

氟康唑治疗声带曲霉菌病 3 例

赵霞

(湖北省中医院耳鼻喉科,武汉 430061)

[摘要] 目的 观察氟康唑对声带曲霉菌病的疗效。方法 声带曲霉菌患者 3 例,应用氟康唑氯化钠注射液首次剂量 0.4 g,静脉滴注,以后每次 0.2 g,qd,持续 2 周,症状缓解后至少再持续 2 周,同时应用 5% 碳酸氢钠溶液 200 mL 和氟康唑 0.1 g 每日 2 次雾化吸入,治疗 10 d 后症状明显好转,继续用药 3 周。结果 患者症状均消失,复查纤维喉镜见声带黏膜光滑,无充血及肿胀。结论 氟康唑治疗声带曲霉菌感染可取得满意效果。

[关键词] 氟康唑;曲霉菌病;声带

[中图分类号] R978.5;R767.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1004-0781(2007)12-1454-02

声带曲霉菌病临床少见。2005 ~ 2006 年,笔者共收治 3 例声带曲霉菌病,应用氟康唑进行治疗,均痊愈。现报道如下。

1 临床资料

3 例患者均为男性,年龄 45 ~ 58 岁,病程 1 ~ 12 个月。主要临床症状:声音嘶哑,干咳,咽痒。1 例有感冒病史,1 例有长期应用抗菌药物史,1 例有糖尿病史。主要体征:声带及声门下见灰白色渣样假膜覆盖,周围黏膜充血、肿胀。3 例患者均经分泌物涂片检查,病理检查可见曲霉菌,证实为声带曲霉菌病。

2 治疗方法与结果

应用氟康唑氯化钠注射液(含氟康唑 0.2 g),首次剂量 0.4 g,静脉滴注,以后每次 0.2 g,qd,持续 2 周,症状缓解后至少再持续 2 周,同时应用 5% 碳酸氢钠溶液 200 mL 和氟康唑 0.1 g 每日 2 次雾化吸入。治疗 10 d 后症状明显好转,继续用药 3 周后患者症状均消失,复查纤维喉镜见声带黏膜光滑,无充血及肿胀。

3 典型病例

例 1,男,58 岁,教师。因声嘶,咽干咳嗽,咽痛在校医务室诊断为急性喉炎,间断服用氨苄西林 1 个月无好转,改用头孢噻肟钠 2 g 每日 1 次静脉滴注,半个月后声嘶仍无好转,将药量增加至 4 g,每日 1 次静脉滴注,并同时应用庆大霉素 8 万 U 和地塞米松 5 mg 雾化吸入,每日 1 次。1 个月后声嘶加重,并有咽痒,闷气感来我院就诊。通过纤维镜检查见双侧声带及声门下有灰白色渣样假膜,用毛刷部分擦除后见声带及周围黏膜充血水肿。取假膜涂片可见真菌菌丝(曲菌)诊断为真菌病,因而立即停用所有抗菌药物及糖皮质激素。给予氟康唑治疗:首次 0.4 g,以后每日 0.2 g 静脉滴注以及应用氟康唑 0.1 g 和 5% 碳酸氢钠溶液 20 mL 每日 2 次雾化吸入。连续治疗 7 d 后症状明显好转,继续用药 3 周后症状消失,复查纤维喉镜见喉部声带及声门下无充血、肿胀,黏膜光滑,伪膜消失,声带闭合好,治愈,随访半年无复发。

例 2,男,45 岁。因声音嘶哑 1 a,于 2006 年 3 月来我院就诊。询问病史,患者 1 a 前因感冒后出现声音嘶哑、干咳到当

地乡镇医院就诊,未作任何检查,按急性喉炎给予头孢噻吩加地塞米松静脉滴注以及庆大霉素 8 万 U 加地塞米松 5 mg 雾化吸入,治疗 10 d 后,症状稍有好转,停用后 1 周症状比以前加重,又复用抗菌药物加糖皮质激素治疗,效果差,于是转诊我院。纤维喉镜检查见:双侧声带表面布满灰白色渣样假膜,表面不平,但无血管纹,声带充血、肿胀。取局部分泌物涂片检查,为曲霉菌感染,诊断为喉曲霉菌病。立即停用抗菌药物,改用氟康唑 0.2 g 每日 1 次静脉滴注,给予 5% 碳酸氢钠溶液 20 mL 加氟康唑 0.1 g,每日 2 次雾化吸入,连续应用 1 周后症状好转。继续用药 4 周后声嘶、干咳症状消失,复查纤维喉镜双侧声带表面光滑,无充血及肿胀,痊愈。随访 10 个月无复发。

4 讨论

声带曲霉菌病发病原因多与感冒,某些喉炎,全身代谢性疾病,长期大量应用抗菌药物、糖皮质激素等有关。耳鼻喉科真菌感染多发生在外耳道、鼻窦,而真菌的致病力不强,只有在特殊的环境下才导致声带真菌病。本组 3 例患者发病时都有疲劳,过度用嗓,饮水不足,或感冒和声带损伤,这都为真菌侵袭繁殖创造了条件。同时,长期大量应用抗菌药物可导致菌群失调,抑制细菌生长,促进真菌繁殖,使原来不致病的真菌成为致病菌源^[1],引发或加重喉真菌病,并使其长期不愈。同时应注意喉部真菌病多由口腔、鼻咽部真菌感染继发而来,原发者非常罕见。喉部真菌病的主要表现为声嘶、干咳,极少出现发热症状。局部表现为:声带表现有灰白色或灰黄色豆渣样假膜,周围黏膜充血肿胀,声带真菌感染主要以曲霉菌为主,只要患者长期声嘶、干咳、咽痒,在排除喉癌的情况下,应考虑声带真菌感染,并应做分泌物涂片、培养、病理检查来进行确诊。真菌病的治疗有一定的困难,多数抗真菌药对肝、肾有一定的损害,用药前需做肝、肾功能检查,用药需足量、及时^[2,3]。一般治疗应持续至真菌感染的临床表现及实验室检查指标显示真菌感染消失为止。氟康唑氯化钠注射液为唑类抗真菌药,抗真菌谱较广,作用机制主要为高度选择性干扰真菌的细胞色素 P₄₅₀ 的活性,从而抑制真菌细胞膜上麦角固醇的生物合成而达到抗真菌作用。声带曲霉菌感染时局部可用 5% 碳酸氢钠溶液加氟康唑 0.1 g 雾化吸入,全身可选用氟康唑 0.2 g 静脉滴注或口服,可取得满意效果。

[收稿日期] 2007-02-01 **[修回日期]** 2007-04-10

[作者简介] 赵霞(1968 -),女,湖北武汉人,副主任医师,学士,从事耳鼻喉科临床工作。电话:027 - 88864089, E-mail:123456@sohu.com。

[参考文献]

[1] 王一红. 耳鼻咽喉科用药的一些误区[J]. 医药导报, 2002, 21

(11):700-701.

[2] 方文旭,薛章伟.声带曲霉菌病 2 例报告[J].福建医药杂志,2002,24(6):215-216.

[3] 鄢建军,童辉,韩敏,等.深静脉置管血液透析患者真菌感染的易感因素及护理对策[J].护理学杂志,2007,22(9):63-65.

痰热清注射液治疗毛细支气管炎 54 例

万政,王忠平

(杭州市余杭区妇幼保健院儿科,311100)

[摘要] 目的 探讨痰热清注射液治疗毛细支气管炎的疗效。方法 将符合诊断标准毛细支气管炎患儿 102 例分为治疗组 54 例和对照组 48 例,两组均用镇静、吸氧、雾化吸入、吸痰、糖皮质激素及抗感染等综合治疗。治疗组加用痰热清注射液静滴,0.5~1.0 mL·kg⁻¹·d⁻¹,qd,疗程 7 d。观察观察两组喘憋、哮鸣音、湿啰音及咳嗽消失时间。结果 治疗组及对照组总有效率分别为 94.4%,79.2% ($P < 0.05$);治疗组喘憋、哮鸣音、湿啰音、咳嗽消失时间均比对照组缩短 ($P < 0.01$)。结论 痰热清注射液治疗毛细支气管炎可提高疗效,并可促进喘憋、哮鸣音、湿啰音及咳嗽消失,且无明显不良反应。

[关键词] 痰热清注射液;毛细支气管炎;儿童

[中图分类号] R974;R562.21

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-0781(2007)12-1455-02

毛细支气管炎是一种下呼吸道感染性疾病,临床以咳嗽、咯痰、喘憋为其突出表现。目前对毛细支气管炎无特效疗法。中药痰热清注射液具有清热解暑、化痰止咳作用。2005 年 12 月~2006 年 12 月,笔者通过随机临床试验,观察了痰热清注射液对毛细支气管炎的疗效和不良反应,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 在我科住院的毛细支气管炎患儿 102 例。纳入标准为:①符合毛细支气管炎诊断标准的住院患儿^[1];②患儿年龄 2~24 个月;③病程 < 5 d。剔除标准:①先天性心脏病;②并发呼吸、心功能不全;③支气管异物;④婴幼儿哮喘等。患儿分为治疗组 54 例,男 33 例,女 21 例,年龄(12.25 ± 6.86)个月,体重(9.50 ± 3.12)kg。对照组 48 例,男 27 例,女 21 例,年龄(12.92 ± 7.26)个月,体重(9.27 ± 3.73)kg。两组患儿性别($\chi^2 = 0.248$, $P > 0.05$)、年龄($t = 0.499$, $P > 0.05$)和体重($t = 0.335$, $P > 0.05$)差异均无显著性。

1.2 治疗方法 两组患儿均用镇静、吸氧、雾化吸入、吸痰、糖皮质激素及抗感染等综合治疗。治疗组在综合治疗基础上,给予痰热清注射液(上海凯宝药业有限公司生产,批准文号:国药准字 Z20030054)0.5~1.0 mL·kg⁻¹·d⁻¹加入 5% 葡萄糖注射液 100 mL 中静脉滴注,qd,疗程 7 d。观察两组喘憋、哮鸣音、湿啰音及咳嗽消失时间。

1.3 疗效判定标准 有效:治疗 7 d,喘憋消失,肺部喘鸣音、湿啰音消失,咳嗽明显减轻;好转:治疗 7 d,喘憋好转,肺部喘鸣音、湿啰音减少,咳嗽有所减轻;无效:治疗 7 d,仍咳喘,肺部喘鸣音及湿啰音未减少,咳嗽无明显好转。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析,计量

资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间均数比较用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。治疗组总有效率为 94.4% (51 例),无效率为 5.6% (3 例);对照组总有效率为 79.2% (38 例),无效率为 20.8% (10 例)。两组总有效率比较($\chi^2 = 4.04$, $P < 0.05$),差异有显著性。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	有效	好转	无效	总有效率/%
治疗组	54	32	19	3	94.4
对照组	48	23	15	10	79.2

2.2 毛细支气管炎治疗组和对照组喘憋、哮鸣音、湿啰音及咳嗽消失时间比较 见表 2。治疗组在喘憋消失、哮鸣音消失、湿啰音消失及咳嗽消失时间均短于对照组,两组比较差异均有极显著性 ($P < 0.01$)。

表 2 两组临床体征消失时间比较

组别	例数	喘憋消失	哮鸣音消失	湿啰音消失	咳嗽消失
治疗组	54	2.97 ± 1.06 [*]	5.48 ± 1.83 [*]	5.12 ± 1.32 [*]	6.82 ± 1.86 [*]
对照组	48	3.96 ± 1.34	6.69 ± 1.91	6.01 ± 1.14	7.98 ± 1.65

与对照组比较, $^* P < 0.01$

2.3 不良反应 治疗组和对照组均未见明显不良反应。

3 讨论

毛细支气管炎是婴幼儿时期常见的一种下呼吸道感染性疾病,多由呼吸道合胞病毒感染引起,其次为副流感病毒,某些腺病毒、人类偏肺病毒及肺炎支原体也可引起本病。本病仅见于 2 岁以内的婴幼儿,多数为 6 个月以内的小婴儿。病变主要累及直径为 75~300 μm 的细支气管、肺泡、间质,是喘憋性肺炎的一种类型^[2]。该年龄组小婴儿支气管和肺处于生长发育的薄弱时期,感染后细小的管腔易因炎症分泌物、水肿和肌收缩而发生梗阻,并引起肺气肿和肺不张^[3];同时由于婴幼儿气管、支气管腔狭窄,黏液分泌少,呼吸道较干燥,纤毛运动差,肺

[收稿日期] 2007-02-28 [修回日期] 2007-03-14

[作者简介] 万政(1971-),男,江西临川人,副主任医师,硕士,从事呼吸系统疾病研究工作。电话:0571-89160219, E-mail: wanz@zj.com。