

(68.75%)高;磺胺类药物中,儿科患者耐药率为 84.91%,比成年患者(65.62%)的耐药率高;尚未发现对万古霉素耐药的肺炎链球菌菌株。

3 讨论

3.1 依照 CLSI 标准,呼吸道感染肺炎链球菌均为非脑膜炎感染,故其评判结果均以非脑膜炎肺炎链球菌药敏试验为评判标准:(注射剂)青霉素 MIC $\leq 2 \mu\text{g}/\text{mL}$ 结果为敏感,青霉素 MIC $\geq 8 \mu\text{g}/\text{mL}$ 结果为耐药。青霉素 MIC $\leq 0.06 \mu\text{g}/\text{mL}$ (或苯唑西林抑菌圈大于或等于 20 mm)提示分离菌株对氨苄西林(口服或注射)、氨苄西林/舒巴坦、头孢克洛、头孢托仑、头孢地尼、头孢泊肟、头孢丙烯、头孢呋辛、亚胺培南、美洛培南、氯碳头孢等敏感;青霉素 MIC $\leq 2 \mu\text{g}/\text{mL}$ 提示对阿莫西林、阿莫西林/克拉维酸、头孢比肟、头孢噻肟、头孢曲松和厄他培南等敏感。因此,在做呼吸道感染肺炎链球菌的药敏试验中,通常是以青霉素的 MIC 值来评判青霉素类、头孢类及碳青霉烯类的用药,在临床用药治疗中有实际指导意义。

3.2 肺炎链球菌为呼吸道感染的常见病原菌之一,尤其以儿科感染患者多见。自从 1965 年美国波士顿首次报道耐青霉素肺炎链球菌以来,其青霉素耐药菌株呈逐年上升趋势,抵抗抗生素的能力也越来越强^[3-4]。2003 年,在韩国召开的第四届抗微生物制剂及耐药国际论坛上的数据表明,中国大陆对青霉素不敏感的肺炎链球菌为 45%^[5],比 2000 年北京、广州、沈阳、成都的青霉素不敏感的肺炎链球菌(15.3%)明显上升^[5],进一步说明了青霉素耐药菌株的上升趋势。

本文经临床鉴定分离出的肺炎链球菌耐药率为 16.74%,同许多地区报道的青霉素耐药菌株相比较低^[4-5],但儿科青霉素耐药率为 20.76%,中介率为 24.53%,敏感率只有 54.71%,也属青霉素耐药较高了。尤其是儿科感染患者对大环内酯类和磺胺类出现了高耐药率,分别达到了 96.23%和 84.91%;成年患者对大环内酯类和磺胺类耐药率也分别达到了 68.75%和 65.62%的高度,说明肺炎链球菌对这两类药物都出现了高耐药率,同许多地区报道相符^[5]。这可能是大环内酯类和磺胺

类药物广泛应用导致耐药率增加的原因。本文在做肺炎链球菌的药敏试验时还发现,几乎所有青霉素耐药菌株对大环内酯类和磺胺类都存在同时耐药现象,尤其儿科患者更是如此,给临床治疗带来一定困难,不能不引起临床重视。美国感染疾病协会在成人呼吸道感染及肺炎的指南中建议:对门诊支气管、肺感染和症状不严重的患者,新喹诺酮类抗菌药物单独使用可作为治疗肺炎链球菌感染的首选药物^[6]。

虽然本文分离出 85 株肺炎链球菌耐药率不是很高,但由于国内近年来青霉素耐药的肺炎链球菌上升迅速,加上周边国家和地区肺炎链球菌的耐药率也很高。因此,应积极做好肺炎链球菌的分离和药敏监测,为肺炎链球菌感染的防治提供有效依据。

参考文献

- [1] 周庭银,赵虎.临床微生物学诊断与图解[M].上海:上海科技出版社,2001:75-76.
- [2] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3版.南京:东南大学出版社,2006:767-768.
- [3] 韩志勇.耐青霉素肺炎链球菌的研究进展[J].陕西医学杂志,2001,30(12):7.
- [4] 陈民钧.当前我国抗生素耐药的发展现状及趋势[J].中华检验医学杂志,2003,26(12):744-747.
- [5] 王辉,朱家馨,刘勇,等.1999~2000年中国4年医院肺炎链球菌、流感嗜血杆菌及卡他莫拉菌的耐药现状[J].中国抗感染化疗杂志,2001,1(3):142-146.
- [6] Bartlett JG, Breiman RF, Mandell LA, et al. Community-acquired Pneumonia in adults: guidelines for management. The infectious diseases society of america [J]. Clin Infect Dis, 1998, 26: 811-838.

(收稿日期:2010-06-12)

脚浴疗法在治疗急性上呼吸道感染中的临床意义

曾朝霞¹,哈雪梅²,王勇³(1.重庆市中药研究院药理临床门诊部 400065;2.重庆市石柱县临溪镇中心医院内科 409107;3.重庆市第七人民医院内一科 400054)

【摘要】 目的 观察脚浴疗法在治疗急性上呼吸道感染中的临床价值。方法 把急性上呼吸道感染患者随机分为常规治疗组与脚浴治疗组,常规治疗组给予抗病毒、抗感染、对症等治疗;脚浴治疗组在常规治疗的基础上给予脚浴治疗。结果 患者临床症状完全消失时,脚浴治疗组患者治疗时间显著少于常规治疗组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 脚浴疗法能够显著提高急性上呼吸道感染的疗效。

【关键词】 脚浴疗法; 急性上呼吸道感染; 临床意义

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.059

中图分类号:R56

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)21-2398-02

民间歌谣:“春天洗脚,外阳固脱;夏天洗脚,暑湿可祛;秋天洗脚,肺脏润育;冬天洗脚,丹田暖和”。祖国医学有关文献亦提到洗脚(脚浴)有利于身体健康,可以防止感冒。为了进一步了解脚浴疗法的临床意义,本文进行了如下临床观察,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 资料来源于重庆市中药研究院药理临床门诊部、石柱县临溪镇中心医院内科与重庆市第七人民医院发热门诊

诊部 2008 年 12 月至 2010 年 1 月的部分急性上呼吸道感染患者,共 263 例,男 101 例,女 162 例;年龄 6~78 岁,平均(31.30 \pm 28.65)岁。患者临床症状表现为:发热、流涕、鼻塞、喷嚏、畏寒、乏力、咽喉痛、全身酸痛、咳嗽;体征主要表现为:咽部充血、淋巴滤泡增生;血常规:WBC(5~15) $\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 60%~94%。部分咳嗽患者胸片提示肺纹理增多,其中不咳嗽者 135 例,咳嗽者 128 例。

1.2 方法 将不咳嗽患者随机分为常规治疗组(67 例)与脚

浴治疗组(68 例);咳嗽患者随机分为常规治疗组(64 例)与脚浴治疗组(64 例)。常规治疗给予抗病毒、抗感染、对症等治疗;脚浴治疗组在常规治疗的基础上给予脚浴治疗。脚浴治疗的具体方法:将双脚浸泡入温水中,水深超过双踝,水温保持在 40~50 ℃,每次持续 30~60 min,直至全身发热或者微微出汗,每日早、中、晚各 1 次。

1.3 判断标准 发热、流涕、鼻塞、喷嚏、畏寒、乏力、咽喉痛、全身酸痛、咳嗽、咽部充血红肿、增生的淋巴滤泡完全消失,咳嗽患者的胸片提示增多的肺纹理恢复正常。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS13.0 统计软件进行处理,两种治疗方法效果的比较采用两独立样本的 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

急性上呼吸道感染患者卡他症状及咽喉部、全身不适、咳嗽症状完全消失。常规治疗组:不咳嗽患者最短疗程 6 d,最长疗程 15 d,平均(8.84±2.54)d;咳嗽患者最短疗程 10 d,最长疗程 25 d,平均(12.69±3.65)d。脚浴治疗组:不咳嗽患者最短疗程 2 d,最长疗程 7 d,平均(3.97±1.55)d;咳嗽患者最短疗程 7 d,最长疗程 13 d,平均(8.47±1.73)d。两组疗程差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

急性上呼吸道感染是常见病、多发病,主要病原体是病毒,单纯病毒感染的自然病程一般为 1 周左右,但急性上呼吸道感染临床上一一般都是病毒并发细菌感染,无单纯的病毒感染,这使自然病程大大延长。如果不加以积极控制,会导致肺炎、心肌炎等严重并发症。现代医学常规治疗方法是抗病毒、抗感染、对症、支持等治疗,但疗程一般较长,给患者与社会带来不必要的经济负担,也给患者带来精神负担。

我国传统医学认为,冬天由于地面温度低,脚掌离心脏远,血流缓慢,双脚容易受寒反射引起上呼吸道和腹腔温度下降,使人体抵抗力减弱,造成呼吸道感染、胃寒痛等疾病发生。若能坚持每天脚浴,则可使双脚温度上升,达到温暖防病的目的。现代医学认为,热水可刺激脚上丰富的神经末梢,反射到大脑

皮层,达到调节气血的功能,加强新陈代谢,从而起到强身健体的作用^[1]。郑清莲^[2]认为,用热水洗脚(水温在 40~50 ℃)在去污垢除臭味的时候,又能促进局部的血管扩张,加快全身血液循环速度,降低肌肉因白天劳碌而形成的超负性张力,减少肌肉中酸性物质的积聚,促进新陈代谢,刺激神经末梢,抑制大脑兴奋,加快入睡速度,提高睡眠深度,还可以提高身体的抗病能力。刘圆圆^[3]也认为,足浴疗法是足疗诸法的一种,它是通过水的温热作用、机械作用、化学作用及借助药物蒸气和药液熏洗的治疗作用,起到疏通腠理、散风降温、透达筋骨、理气和血,从而达到治疗的目的。

急性上呼吸道感染时,病毒与细菌产生的毒素会引起局部或者全身代谢及循环发生改变,毒素及代谢产物的堆积,会导致机体的功能障碍,使机体的免疫力下降,使机体抵抗疾病的能力下降。本临床观察发现,在急性上呼吸道感染常规治疗的基础上,采用脚浴疗法,可以显著缩短治疗时间,促进患者康复。这可能是脚浴促进局部的血管扩张,加快全身血液循环速度,减少肌肉中酸性物质的积聚,促进新陈代谢,促进毒素及代谢产物的排除。同时脚浴可能适当地升高人体温度,增加体内多种酶的活性,加强了机体的解毒功能,由此提高了机体的抗病能力。

脚浴疗法能明显缩短上呼吸道感染的疗程,对治疗急性上呼吸道感染患者有积极的作用,有一定的临床实用价值,值得大力推广。

参考文献

- [1] 刘映芬. 冬令话“脚浴”[J]. 家庭中医药, 2005, 12(12): 35.
- [2] 郑清莲. 老年人冬天脚浴要坚持[J]. 医药与保健, 2007, 2(12): 59.
- [3] 刘圆圆. 洗脚上床真愉快——足浴疗法治百病[J]. 中华养生保健, 2008, 3(1): 16-17.

(收稿日期:2010-06-12)

温阳通便法治疗结肠黑变病 61 例

庄焕忠(江苏省常州市武进区鸣凰卫生院肛肠科 213164)

【摘要】目的 观察温阳通便法治疗结肠黑变病(MC)的疗效。**方法** 将 122 例 MC 患者分为治疗组及对照组,对照组给予停用蒽醌类泻药、莫少必利等促进胃肠道蠕动药治疗;治疗组在停用蒽醌类泻药的基础采用温阳通便法治疗,药物有肉苁蓉、牛膝、肉桂、当归、炙黄芪、生白术、炒莱菔子、陈皮、枳壳、川朴、升麻,观察治疗前后电子肠镜下肠道病变化。**结果** 治疗组总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 温阳通便法治疗 MC 起效快,效果确切。

【关键词】 结肠黑变病/中医药疗法; 温阳通便; 蒽醌类泻药; 莫少必利

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.060

中图分类号:R574

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)21-2399-02

结肠黑变病(MC)是大肠或结肠黏膜的一种以非炎性反应性、良性、可逆性的色素沉着为特征的病变,多见于老年人及习惯性便秘、长期服用蒽醌类泻药的患者,亦可发生于结肠癌患者,但也有患者无确切泻药回顾史。现代医学一般采取对症治疗,本科室采用温阳通便法治疗 MC 患者 61 例,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例选择 1999~2008 年门诊、住院患者中经电子结肠镜诊断为 MC 的 122 例患者,均行活组织病理学检查。检查结果提示,肠黏膜均可见散在色素沉着,黏膜均有不同程度慢性炎性反应及轻度水肿,黏膜固有层内见巨噬细胞浸润、细胞体积增大,胞质内有色素颗粒,黏膜上皮细胞内未见色素颗粒,亦有色素颗粒存于巨噬细胞外者^[1]。男 74 例,女 38 例;年龄 28~81 岁,平均 71.2 岁;有 6~47 年便秘史,均长期