

次,且大便常规检查显示无异常;无效:患儿持续治疗 3 d,腹泻、发热等症状未改善,每日大便次数超过 2 次^[2]。

1.4 统计学方法 运用 SPSS18.0 统计软件加以分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

中药贴敷组总有效率明显高于思密达组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果对比					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
思密达组	21	5	10	6	71.43
中药贴敷组	21	11	9	1	95.24
χ^2					4.285 7
P					<0.05

3 讨论

肠炎在小儿群体中具有很高的发病率,且小儿肠炎主要是由于病毒感染引起,特别是轮状病毒。根据相关统计资料显示,在每年的秋季和冬季时分,轮状病毒具有很高的传播率,大约有百分之八十的婴幼儿秋冬季肠炎都是因轮状病毒感染所致,居于小儿肠炎的首位。同时,小儿肠炎发病较急,患儿主要表现为大便次数明显增多、大便秘性状呈黄色水样或蛋花样、水分和数量均比较多,若未及时治疗可导致电解质紊乱、酸中毒、脱水等严重并发症^[3]。思密达的药物成分主要为双八面体的蒙脱石微粉,现代药理学研究表明,思密达的非均匀性电荷分布与层状结构可对轮状病毒分泌的毒素产生显著的抑制作用,并能够促使消化道的载膜覆盖,还可通过与黏液糖蛋白结合,以修复载膜,从而提高载膜的屏障,并进一步提高对攻击因子发挥的防御能力^[4]。

根据相关研究显示,小儿轮状病毒肠炎与缺锌有关,锌是维持机体正常生理功能和代谢的必需微量元素,通过对患儿使用锌剂可有效促进小肠上皮的修复,避免或减少液体丢失,以利于肠黏膜再生和肠道功能恢复;同时,锌也属于一类抗氧化剂,能有效保护细胞膜和抗氧自由基,从而使细胞损伤得到减轻,并促进毒素吸收减少。而中医治疗小儿轮状病毒肠炎历时悠久,从中医角度上讲,小儿轮状病毒肠炎属于“泄泻”范畴,主要是由于乳食不节、脾常不足等因素引起脾胃功能受损,从而导致了脾胃运化失常,最终引发腹泻等表现,在治疗上应按照固肠止泻、清热燥湿的原则^[5]。本研究使用的苍术、苦参均属于中医常用的清热燥湿良药,之所以贴敷神阙穴则主要是由于神阙穴是任脉的要穴,与周身经脉相通,中医有“脐通百脉”的说法,贴敷神阙穴可以使药物刺激脐部神阙穴并透入皮肤,使机体的经脉之气得以激活,从而使脏腑气血运行得到恢复,达到良好的治疗目的。综上所述,中药贴敷神阙穴联合锌剂治疗小儿轮状病毒肠炎具有良好的临床疗效。

参考文献

[1]赵正平,滑永志,陆敏.溃疡性结肠炎灌肠疗法研究近况[J].光明中医,2014,29(12):2688-2690
[2]石伟超,赵国平.嗜酸细胞性胃肠炎与半夏泻心汤类方方证相关性分析[J].光明中医,2010,25(5):783-785
[3]王敏文,刘盛军,李越艺.得舒特联合肠炎宁糖浆治疗腹泻型肠易激综合征临床观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(4):20-21
[4]何明生,周耀生,阮义华,等.黄芪注射液联合西米替丁治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎的效果观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(3):40,81
[5]甘燕,戴迭宗,梁露露.消旋卡多曲颗粒联合经皮给药治疗小儿轮状病毒肠炎疗效观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(6):40-41

(收稿日期: 2015-04-20)

氯硝西泮对焦虑症患者的临床效果分析

陈彩红 刘玉兰

(上海市民政第二精神卫生中心 上海 201319)

关键词:焦虑症;氯硝西泮;临床疗效

中图分类号:R749.72

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.033

焦虑症是临床常见的精神性障碍疾病之一,患者常表现为持续全面及过度的焦虑和担忧,并伴有自主神经系统兴奋及过分警惕,若得不到有效控制,该病继续发展可使患者出现睡眠障碍、身体不适等状况,给患者的学习和工作带来了严重的影响^[1]。氯硝西泮是我院精神科常用的治疗焦虑症的药物,患

者较为满意。为了进一步体现氯硝西泮的治疗价值,笔者选取我院近年收治的焦虑症患者 50 例作为研究对象,对其临床资料进行回顾性分析。现将结果报道如下:

1 资料和方法

1.1 基本资料 选取我院 2012 年 6 月~2014 年 9

月收治的焦虑症患者 50 例作为研究对象,所有患者均根据我国 ICD-10 焦虑症诊断标准及汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分 ≥ 19 分确诊^[1]。其中男 28 例,女 22 例;年龄为 19~68 岁,平均年龄(39.7 $\pm$ 4.1)岁;病程为 6 个月~10 年,平均病程(6.4 $\pm$ 1.5)年。采用随机数字表法将上述患者分为 A 组(氯硝西洋组)24 例和 B 组(谷维素+维生素 B₁ 组)26 例。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者在接受治疗前 7 d 均停用一切抗精神病药物。A 组给予氯硝西洋片进行治疗,口服,初始剂量 0.5 mg/次,3 次/d,然后每 3 天增加 0.5~1 mg,直到发作被控制为止。B 组采用谷维素片+维生素 B₁ 片进行治疗,谷维素片,口服,10 mg/次,3 次/日;维生素 B₁ 片,口服,10 mg/次,3 次/d。两组均以 1 个月为 1 个疗程,2 个疗程后进行结果评定。

1.3 疗效标准判定 根据 HAMA 评分量表减分值对结果进行评定。治愈:减分值大于(含等于)3/4。显效:减分值大于(含等于)1/2,小于 3/4。有效:减分值大于(含等于)1/4,小于 1/2。无效:减分值在 1/4 以下。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 HAMA 评分对比 与治疗前相比,两组治疗后 HAMA 评分均明显减少($P<0.05$),且 A 组 HAMA 评分较 B 组明显降低($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 HAMA 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 1 个月后	治疗 2 个月后
A 组	24	22.23 $\pm$ 1.34	16.56 $\pm$ 1.74* [▲]	12.89 $\pm$ 1.68* [▲]
B 组	26	22.19 $\pm$ 1.67	19.34 $\pm$ 1.89*	16.25 $\pm$ 1.43*

注:与治疗前相比,* $P<0.05$;与 B 组相比,▲ $P<0.05$ 。

2.2 两组临床疗效对比 A 组 24 例:治愈 12 例

(50.0%),显效 5 例(20.8%),有效 5 例(20.8%),无效 2 例(8.3%),总有效率为 91.7%;B 组 26 例:治愈 3 例(11.5%),显效 6 例(23.1%),有效 3 例(11.5%),无效 14 例(53.8%),总有效率为 46.2%。经统计分析,A 组总有效率明显高于 B 组 ($\chi^2=11.8,P<0.01$)。

2.3 两组不良反应发生率对比 A 组 24 例:头晕 1 例(4.2%),恶心 1 例(4.2%),嗜睡 1 例(4.2%),未出现呕吐现象,不良反应发生率为 12.5%;B 组 26 例:头晕 1 例(3.8%),恶心 1 例(3.8%),呕吐 1 例(3.8%),未出现嗜睡现象,不良反应发生率为 11.5%。两组不良反应发生率相比,差异不显著($\chi^2=0.01,P>0.05$)。

3 讨论

焦虑症是临床常见的、反复发作的精神障碍性疾病,患者常表现为紧张不安及提心吊胆,并伴有明显的植物神经功能障碍^[1],严重影响了患者的生活、工作。若不给予及时、有效的治疗,患者的病情会进一步恶化^[4],将会对他人及社会带来严重影响。氯硝西洋^[2]为苯二氮卓类药物,口服吸收迅速,对焦虑症具有很好的治疗作用。本研究结果显示,两组 HAMA 评分与治疗前相比均明显减少($P<0.05$);A 组 HAMA 评分与 B 组相比明显降低 ($P<0.05$);A 组总有效率明显高于 B 组($\chi^2=11.8,P<0.01$);两组不良反应发生率相比,差异不显著 ($\chi^2=0.01,P>0.05$)。综上所述,焦虑症患者采用氯硝西洋治疗后,HAMA 评分明显减少,症状得以有效控制,且不良反应少,具有临床应用价值。

参考文献

[1]王宏林.帕罗西汀联合丁螺环酮增效治疗抑郁症对照研究[J].中国现代药物应用,2012,6(6):6-7
[2]姜明刚,贾天成,杨世涛,等.丁螺环酮合并帕罗西汀治疗焦虑症的随机对照研究[J].实用医学杂志,2012,28(8):1301-1303
[3]郑利锋,兰智勇,毛芝芳.枸橼酸坦度螺酮片治疗焦虑症的临床观察[J].现代实用医学,2014,26(4):387-388
[4]陈伟,罗捷.米氮平与丁螺环酮治疗焦虑症的对照研究[J].四川精神卫生,2013,26(4):315-316.
[5]罗碧丹.帕罗西汀联合氯硝西洋治疗焦虑症的临床研究[J].现代诊断与治疗,2014,25(19):4435-4437

(收稿日期: 2015-04-20)

(上接第 51 页)

[2]王荣诗,尹富国,岑世强,等.肱骨干骨折内固定失败与骨折不愈合的相关分析与对策[J].中国骨与关节损伤杂志,2007,22(4):292-294
[3]王伟,余磊,张青春,等.上臂内侧切口钢板内固定治疗肱骨干骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(3):240-242

[4]谢志云,王小勇,徐志旺,等.前侧入路结合 MIPPO 技术锁定钢板内固定治疗 C 型肱骨干骨折临床分析 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2014,29(3):249-250
[5]苗华,周健生.骨科手术入路解剖学[M].合肥:安徽科学技术出版社, 1995.72

(收稿日期: 2015-04-01)