普米克令舒氧雾治疗小儿急性喉炎疗效观察

王丽 刘美华 龙春根 高琳
(江西省宜春市妇幼保健院 宜春 336000)

关键词: 小儿; 急性喉炎; 普米克令舒

中图分类号: R 767.11

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.053

急性感染性喉炎为喉部黏膜弥漫性炎症,好发于声门下部,又称急性声门下喉炎,常见于 1~3 岁幼儿。声门下区是小儿呼吸道最狭窄处,婴幼儿声门下区组织结构疏松,炎症时容易发生水肿,引起喉梗阻^[1],故在小儿急性喉炎治疗过程中,有效控制炎症、减轻水肿、消除喉梗阻极为重要。

1.1 一般资料 治疗组 56 例,其中发热 36 例,吸
照组 0 级 16 例, I 级 14 例, II 级 15 例, III 级 11 例,有效率 80.4%。治疗组有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

1.2 方法 所有患者术前 30min 肌注阿托品 0.5mg,均经 L₂₋₃ 穿刺行腰麻 - 硬膜外联合麻醉,蛛网膜下腔注入 0.75%布比卡因与 10%葡萄糖液(2:1)混合液 2mL 行腰麻,腰麻效果均满足手术要求,未用辅助麻醉药物,两组病人麻醉平面、手术时间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。术毕观察组病人硬膜外导管接持续镇痛泵,应用一次性电子输注泵,镇痛药配方为芬太尼 0.5mg+0.75%布比卡因 15mL 用 0.9%生理盐水稀释至 100mL,持续泵注 2mL/h,病人持续追加 0.5mL/次,持续追加间隔锁定时间 30min。对照组术毕拔出硬膜外导管,术后伤口疼痛剧烈时肌注哌替啶 50mg。

1.3 监测指标 (1)术后 12h、24h 患者疼痛程度。根据 WHO 疼痛分级法,将术后疼痛分为 4 级。0 级(无痛):患者咳嗽时,切口无痛。I 级(轻度):可忍受的疼痛,能正常生活,睡眠基本不受干扰;咳嗽时感受切口疼痛,但仍能有效地咳嗽。II 级(中度):持续的疼痛,睡眠受到干扰,咳嗽时切口疼痛加重。III 级(重度):强烈持续的剧烈疼痛,睡眠受到严重的干扰,需要镇痛治疗。镇痛效果根据患者口述评定,0~II 级为镇痛有效,III 级为无效。(2)泌乳情况。观察术后泌乳时间、24h 平均哺乳次数以及乳量是否充足。其中母乳喂养情况良好、乳量充足的判定标准为母亲愉快地接受母乳喂养指导,以拇、食指按压乳晕有乳汁流出,婴儿吸吮时不断吞咽,食乳后能安静入睡。

2 结果
2.1 术后 12h 患者疼痛程度 观察组 0 级 31 例, I 级 18 例, II 级 5 例, III 级 2 例,有效率 96.4%。对

喉梗阻^[1],故在小儿急性喉炎治疗过程中,有效控制炎症、减轻水肿、消除喉梗阻极为重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 治疗组 56 例,其中发热 36 例,吸
照组 0 级 16 例, I 级 14 例, II 级 15 例, III 级 11 例,有效率 80.4%。治疗组有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.2 术后 24h 患者疼痛程度 观察组 0 级 26 例, I 级 22 例, II 级 4 例, III 级 4 例,有效率 92.8%。对照组 0 级 12 例, I 级 14 例, II 级 16 例, III 级 14 例,有效率 75.0%。治疗组有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.3 泌乳时间 治疗组平均时间为术后 12h,对照组平均时间为术后 21h,治疗组明显早于对照组,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。

2.4 24h 哺乳次数 治疗组平均次数为 10 次,对照组平均次数为 6 次,治疗组明显多于对照组,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

3 讨论

PCA 良好的镇痛效果有利于睡眠,使产妇情绪稳定,有更多的时间和精力投入到新生儿护理中,充分配合治疗,愉快地接受母乳喂养指导;而新生儿强有力的吸吮对乳头产生有效刺激,能够建立起良好的吸吮反射,使产妇体内产生催乳素,反射性地促进乳汁分泌,从而提高母乳喂养成功率。同时,PCA 的使用解除了伴随疼痛的焦虑、紧张等情绪反应,降低了交感神经的兴奋性,亦增加了催乳素的分泌^[2]。总之,术后硬膜外镇痛对于剖宫产术后产妇不但镇痛完全,且无明显不良反应,能使产妇心情舒畅地接受母乳喂养,提早了产妇首次喂养的时间;而且能促进 PRL 的分泌,增加了早期泌乳量,大大提高了早期母乳喂养的成功率。因此,术后自控镇痛对成功母乳喂养尤为重要,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 翁培清,王宏梗,刘炜烽. 妇科手术后不同镇痛方法的临床比较[J]. 临床麻醉学杂志,2003,19(12): 752
[2] 顾晓红. 镇痛泵在剖宫产术后的应用 [J]. 现代中西医结合杂志, 2005,14(8): 1 028-1 029

中西医结合治疗真菌性角膜炎 120 例临床分析

付玉琦

(山东省聊城国际和平医院 聊城 252000)

关键词:真菌性角膜炎;中西医结合疗法;氟康唑

中图分类号:R 772.21

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.054

真菌性角膜炎是一种致盲率很高、治疗棘手、严重危害视功能的感染性眼病,到目前为止仍然没有较为理想的治疗方法。我们采用中西医结合的方法治疗真菌性角膜炎 120 例,取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2001 年 1 月~2009 年 12 月聊城国际和平医院门诊及住院治疗的患者 120 例,男 90 例,女 30 例;双眼同时患病 7 例,单眼患病 113 例;年龄在 50 岁以上者 95 例(79.2%),20~50 岁 19 例(15.8%),20 岁以下 6 例(5.0%);农民 77 例,工人 25 例,学生 5 例,其他职业 13 例。发病原因:植物性外伤 80 例(66.7%),铁、沙、石粒等异物 30 例(25.0%),长期配戴接触镜 5 例(4.2%),原因不明 5 例(4.2%)。发病时间 3~30d,平均 7~10d。病变情况:轻度 41 例,中度 70 例,重度 9 例。

气性喉鸣 48 例,声音嘶哑 50 例,吸气性呼吸困难 18 例。对照组 54 例,发热 34 例,吸气性喉鸣 45 例,声音嘶哑 46 例,吸气性呼吸困难 17 例。全部病例均符合 I°~II° 喉梗阻诊断标准^[1]。

1.2 方法 两组常规给予抗感染、镇静、吸氧等治疗,治疗组加用普米克令舒 0.5mg,加生理盐水 2mL,以高压泵驱动雾化吸入,每天 2 次,每次 5~10min,疗程 3d。

1.3 疗效判断 显效:治疗 1d 内声音嘶哑、吸气性喉鸣基本消失,吸气性呼吸困难完全缓解。有效:治疗 2d 内声音嘶哑、吸气性喉鸣明显好转,吸气性呼吸困难基本缓解。无效:治疗 3d 内声音嘶哑、吸气性喉鸣无明显改善,吸气性呼吸困难有所减轻。

1.4 结果 治疗组声音嘶哑消失时间、吸气性喉鸣消失时间、吸气性呼吸困难缓解时间均较对照组明显缩短,无 1 例出现毒副作用。治疗组总有效率 85.71%,对照组总有效率 70.37%,经统计学处理, $\chi^2=5.14, P<0.05$,差异显著。见表 1。

表 1 两组疗效对比 例

	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	56	26	22	8	85.71
对照组	54	20	18	16	70.37

1.2 诊断依据 (1)用无菌圆刀片刮取角膜炎症处和溃疡底部坏死组织,10%KOH 处理后,显微镜下检查,有真菌菌丝或 / 和孢子。(2)刮取物培养:将刮取物直接接种于琼脂培养基中,经培养 1 周后,有真菌生长者,可确诊^[1]。

1.3 临床表现 视力 <0.1 者 29 例,0.1~0.5 者 85 例,0.5 以上者 6 例。患眼有不同程度的眼疼、畏光、流泪、异物感等症状。眼部混合性充血,角膜苔垢样溃疡,边界不清,薄厚不匀,表面干而粗糙,部分患者伴有前房积脓。

1.4 临床分型 临床分为轻、中、重三度。(1)轻度:溃疡 <5mm,病变限于角膜表层,病灶外角膜透明,没有或有少量前房积脓。(2)中度:5mm ≤ 溃疡 <7mm,病变侵及角膜实质中层,周围角膜浸润水肿,有角膜内皮斑,前房积脓。(3)重度:溃疡 ≥ 7mm,病变侵及角膜实质深层,有后弹力层膨出或小穿

2 讨论

糖皮质激素具有减轻充血,降低毛细血管通透性,抑制炎症细胞向炎症部位移动,阻止激肽类、组胺、慢反应物质等炎性介质的产生,抑制吞噬细胞功能,稳定溶酶体膜,阻止补体参与炎症反应及其免疫抑制作用。普米克令舒(布地耐德)是一种强效的激素类药,其抗炎活性是氢化可的松的 600 倍,能迅速减轻气道的炎症反应,使黏膜肿胀消除,渗出减少^[2],且雾化吸入为局部用药,减少了全身用药带来的不良反应。本文应用普米克令舒局部雾化吸入治疗小儿急性感染性喉炎,消除吸气性呼吸困难、声音嘶哑及吸气性喉鸣效果显著,可有效控制病情,防止喉梗阻的加重,且无 1 例出现毒副作用,患儿及家属更容易接受,同时缩短了住院时间,减少了经济费用,操作简单,设备投入不高,值得临床推广。

参考文献

- [1]胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.1143,1162
- [2]杨芳.布地奈德、沙丁胺醇、异丙托溴铵三联吸入治疗毛细支气管炎的疗效观察[J].中国小儿急救医学,2006,13(6):568

(收稿日期:2010-06-24)