

敷贴上用纱布外包并用胶布缠绕一周。每天交接班打开纱布检查,必要时用夹板固定。

**6.3 对特殊小儿的穿刺** 对皮肤黑、肥胖和水肿的患儿,血管暴露不明显,穿刺难度大,要认真辨别血管走向及深浅度,用右手指腹横向触摸,如有沟痕感,做一标志,做到心中有数,采取直刺法进针,不要盲目穿刺,以免增加患儿的痛苦<sup>[6]</sup>。

### 7 环境因素

医院环境对患儿心理、生理产生较大影响。建设儿童乐园式诊疗区集门诊、急诊、住院为一体,以儿童喜欢的卡通壁画作为儿科诊疗区的主题背景,开放式的玩具架、滑梯、木马等烘托出儿童乐园的气氛,可以满足住院患儿的心理、生理发展需求<sup>[7]</sup>。在该环境下输液的患儿面对喜欢的房间、卡通小床及身穿卡通服的护士阿姨进行穿刺时,可消除紧张、焦虑的情绪,提高穿刺成功率。

### 8 注意事项

**8.1** 患儿静脉表浅不宜深刺,如 1~2 次穿刺均未成功,应将针头退出,另行穿刺。不可用针在皮下多次寻找血管,加重患儿疼痛,引起家属的不满情绪。

**8.2** 拔针时,将消毒棉球放在穿刺部位,左手拇指沿血管方向纵向压住棉球,迅速拔出针头,这样可将进皮针眼及血管针眼同时压住,以防止皮下淤点,针眼处应按压 3~5 min,切忌边压边揉<sup>[8]</sup>。

**8.3** 穿刺成功后,2 岁以下的小儿告知家长采用喂奶姿势抱住患儿,穿刺处尽量远离家长身体,防止碰撞而引起血肿,并向家属交代不能随意调节输液速度,不要触碰患儿的输液部位,

并适当约束患儿双手,以免针头脱落。

提高小儿静脉穿刺成功率的关键在于护士要有崇高的职业道德,高度的责任心,良好的心理素质,熟练掌握规范的静脉穿刺技术,认真总结工作经验,这样才能提高患儿静脉穿刺的成功率,提高护理质量。

### 参考文献

- [1] 高志. 小儿头皮静脉穿刺技巧探讨[J]. 现代护理, 2011, 8(1): 91-94.
- [2] 吉明. 如何提高小儿头皮静脉穿刺成功率[J]. 基层医学论坛, 2011, 15(3): 273.
- [3] 纪元英. 提高小儿静脉穿刺成功率的体会[J]. 实用医技杂志, 2011, 18(3): 331.
- [4] 李惜珍, 林佳玲. 小儿头皮静脉穿刺角度及方位的选择[J]. 临床护理杂志, 2010, 9(1): 80-81.
- [5] 尹丽. 提高小儿头皮静脉穿刺成功率的体会[J]. 中国卫生工程学, 2010, 12(9): 65.
- [6] 李广霞. 小儿静脉穿刺是儿科护士岗位培训的第一课[J]. 基层医学论坛, 2007, 13(1): 41.
- [7] 杨秋华, 陈秀芳. 儿童乐园式住院环境对患儿康复影响的研究[J]. 护理研究, 2002, 16(6): 356-357.
- [8] 梁玉霞. 小儿静脉穿刺的临床护理要点[J]. 当代医学, 2009, 15(2): 108.

(收稿日期: 2011-09-10)

## 羚黄宝儿丸辅助治疗小儿疱疹性口炎疗效观察

林 琨, 梁佩珊(广西壮族自治区南宁市武鸣县人民医院儿科 530100)

**【摘要】 目的** 观察羚黄宝儿丸辅助治疗小儿疱疹性口炎的临床疗效。**方法** 将 2010 年 1~12 月底南宁市武鸣县人民医院收治的 100 例疱疹性口炎患儿随机分为治疗组和对照组。对照组予以利巴韦林静脉滴注, 治疗组在对照组治疗基础上给予口服羚黄宝儿丸治疗。观察热退、流涎、口腔疱疹消失、溃疡愈合及平均住院时间等, 评价疗效。**结果** 治疗组总有效率 96%, 对照组总有效率 76%, 治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 两组症状、体征消失时间相比, 差异也有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗过程中均未见不良反应。**结论** 羚黄宝儿丸辅助治疗小儿疱疹性口炎见效快, 疗程短, 未见明显不良反应。

**【关键词】** 疱疹性口炎; 羚黄宝儿丸; 利巴韦林

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.048 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)22-2781-02

小儿疱疹性口炎为儿科临床常见病, 多由疱疹性病毒感染引起, 起病急, 多发于 6 岁以下的儿童, 特别是 6 个月至 3 岁的幼儿发病率较高。患儿因口腔疱疹、溃疡引起患儿口痛而哭闹、流涎和拒饮拒食, 给患儿带来很大痛苦, 也给家长带来了较大的心理压力。单纯西药抗病毒治疗效果不明显。本院儿科自 2010 年 1~12 月将收治的疱疹性口炎的患儿, 在常规治疗的基础上加用羚黄宝儿丸口服, 收到了较满意的疗效, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采集本院 2010 年 1~12 月底住院的 100 例疱疹性口炎患儿, 诊断标准参照《诸福棠实用儿科学》<sup>[1]</sup>。随机分为两组, 治疗组 50 例, 男 29 例, 女 21 例; 年龄 6 个月至 6 岁; 其中年龄小于 1 岁 26 例, 1~3 岁 16 例, 4~6 岁 8 例。对照组 50 例, 男 30 例, 女 20 例; 年龄 5 个月至 5.5 岁; 其中年龄小于 1 岁 22 例, 1~3 岁 18 例, 4~5.5 岁 10 例。所有患儿均

有不同程度的发热, 拒食流涎、口腔疱疹、溃疡, 所有病例均在起病 3 d 内就诊。两组患儿在年龄、性别构成比、就医时间及临床表现方面经统计学处理, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 两组均常规给予利巴韦林注射液 10~15 mg/(kg·d) 加入 5% 葡萄糖液 50~100 mL 中静脉滴注, 2 次/天; 治疗组在对照组基础上加用羚黄宝儿丸(广州敬修堂药业股份有限公司生产) 口服, 用量为 0~2 岁小儿 1 次 10 丸, 大于 2 岁一次 20 丸, 2~3 次/天, 用温开水送服。两组均 5 d 为一个疗程。两组患儿继发细菌感染者予加用抗菌药物, 酌情予退热处理及补充能量加强支持治疗。

**1.3 疗效判定指标** 疗效参照文献<sup>[2]</sup>报道。显效: 用药 2 d 内体温恢复正常, 口腔内疱疹缩小, 无溃疡形成; 有效: 4 d 内体温恢复正常, 饮食好转, 口腔内疱疹缩小并逐渐消失; 无效: 5 d 以上体温仍不能恢复正常, 疱疹不愈, 形成溃疡。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 软件处理程序,所有数据以  $\bar{x} \pm s$  表示,计量资料采用 *t* 检验,计数资料用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

两组总有效率比较差异及两组症状、体征消失时间比较差异都有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),说明羚黄宝儿丸辅助治疗小儿疱疹性口炎效果明显,见表 1、2。治疗过程中未见明显不良反应。

**表 1 两组临床疗效比较** [ $n(\%)$ ,  $n=50$ ]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40(80)	8(16)	2(4)	48(96)
对照组	25(50)	13(26)	12(24)	38(76)

**表 2 两组症状、体征消失时间比较** ( $n=50$ )

组别	退热时间	口腔疱疹或溃疡愈合时间	治愈时间
观察组	1.65±0.51	2.20±0.80	3.58±0.83
对照组	2.53±0.62	3.98±1.03	4.65±1.20
<i>t</i>	7.75	9.65	29.42
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05

**3 讨 论**

疱疹性口炎由单纯疱疹病毒 I 型感染所致,多见于 1~3 岁婴幼儿。常好发于颊黏膜、齿龈、舌和唇内和唇黏膜及邻近口周皮肤。起病时发热可达 38~40℃,1~2 d 后上述各部位口腔黏膜出现单个或成簇的小疱疹,周围有红晕,迅速破溃后形成溃疡,有黄白色纤维蛋白分泌物覆盖,多个溃疡可融合成不规则的大溃疡,有时累及软腭、舌和咽部。由于疼痛剧烈,患儿可表现拒食、流涎、烦躁,病程约 1~2 周<sup>[3]</sup>。常规治疗多为保持口腔清洁,用抗病毒药物(如利巴韦林),以及退热、局部止痛等。利巴韦林作为广谱抗病毒药物,临床应用较多,但其疗程长,毒副作用较多<sup>[4]</sup>。

疱疹性口炎中医认为属“口疮”范畴,多由风热乘脾,心脾积热所致,风热之邪外感,由肌表入侵,内应于脾胃,脾开窍于

口,齿龈属胃,风热挟毒上攻,故口腔黏膜破溃;调护失宜,喂养不当,恣食肥甘厚腻,蕴而生热,或喜食煎炒炙烤,内火偏盛,邪热内积心脾,外发为口疮。中医治疗以清热泻火,解毒消肿为主<sup>[5]</sup>。羚黄宝儿丸主要由人工麝香、黄连、猪胆、丁香、羚羊角、牛黄、冰片、甘草及人参等九味中药材提取精制而成。其中羚羊角具有平肝息风,清肝明目,凉血解毒的作用;猪胆、黄连、牛黄亦均有清热解毒之功效;麝香、冰片开窍醒神,麝香尚可活血通经及止痛,冰片可清热止痛,促进溃疡愈合;人参大补元气,补脾益肺,生津止渴,安神益智;甘草具有益气补中,清热解毒,缓急止痛,调和诸药的功效<sup>[6]</sup>。诸药合用有共奏开窍醒神,清热解毒,活血消肿,生肌止痛的功效。

本组病例采用羚黄宝儿丸联合利巴韦林治疗疱疹性口炎,结果显示,总有效率为 96%,明显高于单用利巴韦林组(76%),由此说明在常规治疗的基础上,配合羚黄宝儿丸治疗,起效快,疗程短,疗效确切,可以缩短治疗病程以减少利巴韦林用药时间,减轻其不良反应。羚黄宝儿丸颗粒小,喂服容易,易被患儿及家属接受,治疗过程中未发生明显不良反应,值得临床应用。

**参考文献**

[1] 胡亚美,江载芳,陆华,等. 诸福棠实用儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2002:2410.  
 [2] 王小杰. 开喉剑喷剂(儿童型)治疗疱疹性口腔炎疗效观察[J]. 临床医药实践,2009,18(9):1999-2000.  
 [3] 沈晓明,王卫平. 儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2009:232-233.  
 [4] 高芬萍,赵亚萍,张伟. 利巴韦林的不良反应[J]. 中国药事,2005,19(11):703-704.  
 [5] 欧正武,罗国兴,王建玲,等. 中西药结合儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:145-147.  
 [6] 黄兆胜,李祖伦,常章富,等. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:72-76.

(收稿日期:2011-09-06)

**系统性红斑狼疮致胸腔积液 18 例临床分析**

郑文创(广西壮族自治区龙潭医院,广西柳州 545005)

**【摘要】 目的** 探讨系统性红斑狼疮患者出现胸腔积液者的临床诊治。**方法** 对 2000~2009 年龙潭医院收治的 18 例出现胸腔积液的系统性红斑狼疮患者进行临床分析。**结果** 18 例中 14 例(77.8%)首诊未能及时得到明确诊断,诊断性治疗无好转,后经完善相关辅助检查得以诊断,治疗后好转。**结论** 系统性红斑狼疮患者中出现胸腔积液者不在少数,首诊时容易误诊、误治,应引起高度重视。

**【关键词】** 系统性红斑狼疮; 胸腔积液; 自身免疫性结缔组织病

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.049 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)22-2782-02

系统性红斑狼疮(SLE)是一种自身免疫性结缔组织病,临床表现多样,而且复杂不具有典型性,其中以胸腔积液为首发表现者容易在首诊时被误诊。为探讨 SLE 患者出现胸腔积液者的临床诊治,本文对 18 例 SLE 致胸腔积液患者的临床资料进行回顾性分析,现将结果报道如下。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 2000 年 1 月至 2009 年 12 月本院诊治的 18

例 SLE 致胸腔积液患者,其中男 2 例,女 16 例,男女之比 1:8;年龄 20~58 岁,平均 34.2 岁,其中育龄妇女 12 例(66.7%)。

**1.2 临床表现** (1)首要表现为胸腔积液:18 例患者就诊时均有胸腔积液,有胸痛、气促等伴随症状,其中 8 例(44.4%)来诊前在当地医院抽检胸腔积液,诊断未能明确;其中 6 例(33.3%)予诊断性抗结核治疗(疗程 2~6 个月不等),治疗效