

续表 3 26 株铜绿假单胞菌对常用抗菌药物敏感率[n(％)]

抗菌药物	敏感	抗菌药物	敏感
庆大霉素	11(42.3)	哌拉西林/他唑巴坦	23(88.5)
阿米卡星	19(73.1)	亚胺培南	25(96.2)
头孢吡肟	23(88.5)	头孢曲松钠	10(38.5)
头孢哌酮钠	22(84.6)	头孢哌酮钠/舒巴坦钠	23(88.5)
哌拉西林	21(80.8)		

3 讨 论

我国外科手术切口感染在医院感染中位于呼吸道、泌尿道感染之后,居第 3 位。国内有关外科手术切口感染报道显示病原菌种类繁多且病原菌耐药问题严重^[2-4]。

本研究结果显示,196 份乳腺癌患者术后切口感染部位标本培养出病原菌 112 株,阳性率 57.1%,检出率与国内相关报道类似^[5]。112 株病原菌中革兰阳性球菌明显多于革兰阴性杆菌,未培养出真菌。革兰阳性球菌以金黄色葡萄球菌为主,共 58 株,占总病原菌 51.8%,金黄色葡萄球菌是导致各种化脓性感染的重要病原菌;革兰阴性杆菌以铜绿假单胞菌为主,共 26 株,占总病原菌 23.2%;其他细菌所占比例较少,均低于 10%。作者在统计资料时发现,1 份标本中培养出 2 种以上病原菌情况非常少见。以上资料说明,乳腺癌患者术后切口感染病原菌分布情况与国内相关报道不同^[3-5]。

金黄色葡萄球菌对万古霉素敏感率最好,为 100%,未发现耐 MRSA,但国内外已有万古霉素中介及耐药金黄色葡萄球菌报道,应引起临床重视。金黄色葡萄球菌对其他常用抗菌药物敏感率较好的有利福平、苯唑西林、头孢西丁、环丙沙星、庆大霉素、复方新诺明、四环素,敏感率均高于 70%;对红霉素、克林霉素敏感率较低,对青霉素敏感率最低,只有 12.

1%。MRSA 检出率为 13.8%。铜绿假单胞菌对常用抗菌药物敏感率最好的是亚胺培南,为 96.2%;其他依次为头孢哌酮钠/舒巴坦钠、哌拉西林/他唑巴坦、头孢吡肟、头孢他啶、头孢哌酮钠、哌拉西林、环丙沙星、妥布霉素、阿米卡星,敏感率均大于 70%;对左氧氟沙星、庆大霉素、头孢曲松钠较低。药敏结果显示,乳腺癌患者术后切口感染的金黄色葡萄球菌和铜绿假单胞菌对常用抗菌药物敏感情况明显好于其他部位相同病原菌,这可能与南昌市三医院乳腺科医生合理使用抗菌药物有关。

总之,在病原菌耐药日益严重的今天,进行乳腺癌患者手术及手术后操作应严格遵守无菌原则,防止乳腺癌患者术后切口感染。临床对乳腺癌术后切口感染的患者应及时进行感染部位病原菌培养与药敏试验,根据检测情况合理使用抗菌药物。

参考文献

[1] 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,2006:10.
[2] 陈倩,边才苗,沈定树.手术切口感染病原菌分布及耐药率监测[J].中华医院感染学杂志,2008,18(1):105-107.
[3] 王玉春,郑桂银.外科手术患者伤口分泌物的细菌培养及耐药性分析[J].现代中西医结合杂志,2011,27(20):3384-3385.
[4] 隋秀丽,刘晓静,姜永广.伤口分泌物细菌培养及药敏情况分析[J].医学检验与临床,2010,21(5):114-115.
[5] 刘发全,冯文聪,赖冬梅,等.外科患者手术切口分泌物细菌培养结果分析[J].医药前沿,2011,1(24):207-208.

(收稿日期:2012-06-11)

• 临床研究 •

亚饥饿疗法在儿童腹泻病中的治疗应用

蒲晓琴(重庆市南川区人民医院儿科 408400)

【摘要】 目的 观察亚饥饿疗法在儿童腹泻病中的治疗作用。方法 将南川区人民医院儿科 2007~2011 年腹泻儿童 500 例随机分成两组,经观察治疗 3~5 d,观察腹泻急性期的大便性状改善情况、腹泻终止时间、脱水纠正时间、一般情况改善时间、体质量恢复时间、出院时间等,进行统计学分析和比较。结果 亚饥饿疗法治疗组腹泻患儿大便性状改善时间为(1.2±0.5)d,明显短于对照组,腹泻停止时间为(1.5±0.5)d,明显缩短,患儿精神状态改善时间缩短,腹泻停止后,恢复正常饮食再次腹泻例数明显减少,收到了明显的治疗效果。结论 亚饥饿疗法配合常规治疗在轻中度的小儿腹泻病的治疗中,疗效肯定。方法简单易得,不受限制,尤其适合在基层单位开展,可以在不同地区推广应用。

【关键词】 儿童; 腹泻病; 亚饥饿

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.030 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)17-2168-02

在临床中儿童腹泻病的发生非常普遍,有感染性的,有非感染性的,是一组多病原多因素引起的消化道疾病^[1]。儿童腹泻病具有季节特点,夏季(6~8 月)的细菌感染性腹泻,每年 10~12 月轮状病毒性腹泻是两个高峰,其他还有饮食不节性腹泻、乳糖不耐受性腹泻、脂肪性腹泻等等^[2]。腹泻对小儿的体质影响是迅速的,恢复较慢,家属护理难度较大,易致脱水、电解质紊乱、体质量减轻,造成儿童生长发育停滞、倒退,甚至

死亡。所以,儿童腹泻应该引起足够的重视,及时、正确的干预,力争早期阻止腹泻进程,促进恢复。作者从腹泻儿童饮食治疗的角度提出一个新的观点就是部分进食,即亚饥饿疗法在儿童腹泻病的治疗应用,并就 2007~2011 年南川区人民医院儿科腹泻患儿 500 例的治疗体会,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007~2011 年南川区人民医院儿科腹泻患

儿 500 例,年龄均在 5 岁以内,其中<1 岁组 150 例,1~<2 岁组 250 例,2~5 岁 100 例。排除有严重水电解质紊乱、重度脱水、严重营养不良的患儿,有心肌炎等并发症、迁延不愈、慢性腹泻的患儿。按年龄、体质量、病程、脱水程度等指标平均分成治疗组和对照组,观察两组腹泻急性期的大便性状改善情况、腹泻终止时间、脱水纠正时间、一般情况改善时间、体质量恢复时间、出院时间等,进行统计学分析和比较。

1.2 方法 所谓亚饥饿疗法是指腹泻患儿腹泻急性期的饮食均以米汤加盐口服补液为主,不加其他任何奶粉、米粉、蛋白质粉、蔬菜、水果等等,但母乳除外。因为只有盐米汤或母乳,所以只提供了水、盐、葡萄糖及部分蛋白质,类似饥饿又不是饥饿,故称亚饥饿疗法。

1.2.1 盐米汤的配制方法 约 5%浓度的米汤 500 mL 和食盐 1.75 g,以此浓度和量不限量的口服,约 3~5 d,同时禁食其他食物。

1.2.2 喂食母乳者 在母乳的基础上,添加盐米汤如上述浓度和剂量。

1.2.3 进行观察治疗的患儿全部住院,方便观察,并将 500 例平均分成两组,从年龄、体质量、腹泻病因、脱水程度等方面平均、随机分成两组,经观察治疗 3~5 d,观察腹泻急性期的大便性状改善情况、腹泻终止时间、脱水纠正时间、一般情况改善时间、体质量恢复时间、出院时间等方面,进行统计学分析。

1.2.4 对亚饥饿疗法不耐受的小儿计入失败病例,同时给予进食。其余静脉及口服治疗同时进行。

1.2.5 治疗组和对照组除饮食不同外,其余治疗均遵照腹泻患儿治疗常规进行,静脉滴注,口服药物等完全一致。

1.3 统计学处理 结果经 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

亚饥饿疗法治疗组腹泻患儿大便性状改善时间明显短于对照组,腹泻停止时间明显缩短,住院时间明显缩短,收到了明显的治疗效果,见表 1。

表 1 两组患儿治疗效果比较($\bar{x}\pm s$,d)

组别	腹泻停止时间	大便成形时间	脱水纠正时间	住院时间
治疗组	1.5±0.5	1.2±0.5	1.0±0.5	3.0±0.5
对照组	2.6±0.5	2.0±0.5	2.1±0.5	5.0±0.5
P	<0.05	<0.05	<0.01	<0.01

3 讨 论

3.1 亚饥饿疗法不是饥饿,它与饥饿疗法最大的不同就是进食,因为进食保持了胃肠道的正常功能,是最接近生理状态的治疗方法,安全有效,能在最短时间内恢复患儿的胃肠道的正常功能,促进肠道黏膜的修复^[2-4]。

3.2 经临床观察,作者发现病毒性腹泻是季节性婴幼儿急性腹泻的常见原因,而水样便、发热、呕吐是婴幼儿腹泻的三联征^[5]。这三联征极易导致脱水,所以脱水的纠正在小儿腹泻的治疗中具有举足轻重的作用。并且婴幼儿腹泻中绝大部分是

轻中度脱水,这为作者设计口服补液的治疗方案提供了可能^[5]。亚饥饿疗法采用的是盐米汤,即米汤加盐口服补液,其渗透压是低渗,约 2%左右的糖,能降低腹泻状态下患儿肠道的渗透压,减少腹泻,加快患儿肠道黏膜屏障的恢复,避免腹泻状态下肠黏膜屏障的进一步损坏,促进肠内水分的最大限度吸收(能提高 25 倍),尽快纠正脱水,从而促进恢复^[1]。

3.3 在小儿腹泻病中极易产生乳糖不耐受,亚饥饿疗法因为采用的是盐米汤,不含乳糖,所以对乳糖不耐受性腹泻有效。

3.4 在食物过敏性胃肠病中,90%的过敏食物排名首位是奶^[6]。亚饥饿疗法因为采用的是盐米汤,无牛奶蛋白,对牛奶过敏的腹泻小儿有效。

3.5 因为小儿对饮食的控制能力较差,且家属易因为心疼小儿而易致饮食过量,所以容易造成饮食不节性腹泻。亚饥饿疗法因为只提供了水、盐、葡萄糖及部分蛋白质,借助了饥饿疗法的作用。通过亚饥饿疗法能使消化负担过重的胃肠道得到及时休息,为消化功能和消化酶功能的恢复争取了时间,从而促进了恢复。

3.6 亚饥饿疗法符合中国国情和民间吃粥保护胃肠道的传统观念,同时也符合世界卫生组织(WHO)所倡导的口服补液盐(ORS)的治疗原则,米汤加盐口服补液在治疗小儿腹泻轻到中度脱水方面与 WHO-ORS 相同^[1]。

3.7 目前的大部分小儿营养多为过剩,亚饥饿疗法虽然因限制进食蛋白质、脂肪、能量等的不足有可能造成患儿生长发育落后,但因治疗时间短,影响较小,且因肠道较快停止腹泻恢复进食,故对小儿的生长发育没有明显影响。

3.8 亚饥饿疗法治疗方法简单易得,不受限制,尤其适合在基层单位开展,家属依从性好,患儿接受程度高,易取得成功,可以在不同地区推广应用。

综上所述,亚饥饿疗法在治疗轻中度的小儿腹泻病中是值得大力推广的一种治疗方法。

参考文献

[1] 胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:1286-1296.

[2] 江米足.小儿消化系统临床研究进展[J].中国实用儿科杂志,2008,23(5):338-341.

[3] 廖忠敬,丘小汕,张巧玲,等.危重新生儿胃肠喂养方式与胃肠损害发生的临床分析[J].中国实用儿科杂志,2008,23(1):18-20.

[4] 蔡威.重视提高中国小儿消化科医师的临床营养学知识[J].中华儿科杂志,2008,46(4):241-242.

[5] 陈洁.食物过敏性胃肠病[J].中国实用儿科杂志,2011,26(8):561.

[6] 刘志华,龚四堂,钟家禹,等.婴幼儿病毒性腹泻 985 例粪便标本分析研究[J].中国实用儿科杂志,2010,25(8):618-621.

(收稿日期:2012-06-14)