

生大黄粉在早产儿胃肠喂养不耐受症中的临床疗效观察

余艾霞

(湖北省鄂州市中心医院 鄂州 436000)

关键词:早产儿;喂养不耐受;大黄

中图分类号:R 722.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0071-02

近年来随着围生医学的迅猛发展及 NICU 的普及,早产儿的存活率正逐年提高,低出生体重儿的住院人数不断上升。在早产儿易出现的多种并发症中,喂养不耐受问题日益突出。如何合理解决早产儿特别是低出生体重儿的喂养问题,是提高早产儿存活率及生存质量的关键。我科用生大黄粉治疗早产儿喂养不耐受取得良好效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2004 年 10 月~2006 年 12 月在我院儿科住院治疗早产儿 62 例。随机分为两组,治疗组 32 例,男 21 例,女 11 例;对照组 30 例,男 20 例,女 10 例;两组均于生后 24h 内入院。两组患儿治疗前在性别、胎龄、日龄、出生体重、Apgar 评分、基础疾病(窒息 20 例,HIE 9 例,RDS 6 例,早产儿 14 例,肺炎 10 例,硬肿症 3 例)等方面无显著性差异, $P > 0.05$,见表 1。

表 1 两组新生儿临床资料 ($\bar{X} \pm S$)					
分组	n	胎龄(周)	日龄(d)	出生体重(g)	Apgar 评分(分)
治疗组	32	32.6 $\pm$ 3.1	6 $\pm$ 2.03	1 228 $\pm$ 191	7.0 $\pm$ 2.0
观察组	30	32.9 $\pm$ 3.0	8 $\pm$ 1.28	1 243 $\pm$ 206	6.8 $\pm$ 2.1

1.2 诊断标准^[1] (1)频繁呕吐,每天超过 3 次以上;(2)奶量治疗组 99 例,其中男 51 例,女 48 例,平均月龄 (21.87 $\pm$ 19.78) 月;对照组 94 例,男 50 例,女 44 例,平均月龄 (21.33 $\pm$ 14.00) 月,两组的年龄和性别之间差异无显著性 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 急性上呼吸道感染诊断标准^[1] (1)急性起病,病程 $\leq$ 3d;(2)体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$;(3)伴有咳嗽、流涕、鼻塞、声音嘶哑等症状;(4)年长儿可诉头痛、咽痛及全身酸痛等;(5)体检见咽部充血,扁桃体肿大;(6)外周血常规白细胞计算及分类均在正常范围之内。

1.3 治疗

1.3.1 治疗方法^[2] 治疗组采用炎琥宁冻干粉针剂 5~10mg/(kg $\cdot$ d) 加入 5%葡萄糖注射液或 5%葡萄糖氯化钠注射液静脉点滴,辅以常规支持、对症处理;对照组给予口服感冒药物(如小儿伤风速效颗粒、板蓝根颗粒等),辅以常规支持、对症治疗。

1.3.2 疗效判定标准 (1)治愈:治疗后临床症状、体征全部或基本消失;(2)显效:治疗后临床症状、体征明显改善;(3)好转:治疗后临床症状、体征有所减轻;(4)无效:治疗后症状无改善或加重。

2 结果

两组总疗效比较:治疗组治愈 91 例,治愈率为 91.9%,显效 4 例,好转 2 例,无效 2 例,总有效率为 98.0%;对照组治愈 60 例,治愈率为 63.8%,显效 8 例,好转 10 例,无效 16 例,总有效率为 83.0%。治疗组治愈率明显高于对照组,差异有显著性 ($\chi^2=26.25, P < 0.01$);治疗组总有效率明显高于对照组

不增加或减少,持续 3d 以上;(3)胃潴留,潴留量大于前次喂养量的 1/3;(4)腹胀,排便不畅;(5)胃内咖啡样物,大便潜血阳性;(6)排除胃肠道先天畸形。

1.3 治疗方法 两组均在加强早产儿护理、积极治疗原发病、纠正脏器功能衰竭、静脉营养的基础上,经胃管或口喂养。治疗组予生大黄粉 50mg/(kg $\cdot$ 次),温开水 20mL 冲服,每 8 小时 1 次,于喂奶前 30min 喂入,保持大便每日 3~5 次为宜。每 2~3 天增加 50mg/(kg $\cdot$ 次),治疗 5~7d。对照组用生理盐水代替大黄,12~48h 后观察疗效。

1.4 疗效判定 由专人以填表方式逐日逐次详细记录病情变化。观察每日进奶量、胃潴留、腹胀、体重、大小便情况

1.5 统计方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 症状改善情况 见表 2。应用大黄后喂奶量增加,胃潴留减少,腹胀消失,体重增加,喂养不耐受时间明显缩短,与对照组比较有显著差异 ($P < 0.01$)。

表 2 两组治疗后症状改善比较 ($\bar{X} \pm S$)							
分组	n	奶量[mL/(kg $\cdot$ d)]	胃潴留(mL/次)	腹胀消失(d)	体重增加(kg)	喂养耐受时间(d)	
治疗组	32	120 $\pm$ 42	2.15 $\pm$ 0.86	2.0 $\pm$ 1.5	0.64 $\pm$ 0.41	1.8 $\pm$ 1.2	
观察组	30	80 $\pm$ 28	6.75 $\pm$ 3.14	4.1 $\pm$ 1.8	0.32 $\pm$ 0.25	3.5 $\pm$ 1.7	

($\chi^2=16.96, P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较					
组别	n	治愈	显效	好转	无效
治疗组	99	91	4	2	2
对照组	94	60	8	10	16

3 讨论

治疗急性上呼吸道感染目前无特效抗病毒药物,临床医师多采用口服抗感冒药,辅以常规支持、对症治疗,疗效不佳,病程长,治疗不及时,易引起支气管炎、肺炎。近几年来临床上采用炎琥宁治疗小儿急性上呼吸道感染,取得了较好的疗效,治愈率明显增高,疗程缩短^[3]。炎琥宁为天然植物穿心莲叶中提取有效成分穿心莲内脂,经人工半合成穿心莲内脂琥珀酸半脂制成钾钠盐,并加工成冻干粉针剂,成盐完全,稳定性较好。炎琥宁可抑制肌苷酸-5 磷酸脱氢酶,阻断肌苷酸转化为鸟苷酸,进而抑制病毒的 RNA/DNA 的合成,使病毒不能复制。同时对抗人体炎症介质组织胺所致的毛细血管通透性提高,减少组织炎性渗出和水肿,可早期抑制炎症发展。

综上所述,炎琥宁应用于小儿急性上呼吸道感染,可减轻急性上呼吸道感染症状,加速退热过程,缩短疗程,毒副作用极少,与抗生素合用起协同作用,可作为抗病毒的首选药物,值得临床推广。

参考文献

[1]袁承文.儿科诊断治疗学[M].北京:中医药科技出版社,1994.261-263
[2]李文汉.新编儿科药物手册[M].北京:人民卫生出版社,1999.69
[3]叶慧宇.炎琥宁治疗急性病毒性上呼吸道感染并腹泻 30 例疗效观察[J].中华中西医杂志,2003,4(24):963-964

(收稿日期: 2008-06-11)

36 枚 HERO642 镍钛根管锉断针原因分析

陈小军
(浙江省东阳市人民医院 东阳 322100)

关键词:HERO642 镍钛根管;断针;原因

中图分类号:R 783.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0072-01

随着镍钛机用根管器械进行根管预备术的广泛开展,牙根管中断针的病例也在逐渐增多,本文对本科在近 2 年来使用过程中发生断针的 36 枚 HERO642 镍钛根管锉断针原因结合临床进行分析,以期减少断针的发生。

1 临床资料

在 2004 年 9 月~2006 年 8 月间的根管断针病例中,选择近年来才推广临床的 HERO642 镍钛根管锉断针病例,共计 36 枚断针。其中男 15 例,女 21 例;上颌牙 19 例,下颌牙 17 例;磨牙、前磨牙、前牙比为 17:1:0。断针位于根管上、中、下的比为 1:9:8。患者的年龄跨度较大,但多数发生于 45 岁以上(28 例)。经处理后,7 例断针成功取出,21 例通过根管旁路完成治疗,2 例采用根尖切除术加倒充填完成治疗,6 例断针上方行常规根管治疗术后观察,症状消失,尖周病灶缩小或消失(最长观察时间 10 个月,最短 2 个月)。断针发生的部位距针尖:<2mm 的 6 枚,2~5mm 的 16 枚,>5mm 的 6 枚,针尖变形的 2 枚,针柄分离的 6 枚。断针的型号:06 锥度 21 枚,04 锥度 10 枚,02 锥度 5 枚。

2 断针原因分析及处理方法

2.1 根管口未完全打开 髓室未完全打开,致使根管口暴露不完全,使根管锉与根管形成一定的角度进入根管,在根管锉转动的时候形成较大扭力,导致根管锉折断或形成台阶。这种断针多发生在老年人后牙根管口较小者,均为大锥度根管锉折断。本组发生这种情况的为 2 枚,断针发生的部位均为距针尖 2~5mm,均为 06 锥度。处理方法:充分打开根管口,

2.2 不良反应 治疗期间 3 例出现腹泻,2 例停药 2~3d 后症状消失,1 例加服思密达后止泻,余病例未发现不良反应。

3 讨论

良好的生存离不开有效的营养,而这又赖于胃肠运动消化吸收功能、黏膜屏障功能和动力的成熟与完善。早产儿胃肠动力不成熟,缺乏有效地吸吮和吞咽,胃食道返流,胃排空延迟,肠蠕动推进活动力弱等,这些都是发生喂养不耐受的原因^[1]。喂养不耐受严重影响机体内环境的稳定及生长发育,肠道喂养的进展缓慢常导致肠外营养的延长,而这将使新生儿易患坏死性小肠结肠炎(NEC)、肝功能障碍,并使住院时间延长。针对早产儿肠道喂养困难或不耐受目前使用较多的是全消化道促动力药西沙比利和胃动素激动剂红霉素^[2]。但近年报道前者有心脏方面的副作用,而后者为抗生素,长期使用易产生抗药性和肠道菌群失调。现代人的健康意识随生活质量的提高而迅速提升,中药以其纯天然、高疗效、低毒性的特点,日益为人们所认可和接受。大黄作为治疗多种疾病的重要中药,治疗新生儿胃肠功能障碍的作用是多方面的,研究表明与下列机制有关^[4-5]:(1)促进肠蠕动。清除肠道内

用扩孔钻打开根管上 1/3,然后以逐步深入法预备根管。

2.2 进针压力过大 对机用镍钛根管锉的性能不了解及对技术操作不熟悉。使用非专用根管治疗机,将根管锉作为打通钙化根管的器械使用,将根管锉加压强行进入管径较小的根管,这些情况都会导致进针压力过大,都是对镍钛根管器械使用原则和范围的误解。本组 9 枚断针与此有关,其折断的器械均为较大号器械,折断处均为根管转折处,其中 1 枚断针的原因是器械在根管口的入口方向有误,锉进入了根管的牙本质内造成断针。处理方法:控制进针压力,使用专用根管治疗机,设置适当扭力和稳定转速。

2.3 操作方法不规范 进行根管预备时采用逐步深入法,它的主要操作要点是从根管口开始,逐步扩大,逐步深入。其优点:(1)能够安全迅速地去除牙髓组织和坏死碎屑,易将根管内坏死组织推出根尖孔外。(2)有利于根管冲洗液到达根管预备的最前沿。(3)能够较好地预备出漏斗型的根管形态^[3]。HERO 根管锉预备根管分三阶段:第一阶段 06 锥度用于移除冠部之障碍,校正其根管冠部的弯曲进而创造一个较理想的通道,使进入下半段根尖处更加顺利。第二阶段 04 锥度进一步向下扩展推进使其更加接近根尖。第三阶段 02 锥度再准确的进到根尖处。若不及时换锉使大锥度锉继续深入根管,就会因根管箍抱根管锉过紧而导致锉折断。反之如不恰当的跳号操作,不仅难以制备出良好的根管形态,反而在根管狭窄或根管弯曲处容易造成断针。况且这种断针一般都以取出,有些病例会发生严重的术后并发症。(下转第 83 页)

细菌和内毒素,减轻内毒素对机体的损害,并维持平均动脉压,减轻肠壁血管通透性,改善肠道的病理损伤。(2)抑制细菌繁殖。保持肠道菌群的生态平衡,改善肠道黏膜血流灌注,缓解其缺血缺氧。(3)提高组织对缺氧的耐受性及抗氧自由基、调节免疫的功能。因而我们将生大黄粉应用于治疗早产儿喂养不耐受,且取得较好效果,而大黄具备来源丰富、价格低廉、疗效广泛确切、无副作用等诸多优点,易被广大医患所接受,有较广阔的临床应用前景。

参考文献

[1]陈红武,瞿隼,姚英明.红霉素在喂养不耐受新生儿中的应用[J].临床儿科杂志,2003,21(2):116-117
[2]董梅,王丹华,丁国芳,等.极低出生体重儿胃肠道喂养的临床观察[J].中华儿科杂志,2003,41(2):87-90
[3]肖荣玲,高峰,董红霞.西沙比利和小剂量红霉素治疗早产儿喂养困难疗效和不良反应观察[J].儿科药科学杂志,2005,11(5):33-34
[4]郭志伟,刘林娜.大黄及其有效成分的药理研究[J].中国药房,2006,17(22):1741-1742
[5]张英谦,田利夫,胡皓夫.大黄对肠道细菌易位预防作用及检测方法的探讨[J].中国中西医结合急救杂志,2001,28(3):182

(收稿日期:2008-03-20)