较大滋养血管需完全夹断

通讯作者:梁保华,E-mail:lbh0997@163.com