

除,可减少手术中出血量和提高完整切除率。尽管两组手术死亡率的比较差异无统计学意义,但是试验组 12 例患者无手术死亡病例,对照组 36 例患者则有 3 例手术死亡。

3.2 介入治疗学是介入放射学的延伸。介入放射学(Interventional Radiology)一词首先由美国放射学家 Margulis 于 1967 年首次提出^[5]。经过 40 多年的发展,介入治疗学现在已和外科、内科一道称为三大支柱性学科。对于原发性腹膜后肿瘤,术前进行介入治疗的好处有:(1)第一步的血管造影有助于外科医生准确了解肿瘤与腹腔大血管的关系以及大血管受侵犯的情况,对于手术指证的把握、手术方案的制定,对于保护腹主动脉、下腔静脉、髂血管或门脉主干等腹腔大血管非常重要。(2)血管栓塞化疗可以杀灭相当部分肿瘤细胞,并可减少肿瘤细胞的转移,使得瘤体变小,提高肿瘤完整切除率。(3)腹膜后肿瘤往往有多根滋养血管,介入治疗栓塞了肿瘤主要的供应动脉,毫无疑问可以减少术中的出血量。大出血是原发性腹膜后肿瘤手术中最常见而严重的并发症,是患者手术死亡的主要原因。手术出血量少了,外科医生更有足够的信心和时间去完整

切除肿瘤;手术出血量少了,患者的手术死亡率相应地会降下来。

3.3 尽管腹膜后肿瘤术前介入治疗会增加额外的介入治疗费用、穿刺部位血肿等风险^[6],但可以减少术中出血量和提高肿瘤完整切除率,仍然是术前的一个较好选择。本组病例数不多,更客观的评价尚需多中心性的大宗病例随机对照研究。

参考文献

- 1 Eder F, Halloul Z, Meyer F, et al. Surgery of inferior vena cava associated malignant tumor lesions[J]. *Vasa*, 2008, 37(1):68-80.
 - 2 索建兰, 刘益民. 原发性腹膜后肿瘤的诊断与治疗新进展[J]. *陕西医学杂志*, 2007, 36(11):1545-1546.
 - 3 Bremjit PJ, Jones RL, Chai X, et al. A contemporary large single-institution evaluation of resected retroperitoneal sarcoma[J]. *Ann Surg Oncol*, 2014:[Epub ahead of print].
 - 4 Kumar V, Misra S, Chaturvedi A. Retroperitoneal sarcomas—a challenging problem[J]. *Indian J Surg Oncol*, 2012, 3(3):215-221.
 - 5 胡国栋. 介入放射学的临床应用及前景[J]. *实用医学进修杂志*, 1999, 27(3):129-133.
 - 6 磨莉, 谭毅. 缺血性脑血管病介入治疗并发症的护理进展[J]. *中国临床新医学*, 2013, 6(10):1029-1032.
- [收稿日期 2014-03-26][本文编辑 刘京虹 韦颖]

课题研究·论著

神经梅毒 38 例临床分析及文献复习

夏海平, 任乃勇, 钱进军, 赵康仁, 刘娜, 于明

基金项目: 镇江市科技计划项目(编号:FZ2011055)

作者单位: 212001 镇江, 江苏大学附属第四人民医院神经内科(夏海平, 任乃勇, 钱进军, 赵康仁); 212001 江苏, 镇江市第一人民医院神经内科(刘娜); 212000 镇江, 江苏大学附属医院神经内科(于明)

作者简介: 夏海平(1978-), 女, 在读硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 临床神经病学。E-mail: jsnjmr@163.com

通讯作者: 于明(1972-), 男, 博士, 副主任医师, 研究方向: 临床神经病学。E-mail: yuming7251@163.com

[摘要] 目的 探讨神经梅毒患者的临床特征、实验室检查、早期诊断、分型依据和治疗情况。方法 选择 2004-09~2014-01 江苏大学附属医院、镇江市第一人民医院和江苏大学附属第四人民医院收治的 38 例神经梅毒患者资料进行回顾性分析。结果 38 例患者中男 28 例, 女 10 例, 年龄 1 d~75 岁, 平均 51.1 岁, 神经梅毒患者中间质型 10 例(脑膜血管梅毒 8 例, 脊髓膜血管梅毒 1 例, 脑膜神经梅毒 1 例), 主质型 22 例(麻痹性痴呆 14 例, 脊髓痨 8 例), 视神经损害 2 例, 无症状型神经梅毒 3 例, 先天性神经梅毒 1 例; 血清、脑脊液快速血浆反应素试验(RPR)及梅毒螺旋体特异抗体测定(TPPA)均阳性, 部分患者脑脊液检查显示脑脊液蛋白质含量升高和白细胞计数升高(以单核细胞为主)。除 3 例放弃治疗外, 35 例经治疗后好转的患者血清及脑脊液抗体滴度均有不同程度降低, 脑脊液白细胞数、蛋白量均降至正常。结论 神经梅毒可防可治, 脑脊液梅毒诊断试验是神经梅毒诊断的重要依据, 同时需结合临床表现及其他检查进行综合分析, 及时正确治疗能够控制病情。

[关键词] 神经梅毒; 临床特征; 脑脊液

[中图分类号] R 759.1 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2014)08-0703-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.08.06

Diagnosis and treatment analysis of 38 cases of neurosyphilis and literature review XIA Hai-ping, REN Nai-yong, Qian Jin-jun, et al. Department of Neurology, the Fourth People's Hospital Affiliated to Jiangsu University, Jiangsu 212001, China

[Abstract] Objective To investigate the clinical characteristics laboratory examination, early diagnosis, the basis of classification and treatment of the patients with neurosyphilis. **Methods** The data of 38 patients with neurosyphilis from September 2004 to January 2014 in Fourth People's Hospital Affiliated to Jiangsu University, Zhenjiang First People's Hospital and the Fourth People's Affiliated Hospital of Jiangsu University were analyzed retrospectively. **Results** In this group, there were 38 patients, male 28 cases, female 10 cases, age 1~75 years old, mean 51.1 years, including 10 cases of interstitial neurosyphilis (8 cases of meningovascular neurosyphilis, 1 cases of spinal meningovascular neurosyphilis, 1 patients with meningeal neurosyphilis), 22 cases of parenchyma type (14 cases of paralytic dementia, 8 cases of tabes dorsalis), 2 case of optic nerve injury, 3 cases of asymptomatic neurosyphilis, 1 cases of congenital syphilis; serum, CSF RPR and TPPA in all patients were positive. In part of patients cerebrospinal fluid examination showed elevated cerebrospinal fluid protein content, the increased white blood cell count (mainly monocytes). Except 3 cases giving up treatment, 35 cases recovered after treatment, the serum antibody titre and CSF antibody titers were reduced to varying degrees, CSF white blood cell count, protein decreased to normal. **Conclusion** Neurosyphilis is preventable and curable, cerebrospinal fluid test for syphilis is an important basis for the diagnosis of neurosyphilis, but it is necessary to make a comprehensive analysis based on clinical manifestations, other examination in order to obtain the final diagnosis, and correct and timely treatment can control the disease.

[Key words] Neurosyphilis; Clinical characteristics; Cerebrospinal fluid(CSF)

神经梅毒系由苍白密螺旋体(treponema pallidum, TP)感染人体后出现的脑脊膜、血管或脑脊髓实质损害的一组临床综合征,是晚期(Ⅲ期)梅毒全身性损害的重要表现。神经梅毒的临床表现复杂多变,症状无特异性,几乎包括神经病学中的所有各种症状与体征,可出现神经科、眼科、皮肤科、精神科等科相似的临床表现,因此对神经梅毒的误诊率高^[1-5]。本研究对2004-09~2014-01江苏大学附属第四人民医院、江苏大学附属医院、镇江市第一人民医院收治的38例神经梅毒病例相关的临床症状、实验室检查结果、治疗转归等信息进行综合分析,以期帮助临床医师更早、更准确诊断和治疗神经梅毒。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集江苏大学附属第四人民医院、江苏大学附属医院、镇江市第一人民医院自2004-09~2014-01收治的38例患者,均符合神经梅毒诊断标准。其中男28例,女10例;年龄1d~75岁,平均年龄51.1岁。婚姻状况:已婚34例,未婚2例,离异2例;初次询问有冶游史6例,确诊后再次询问有冶游史21例,5例其配偶也有冶游史,另有5例否认有冶游史,其病程不详。5例既往有梅毒诊断史和青霉素治疗史。

1.2 诊断标准 神经梅毒的诊断参照中华人民共

和国卫生部行业标准:GB 15974-1995《梅毒诊断标准及处理原则》^[1],即一项梅毒血清学试验阳性和脑脊液(CSF)的快速血浆反应素试验(RPR)试验阳性。神经梅毒脑脊液异常标准:白细胞计数 $\geq 10 \times 10^6/L$;蛋白量 $> 500 \text{ mg/L}$,RPR试验阳性。欧洲神经梅毒诊断指南^[2]中关于CSF神经梅毒诊断标准中白细胞计数 $> 5 \sim 10 \times 10^6/L$ 。

1.3 研究方法 采用回顾性分析方法汇总分析38例患者的临床症状、梅毒血清学试验、CSF梅毒螺旋体试验以及脑脊液细胞学和生物化学等实验室检查结果、头颅CT及MRI、脊髓MRI等资料。

1.4 试剂 快速血浆反应素试验(RPR)和梅毒螺旋体特异抗体测定(TPPA)分别为上海科华生物工程股份有限公司及日本富士株式会社提供。

2 结果

2.1 临床分型及表现 (1)麻痹性痴呆14例:男性10例,女性4例;年龄最大68岁,最小43岁;40~49岁6例,50~59岁5例,60~69岁3例。患者主要表现为近期记忆力、计算力、判断力、定向力有不同程度的下降,反应迟钝、视幻觉、攻击行为、胡言乱语、易激惹、躁动等精神症状。8例患者(21.1%)以精神行为异常起病,其中4例表现为胡言乱语、视幻觉、易激惹、躁动等,1例表现为淡漠,无交流。2例

患者精神症状伴智能减退,其中1例伴偏瘫、癫痫发作。1例精神症状伴偏瘫。6例单纯智能减退,无精神症状。14例中均无 Argyll-Robertson (A-R) 瞳孔(瞳孔缩小、对光反射迟钝或消失而集合反射存在)。(2)脑膜血管神经梅毒8例:男7例,女1例;年龄最大75岁,最小35岁;30~39岁1例,40~49岁3例,60~69岁3例,70岁以上1例。患者主要表现为突发一侧肢体肌无力、偏身感觉障碍和中枢性面舌瘫。其中1例同时有定位明确的头痛症状,表现为前额、双颞部持续性胀痛或隐痛;1例伴反应迟钝,抑郁;1例表现为周围性面瘫。头颅MRI示双侧基底节及放射冠多发性腔梗,无A-R瞳孔。(3)脊髓痨8例:男7例,女1例,年龄最大64岁,最小32岁;30~39岁2例,40~49岁2例,50~59岁1例,60~69岁3例。主要表现为进行性双下肢麻木、无力、烧灼样剧痛,行走不稳,如有踏棉花感,小便淋漓不尽,性功能障碍,射精痛,深感觉障碍、闭目难立征

阳性、位置觉和振动觉均消失、肢体腱反射减弱、肌张力减低。其中有3例A-R瞳孔。(4)无症状型神经梅毒3例:男2例,女1例,分别是23岁,45岁,70岁,因其他疾病住院治疗血检时查出RPR阳性和TPPA阳性。(5)视神经损害2例(1男1女):男性患者57岁,亚急性起病,主要表现为进行性双眼视力下降,无恶心呕吐、无颈强直和神经系统其他表现,无A-R瞳孔;女性患者43岁,急性起病,表现为突发左眼失明,病程中出现左耳聋,双下肢无力,伴A-R瞳孔。(6)脊髓膜血管梅毒1例:59岁男性,表现为突发双下肢无力,大小便潴留,胸10以下深浅感觉均消失,双侧病理征(+).(7)先天性梅毒1例:患儿生后查血和脑脊液RPR、TPPA皆为阳性,但无梅毒临床症状。(8)脑膜神经梅毒1例:64岁女性,表现为左上睑下垂、发热、头痛、呕吐及颈项疼痛等症状,神经系统检查脑膜刺激征阳性。38例患者的临床表现见表1。

表1 38例神经梅毒患者的临床表现[n(%)]

临床分型	例数	男性	女性	主要临床表现
麻痹性痴呆	14	10(26.3)	4(10.5)	近期有不同程度的智能减退,反应迟钝、躁动等精神症状
脑膜血管神经梅毒	8	7(18.4)	1(2.6)	突发一侧肢体肌无力、偏身感觉障碍和中枢性面舌瘫。
脊髓痨	8	7(18.4)	1(2.6)	进行性双下肢感觉异常,深感觉消失、肢体腱反射减弱。
无症状型神经梅毒	3	2(5.3)	1(2.6)	血检时查出RPR阳性,TPPA阳性。
视神经损害性梅毒	2	1(2.6)	1(2.6)	进行性视力下降,突发失明。
脊髓膜血管梅毒	1	1(2.6)	0(0.0)	突发双下肢无力,大小便潴留,深浅感觉均消失,双侧病理征(+).
先天性梅毒	1	1(2.6)	0(0.0)	无梅毒临床症状。
脑膜神经梅毒	1	0(0.0)	1(2.6)	上睑下垂、发热、头痛、呕吐及颈项疼痛等症状,神经系统检查脑膜刺激征阳性。

2.2 实验室检查 (1)血清学检查:38例患者血清RPR试验均为(+),滴度范围1:1~1:64,TPPA均为(+),1:320~1:1280;抗HIV抗体均为(-)。(2)脑脊液检查:38例均进行腰椎穿刺,脑脊液压力变化小,除1例290 mmH₂O,其余均在正常范围内(正常值80~170 mmH₂O),脑脊液蛋白定性潘氏试验阳性10例,白细胞总数>10×10⁶/L为14例,以单核细胞增多为主。脑脊液TPPA试验均阳性;脑脊液RPR均阳性,滴度在1:1~1:16,脑脊液生化检查以蛋白质普遍明显升高为主要表现,蛋白定量>500 mg/L者12例,占32.4%;葡萄糖、氯化物变化值均很小,基本处于正常值范围。

2.3 影像学检查 血管型神经梅毒头颅MRI有相应责任病灶,分别表现额顶叶多发急性梗死灶3例;左侧颞顶枕及基底节大片脑梗死1例;基底节多发

梗死灶4例。麻痹性痴呆头颅MRI多数有脑萎缩;额颞叶见低密度灶和异常信号影4例;有2例头颅MRI未见异常。1例脑膜梅毒双侧海马颞叶岛叶肿胀伴信号改变。

2.4 神经电生理检查 神经梅毒的电生理检查变化不明显,麻痹性痴呆和脑膜血管神经梅毒患者脑电图受累不明显,9例脊髓病变患者中有1例肌电图提示下肢周围神经受累,其他8例肌电图及深感觉通路受累皆不明显。

2.5 治疗与转归 本组38例患者经明确诊断为神经梅毒后其中有3例麻痹性痴呆患者家属要求自动出院,放弃治疗。其中34例患者使用大剂量水剂青霉素2400万U/d,分次静脉滴注,10~14d为一疗程,之后改苄星青霉素240万U每周一次肌注,连续3周。使用青霉素前1d开始口服强的松防止过

敏反应。其中1例先天梅毒患儿使用青霉素35万U静滴,2次/d,头孢地嗪64mg,每8h一次,均使用15d。麻痹性痴呆患者同时用丙戊酸钠、奎硫平对症治疗,脊髓痨患者下肢闪电样疼痛用卡马西平止痛,脑膜血管神经梅毒患者辅以活血化瘀治疗。经约5周的治疗后在第3、6、12个月及第2、3年进行临床检查和血清、脑脊液梅毒试验。简易智能状态检查量表(MMSE)评分提高,高颅压症状及脑膜刺激征消失,肢腱反射恢复,且未再发生抽搐,双下肢疼痛、共济运动失调等症状改善。35例经治疗后好转的患者血清抗体滴度及脑脊液抗体滴度均有不同程度降低,脑脊液白细胞数、蛋白量均降至正常。

3 讨论

3.1 梅毒起源于欧洲,随着资本主义的扩张而传播到全世界。20世纪50年代后梅毒在我国几乎绝迹,但70年代后发病率又有上升。镇江地处苏南,经济发达,流动人口多,所以本研究收集到38例诊断明确的患者。神经梅毒的感染途径有两种:后天感染主要传播方式是不正当的性行为,男同性恋者是神经梅毒的高发人群;先天梅毒则是通过胎盘由患病母亲传染给胎儿。约10%未经治疗的早期梅毒患者最终发展为神经梅毒,约15%的人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者梅毒血清学试验阳性,约1%的HIV感染者患神经梅毒。感染梅毒数周或数月后就可表现为头痛、颈抵抗感。发病初期仅出现脑脊液的变化,到晚期逐渐出现脑脊髓膜、血管和脑、脊髓实质性的损害^[3,4]。潜伏梅毒未经治疗或治疗时剂量不足,可发生神经梅毒^[5,6]。神经梅毒的诊断依据:(1)梅毒感染史和治疗史。(2)有关神经系统临床表现。(3)梅毒血清学(特异和非特异)实验,传统的快速血浆反应素试验(RPR)与性病研究实验室试验(VDRL)用于诊断神经性梅毒的敏感性和特异性。(4)CSF检查,在神经梅毒的诊断中起着重要的作用^[7]。

3.2 各型神经性梅毒的临床表现 神经梅毒根据临床表现可分为间质型(包括脑膜血管梅毒,脊髓血管梅毒,脑膜梅毒)、实质型(包括麻痹性痴呆,脊髓痨)、视神经损害、无症状型神经梅毒、先天性神经梅毒。(1)麻痹性痴呆:包括精神和神经表现,精神表现为神经性梅毒的主要临床特点(本文病例中以精神行为异常起病的病例占神经性梅毒的18.4%);在青霉素开始应用到临床确诊之前,神经性梅毒的精神性表现常常被误诊为精神疾病,占精神病院住院患者的15%~30%。Forest^[5]和Wahab

等^[6]报道神经梅毒的精神症状与精神疾病无明显差异,但有60%~100%神经梅毒患者会伴有痴呆,这与本文发现一致^[5-8]。麻痹性痴呆随着病情恶化,痴呆日益明显,大小便及日常生活不能自理。对以精神症状为主要表现的神经梅毒要防止误诊、漏诊^[8]。神经梅毒神经系统表现可表现为癫痫(本文病例中癫痫病例占神经性梅毒的2.6%)发作或卒中样(本文病例中卒中病例占神经性梅毒的5.3%)发作,突然出现偏瘫、失语,此外,还可出现A-R瞳孔,视神经萎缩,面、唇、舌、手指震颤。(2)脊髓痨:本文病例下肢感觉异常或感觉减退,腱反射消失,肌张力降低,尿潴留性尿失禁和阳痿主要是腰骶部神经后根受损引起。深感觉障碍、感觉性共济失调由脊髓后索变性引起,还可以出现夏可关节(Charcot's joints)。(3)视神经萎缩:梅毒性视神经萎缩可以是神经梅毒的一个孤立表现,也可以是脊髓痨或麻痹性痴呆中的一种表现,先是单侧受损,而后再累及对侧,呈进行性视力减退,最后失明。(4)无症状型神经梅毒:多为体检时查出。(5)视神经损害性梅毒:主要表现为进行性单眼或双眼视力下降。(6)脊髓膜血管梅毒:主要表现为突发双下肢运动感觉障碍,病理征(+).(7)先天性梅毒:妊娠合并梅毒其围产儿病死率高达50%,但经正规治疗多可治愈^[8]。(8)脑膜神经梅毒:主要表现为脑膜刺激征。

3.3 实验室检测 脑脊液检测有其重要参考价值,但不能仅凭脑脊液的检测来诊断神经梅毒,仍需结合临床症状体征及影像学观察对神经梅毒做出诊断。脑脊液VDRL特异性高,敏感性低。脑脊液荧光梅毒螺旋体抗体吸收试验(FTA-ABS)阴性可排除梅毒,是可靠的诊断方法,见于较多的报道^[7-10]。

3.4 治疗随访 迄今为止,尚未发现耐药株,所以青霉素作为首选没有异议。有学者认为增加疗程也有必要^[7]。神经梅毒要随访复查脑脊液,每半年一次,直至脑脊液完全转为正常为止。治疗后6个月脑脊液细胞数无下降或治疗后2年脑脊液细胞数未转到完全正常者,应予重复治疗^[11]。文献报道和我们研究都提示神经梅毒能够完全治愈^[8,11],脑脊液梅毒诊断试验是神经梅毒诊断的重要依据,同时需结合临床表现、其他检查的综合分析,及时正确治疗能够控制病情。

参考文献

- 1 中华人民共和国卫生部行业标准:GB 15974-1995《梅毒诊断标准及处理原则》[S].

- 2 French P, Gomberg M, Janier M, et al. IUSTI: 2008 european guidelines on the management of syphilis[J]. *Int J STD AIDS*, 2009, 20(5):300-309.
 - 3 Marra CM, Tantalos LC, Sahi SK, et al. Cxcl13 as a cerebrospinal fluid marker for neurosyphilis in HIV- infected patients with syphilis[J]. *Sex Transm Dis*, 2010, 37(5):283-287.
 - 4 潘鹏克, 蒙仁玖, 韦礼华, 等. 神经梅毒的诊治研究进展[J]. *中国医学工程*, 2012, 20(5):234-236.
 - 5 Forest A, Barrou Z, Verny M. Neurosyphilis and cognitive disorders [J]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2013, 11(4):423-431.
 - 6 Wahab S, Md Rani SA, Sharis Othman S. Neurosyphilis and psychosis[J]. *Asia Pac Psychiatry*, 2013, 5(Suppl 1):90-94.
 - 7 谭燕, 方雅秀, 彭良富. 以精神症状为首发症状的神经梅毒70例临床分析[J]. *医学临床研究*, 2011, 5(28):370-373.
 - 8 廖立红. 新生儿先天性梅毒的早期诊断和治疗[J]. *中国临床新医学*, 2009, 2(11):1173-1175.
 - 9 李莹玲. 无偿献血 80221 份血清标本梅毒检出率分析[J]. *中国临床新医学*, 2010, 3(8):771-773.
 - 10 Harding AS, Ghanem KG. The performance of cerebrospinal fluid treponemal-specific antibody tests in neurosyphilis: a systematic review[J]. *Sex Transm Dis*, 2012, 39(4):291-297.
 - 11 Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010[J]. *MMWR Recomm Rep*, 2010, 59(RR-12):1-110.
- [收稿日期 2014-03-03][本文编辑 杨光和 吕文娟]

课题研究·论著

神阙贴穴位贴敷辅助治疗小儿支气管肺炎的临床观察

段捷华, 樊小阳, 张俊华, 覃睿, 罗志华, 何燕华, 梁登贺, 余冬林, 张惠, 王钢, 翁田芳, 徐治超, 杨秀坚, 吴姍

基金项目: 广西卫生厅科研课题(编号: Z2012365)

作者单位: 537100 广西, 贵港市妇幼保健院儿科

作者简介: 段捷华(1964-), 女, 研究生学历, 学士学位, 主任医师, 研究方向: 儿科临床诊治。E-mail: djh5009@163.com

[摘要] 目的 观察神阙贴穴位贴敷辅助治疗小儿支气管肺炎的治疗效果。方法 选择 2012-02~2013-08 收治的 1~12 个月的小儿支气管肺炎患儿 82 例, 随机分为观察组和对照组, 两组均予以常规综合治疗, 观察组在综合治疗的基础上加神阙贴穴位贴敷辅助治疗, 对照组仅予以常规综合治疗。结果 (1) 观察组总有效率优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); (2) 两组临床指标(症状、体征消失时间和住院天数)比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); (3) 治疗后 7 d 胸片炎症阴影的恢复观察组明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); (4) 两组均未见明显不良反应, 治疗后 WBC、GRAN#、CRP、HsCRP、HGB、MCV 的变化比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 神阙贴穴位贴敷有助于促进小儿支气管肺炎炎症吸收, 提高疗效的作用, 是辅助治疗小儿支气管肺炎的一种疗效确切、方法简便、价格低廉、无毒副作用的方法, 值得临床推广。

[关键词] 神阙贴穴位贴敷; 小儿支气管肺炎; 临床观察

[中图分类号] R 56 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2014)08-0707-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.08.07

Clinical observation of Shenque paste acupoint sticking in the adjuvant treatment of children bronchial pneumonia DUAN Jie-hua, FAN Xiao-yang, ZHANG Jun-hua, et al. Department of Pediatrics, Guigang Maternal and Child Health Hospital, Guangxi 537100, China

[Abstract] **Objective** To explore the therapeutic effect of Shenque paste acupoint sticking in the adjuvant treatment of children bronchial pneumonia. **Methods** From February 2012 to August 2013, 82 babies between 1 month and 12 months who had bronchial pneumonia, were randomly divided into observation group and control group, both groups were treated with routine comprehensive treatment, on the basis of a comprehensive treatment the observa-