腹膜外剖宫产术较进腹剖宫产术比较，可降低感染率及避免感染扩散。(4)本院采用的腹膜外剖宫产术对皮下脂肪、腹直肌、子宫肌层等采用撕拉法使其行于其中的血管、神经借助于本身的弹性保留下来，减少了皮下肌肉及子宫出血和损伤。皮肤用滑线，术后 4~5d 抽线，可减少缝线对皮肤刺激及损伤，外观美观且很少形成硬结，使术后疤痕愈合良好，同时也减少住院时间。

由此可见，腹膜外剖宫产术是一种值得推广使用的剖宫产术式。

参考文献

[1]赵俊.疼痛治疗学[M].北京：华夏出版社，1994.29

[2]傅才英.手术学全集:妇产科手术学[M].第 2 版.北京：人民军医出版社，2004.1

（收稿日期：2005-05-08）

参麦注射液、多巴胺佐治新生儿硬肿症并多器官功能衰竭 38 例分析

张永芹　李昌玲　刘杰

（山东省聊城国际和平医院　聊城 252000）

关键词：新生儿硬肿症；多脏器功能衰竭；MSOF；中西医结合疗法；参麦注射液；多巴胺

中图分类号：R 722.16　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2005)06-0028-02

新生儿重度硬肿症是新生儿的急重症，在合并多器官功能衰竭（MSOF）时治疗难度较大，是造成新生儿死亡的常见原因之一。我院采用参麦注射液、多巴胺佐治硬肿症伴 MSOF 疗效满意。现报告如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　新生儿硬肿症诊断标准及病情分度参照 1989 年全国新生儿学组会议讨论标准。收治的 70 例重度早产儿硬肿症患儿，随机分成 2 组，治疗组 38 例，对照组 32 例。2 组主要并发症见表 1。

表 1　2 组早产儿硬肿并发症比较　　例

组别	n	室息	肺炎	败血症	呼衰	肺出血	肾功能不全	DIC
治疗组	38	22	16	6	8	4	3	2
对照组	32	20	17	5	7	5	2	2

1.2　诊断标准　心力衰竭诊断标准：心动过速 >160 次 /min，呼吸急促 >60 次 /min，心脏扩大或心胸比 >0.6，肝肋下≥3cm 或奔马律。呼吸衰竭诊断标准：呼吸急促 >60 次 /min 或 <30 次 /min 且有节律改变；青紫、呻吟、三凹征（+）；血气示 PaO_2≤6.6（50mmHg）和 / 或 PaO_2≥6.67kPa。肾功能衰竭诊断标准：少尿（1mL/kg•h）或无尿（<0.5mL/kg•h）；氮质血症（<SCr≥88~142μ mol/L，BUN≥7.5～11mmol/L 或每日增加 SCr≥44μ mol/L，BUN≥3.57mmol/L）。休克的诊断标准：见表 2。2 组 MSOF 发生率见表 3。

表 2　新生儿休克评分标准

评分	血压 /kPa	脉搏	皮肤温度	皮肤颜色	皮肤指压转红
0	>8.0	正常	正常	正常	正常
1	6.1~8.0	弱	凉	苍白	轻度变慢
2	<6.1	触不到	冷	发花	严重变慢

表 3　2 组 MSOF 发生率比较　　例(%)

项目	治疗组	对照组
呼衰＋心衰	22(57.9)	19(59.4)
呼衰＋心衰＋肾衰	10(26.3)	8(25.0)
呼衰＋心衰＋肾衰＋休克	6(15.8)	5(15.6)

1.3　治疗方法　2 组均给予综合治疗，包括复温、改善通气、维持水电解质平衡、纠正酸中毒、支持治疗、防治感染等。对合并窒息给予改善通气及供氧，维持血糖、血压及内环境稳定，肺出血者行机械通气，DIC 者予肝素及输血等治疗，心力衰竭者予西地兰治疗，呼吸衰竭者予呼吸支持，肾功能衰竭者予维持体液平衡及腹膜透析，休克者予扩容、纠正酸中毒及血管活性药物应用等治疗。治疗组在此基础上加用参麦注射液 2mL/(kg•d)加 10%葡萄糖液 30mL 中静脉滴注，每日 1 次，同时给予多巴胺 2μ g/(kg•min)，用微量输液泵 24h 维持给药，直至硬肿消失。

1.4　统计学方法　2 组样本均数比较采用 t 检验，数据采用（$\bar{X}\pm S$）表示；两样本率间比较采用 χ^2 检验。

2　结果

治疗组 38 例中痊愈 31 例，好转 5 例，死亡 2 例，治愈率为 81.6%；对照组 32 例中痊愈 24 例，好转 6 例，死亡 2 例，治愈率 75.0%：治愈率比较两者无明显差异（P>0.05）。但从临床症状体征的好转、MSOF 纠正时间及住院天数上显示治疗组优于对照组。体温回升时间：治疗组 0.5~1.5d，平均 1d；对照组 1~3d，平均 2d：2 组比较差异显著（P<0.05）。硬肿消退时间：治疗组 3~6d，平均 4d；对照组 5~9d，平均 7d：2 组对照差异非常显著（P<0.01）。MSOF 纠正时间：治疗组症状体征消退时间为 3~5d，平均约 4d；对照组为 5~8d，平均 6.5d：2 组对照差异显著（P<0.05）。住院天数：以痊愈者计算，治疗组 8~13d，平均 10.8d；对照组 10~16d，平均 14.6d：2 组对照差异显著（P<0.05）。

3　讨论

新生儿硬肿症是由寒冷损伤、窒息缺氧、感染等引起的症候群，以早产、窒息、感染的新生儿为多见，是新生儿死亡的重要原因之一。由于这些因素引起之血流缓慢、酸中毒，可引起全身微血管痉挛，血管通透性增强，产生微循环障碍，使组织缺氧而影响脂肪代谢和产热过程，尤以早产儿为重，易发生多脏器功能衰竭，其中以脑、肺、肾、心及胃肠为严重，常因呼吸衰竭、肺出血而死亡。

多巴胺具有增加血流量、促进利尿作用，并能选择性扩张肾血管，增加肾血流量，保护肾功能；能扩张冠状动脉，增

EB 病毒感染 128 例临床及治疗分析

杜曾庆　刘晓梅　杨红雁
（云南省昆明市儿童医院　昆明 650034）

关键词：EB 病毒感染；IM；小儿发热；α-1b 干扰素；治疗分析
中图分类号：R 511　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2005)06- 0029-02

EB 病毒（EBV）感染是小儿长期发热的病因之一。现将我院 1998 年 1 月 ~2004 年 12 月收治的 EBV 感染 100 例报道如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　男 82 例，女 46 例；年龄 l0 月 ~14 岁，其中 1~3 岁 32 例，3~6 岁 45 例，6~9 岁 37例，＞9 岁 14 例；发病季节：1~3 月 22 例，4~6 月 29 例，7~9 月 63 例，10~12 月 14 例；农村 81 例，城镇 47 例。

1.2　临床表现　128 例均有发热，体温 39~41.5℃，其中 39~40℃56 例，>40℃72 例；寒战 20 例，咳嗽 24 例，食欲减退 55 例，呕吐 13 例，便秘 19 例，腹泻 9 例，眼睑浮肿 24 例，鼻阻 15 例，咽痛 29 例，扁桃体Ⅱ° 肿大、有灰白色渗出物覆盖 34 例，麻疹样皮疹 7 例，不能行走 3 例，嗜睡 4 例；肝肿大 115 例，脾肿大 79 例，浅表淋巴结肿大 77 例；胸腹水（B 超诊断）1 例，治疗后复查正常；合并川崎病 1 例，传染性单核细胞增多症（IM）41 例。

1.3　实验室室检查　血 WBC 总数正常 49 例；分类中性粒细胞增高 30 例；血 WBC 总数 ＞10× 10^9 例，最高达 38.5× 10^9/L，其中分类中性粒细胞增高 30 例，淋巴细胞增高 46 例；血 WBC 总数在（20.0~38.5）× 10^9/L 的 22 例，治疗后复查正常；3 例入院时血 WBC 总数分别为 [1.5（其 PLT18.9× 10^9/L）]，3.1，3.5× 10^9/L]，治疗后复查正常：在 41 例 IM 中，均检出异型淋巴细胞分别占 12%~47%，白细胞分类淋巴细胞均升高，其中 WBC 总数＞10× 10^9/L40 例；1 例多次检查 WBC 总数均止常。心电图检查：窦性心动过速 64 例，I。AVB 的 l1 例，T 波改变 8 例。65 例做过 PPD 试验检查均为阴性。血培养检查 70 例，其中 5 例做过 2 次，结果均无细菌生长。骨髓检查 7 例（1 例做了 2 次），其中 3 例正常，4 例为感染性骨髓象；7 例 8 人次做过骨髓培养检查均无细菌生长。3 例淋巴结活检均为增生淋巴结炎；ALT 增高 53 例，其中 21 例出院前复查 18 例正常，3 例近正常，8 例在出院后半月复查正常。肥达反应检查 20 例：其中 4 例 O 1:80（+）、H l:40（+），3 例 O、H 均为 1:160(+)，1 周后 7 例复查效价均降低或转阴；8 例 O 、H 均为 1:80 （+），1 周后复查效价不变或降低；5 例 O（－），H 为 1:40（+）1 例，H 分别为 1: 80（+）、1:160（+）各 2 例。嗜异性凝集试验检查 40 例：其中阴性 12 例，1:10（+）5 例，1:20（+）17 例，1:40（+）1 例，＞1:40（+）5 例。本组病例除 23 例 IM 外，其中 67（包括 5 例 IM）例；做了 EBVCA-IgA 检查：其中 1:10（+）42 例，1:20（+）13 例 1:40（+）9 例，1:80（+）3 例；38(其中 1 例做了 2 次）例 FQ-PCREBVDNA 检查均 >3.3× 10^3Copies/mL（正常 0~10× 10^2Copies/mL），最高达 4.1× 10^9Copies/mL。

1.4　治疗及转归　本组病例中的 41 例 IM，其中 40 例 IM 入院时根据发热，肝、脾或肝肿大，血 WBC 总数及分类淋巴细胞增高，异型淋巴细胞＞10%很快确诊，改用 α -lb 干扰素 100 万 U 肌注，连用 5d，临床症状很快消失，热退，肝脾回缩。l 例 IM，发热、腹泻、肝脾肿大，血 WBC 总数 3 次检查正常，分类淋巴细胞均升高，抗生素治疗 5d 无效，外周血检出异型淋巴细胞占 18%，嗜异性凝集试验 1:20（+），确诊 IM，改用 α-lb 干扰素肌注，2d 后热退，临床症状很快消失。41 例 IM 选用 α -lb 干扰素肌注后治愈出院，平均退热天数 2.2d，平均住院天数为 8.2d。除 IM 外的 87 例 EVB 感染病例，入院前或入院中均用过包括第 3 代头孢菌素在内的多种抗生素治疗无效，在确诊 EVB 感染后，选用 α-lb 干扰素每日肌注 100 万 U（3 例<2 岁选用 50 万 U）肌注，连用 5d，临床症状很快得到控制，其中 86 例治愈出院，平均退热时间 2.7d；住院时间 7~36d，平均住院时间 11.3d；发热时间 8~40d，平均发热时间 14.8d；另外 1 例肝脾肿大，高热不退，高热不退，白细胞、血小板明显降低，2 次 FQ-PCREBVDNA 阳性，2 次骨髓、1 次血培养无细菌生长，给过肌注 α-lb 干扰素 10d，静滴阿西洛韦 5d，静滴静脉丙种球蛋白 17.5g，病情危重，体温高达 41.5℃，治疗近 3 周，转外院 3d 无效死亡。

加心肌收缩力，改善心肌供血，并能解除微血管痉挛，纠正休克，阻断 DIC；对预防肺出血有重要作用。参麦注射液是红参、麦冬的复方制剂，具有兴奋垂体—肾上腺皮质系统及增加网状内皮系统对休克时各种病理性物质的清除作用，且对血压呈双向调节，故可维持血压稳定和保证心、脑、肾上腺等重要脏器的血供及改善微循环，增加机体耐缺氧能力。该药属中药类正性肌力药物，具有增加心输出量、减少心肌耗氧量、扩张血管作用，从而改善肺动脉高压和心功能，并有保护、修复心肌细胞及一定的抗心律失常的作用。同时，参麦注射液还能解除微血管痉挛，降低肺循环阻力，纠正休克，阻断 DIC，对预防肺出血有重要作用。参麦注射液还能增加膈肌的收缩力，改善其舒张功能，利于疲劳膈肌的恢复，因此对纠正呼吸衰竭有重要意义。两者合用可使患儿心搏出量增加，微循环改善，尿量增多，体温回升，从而使皮肤硬肿、水肿减轻，防止机体重要脏器功能衰竭及休克、DIC、肺出血的发生。虽然 2 组在治愈率上无明显差异，但治疗组在体温回升、硬肿消退及 MSOF 的恢复上体现出一定的优势，尤其是硬肿消退方面有显著疗效，对阻抑 MSOF 的进一步发展有重要意义。

（收稿日期：2005-05-16）