

宫颈管长度测量可提高早产预测的可靠性与准确性。提高临床早产检出率,减少了“伪早产”的检出率,且费用低廉,操作简单,在各大基层医院均可开展,临床值得推荐。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.87
[2]吴连方.预防早产,改善围产儿近远期质量[J].中国实用妇科与产科杂志,2008,24(5):321-323

[3]仇东辉,边魏.胎儿纤维连接蛋白在早产预测诊断中的研究近况[J].中国优生与遗传杂志,2008,16(5):137-138
[4]曾红艳,曹永政.经阴道超声监测孕妇宫颈形态预测早产的价值[J].临床超声医学杂志,2011,13(10):681-683
[5]Krupa FG,Faltin D,Cecatti JG,et al.Predictors of preterm birth[J].Int J Gynaecol Obstet,2006,94(1):5-11
[6]Leitich H,Kaider A.Fetal fibronectin-how useful is it in the prediction of preterm birth[J]?BJOG,2003,110(suppl 20):66-70
(收稿日期:2017-03-07)

阿奇霉素序贯法联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗 小儿支原体肺炎疗效观察

成燕

(广东省清远市连州市中医院 连州 513400)

摘要:目的:研究阿奇霉素序贯法联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿支原体肺炎的临床疗效。方法:将我院收治的 84 例小儿支原体肺炎确诊患儿随机分为对照组与研究组,每组 42 例,两组均给予常规对症治疗,同时对对照组给予阿奇霉素序贯法治疗,研究组在对照组基础上加用布地奈德混悬液雾化吸入治疗。观察两组患儿临床疗效、临床症状改善情况及不良反应发生情况。结果:治疗结束后,对照组总有效 36 例(85.71%),研究组总有效 40 例(95.24%),差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患儿经治疗,临床症状均出现明显好转,但研究组患儿临床各项症状缓解时间显著少于对照组($P<0.05$)。两组患儿在治疗期间均出现不同程度不良反应,但各类不良反应间无明显差异($P>0.05$)。结论:阿奇霉素序贯法联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗对小儿支原体肺炎的临床疗效确切,能有效缩短患儿临床症状缓解时间,值得推广。

关键词:小儿支原体肺炎;阿奇霉素序贯法;布地奈德雾化吸入

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.026

支原体肺炎是儿童多发病、常见病,好发于秋冬季节。近年来发病率呈逐年增加趋势,超过小儿呼吸道感染总数的 30%^[1]。小儿支原体肺炎临床症状不典型,存在发病缓慢,迁延难愈,易复发,病情重等特点,若不及时控制治疗,易出现肺外感染,累及其他脏器,引发脑膜炎、心肌炎等严重并发症。同时该病可通过呼吸道传染,易造成大范围流行,严重危及儿童生命安全^[2]。目前临床多以抗生素治疗为主,但因患者处于身体生长发育阶段,对多数抗生素的运用有一定限制。阿奇霉素是第二代大环内酯类抗菌药物,具有较强抗菌作用,临床主要用于呼吸道感染。我院采用阿奇霉素序贯法联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿支原体肺炎,取得满意疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 9 月~2016 年 12 月间确诊^[3]为支原体肺炎患儿 84 例,随机分为研究组与对照组,每组 42 例。研究组男 23 例,女 19 例;年龄 2~12 岁,平均年龄(4.2±1.8)岁;病程 9~22 d,平均(13.8±2.4) d;平均身高(97.24±10.26) cm;平均体重(25.02±6.21) kg。对照组男 26 例,女 16

例;年龄 1~10 岁,平均年龄(4.6±2.1)岁;病程 10~21 d,平均(13.4±2.2) d;平均身高(96.94±11.03) cm;平均体重(24.65±5.86) kg。两组患儿性别、年龄、病程及身高体重等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均给予常规综合治疗,包括祛痰、平喘、隔离、氧疗及穴位贴敷神阙。对照组单纯按阿奇霉素序贯法治疗:患儿入院后给予注射用阿奇霉素(国药准字 H20010554)10 mg/kg 加入 5%葡萄糖注射液,阿奇霉素浓度为 1.0 mg/ml,静脉滴注,滴注时间不少于 60 min,1 次/d,用药 2~4 d。患儿病情稳定后给予阿奇霉素颗粒(国药准字 H20093857)10 mg/kg,口服,1 次/d,连续用药 3 d 停药 4 d 为 1 个疗程。研究组在对照组基础上加用布地奈德混悬液(国药准字 H20140475)雾化吸入治疗:3 岁以下患儿 0.5 mg/次,3 岁以上患儿 1 mg/次,加入 2 ml 生理盐水稀释,以氧气驱动雾化吸入方式,2 次/d,15~20 min/次,7 d 为 1 个疗程。两组患儿共治疗 2~3 个疗程,观察患儿各项指标。

1.3 疗效判定标准^[4] 观察两组患儿退热时间、喘憋缓解、咳嗽缓解及肺部湿罗音消失时间及临床疗效,

同时观察两组患儿不良反应发生情况。显效：治疗后体温恢复正常，肺部湿罗音、喘憋、咳嗽等观察指标消失或明显缓解，X 线检查肺部病变吸收超过 90%；有效：治疗后体温明显下降并趋于正常，肺部湿罗音、咳嗽等观察指标基本消失或有所改善，X 线检查肺部病变吸收达 80%~90%；无效：治疗后患儿发热未退，其他症状持续或加重。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS19.0 统计软件，计数资料以 % 表示，采用 χ^2 检验，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗结束后，对照组总有效 36 例 (85.71%)，研究组总有效 40 例 (95.24%)，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 [例 (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	42	20 (47.62)	16 (38.09)	6 (14.29)	36 (85.71)
研究组	42	29 (69.05)	11 (26.19)	2 (4.76)	40 (95.24)*

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

2.2 两组临床症状缓解时间比较 两组临床症状均出现明显好转，但研究组临床各项症状缓解时间显著少于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床症状缓解时间比较 (d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	退热	喘憋缓解	咳嗽缓解	肺湿罗音消失
对照组	42	3.85 ± 0.52	4.98 ± 0.87	8.17 ± 1.24	6.12 ± 1.04
研究组	42	2.59 ± 0.43*	3.25 ± 0.64*	5.42 ± 0.98*	5.36 ± 0.87*

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应 两组患儿在治疗期间均出现不同程度不良反应。其中对照组中出现恶心、呕吐等轻微胃肠道反应 3 例 (7.14%)，静脉滴注过程中有 2 例 (4.76%) 出现腹痛，1 例 (2.38%) 出现皮疹；研究组中出现恶心、呕吐等轻微胃肠道反应症状 4 例 (9.52%)，静脉滴注过程有 1 例 (2.38%) 出现腹痛，1 例 (2.38%) 出现皮疹。经比较，两组患儿胃肠道不良反应、皮疹等不良反应比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

肺炎支原体 (MP) 是引起小儿支原体肺炎的重要病原体，儿童是 MP 的易感人群，研究认为可能与该年龄段免疫功能低下、细胞免疫功能失调等因素有关。MP 是一种介于细菌和病毒之间但无细胞壁的原核微生物病原体，是目前所知能引起人类感染且独立生存的最小原核细胞，其在有氧和无氧环境下均能生长^[5]。支原体肺炎患儿若不进行及时隔离

治疗，MP 可通过患者打喷嚏或口鼻分泌物进行传播，引起大范围传染。研究发现，肺炎支原体是一种具有 DNA 和 RNA 的无细胞壁病原体，其对于干扰细胞壁合成类抗菌药物不敏感，因此选择影响病原微生物蛋白质合成的抗菌药物成为首选，如大环内酯类抗生素。以往临床治疗支原体肺炎患儿多以红霉素为首选药物，其在血清中药物含量相对较高，短时间内能迅速缓解支原体血症，疗效虽较显著，但存在诸多不良反应，用药受到一定限制^[4,6]。

阿奇霉素亦属大环内酯类抗生素，具有耐酸性强、组织分布迅速、吸收快、半衰期长等特点。对治疗小儿支原体肺炎具有诸多优势，如对支原体活性较强，抗菌谱广，且对大多数革兰氏菌具有抑制作用。另外，肺部供血非常丰富，对抗生素具有较好渗透性，加之阿奇霉素属多室模型，作用速度快，促使感染部位药物浓度相对较高。研究发现阿奇霉素组织浓度可高出血液浓度的 10~100 倍，炎症部位比非炎症部位浓度高出 6 倍，对病原体杀菌率高达 100%，病原菌清除率非常高^[9]。序贯疗法临床上最常用于感染性疾病中，如社区获得性肺炎、尿路感染等，属同一种药物剂型的转换。研究发现阿奇霉素在用药后 12 h 血药浓度仍然很高，抑菌作用仍然很强。另有研究显示，服用阿奇霉素 3~5 d，第 10 天血清内仍有 0.3~0.6 $\mu\text{g/L}$ 血药浓度，第 12 天白细胞及吞噬细胞内仍能测到一定的药物浓度^[4,7]，这有利于减少阿奇霉素的用药次数，延长用药时间，进而降低不良反应的发生。在本研究中，对照组采用阿奇霉素静脉滴注给药 2~4 d 后换用口服用药，停药 4 d，既有效保证治疗药物浓度，同时又减少用量，结果总有效 36 例 (85.71%)，实现较为满意治疗效果，但对比研究组加用布地奈德混悬液的疗效，仍有差距。布地奈德属糖皮质激素，是一种具有高效局部抗炎作用的药物，可有效提升呼吸道内皮细胞、平滑肌细胞及溶酶体膜的稳定性。同时，布地奈德可有效抑制白细胞浸润及吞噬反应，减少炎症因子释放，降低气管收缩物质的合成，从而起到镇咳平喘，缓解呼吸困难等症状。另外，药物通过雾化，形成悬浮溶胶微粒，利于药物吸入并在支气管肺泡的富集，使短时间内炎症部位达到较高血药浓度，起效迅速，作用时间长^[8]，缓解临床症状的同时进一步提升治疗效果，周成等^[9]的研究结果认为，布地奈德雾化吸入能明显改善支原体肺炎患儿的机体细胞免疫和体液免疫能力，提升治疗效果，缩短病程。综上所述，阿奇霉素序贯法联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗对小儿支原体肺炎的临床疗效确切，能有效缩短患儿临床症状缓解时间，值得推广。

参考文献

[1]王素霞,王静,任常军,等.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的疗效和安全性分析[J].中国生化药物杂志,2014,34(5):133-134,138
[2]许飞,黎虹.阿奇霉素联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿支原体肺炎的临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2016,9(34):74-75
[3]胡亚姜,江载芳.实用儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.1171-1180
[4]许全珍.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎临床疗效及安全性研究[J].河北医学,2013,19(1):120-122
[5]张正荣.阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎 42 例疗效观察[J].儿科药

学杂志,2012,18(2):20-22
[6]陈德胜,肖秋林.阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的疗效观察[J].中国基层医药,2015,2(16):55
[7]朱长芝.小儿肺炎支原体感染呼吸道外脏器损害[J].中国临床医生,2006,34(8):35-36
[8]王凤圈.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的效果研究[J].中国实用医药,2016,11(12):127-128
[9]周成,王书举,翟玉峰等.布地奈德雾化吸入对支原体肺炎患儿炎症因子与免疫功能的影响[J].中华医院感染学杂志,2016,26(9):2136-2138
(收稿日期:2017-01-15)

DC-CIK 过继免疫疗法联合化疗治疗晚期结直肠癌临床观察

张卫平

(河南省商丘市第一人民医院急诊内科 商丘 476000)

摘要:目的:探究树突状细胞联合细胞因子诱导的杀伤细胞(DC-CIK)过继免疫疗法联合化疗治疗晚期结直肠癌的临床效果。方法:选取 2013 年 11 月~2015 年 11 月我院收治的晚期结直肠癌患者 118 例为研究对象,随机分为对照组和观察组各 59 例。对照组采用单纯化疗治疗,观察组采用 DC-CIK 过继免疫疗法联合化疗治疗。比较两组治疗前后外周血 T 细胞亚群指标和临床疗效。结果:治疗后,两组患者外周血 T 细胞亚群指标差异显著($P<0.05$);观察组治疗缓解率显著优于对照组($P<0.05$)。结论:DC-CIK 过继免疫疗法联合化疗治疗晚期结直肠癌可明显改善单纯化疗引起的免疫功能下降,延长患者生存期,提高生存质量,值得临床推广应用。

关键词:晚期结直肠癌;DC-CIK 过继免疫疗法;化疗;疗效

中图分类号:R735.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.027

结直肠癌是我国常见的恶性肿瘤疾病,早期行手术治疗可显著提高疗效和生存率。寻找有效治疗晚期结直肠癌的方法成为目前研究的重点^[1]。过继免疫疗法是治疗恶性肿瘤的重要辅助疗法,树突状细胞(DC)和联合细胞因子诱导的杀伤细胞(CIK)是目前肿瘤免疫治疗的重要组成部分。DC 和 CIK 共同培养使 CIK 细胞溶瘤活性明显加强,更具特异性杀死肿瘤靶细胞,是目前过继细胞免疫治疗的首选方案^[2]。本研究探讨 DC-CIK 过继免疫疗法联合化疗应用于晚期结直肠癌中的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 11 月~2015 年 11 月我院收治的晚期结直肠癌患者 118 例,随机分为对照组和观察组各 59 例。对照组男 28 例,女 31 例;年龄 47~78 岁,平均年龄(63.4±4.4)岁。观察组男 30 例,女 29 例;年龄 46~77 岁,平均年龄(62.9±4.2)岁。两组一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组实施 FOL-FOX4 化疗方案:奥沙利铂 85 mg/m²+甲酰四氢叶酸钙 200 mg/m²+5-氟尿嘧啶 400 mg/m²,化疗 14 d 为 1 个周期,12 个周期为 1 个疗程。观察组实施 DC-CIK 过继免疫疗法联合化疗方案治疗:化疗前采集患者外周血 50

ml,分离单核细胞,置于细胞培养液中,收集悬浮细胞,以 GT-T551 培养液调整细胞密度,培养 24 h 后加入重组人 IL-2 (rhIL-2),密切观察,并适时进行分瓶培养;结合细胞的成熟度、状态和扩增熟练,培养 9~21 d 后收集细胞;采用 0.9%氯化钠注射液洗涤细胞后,将其混悬于含有 2%白蛋白的 0.9%氯化钠注射液 100 ml 中,分两次回输于患者体内,1 次/月;在采血后第 2 天开始化疗,方案同对照组。

1.3 观察指标 比较两组治疗前后 CD3⁺T、CD3⁺CD4⁺T、CD3⁺CD8⁺T、CD3⁺CD56⁺NK、CD3⁺CD56⁺NKT 和 CD4⁺CD25⁺Treg 等外周血 T 细胞亚群指标及临床疗效。

1.4 疗效判定标准^[3] (1)完全缓解:病灶完全消失;(2)部分缓解:病灶最大长径总和减少超过 30%;(3)稳定:病灶最大长径总和减小 30%以内或者扩大 20%以内;(4)进展:进展病灶最大长径总和扩大 20%以上。

1.5 统计学分析 采用 SPSS18.0 进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 观察组治疗总缓解率显著优于对照组($P<0.05$)。见表 1。