

前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折的临床治疗

杜兴升 喻长纯

(河南省洛阳正骨医院膝部损伤一科 洛阳 471002)

摘要:目的:探讨关节镜下复位内固定手术治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折的临床效果。方法:选取 2013 年 6 月~2015 年 5 月我院收治的前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折患者 50 例,随机分为对照组和观察组各 25 例。对照组予以常规复位手术治疗,观察组予以关节镜下复位内固定手术治疗。术后进行 1 年随访,比较两组患者 Lysholm 评分及并发症发生情况。结果:观察组患者 Lysholm 评分高于对照组($P<0.05$);观察组并发症发生情况明显低于对照组($P<0.05$)。结论:关节镜下复位内固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折疗效确切,具有创伤小、恢复快、并发症少的优点,值得临床推广应用。

关键词:胫骨止点撕脱骨折;前交叉韧带;治疗

中图分类号:R683.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.050

表 1 两组患者治疗前后 Lysholm 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	治疗前	治疗后	
对照组	25	81.7 $\pm$ 3.2	91.5 $\pm$ 4.2	
观察组	25	82.4 $\pm$ 2.9	95.6 $\pm$ 3.9*	

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者术后并发症发生率比较 观察组并发症发生率明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较					
组别	n	关节僵硬(例)	关节感染(例)	骨折块移位(例)	发生率(%)
观察组	25	1	0	2	12.0*
对照组	25	3	2	4	36.0

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折发生后,若患者未得到及时有效的治疗,容易出现骨折不愈,演变成陈旧性骨折,临床表现为膝关节交叉韧带松弛,导致膝关节不稳及功能障碍^[1]。传统的开放复位固定治疗方法切口长,手术过程中易损伤髌旁支持带等组织,术后恢复困难,并发症多,现阶段已逐渐被关节镜下复位内固定替代^[2]。关节镜下复位内固定手术治疗过程中,需结合患者骨折实际情况采取不同的固定方法,螺钉固定骨块固定牢固,具有抗旋转作用,当骨折块直径 >1 cm 时均可采用螺钉固定^[3]。当患者为粉碎性骨折或当骨折块直径 <1 cm 时,螺钉固定的效果不佳,可采用缝线固定的方法,该方法不需要二次手术取出且固定牢固,同时在固定过程中使缝线交叉,可有效避免碎裂骨块前缘翘起现象的出现^[4]。

本研究结果显示,观察组患者 Lysholm 评分高于对照组($P<0.05$);观察组并发症发生情况明显低于对照组($P<0.05$)。说明关节镜下复位内固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折,可明显提高临床疗效,促进术后膝关节恢复,减少并发(下转第 93 页)

前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折属于关节内骨折,是常见的膝关节损伤。随着关节镜技术的日益成熟,关节镜下复位内固定治疗因其创伤小、切口美观、术后肢体功能恢复快等优点成为临床骨关节治疗的重要方式^[1]。本研究旨在探讨关节镜下复位内固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 6 月~2015 年 5 月我院收治的前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折患者 50 例,随机分为对照组和观察组各 25 例。其中,男 28 例,女 22 例;年龄 18~52 岁,平均年龄(34.3 $\pm$ 6.7)岁;病程 4~17 d,平均病程(10.2 $\pm$ 1.8) d;交通伤 27 例,运动伤 12 例,摔伤 11 例。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准,患者签署知情同意书。

1.2 方法 对照组予以常规手术治疗。观察组予以关节镜下复位内固定治疗。具体操作如下:患者麻醉完成后,选择关节镜前方标准切口进行关节腔内探查,镜下进行关节腔内处理,清除关节内积血;镜下使用钝头复位,确认复位满意后,行内固定,固定方法选择可吸收缝线固定或螺钉固定。

1.3 观察指标 术后随访 1 年,比较两组患者膝关节功能及并发症发生率。采用 Lysholm 评分法评估患者膝关节功能,分数越高,膝关节功能越好。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS 23.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 Lysholm 评分比较 观察组患者 Lysholm 评分高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

六味地黄丸加味联合保妇康栓治疗肝肾阴虚型老年性阴道炎

靳慧阳 王华伟
(河南省郑县人民医院妇产科 郑县 467100)

摘要:目的:探讨肝肾阴虚型老年性阴道炎(SV)应用六味地黄丸加味联合保妇康栓治疗的临床效果。方法:选取 2014 年 9 月~2016 年 8 月我院收治的肝肾阴虚型 SV 患者 74 例,随机分为观察组和对照组各 37 例。对照组予以六味地黄丸加味治疗,观察组予以六味地黄丸加味+保妇康栓治疗。比较两组临床疗效及治疗前后雌激素水平变化情况。结果:治疗后,观察组临床疗效显著高于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)及 pH 值均低于对照组($P<0.05$)。结论:六味地黄丸加味联合保妇康栓治疗肝肾阴虚型老年性阴道炎疗效显著,可有效改善患者阴道清洁度及 pH 值,调节机体雌激素水平。

关键词:老年性阴道炎;六味地黄方加味;保妇康栓

中图分类号:R711.3 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.051

老年性阴道炎 (Senile Vaginitis, SV) 属于临床妇科常见病症,临床表现为阴道分泌物增多、外阴瘙痒、阴道黏膜萎缩等症状,可伴有性交痛、小便失禁等不适,严重影响患者生活质量。中医学认为肝肾阴虚型老年性阴道炎主要由韧带不固、外阴失养所致,常伴有五心烦热、眩晕耳鸣等症候,临床治疗以补充机体雌激素,治病必求于本为主^[1]。六味地黄丸加味是治疗肝肾阴虚常用药物,保妇康栓具有抑制真菌繁殖、改善阴道微环境的作用。本研究采用六味地黄丸加味与保妇康栓联合治疗肝肾阴虚型老年性阴道炎,疗效效果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 9 月~2016 年 8 月我院治疗肝肾阴虚型老年性阴道炎患者 74 例,随机分为观察组和对照组各 37 例。观察组年龄 59~68 岁,平均年龄 (64.83± 4.15) 岁。对照组年龄 57~67 岁,平均年龄 (63.18± 4.24) 岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$, 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:符合《妇产科学》肝肾阴虚型老年性阴道炎诊断标准^[2];均为已婚绝经后妇女;近 1 个月内未接受老年性阴道炎相关治疗;签署知情同意书。排除标准:伴有滴虫及白色念珠菌感染者;子宫内膜增生者;合并重度宫颈炎、性病等妇科疾病者。

1.3 方法 对照组予以六味地黄丸加味治疗。组方:女贞子、旱莲草各 10 g,茯苓、泽泻、丹皮、黄柏、知母各 12 g,山茱萸、山药各 15 g,制首乌 18 g、熟地黄 30 g。用水煎服,400 ml/剂,1 剂/d,分早晚内服。观察组予以六味地黄丸加味+保妇康栓治疗:六味地黄丸加味配方及服用方法同对照组;患者睡前清洗外阴后,于阴道深部放入保妇康栓 (国药准字 Z46020058),1 枚/次。两组持续治疗 14 d。

1.4 观察指标 (1)比较两组临床疗效。疗效判定

标准^[3]:显效,患者阴道分泌物清洁度为 I 度或 II 度,痒、自觉痛等临床症状完全消失;有效,阴道分泌物清洁度为 III 度,临床症状明显减轻;无效,阴道分泌物清洁度为 IV 度,临床症状无明显改善。总有效率=(显效+有效)/37× 100%。(2)比较两组治疗前后血清 FSH、LH 水平及 pH 值。

1.5 统计学处理 采用 SPSS21.0 分析处理数据,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗后,观察组临床疗效显著高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。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
观察组	37	21 (56.76)	14 (37.84)	2 (5.41)	35 (94.59)
对照组	37	17 (45.95)	9 (24.32)	11 (29.73)	26 (70.27)
χ^2					7.559
P					<0.05

2.2 两组治疗前后 FSH、LH 及 pH 值比较 治疗后,观察组 FSH、LH 及 pH 值均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后 FSH、LH 及 pH 值比较($\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	n	FSH (IU/L)	LH (IU/L)	pH 值
治疗前	观察组	37	57.24± 12.45	46.79± 11.56	6.76± 0.69
	对照组	37	56.89± 12.38	47.12± 11.68	6.78± 0.71
	t		0.121	0.122	0.123
	P		>0.05	>0.05	>0.05
治疗后	观察组	37	24.37± 8.67	20.83± 8.12	4.76± 0.49
	对照组	37	34.92± 9.58	32.26± 9.42	5.86± 0.54
	t		4.967	5.590	9.176
	P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

老年性阴道炎是绝经后妇女多发疾病,主要由老年患者卵巢功能衰退,阴道壁萎缩引起。中医认为肝肾阴虚型老年性阴道炎属于“阴痒、带下”范畴,主

要由机体肾、肝、脾功能失调所致,且绝经后妇女多伴精血乏源、烘热汗出、腰膝酸软等肝肾阴虚症候。故中医讲究肝肾阴虚型老年性阴道炎以调补肝肾、滋阴降火治疗为主^[4]。六味地黄丸加味为临床常用中医治疗方剂,药方含女贞子、旱莲草、茯苓、泽泻、丹皮、黄柏、知母、山茱萸、山药、制首乌、熟地黄等,诸药配合,具有滋补肝肾、滋阴而不伤阴、养精填髓的功效,但其效果缓慢,且杀菌效果不佳。

保妇康栓主要由莪树油及冰片构成,莪树油具有调节机体代谢、改善微循环作用,可有效抑制真菌繁殖;冰片有消炎止痛、开窍提神之功效。莪树油与冰片均具有挥发性,可将药性分布于整个阴道,改善局部血供,达到清热解毒、消炎止痒的目的^[5]。本研究结果显示,观察组治疗总有效率显著高于对照组,

且 FSH、LH 及 pH 值均低于对照组 ($P<0.05$),说明肝肾阴虚型老年性阴道炎采用保妇康栓治疗,能显著提高杀菌功能,有效改善局部瘙痒、自觉痛等临床症状,且可调节机体 FSH、LH 等雌激素水平,降低阴道内 pH 值。综上所述,六味地黄丸加味联合保妇康栓治疗肝肾阴虚型老年性阴道炎疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]王芳,王兴盛.六味地黄汤结合中医体质辨识治疗老年性阴道炎的临床观察[J].西部中医药,2014,22(11):109-111
[2]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.245-253
[3]肖承棕.中医妇科临床研究[M].北京:人民卫生出版社,2009.142
[4]黄润强,任松森,王高法,等.保妇康栓联合康新液外用对真菌性阴道炎患者微生物环境的影响[J].医学综述,2016,22(9):1796-1798
[5]曾雪英.保妇康栓联合小剂量雌激素治疗老年性阴道炎的临床效果观察[J].中国妇幼保健,2014,29(24):3937-3938

(收稿日期:2017-04-15)

腹腔镜下卵巢打孔术联合二甲双胍治疗难治性多囊卵巢综合征不孕疗效观察

周彩云

(河南省舞阳县人民医院妇产科 舞阳 462400)

摘要:目的:探讨腹腔镜下卵巢打孔术联合二甲双胍治疗难治性多囊卵巢综合征不孕的临床疗效。方法:选取 2014 年 1 月~2015 年 12 月我院难治性多囊卵巢综合征患者 76 例,分为对照组和观察组各 38 例。对照组给予氯米芬联合二甲双胍治疗,观察组给予腹腔镜下卵巢打孔术联合二甲双胍治疗。比较两组临床疗效,治疗前后雌二醇(E₂)、黄体生成素(LH)及卵泡刺激素(FSH)水平。结果:治疗后,观察组 E₂、LH 水平低于对照组,FSH 水平高于对照组 ($P<0.05$);观察组月经正常率、3 个月内排卵率及 6 个月内妊娠率均高于对照组 ($P<0.05$)。结论:腹腔镜下卵巢打孔术联合二甲双胍治疗难治性多囊卵巢综合征,可有效改善性激素分泌水平,促使患者月经恢复正常,促进排卵,提高妊娠率。

关键词:多囊卵巢综合征;不孕;腹腔镜下卵巢打孔术;二甲双胍

中图分类号:R711

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.052

难治性多囊卵巢综合征为妇科常见的内分泌疾病,病因复杂,主要特征为多囊卵巢、持续无排卵、高雄激素血症及胰岛素抵抗,以闭经、多毛、肥胖、不孕等临床表现为主,是导致孕龄女性不孕的主要原因之一。据统计^[1],5%~10%孕龄女性患有难治性多囊卵巢综合征。目前临床多采用氯米芬促排卵治疗,但部分患者治疗后仍无排卵迹象。本研究旨在探讨腹腔镜下卵巢打孔术联合二甲双胍治疗难治性多囊卵巢综合征不孕的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2015 年 12 月我院收治的难治性多囊卵巢综合征患者 76 例,随机分为对照组和观察组各 38 例。对照组年龄 21~38 岁,平均(29.86±4.62)岁;病程 2~8 年,平均(5.14±1.37)年。观察组年龄 22~39 岁,平均(30.24±4.85)岁;病程 1~9 年,平均(5.26±1.53)年。两组一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。所有患

者均符合《妇产科学》^[2]中多囊卵巢综合征诊断标准。

1.2 方法 两组患者均口服二甲双胍(国药准字 H20093098)0.5 g/次,2 次/d,持续治疗 3 个月。对照组于月经周期第 5 天开始口服氯米芬(国药准字 H13022188)50 mg/次,1 次/d,持续治疗 5 d。观察组于月经后 4~6 d 行腹腔镜下卵巢打孔术:常规气管插管,静脉全麻,取截石位;于脐上缘作一约 10 mm 长切口,建立气腹,放入腹腔镜探查;确诊后于下腹部两侧开 5 mm 切口,置入等离子 PK 电针,用电针于两侧卵巢表面各打 4~6 个孔,孔径 2~6 mm,深 2~5 mm,穿透包膜;卵泡液流出后,行输卵管通液术;用 0.9%氯化钠冲洗盆腔。术后服用抗生素进行抗感染治疗。

1.3 观察指标 (1)治疗前、治疗后 4~6 d 抽取两组患者清晨空腹静脉血,离心取血清,采用化学发光分析法测定两组患者 E₂、LH、FSH 水平。(2)两组均随访 6 个月,比较患者月经、排卵及妊娠情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 对数据进行分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者性激素指标比较 治疗后, 观察组 E_2 、LH 水平均低于对照组, FSH 水平高于对照组, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者性激素指标比较 ($\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	<i>n</i>	E_2 (pmol/L)	LH(IU/L)	FSH(IU/L)
治疗前	观察组	38	168.59± 38.42	28.37± 8.76	9.94± 2.57
	对照组	38	167.32± 38.25	28.10± 8.73	10.23± 2.61
	<i>t</i>		0.144	0.135	0.488
	<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05
治疗后	观察组	38	112.37± 20.14	13.64± 6.38	13.84± 3.47
	对照组	38	124.86± 24.39	16.90± 7.22	12.31± 2.84
	<i>t</i>		2.434	2.086	2.103
	<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者月经、排卵及妊娠情况比较 治疗后, 观察组月经正常率、3 个月内排卵率及 6 个月内妊娠率明显高于对照组, 差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者月经、排卵及妊娠情况比较[例(%)]				
组别	<i>n</i>	月经正常	3 个月内排卵	6 个月内妊娠
观察组	38	35 (92.11)	36 (94.74)	22 (57.89)
对照组	38	28 (73.68)	28 (73.68)	13 (34.21)
χ^2		4.547	6.333	4.290
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

难治性多囊卵巢综合征发病原因尚未明确, 可能与遗传因素、环境因素有关。其病理机制可能为垂体过多分泌 LH, 过量 LH 引起雄激素大量释放, 抑制卵泡生长; E_2 与雄烯二酮反应转化为雌酮, 雌

酮与 E_2 对 LH 呈正反馈, 导致 LH 水平无规律性升高, 影响排卵, 过量雄激素及持续无排卵引起卵巢多囊改变^[3]。治疗难治性多囊卵巢综合征应以恢复排卵功能为主。

氯米芬可促进垂体分泌促性腺激素, 减少 LH 分泌, 提高 FSH 水平, 加快卵泡生长、诱导排卵。但研究显示^[4], 20%~25% 难治性多囊卵巢综合征患者对氯米芬有耐药性。胰岛素抵抗可增加雄激素合成, 引起高雄激素血症, 造成卵泡发育障碍。二甲双胍为降血糖药, 可增强患者胰岛素敏感性, 减少雄激素合成, 利于卵泡发育。腹腔镜下卵巢打孔术可破坏卵巢基底, 减少雄激素, 清除卵泡液, 促进卵泡发育, 恢复卵巢功能^[5]。本研究结果显示, 治疗后观察组 E_2 、LH 水平均低于对照组, FSH 水平高于对照组; 且月经正常率、3 个月内排卵率及 6 个月内妊娠率均高于对照组 ($P<0.05$)。说明腹腔镜下卵巢打孔术联合二甲双胍治疗难治性多囊卵巢综合征, 可有效改善患者性激素分泌, 促进卵泡发育, 促使月经恢复正常, 提高排卵率与妊娠率。综上所述, 腹腔镜下卵巢打孔术联合二甲双胍治疗难治性多囊卵巢综合征疗效显著, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]肖育红,周敏,齐倩,等.来曲唑联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征不孕症的疗效观察[J].现代生物医学进展,2015,15(30):5939-5941
[2]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.360-361
[3]蒋琼,张梅.腹腔镜下卵巢打孔术治疗难治性多囊卵巢综合征临床观察[J].海南医学,2016,27(3):475-477
[4]李艺,齐伟宏,朱军.噻唑烷二酮类药物对氯米芬抵抗型的多囊卵巢综合征不孕患者治疗有效性的 Meta 分析[J].临床药物治疗杂志, 2015,13(3):67-72
[5]梁惠霞,曾清芳.腹腔镜下卵巢打孔术联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征的临床分析[J].临床军医杂志,2015,43(7):677-679
(收稿日期: 2017-04-15)

酚妥拉明联合硝苯地平控制妊高症患者血压疗效分析

王佳丽

(河南省济源市人民医院妇产科 济源 459000)

摘要: 目的: 探讨酚妥拉明联合硝苯地平控制妊高症患者血压水平的临床效果及安全性。方法: 选取我院 2013 年 10 月~2016 年 10 月接诊的 108 例妊高症患者, 随机分为硫酸镁组和拉明地平组各 54 例。硫酸镁组给予硫酸镁静脉滴注治疗, 拉明地平组在此基础上给予硝苯地平口服联合酚妥拉明静脉滴注治疗, 比较两组治疗前后血压变化及不良反应发生情况。结果: 治疗前, 两组患者舒张压和收缩压水平无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后, 拉明地平组收缩压和舒张压改善程度明显高于硫酸镁组 ($P<0.05$); 两组不良反应发生率比较无显著性差异 ($P>0.05$)。结论: 酚妥拉明联合硝苯地平治疗可有效控制妊高症患者血压, 且安全性高, 值得临床推广应用。

关键词: 妊高症; 酚妥拉明; 硝苯地平; 血压; 安全性

中图分类号: R714

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.053

妊高症是临床常见的产科合并症, 包括子痫、慢性高血压并发子痫前期、子痫前期、妊娠期高血压以及慢性高血压, 一般在妊娠 20 周以后出现, 伴有高血压、水肿、蛋白尿等症状, 严重影响母婴健康^[1]。妊

高症的治疗关键在于降低患者血压水平。硫酸镁是治疗妊高征的首选药物, 可有效控制机体血压, 但硫酸镁的治疗浓度与中毒浓度接近, 易导致部分患者不能耐受而影响治疗效果^[2]。本研究对妊高症患者

给予酚妥拉明联合硝苯地平治疗,旨在探讨其对血压的影响及用药安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 10 月~2016 年 10 月接诊的 108 例妊高症患者,随机分为硫酸镁组和拉明地平组各 54 例。硫酸镁组年龄 23~38 岁,平均年龄 (31.43± 5.41) 岁;初产妇 31 例,经产妇 23 例。拉明地平组年龄 22~39 岁,平均年龄 (31.99± 5.46) 岁;初产妇 34 例,经产妇 20 例。两组患者年龄、初经产等比较无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 排除和纳入标准 排除标准:伴有重要器官如肝、肾、心等严重性疾病的患者;治疗前 2 个月内有降压、降脂等药物治疗史;本次治疗药物过敏。纳入标准:经临床症状、病史、血压、超声、血常规等检查证实为妊高症^[1];无严重血液系统疾病;签署知情同意书。

1.3 方法 硫酸镁组患者给予硫酸镁治疗。患者入院后将 25%硫酸镁(国药准字 H11020319) 20 ml 溶于 5%葡萄糖注射液 500 ml 中静脉滴注,30 min/次,8 h 一次。拉明地平组在硫酸镁组基础上给予硝苯地平联合酚妥拉明治疗。将酚妥拉明(国药准字 H20063706) 20 mg 溶于 5%葡萄糖注射液 250 ml 中静脉滴注,前 30 min 滴入 10 mg,剩余药量根据患者血压水平调整滴速,8 h 一次,滴注完毕后口服 30 mg 硝苯地平片(国药准字 H31020466),1 次/d。两组均持续治疗 7 d。

1.4 统计学方法 采用软件 SPSS 20.0 处理数据,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验;计数资料用率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血压水平比较 治疗前,两组患者舒张压和收缩压水平无显著性差异, $P>0.05$; 治疗后拉明地平组患者收缩压和舒张压改善程度明显高于硫酸镁组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后血压水平比较 (mm Hg, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	收缩压		舒张压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
拉明地平组	54	158.46± 7.43	127.42± 6.72	95.17± 5.21	80.13± 4.94
硫酸镁组	54	157.73± 7.40	146.43± 7.01	96.03± 5.46	86.41± 5.22
t		7.647	0.043	9.653	0.041
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者不良反应发生率比较 两组患者不良反应发生情况比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生情况比较

组别	n	恶心(例)	头晕(例)	呕吐(例)	口干(例)	发生率(%)
硫酸镁组	54	2	1	1	1	9.26
拉明地平组	54	3	2	1	2	14.81
χ^2						0.787
P						>0.05

3 讨论

全身小动脉痉挛是妊高症的主要病理改变,严重时可导致孕妇发生多系统功能紊乱、抽搐、昏迷等,甚至可导致母婴死亡,是孕产妇和围生儿发病和死亡的主要原因之一。近年来,随着人们生活水平的提高、饮食习惯的改变,妊高症的发生率也在不断上升。

妊高症治疗方法主要为解痉和降压。酚妥拉明是 α_1 、 α_2 受体拮抗药,具有舒张血管的作用,已被逐渐应用于多种高血压疾病治疗中^[4]。该药可通过拮抗或部分阻断细胞内 α_1 、 α_2 受体,发挥血管舒张作用,可降低外周血管阻力,改善微循环和内脏血流灌注,且其作用温和,维持时间短暂。硝苯地平是钙离子 (Ca^{2+}) 拮抗剂,具有抑制 Ca^{2+} 内流和松弛血管平滑肌的作用,通过选择性阻碍心肌细胞膜的钙通道,使血管、支气管及子宫平滑肌兴奋-收缩偶联失去效果,松弛血管平滑肌,扩张冠状动脉及周围小动脉,增加冠脉血流量,降低外周血管阻力,达到降低血压的目的,在妊高症治疗中具有较好的临床疗效^[5]。硫酸镁进入机体后可在血液中电离出镁离子而发挥 Ca^{2+} 拮抗作用,有效抑制血管、神经肌肉连接处释放乙酸胆碱,降低患者血压,解除血管和骨骼肌痉挛^[6]。本研究结果显示,治疗后,拉明地平组收缩压和舒张压改善程度明显高于硫酸镁组 ($P<0.05$); 且两组不良反应发生情况无显著性差异 ($P>0.05$)。说明酚妥拉明联合硝苯地平治疗可有效控制患者血压水平,且未增加机体不良反应发生的风险。综上所述,酚妥拉明联合硝苯地平治疗可有效控制妊高症患者血压,具有良好的安全性及有效性,值得临床推广应用。

参考文献

[1]赵凤环,方锡伴.硫酸镁联合拉贝洛尔采用治疗妊高症的临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2015,26(11):2460-2461
[2]程军.肾素-血管紧张素系统抑制剂对高血压患者脂代谢的改善作用[J].上海医药,2016,37(3):35-40
[3]欧阳庆.尿微量蛋白和血液流变学检测在妊高症中的临床诊断价值探析[J].现代诊断与治疗,2014,25(6):1340
[4]楚留芬.妊高症应用硝苯地平 and 酚妥拉明及硫酸镁联合治疗的效果分析[J].中国继续医学教育,2016,8(1):136-137
[5]程智娟.依那普利片联合硝苯地平控释片治疗老年顽固性高血压临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(4):23-24
[6]余莎莎.硫酸镁联合酚妥拉明治疗妊高症的疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(4):771

(收稿日期: 2017-04-13)

腹腔镜手术治疗剖宫产术后Ⅱ型子宫瘢痕妊娠分析

莫金凤

(广东省佛山市第一人民医院 佛山 528000)

摘要:目的:分析腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的效果。方法:选取我院 2014 年 2 月~2016 年 3 月剖宫产术后Ⅱ型子宫瘢痕妊娠患者 110 例,按照不同手术方式分为两组,对照组患者实施开腹手术治疗,观察组患者实施腹腔镜手术治疗,对治疗后各项指标进行对比。结果:观察组患者术中出血量(46.19± 8.29) ml、月经恢复时间(22.01± 2.11) d、血 HCG 恢复正常时间(17.02± 1.12) d、住院时间(6.01± 1.23) d,均显著优于对照组($P<0.05$)。结论:腹腔镜手术治疗剖宫产术后Ⅱ型子宫瘢痕妊娠具有显著效果,可减少术中出血量,缩短患者月经恢复时间、血 HCG 恢复正常时间,还具有安全、微创、手术野清晰、术后恢复快、住院时间短等优点。

关键词:剖宫产;子宫瘢痕妊娠;腹腔镜手术

中图分类号:R713.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.054

剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠主要由于受精卵着床在前次剖宫产瘢痕位置而引起。近年来,由于剖宫产手术不断增加及二孩生育政策开放,导致子宫瘢痕部位妊娠率呈上升趋势,孕早期诊断较为困难,多数患者易发生误治和误诊,严重者可引起子宫破裂、大出血,对患者生命安全造成严重威胁^[1],需急诊行子宫动脉上行支栓塞介入或子宫切除术止血、抢救生命。因此,本研究对腹腔镜手术治疗剖宫产术后Ⅱ型子宫瘢痕妊娠的效果进行研究。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 2 月~2016 年 3 月剖宫产术后Ⅱ型子宫瘢痕妊娠患者 110 例,按照不同手术方式分为两组。观察组年龄 20~32 岁,平均年龄(25.01± 1.37)岁;对照组年龄 21~31 岁,平均年龄(25.40± 1.23)岁。两组患者一般资料差异不显著($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)均伴有剖宫产史;(2)根据 B 超检查报告,均符合临床剖宫产术后Ⅱ型子宫瘢痕妊娠诊断标准。

1.3 排除标准 (1)临床基本资料不完整患者;(2)不接受手术治疗患者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 均实施开腹手术治疗。

1.4.2 观察组 实施腹腔镜手术治疗。静吸复合全麻后,腹腔镜探查患者子宫形态、子宫瘢痕表面血管、妊娠包块隆起及盆腹腔,将膀胱腹膜打开,充分暴露患者瘢痕处妊娠包块,在腹腔镜监视下实施负压吸宫手术,清除患者妊娠物,梭形切开患者子宫瘢痕妊娠部位的上下缘,用吸引器吸刮切口周围并冲洗,最后使用微荞线连续锁边或间断缝合切口。

1.5 观察指标 观察术中出血量、月经恢复时间、

血 HCG 恢复正常时间、住院时间并进行对比。比较两组临床疗效。

1.6 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学软件分析数据,计数资料以率表示,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 临床疗效比较 两组手术治疗后治愈率均为 100%,两组比较, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	治愈(例)	未治愈(例)	治愈率(%)
观察组	55	55	0	100
对照组	55	55	0	100

2.2 各项指标比较 观察组患者术中出血量(46.19± 8.29) ml、月经恢复时间(22.01± 2.11) d、血 HCG 恢复正常时间(17.02± 1.12) d、住院时间(6.01± 1.23) d,均明显优于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量(ml)	月经恢复时间(d)	血 HCG 恢复正常时间(d)	住院时间(d)
观察组	55	46.19± 8.29	22.01± 2.11	17.02± 1.12	6.01± 1.23
对照组	55	92.33± 10.45	27.19± 2.15	20.15± 2.49	9.08± 2.17

3 讨论

研究显示,导致剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的主要因素为受精卵和滋养细胞在切口瘢痕处着床^[2]。近年来,剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠发生率呈上升趋势,其中主要表现为停经后下腹隐痛、阴道不规则出血,由于该疾病无典型的临床表现,在诊断中临床医生常常将其与宫内早孕、早期先兆流产、宫颈妊娠相混淆,易发生误诊情况。同时由于患者子宫瘢痕位置弹性较差、组织较为薄弱,受精卵着床在此,易

导致妊娠部位血管穿透浆膜层、疤痕部位压力不断增加,引起大出血和子宫破裂等情况,因此,实施一项有效手术治疗方式十分重要^[3-4]。

临床治疗该疾病的原则为终止患者妊娠、保留生育能力,治疗方式根据子宫疤痕妊娠的类型而定,I 型者可行 B 超监视下清宫术;II 型者行局部病灶切除术、子宫切除,II 型者手术途径有开腹手术、腹腔镜手术、宫腔镜手术等^[5]。其中腹腔镜手术在临床中被广泛应用,其与开腹手术相比具有诸多优势:(1)能分离患者盆腹腔粘连;(2)可以暴露患者病灶,将病灶彻底清除,控制患者出血量,并能显著缩短患者血 HCG 恢复正常时间;(3)采用腹腔镜手术治疗,能完全切除患者子宫疤痕妊娠病灶,通过缝合修补患者缺损子宫后,将子宫形态恢复,显著降低剖宫产术后子宫疤痕妊娠几率,对患者各方面影响较小,且减轻手术对患者的创伤,提高手术效果^[6]。

本研究结果表明,观察组和对对照组在剖宫产术后 II 型子宫疤痕妊娠患者手术治疗后的治愈率均一

样,但观察组剖宫产术后子宫疤痕妊娠患者术中出血量、月经恢复时间、血 HCG 恢复正常时间、住院时间优于对照组($P<0.05$)。综上所述,腹腔镜手术治疗剖宫产术后 II 型子宫疤痕妊娠疗效显著,不仅能减少术中出血量,缩短患者术后月经恢复时间、血 HCG 恢复正常时间,还具有安全、微创、手术野清晰、术后恢复快、住院时间短等优点。

参考文献

[1]夏星.腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫疤痕部位妊娠临床观察[J].中国基层医药,2014,2(15):2339-2341
[2]邵莉萍,陈琴,周秋霞,等.腹腔镜手术治疗子宫疤痕部位妊娠 9 例临床分析[J].浙江临床医学,2015,5(4):613-614
[3]李宗婷,李萍.腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫疤痕妊娠 8 例临床分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(19):2864-2865
[4]付丽萍,汤丽荣.剖宫产切口疤痕部位妊娠临床治疗探讨[J].医学研究杂志,2015,44(6):104-106,115
[5]李强,王雯雯,肖镇冬,等.疤痕妊娠的腹腔镜手术治疗[J].中国生育健康杂志,2016,27(3):246-248
[6]栾昇.腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫疤痕部位妊娠[J].中国医药指南,2016,14(31):149-150

(收稿日期:2017-01-05)

NICU 新生儿医院感染的影响因素研究

贾湘杰 刘九月 韩爱茹

(河南省濮阳市妇幼保健院儿童重症监护室 濮阳 457000)

摘要:目的:探讨 NICU 新生儿医院感染的影响因素,制定合理应对策略,为降低医院感染的发生提供参考依据。方法:选取 2015 年 2 月~2016 年 8 月我院收治的 1 282 例 NICU 新生儿临床资料,分析 NICU 新生儿医院感染情况及影响因素。结果:所有患儿感染发生率为 7.8%,以肺炎、败血症及腹泻为主;造成医院感染的病原菌以革兰阴性菌为主;引起 NICU 新生儿感染的影响因素有胎膜早破、肠外营养、机械通气、出生体重 ≤ 1.5 kg、胎龄 ≤ 32 周、住院时间长、新生儿窒息、抗生素药物使用、静脉导管、胃管留置以及羊水污染。结论:NICU 新生儿医院感染影响因素较多,应采取必要的预防干预措施,降低感染的发生率。

关键词:医院感染;新生儿;影响因素

中图分类号:R722

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.055

医院内感染(简称院感)指入院 48 h 后在医院内所获得的感染,包括在住院期间发生的感染,在医院内获得出院后发生的感染,在原有感染基础之上出现新的不同部位的感染,或又培养出新的病原体的感染^[1]。新生儿在分娩过程中和产后获得的感染,也为医院感染^[2]。NICU 即新生儿重症监护病房,收治早产儿、低出生体重儿、并发呼吸窘迫综合征及合并其他并发症的患儿。NICU 内患儿病情危急且接受侵入性操作较多,结合新生儿自身免疫功能低下,发生院感机率较大。NICU 新生儿发生院感后,不仅会加重病情,影响新生儿生长发育,同时还增加家庭和社会负担^[3]。因此,加强 NICU 新生儿医院感染影响因素分析,施予合理有效措施进行预防干预

尤为重要。本研究选取我院 1 282 例 NICU 新生儿临床资料,进行相关影响因素分析。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月~2016 年 8 月本院收治的 1 282 例 NICU 新生儿临床资料。其中,早产儿 731 例,足月儿 551 例;男 679 例,女 603 例。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:均为 NICU 患儿;患儿家长均签订知情同意书。排除标准:合并其他严重器质性疾病影响研究者;中途因自身原因或者疾病治疗需求转院患儿;临床资料不全患儿。

1.3 方法 收集患儿相关临床资料和实验室检查结果。对病例进行回顾性分析,详细记录所有患儿性别、胎龄、体重、实验室检查、病原学培养等相关信

息。分析影响因素有胎膜早破情况、胃肠外营养、机械通气、出生时体重、胎龄、住院时间、新生儿窒息、抗生素药物使用、静脉导管、胃管留置以及羊水污染等;实验室检查包括血培养、痰培养、大便培养、其他体液培养等;安排感染专职人员诊断感染患儿,并做好相应记录,确保统计结果的准确性。

1.4 统计学处理分析 采用统计学软件 SPSS19.0 处理数据,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 NICU 新生儿院内感染发生情况 1 282 例 NICU 患儿发生院感 100 例(7.8%),以肺炎、败血症以及腹泻为主。其中,男 61 例,女 39 例。

2.2 100 例感染新生儿病原菌分析 引起感染的病原菌主要以革兰阴性菌、革兰阳性菌为主。革兰阳性菌主要有金黄色葡萄球菌、凝固酶阴性葡萄球菌、肠球菌;主要革兰阴性病原菌依次为肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌、阴沟肠杆菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌。见表 1。

表 1 100 例感染新生儿病原菌分析(%)		
病原菌	n	发生率
革兰阴性菌	59	59.0
革兰阳性菌	35	35.0
真菌	4	4.0
其他	2	2.0

2.3 100 例感染新生儿影响因素分析 影响因素有胎膜早破、肠外营养、机械通气、出生体重 ≤ 1.5 kg、胎龄 ≤ 32 周、住院时间长、新生儿窒息、抗生素药物使用、静脉导管、胃管留置以及羊水污染。见表 2。

表 2 100 例感染新生儿影响因素分析(%)					
因素		<i>n</i>	百分比	χ^2	<i>P</i>
胎膜	早破	65	65.0	9.01	<0.05
	正常	35	35.0		
抗生素药物	未使用	24	24.0	27.04	<0.05
	使用	76	76.0		
胎龄	≤32 周	64	64.0	7.84	<0.05
	>32 周	36	36.0		
营养	肠外营养	70	70.0	16.02	<0.05
	肠内营养	30	30.0		
机械通气	是	67	67.0	11.56	<0.05
	否	33	33.0		
住院时间	长	68	68.0	12.96	<0.05
	短	32	32.0		
体重	≤1.5 kg	71	71.0	17.64	<0.05
	>1.5 kg	29	29.0		
新生儿窒息	是	78	78.0	31.36	<0.05
	否	22	22.0		
静脉导管	是	81	81.0	38.44	<0.05
	否	19	19.0		
胃管留置	是	80	80.0	36.01	<0.05
	否	20	20.0		
羊水污染	是	76	76.0	27.04	<0.05
	否	24	24.0		

3 讨论

新生儿因机体免疫力低,易受各种病原微生物侵袭,一旦发生感染,严重时威胁生命安全。文献报道^[5-6],国外 NICU 新生儿医院内感染发病率为 15.28%,关于其发病率不同地区的报道存在着很大差异,波动幅度 4.1%~15.3%,可能与各医院感染防控措施及监控质量相关。本研究结果显示,我院 NICU 患儿院感发生率为 7.8%,以肺炎、败血症以及腹泻为主;引起感染的主要病菌为革兰阴性菌;影响因素有胎膜早破、肠外营养、机械通气、出生体重 ≤ 1.5 kg、胎龄 ≤ 32 周、住院时间长、新生儿窒息、抗生素药物使用、静脉导管、胃管留置以及羊水污染等。这一结果与相关文献报道一致^[7]。胎龄越小,体重越低,医院感染发生率越高;侵入性操作及机械通气、预防与频繁使用抗生素易造成菌群失调,引起耐药菌株。

通过对 NICU 新生儿医院感染相关影响因素分析,临床工作中我们作出如下改进:(1)构建良好监测系统,规范医务人员洗手,加强手卫生消毒;(2)减少机械通气应用时间,早产儿尽早建立肠道营养,缩短肠外营养及 PICC 使用时间,进行集束化护理,侵入性操作集中进行,减少采集病原学标本次数;(3)合理使用抗生素,严格按照病原菌种类、新生儿生理特点、感染位置以及感染严重程度制定药物治疗方案,明确抗菌药物种类、使用剂量、给药途径、具体疗程和联合用药等,根据本区 NICU 流行病学以及药敏资料选择抗生素。综上所述,NICU 新生儿医院感染影响因素众多,应加强感染影响因素的分析,制定合理的预防干预措施,降低感染发生率,保障患儿健康。

参考文献

[1]石伟,陈昌辉.新生儿重症监护病房医院感染的危险因素分析[J].中华实验和临床感染病杂志(电子版),2013,7(4):53-55

[2]Alison J,Lisa S,Richard A.Hospital-Acquired Infections in the NICU: Epidemiology for the New Millennium [J].Clinics in Perinatology, 2009,35(1):223-249

[3]李六亿.我国新生儿医院感染控制工作面临的挑战.中国新生儿科杂志,2009,24(2):65-67

[4]马志红,梁进娟.新生儿重症监护病房住院患儿医院感染影响因素分析[J].中国消毒学杂志,2014,31(9):994-995

[5]Elster T,Beata CM,Sochaczewska D,et al.Analysis of risk factor for nosocomial infections in the Neonatal Intensive Care Unit of the Pomeranian Medical University in Szczecin in the years 2005~2008 [J].Ginekol,2009,80(8):609-614

[6]任南,文细毛,易霞云,等.全国医院感染监控网儿科和产科新生儿室院内感染监测报告[J].中国当代儿科杂志,2003,5(2):120-122

[7]黄围盛,廖燕,毕雷.新生儿重症监护病房医院感染临床特点及危险因素分析[J].中国新生儿科杂志,2011,26(5):304-307

(收稿日期: 2017-04-16)

清肝利胆口服液辅助治疗对新生儿高胆红素血症的影响

张建敏

(河南省内黄县人民医院儿科 内黄 456300)

摘要:目的:分析清肝利胆口服液对新生儿高胆红素血症的影响。方法:选取 84 例高胆红素血症患儿,随机数字表法分组,每组 42 例。对照组采用双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊治疗,研究组采用清肝利胆口服液治疗,两组均持续治疗 7 d。对比治疗前后两组直接胆红素(TBIL)、间接胆红素(IBIL)水平变化情况和临床效果及不良反应发生率。结果:治疗后研究组 TBIL、IBIL 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组治疗总有效率 95.24%(40/42)高于对照组 76.19%(32/42),差异有统计学意义($P<0.05$);研究组不良反应总发生率 7.14%(3/42)与对照组 9.52%(4/42)对比差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:采用清肝利胆口服液治疗高胆红素血症患儿,可有效降低 TBIL、IBIL 水平,显著提高治疗效果。

关键词:高胆红素血症;清肝利胆口服液;新生儿

中图分类号:R722.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.056

高胆红素血症是因胆红素增加而导致的病症,临床表现为黄疸,新生儿为易发人群,发病率较高,且有逐年上升趋势^[1]。重症患儿可导致肝脏、神经系统等受损,甚至死亡,因此需及时有效治疗。既往多采用光疗,但光疗耗费时间较长,且易出现皮疹、腹泻、发热、脱水等不良反应,影响治疗效果^[2]。本研究选取高胆红素血症患儿给予清肝利胆口服液治疗,探究其对高胆红素血症患儿的影响。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽取我院 2014 年 4 月~2015 年 9 月 84 例高胆红素血症患儿,随机数字表法分组,每组 42 例。研究组男 23 例,女 19 例;日龄 1~26 d,平均(12.51±3.28) d。对照组男 23 例,女 19 例;日龄 1~27 d,平均(12.43±3.41) d。比较两组性别、年龄等基线资料,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采用双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊(国药准字 S19993065)治疗,口服 105 mg/次,3 次/d。研究组采用清肝利胆口服液(国药准字 Z10910053)治疗,口服 5 ml/次,3 次/d。两组均持续治疗 7 d。

1.3 观察指标 (1)治疗前后分别抽取两组患儿血液,不加抗凝剂,凝固后离心分离,取血清,采用 ELSA 法检测 TBIL、IBIL 水平。(2)统计两组临床疗效及不良反应发生率。显效:黄疸症状完全消失,且 TBIL、IBIL 水平明显降低;有效:黄疸症状明显减轻,且 TBIL、IBIL 水平有所降低;无效:黄疸症状未消失,且 TBIL、IBIL 水平未改善。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4 统计学分析 通过 SPSS18.0 对数据进行分析,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,配对 t 检验,以例(%)表示计数资料,配对 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 TBIL、IBIL 水平 治疗前两组 TBIL、IBIL 水平对比差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后研究组 TBIL、IBIL 水平低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 TBIL、IBIL 水平比较(mol/L, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	时间	TBIL		IBIL
研究组	42	治疗前	331.62±39.31	329.98±38.40	288.51±37.15
对照组	42		0.193	0.200	290.23±41.54
t			>0.05	>0.05	
研究组	42	治疗后	111.23±37.16	174.58±36.57	99.42±31.28
对照组	42		7.875	6.525	145.35±33.21
t			<0.05	<0.05	

2.2 治疗效果 研究组治疗总有效率(95.24%)高于对照组(76.19%),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗效果对比[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	42	23(54.76)	17(40.48)	2(4.76)	40(95.24)
对照组	42	13(30.95)	19(45.24)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2					70.152
P					<0.05

2.3 不良反应 研究组不良反应总发生率 7.14%(3/42)与对照组 9.52%(4/42)对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

高胆红素血症为新生儿常见疾病之一,可引起患儿多脏器功能障碍,尤其是对患儿中枢神经系统影响极大。若高胆红素血症病情加重,可发展为胆红素脑病,进而造成患儿病死或留下语言障碍、听力障碍、脑瘫、智力低下及运动功能障碍等后遗症^[3]。及时治疗高胆红素血症,对于治愈原发病及改善患儿预后有重要意义。

双歧杆菌能通过肠黏膜上皮细胞与肠壁磷酸相

互作用而形成生物学屏障,减少肠壁吸收胆红素,进而降低循环血液中胆红素水平,起到缓解黄疸症状的作用^[4]。李建光^[5]研究中采用双歧杆菌三联活菌肠溶胶囊加用清肝利胆口服液辅助治疗新生儿高胆红素血症,可有效降低新生儿胆红素水平,缩短治疗时间。清肝利胆口服液主要成分为金银花、栀子、茵陈等中草药,金银花有利热解毒、抗菌消炎之功效,可增强肠蠕动,并能减少肠肝循环;栀子能增强胆汁分泌、排泄,有降酶保肝、增强肠蠕动之功效,为治疗黄疸之良药;茵陈为传统缓解黄疸症状类药物,具有清热利胆及保护肝功能的功效,能增加胆汁中胆红素、胆酸的排出量,进而缓解黄疸症状。因此,清肝利胆口服液能改善高胆红素血症患儿血清胆红素水平,有效缓解黄疸症状^[6]。本研究结果显示,治疗后研究组 TBIL、IBIL 水平均低于对照组,且研究组治疗总有效率(95.24%)高于对照组(76.19%),提示采用清肝利胆口服液治疗高胆红素血症患儿,可有效改善

其血清胆红素水平,显著提高治疗效果。另从本研究结果可知,两组不良反应发生率均较低,表明清肝利胆口服液治疗高胆红素血症患儿安全性较高。综上所述,采用清肝利胆口服液治疗高胆红素血症患儿效果显著,且安全性较高。

参考文献

[1]刘建珍.中西医结合疗法治疗新生儿高胆红素血症护理探讨[J].辽宁中医杂志,2014,41(5):1027-1029
[2]陶立华,胡晓文,廖玲太,等.茵陈利胆口服液辅助治疗新生儿高胆红素血症疗效分析[J].中国妇幼保健,2015,30(34):6157-6159
[3]张娜,殷悦,贾玫.新生儿总胆红素水平对血糖和血脂代谢的影响[J].中国生育健康杂志,2015,26(4):348-350
[4]朱红文,张理斐,张慧娟.茵陈黄颗粒联合双歧杆菌三联活菌胶囊治疗新生儿高胆红素血症疗效观察[J].上海医药,2015,36(5):26-27
[5]李建光.清肝利胆口服液辅助治疗新生儿高胆红素血症的疗效观察[J].中医临床研究,2015,7(34):94-96
[6]张娟.酪酸梭菌二联活菌散联合清肝利胆口服液治疗新生儿高胆红素血症的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志,2015,2(35):7261-7262

(收稿日期: 2017-03-07)

布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿感染性急性喉炎疗效评价

邓镜业 张凤梨

(广东省江门市中心医院 江门 529000)

摘要:目的:探讨布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿感染性急性喉炎的临床疗效。方法:选取 2016 年 3 月~2017 年 2 月我院收治的 120 例小儿感染性急性喉炎患者为研究对象,随机分为实验组和常规组各 60 例。常规组采用常规治疗,实验组在常规组的基础上加用布地奈德混悬液雾化吸入治疗,比较两组患者临床症状消除时间以及疗效。结果:实验组患儿临床症状消除时间明显短于常规组($P<0.05$);实验组临床疗效显著高于常规组($P<0.05$)。结论:小儿感染性急性喉炎采用布地奈德混悬液雾化吸入治疗可有效改善临床症状,治疗效果显著,值得临床推广应用。

关键词:小儿感染性喉炎;布地奈德混悬液;雾化吸入

中图分类号:R725

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.057

小儿感染性急性喉炎是因细菌病毒感染引起的呼吸道黏膜炎症,好发于婴幼儿。临床症状主要为声音嘶哑、咳嗽反复、呼吸困难、喉鸣严重等,该病起病急、进展快,若未得到及时有效的治疗,可出现严重并发症和后遗症,威胁患儿生命健康^[1]。雾化吸入治疗小儿感染性急性喉炎,可有效缓解呼吸道黏膜水肿、梗阻等症状。本研究旨在探讨布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿感染性急性喉炎的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月~2017 年 2 月我院收治的 120 例小儿感染性急性喉炎患儿为研究对象,随机分为实验组和常规组各 60 例。实验组男 39 例,女 21 例;年龄 6 个月~4 岁。常规组男 38 例,女 22 例;年龄 5 个月~5 岁。所有患儿均伴有咳嗽、发

热、声音嘶哑、喉鸣、呼吸困难、喉咙梗阻等症状。两组患儿在性别、年龄、临床症状等一般资料上比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法 两组均进行氧气吸入、祛痰止咳、抗感染等治疗。在此基础上,实验组采用布地奈德混悬液雾化吸入治疗,将 0.5~1.0 mg 布地奈德混悬液与 2 ml 灭菌水相溶,利用空气压缩泵进行雾化吸入,10 min/次,2 次/d;之后进行地塞米松静脉滴注,用量为 0.25~0.5 mg/kg,1 次/d。常规组仅采用地塞米松静脉滴注治疗,方法同实验组。

1.3 观察指标 观察并记录患儿各项临床症状消失时间。疗效判断标准:显效,声音嘶哑、咳嗽、喉鸣等症状明显改善,呼吸困难和喉咙梗阻消失;有效,声音嘶哑好转,咳嗽改善不明显,喉咙梗阻部分改善;无效,以上临床症状未改善甚至加重,并存在呼

吸困难问题。

1.4 统计学方法 采用 SPSS11.0 软件包进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料用率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿各项临床症状消失时间比较 实验组各项临床症状消失时间及住院时间均明显短于常规组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患儿各项临床症状消失时间比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	声嘶(h)	喉鸣(h)	咳嗽(h)	发热(h)	住院时间(d)
实验组	60	14.3± 1.5	12.6± 1.4	8.3± 1.1	7.6± 1.0	4.2± 0.5
常规组	60	19.2± 2.6	19.6± 2.5	13.2± 1.6	17.2± 2.6	6.5± 0.9
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患儿临床疗效比较 实验组临床疗效显著高于常规组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患儿临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
实验组	60	45 (75.0)	12 (20.0)	3 (5.0)	57 (95.0)
常规组	60	20 (33.3)	28 (46.7)	12 (20.0)	48 (80.0)
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

由于婴幼儿喉黏膜下腺体组织、淋巴、血管丰富,咽喉软骨尚未发育完全,具有柔软、黏膜柔嫩、喉腔狭窄的特点,一旦出现病毒或细菌感染极易引发炎症,同时伴有声门阻塞症状^[2]。此外婴幼儿神经系统发育不成熟,咳嗽反射差,气管及喉分泌物不易排出,易加重患儿咽喉痉挛、呼吸困难,导致病情反复、症状严重^[3]。小儿感染性急性喉炎治疗的关键是

尽快解除喉梗阻、保障呼吸道通畅。现临床治疗多以地塞米松为主,易产生不良反应,对症状严重的患儿治疗效果不佳^[4]。

布地奈德亲脂性强,可有效溶解在皮脂内,具有消炎抗菌、抗变态反应的作用。通过雾化吸入的方式,可直接作用在呼吸道,见效快,且抗菌消炎作用持久^[5]。雾化吸入法是利用高速氧气气流使药液形成雾状,经由呼吸道吸入,可有效保持药物化学结构,均匀给药,使患者吸收完全,提高药物生效面积^[6]。本研究结果显示,实验组临床症状消除时间及住院时间均短于常规组,且实验组临床疗效显著高于常规组($P<0.05$)。说明布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿感染性急性喉炎可有效改善患儿声音嘶哑、咳嗽、呼吸困难、喉鸣等临床症状。综上所述,小儿感染性急性喉炎采用布地奈德混悬液雾化吸入治疗效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]霍志艳,者桂莲.布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿感染性急性喉炎临床效果探析[J].现代诊断与治疗,2015,26(8):1767-1768
[2]韩长明.吸入用布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿急性感染性喉炎的疗效分析[J].中国处方药,2016,14(7):71-72
[3]胡忠栋,高彦利,周健铖,等.干扰素与布地奈德联合雾化吸入治疗小儿急性感染性喉炎的临床疗效评价[J].北方药学,2016,13(10):91-92
[4]陈学才.布地奈德混悬液雾化吸入治疗小儿急性感染性喉炎临床效果评价[J].药品评价,2016,13(24):27-28
[5]费宝敏,王敏,孙莉芳.急性感染性喉炎患儿布地奈德混悬液雾化吸入治疗的临床研究[J].中华医院感染学杂志,2014,24(12):3077-3079
[6]孙广斌.雾化吸入布地奈德混悬液治疗小儿急性感染性喉炎的临床疗效观察[J].中国卫生产业,2014,12(24):74-75

(收稿日期: 2017-04-13)

玉屏风颗粒治疗小儿反复上呼吸道感染疗效观察

苗香莲

(河南省长垣县中医院儿科 长垣 453400)

摘要:目的:观察玉屏风颗粒在小儿反复上呼吸道感染临床治疗中的应用效果。方法:选取 2014 年 1~12 月我院接诊的 74 例反复上呼吸道感染患儿为研究对象,随机分为治疗组与参照组各 37 例。参照组给予常规西医治疗方案,治疗组在参照组治疗的基础上内服玉屏风颗粒。比较两组患儿治疗效果。结果:治疗组临床疗效显著高于参照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:在常规西医治疗的基础上,加用玉屏风颗粒治疗小儿反复上呼吸道感染,可快速缓解临床症状,改善治疗效果,促进患儿健康,值得临床推广应用。

关键词:小儿反复上呼吸道感染;玉屏风颗粒;治疗效果

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.058

呼吸道感染主要为上呼吸道感染和下呼吸道感染两种类型。研究表明^[1],儿科门诊呼吸道感染患儿中,上呼吸道感染占 70%左右,其中反复上呼吸道

感染达到 10%左右。反复上呼吸道感染临床上也称反复感冒,以 6 个月~6 岁小儿为多发群体。由于该年龄段小儿免疫系统发育未成熟,病情长期迁延,导

致患儿抵抗力进一步弱化,严重者诱发肺炎、肺心病、肺气肿等^[2]。本研究为探索小儿反复上呼吸道感染临床治疗最佳途径,促使患儿正常生长发育,在对患儿行常规西医治疗的基础上,予以玉屏风颗粒治疗,效果较为满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1~12 月我院接诊的 74 例反复上呼吸道感染患儿,随机分为治疗组与参照组各 37 例。参照组男 20 例,女 17 例;年龄 6 个月~12 岁,平均年龄(1.8±0.8)岁;年发作次数 7~15 次,平均次数(11.9±3.3)次。治疗组男 21 例,女 16 例;年龄 6 个月~11 岁,平均年龄(1.7±0.9)岁;年发作次数 8~16 次,平均次数(12.1±3.5)次。两组一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 所有患儿均经临床全面检查已确诊,符合以下任一指标:0~2 岁,年发作次数≥7 次;3~6 岁,年发作次数≥6 次;7~12 岁,年发作次数≥5 次;所有年龄段患儿感染期间间隔均在 7 d 以上;患儿家属签署知情同意书,符合医学伦理学委员会要求。

1.3 排除标准 过敏体质,治疗无法耐受,精神系统疾病,血液疾病,脑疾病,肾疾病,肝疾病,肺结核,自身免疫性疾病,遗传性过敏症,过敏性鼻炎,哮喘等患儿。

1.4 治疗方法 参照组采用常规西医治疗方案。给予转移因子口服液口服,2 次/d(0~6 岁患儿单次服用剂量为 5 ml 左右,7~12 岁患儿单次服用剂量为 10 ml 左右),同时给予缓解鼻黏膜充血药物。治疗组在参照组治疗基础上,给予玉屏风颗粒(广东环球生产,规格 5 g/袋)口服,3 次/d(0~3 岁患儿单次给药剂量为 1/2 袋,3~7 岁患儿单次给药剂量为 1/2~1 袋,7~12 岁患儿单次给药剂量为 1~3/2 袋)。两组均治疗 2~6 周。

1.5 观察指标 观察两组患儿治疗效果。判定标准:患儿停药 6 个月且随访一年以上,上呼吸道感染发作次数、临床症状、病程均无明显改善,甚至加重,为无效;患儿停药 6 个月且随访一年以上,上呼吸道感染发作次数明显减少,而且临床症状得到大幅度缓解,病程相对较短,为有效;患儿停药 6 个月且随访一年以上,上呼吸道感染发作次数为 1 次,且病程较短,为显效。总有效=有效+显效。

1.6 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件对实验数据进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差

异具有统计学意义。

2 结果

治疗组临床疗效显著高于参照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

分组	n	无效	有效	显效	总有效
治疗组	37	3(8.11)	14(37.84)	20(54.05)	34(91.89)
参照组	37	11(29.73)	17(45.95)	9(24.32)	26(70.27)
χ^2					5.63
P					0.01

3 讨论

小儿反复上呼吸道感染是儿科较为常见的呼吸系统疾病,若不能及时治疗,容易影响小儿生长发育^[3]。由于小儿机体发育未成熟,免疫功能相对较为薄弱,呼吸道中免疫球蛋白相对较少,无法对抗病菌入侵进行有效抵抗,极易诱发反复上呼吸道感染^[4]。目前,临床治疗多集中于患儿疾病感染发作期,采用常规西医疗法预后效果并不理想,病情易反复。

小儿反复上呼吸道感染在中医中属“自汗、体虚感冒”等范畴,临床治疗需遵循扶正祛邪、调和营卫的原则^[5]。玉屏风颗粒由黄芪、白术及防风三种中药组成,具有显著的固护肺卫、抗病毒作用,可有效抑制细菌繁殖、生长,强化患儿机体免疫力。其中,白术、黄芪同属补气药,黄芪归于肺、脾两经,善补脾肺之气,有益气固表之效;白术归于脾、胃两经,具有益气健脾的同时兼具止汗的功效^[6]。防风味辛、甘,性微温,是不可多得的解表中药材之一。三者联合应用,具有补散结合的效果,可在不伤正气的基础上,祛除邪气,改善临床症状,促使其预后良性发展。本研究结果显示,治疗组临床疗效显著优于参照组($P<0.05$)。综上所述,常规西医治疗方案联合玉屏风颗粒治疗小儿反复上呼吸道感染可有效改善患儿临床症状,值得临床推广应用。

参考文献

[1]林佳英,贾秀红.玉屏风颗粒辅助治疗小儿毛细支气管炎的疗效评估及机制探讨[J].滨州医学院学报,2016,39(3):189-191
[2]张春林.加味玉屏风颗粒治疗儿童反复呼吸道感染 210 例[J].河南中医.2011,31(6):662-663
[3]赖崇杰.玉屏风颗粒联合壮医药线灸治疗小儿反复上呼吸道感染效果观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(17):1858-1860
[4]宋卫民.咳嗽变异性哮喘的病因及临床诊治分析[J].当代医学,2013,19(6):107
[5]赖崇杰.玉屏风颗粒联合壮医药线灸治疗小儿反复上呼吸道感染临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(2):141-143
[6]方卫忠.玉屏风颗粒联合铁剂治疗小儿反复呼吸道感染的临床效果观察[J].白求恩医学杂志,2013,11(6):555-556

(收稿日期: 2017-03-16)

丙戊酸钠与左乙拉西坦治疗小儿癫痫的临床疗效分析

曹现芳

(河南科技大学第二附属医院 洛阳 471000)

摘要:目的:对比分析丙戊酸钠和左乙拉西坦治疗小儿癫痫的临床疗效。方法:选取 2015 年 9 月~2016 年 9 月我院收治的 120 例癫痫患儿为研究对象,随机分为 A 组和 B 组各 60 例。A 组采用丙戊酸钠治疗,B 组采用左乙拉西坦治疗,比较两组患儿治疗效果及不良反应情况。结果:A 组患儿治疗效果明显高于 B 组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:丙戊酸钠和左乙拉西坦治疗小儿癫痫均具有较高的安全性,但丙戊酸钠疗效更确切。

关键词:小儿癫痫;丙戊酸钠;左乙拉西坦;脑电图;疗效;不良反应

中图分类号:R729

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.059

小儿癫痫是小儿时期发生的一种病因复杂的神经系统综合征,常见临床表现包括肌肉抽搐、感觉异常、意识异常等,具有反复发作、根治难度大的特点,严重影响患儿身心健康发育,给患儿家庭造成沉重的经济负担^[1-2]。现阶段,小儿癫痫治疗以单药治疗为主,根据患儿癫痫发作类型选择药物,剂量个体化,常用药物包括苯巴比妥、丙戊酸钠、左乙拉西坦等,其中丙戊酸钠和左乙拉西坦适用于各型癫痫发作^[3]。为进一步明显上述两种药物的临床疗效,本研究以我院癫痫患儿作为研究对象进行分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 9 月~2016 年 9 月收治的 120 例癫痫患儿为研究对象,随机分为 A 组和 B 组各 60 例。A 组:男 32 例,女 28 例;年龄 7 个月~13 岁,平均年龄(6.2±1.4)岁;病程 1 个月~5 年,平均病程(2.3±0.4)年。B 组:男 30 例,女 30 例;年龄 5 个月~14 岁,平均年龄(6.2±1.3)岁;病程 3 个月~4 年,平均病程(2.3±0.4)年。两组患儿性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:经临床表现及脑电图检查确诊为原发性癫痫;年龄≤14 周岁;每月发作次数 2 次以上,持续发作时间超过 2 周;患儿家属签署知情同意书。排除标准:合并其他器质性疾病;参与研究前 2 周内使用过抗癫痫药物;既往有药物过敏史。

1.3 方法

1.3.1 A 组 给予丙戊酸钠(国药准字 H19983059)治疗。用药方法:口服,年龄≥10 周岁的患儿,初始剂量 15 mg/kg,3 次/d,按需每周增加 5~10 mg/kg 至有效或不能耐受;年龄<10 周岁的患儿,每次 20 mg/kg,2 次/d,用药 1 周后无明显疗效,适当增加用药剂量,按需每周增加 30~40 mg/kg 至有效或不能

耐受。持续治疗 12 周。

1.3.2 B 组 给予左乙拉西坦(注册证号 H20110411)治疗。用药方法:口服,初始剂量为 10 mg/(kg·d),分两次服用,治疗 1 周后,增加用药剂量至 20 mg/(kg·d),分两次服用,以此剂量用药至第 4 周,增加用药剂量至 30 mg/(kg·d),分两次服用。持续治疗 12 周。

1.4 观察指标及标准 比较两组治疗效果及药物不良反应发生情况。疗效标准:至用药周期结束后,患儿癫痫发作次数≤3 次,为临床控制;至用药周期结束后,患儿癫痫发作次数减少超过用药治疗前的 50%,为有效;至用药周期结束后,患儿癫痫发作次数减少低于治疗前的 50%,为无效。治疗总有效率=(临床控制+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学分析 数据处理采用 SPSS19.0 统计学软件,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 A 组患儿治疗效果显著高于 B 组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较[例(%)]					
组别	n	临床控制	有效	无效	总有效
A 组	60	35(58.3)	20(33.3)	5(8.3)	55(91.7)*
B 组	60	24(40.0)	21(35.0)	15(25.0)	45(75.0)

注:与 B 组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组药物不良反应发生情况比较 两组不良反应发生情况比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组药物不良反应发生情况比较[例(%)]							
组别	n	腹泻	消化不良	胃肠道痉挛	嗜睡	情绪不稳	总发生
A 组	60	3(5.0)	1(1.7)	1(1.7)	0(0.0)	0(0.0)	5(8.3)
B 组	60	1(1.7)	1(1.7)	0(0.0)	2(3.3)	2(3.3)	6(10.0)

3 讨论

近年来流行病学调查发现,我国小儿癫痫发病趋势逐渐上升。然而,现阶段各国临床尚无治疗小儿

癫痫的统一标准,多采用单一药物治疗。早期常用药物包括苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平等,伴随着对治疗方法的深入研究,近年来,丙戊酸钠等多种适用于各型癫痫发作的药物逐渐在临床中应用。

丙戊酸钠是一种不含氮的广谱抗癫痫药物,药物成分吸收快。研究发现^[4],该药治疗小儿癫痫,能有效提高患儿脑内抑制性 γ -GABA (氨基丁酸)神经介质的浓度,提高神经元拮抗性,发挥抑制突发性脑功能紊乱的作用,减少患儿癫痫发作次数,控制患儿病情发展。左乙拉西坦的本质是一种吡咯烷酮衍生物,具有易溶解、高渗透等特点,该药物能与患儿大脑内突触囊泡蛋白 2A 发生相互作用,亲和力佳,可对患儿大脑非正常放电产生抑制作用,消除大脑甘氨酸能神经元与 γ -GABA 之间的反应,提高海马区 γ -GABA 的浓度,继而有效增强脑功能紊乱抑制效果^[5]。

本研究结果显示,A 组患儿治疗后总有效率明显高于 B 组,但两组在药物不良反应发生率上无明显差异,与相关研究结果具有相似性^[6]。因而,我们认为丙戊酸钠和左乙拉西坦治疗小儿癫痫均具有不良反应少、安全性高的临床优势,但丙戊酸钠疗效更加确切,优势更明显。

参考文献

[1]麦少珍,何敬成,杜斌.丙戊酸钠联合左乙拉西坦治疗小儿癫痫的疗效及安全性[J].中国医院用药评价与分析,2016,16(7):908-910
[2]杨永礼.丙戊酸钠治疗小儿癫痫的临床疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2014,24(2):84-85
[3]高西阳.左乙拉西坦治疗不同类型小儿癫痫的临床疗效[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(21):50-51
[4]李锋同.丙戊酸钠治疗小儿癫痫疗效及诱发肥胖研究[J].检验医学与临床,2016,13(20):2922-2923
[5]毕凤妍.丙戊酸钠与左乙拉西坦应用于小儿癫痫的临床分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(14):3201-3202
[6]鞠艳涛.丙戊酸钠与左乙拉西坦治疗小儿癫痫的效果对比[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(7):112-113

(收稿日期:2017-04-07)

腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术对甲状腺良性肿瘤患者术后引流量及并发症的影响

邵建峰

(河南省桐柏县人民医院普外科 桐柏 474750)

摘要:目的:探讨腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术对甲状腺良性肿瘤患者术后引流量及并发症的影响。方法:选取 2014 年 11 月~2016 年 11 月我院收治的 96 例患者,随机分为对照组和实验组各 48 例。对照组采用传统手术治疗,实验组采用腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗。比较两组术后引流量、手术时间、住院时间、术中出血量及术后并发症发生率。结果:实验组住院时间、术后引流量、术中出血量及术后并发症发生率均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗甲状腺良性肿瘤患者效果显著,值得临床推广应用。

关键词:甲状腺良性肿瘤;腔镜;颈部小切口甲状腺切除术

中图分类号:R736.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.060

甲状腺良性肿瘤是甲状腺肿瘤常见类型,好发于女性,初期无明显症状,当肿瘤压迫食管、神经等组织时,可发生呼吸困难、吞咽或声音嘶哑等症状。传统手术治疗方案,在一定程度上可改善患者临床症状及体征,但因其手术创伤大,存在明显术后瘢痕,影响局部美观,给患者造成巨大心理压力^[1]。近年来,随着微创技术在外科治疗的广泛应用,腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术已逐渐适用于甲状腺良性肿瘤治疗。本研究采用腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗甲状腺良性肿瘤患者,取得良好的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 11 月~2016 年 11 月桐柏县人民医院 96 例患者,随机分为对照组和实验组各 48 例。对照组男 18 例,女 30 例;年龄 20~68 岁,平均年龄 (44.11 ± 20.01) 岁;病程 1~10 年,平均

病程 (6.21 ± 3.52) 年;肿瘤直径 1.11~2.80 cm,平均直径 (2.10 ± 0.21) cm。实验组男 20 例,女 28 例;年龄 22~70 岁,平均年龄 (46.24 ± 19.58) 岁;病程 1~9 年,平均病程 (5.55 ± 3.21) 年;肿瘤直径 1.10~2.84 cm,平均直径 (2.11 ± 0.24) cm。两组患者性别、年龄、病程及肿瘤直径等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:均经超声诊断及穿刺活检等确诊为甲状腺良性肿瘤;签署知情同意书。排除标准:既往有甲状腺部位手术史者;有甲状腺炎症及颈部放疗史者;有凝血功能障碍者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用传统手术治疗。给予气管插管麻醉,取平卧位;胸骨上缘约 2 cm 处做一 7~8 cm 切口,使用超声刀处理血管,分离腺体,充分显露甲状腺肿瘤后观察其位置及大小将其切除,成功后间断

缝合、止血，置留引流管并关闭切口。

1.3.2 实验组 采用腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗。给予气管插管内麻醉，取平卧位；胸骨上缘约 2 cm 处做 2 cm 横行切口，切开皮肤、皮下组织及颈阔肌，游离至皮瓣，纵向切开白线，分离带状肌与甲状腺，上提吊拉钩，在腔镜下使用超声刀处理血管并切除甲状腺，术后置放硅胶管引流。两组均予以补液、换药及引流管护理等措施。

1.4 观察指标 比较两组患者相关指标(术后引流量、手术时间、住院时间、术中出血量)及并发症发生情况。

1.5 统计学分析 采用 SPSS20.0 统计软件对数据进行分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验；计数资料以率表示，采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者相关指标比较 实验组术后引流量、术中出血量及住院时间均低于对照组，差异具有统计学意义，*P*<0.05；两组手术时间比较无显著性差异，*P*>0.05。见表 1。

表 1 两组患者相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后引流量 (ml)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	术中出血量 (ml)
实验组	48	26.43± 7.35*	94.63± 12.44	2.88± 0.65*	19.31± 3.57*
对照组	48	46.63± 8.33	90.33± 10.34	8.33± 1.22	31.26± 6.44

注：与对照组比较，**P*<0.05。

2.2 两组术后并发症发生情况比较 实验组术后并发症发生率显著低于对照组，差异具有统计学意义，*P*<0.05。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生情况比较[例(%)]

组别	<i>n</i>	呛咳	切口淤血	胸腔麻木不适	总发生
实验组	48	0(0.00)	2(4.17)	0(0.00)	2(4.17)*
对照组	48	6(12.50)	4(8.33)	1(2.08)	11(22.92)

注：与对照组比较，**P*<0.05。

3 讨论

甲状腺良性肿瘤为临床多发颈部疾病，发病率呈逐年升高趋势。据统计^[2]，女性患甲状腺良性肿瘤发病率为男性 6~10 倍。其病理机制可能与电离辐

射、遗传、癌基因、生长因子或雌激素相关。研究证实^[3]，头颈部外放射是导致甲状腺良性肿瘤发病的主要因素，且与多数动物及人类肿瘤发生和原癌基因序列过度表达、缺失及突变存在一定关系。目前，传统手术及药物治疗因疗效不佳、预后较差等劣势逐渐不能满足于临床治疗，故探索一种安全有效的治疗方案对甲状腺良性肿瘤治疗显得极为重要。

腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术相较于传统手术，入路途径及手术过程相差无几。但腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术切口仅为 2 cm，不仅对患者正常组织影响较小，且有利于术后早期恢复。王子璋等^[4]研究显示，腔镜具有放大效果，于腔镜下进行手术，可最大程度辨别伴行血管、喉返神经及甲状旁腺，减少并发症及复发等风险发生。此外，腔镜下可最大程度暴露术野，避免手术损伤。本研究结果显示，实验组住院时间、术后引流量、术中出血量及术后并发症发生率均低于对照组(*P*<0.05)。说明腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术创伤较小，游离范围较小，且术中止血方便，有效减少住院时间及术后引流量，加速患者病情恢复，降低术后并发症发生率，减少术后瘢痕，提高颈部美观满意度^[5]。但术中应注意以下几点：应采用细硅胶管充分引流；全面检查甲状腺，必要时配合手指触诊；超声刀止血时，>3 mm 血管应使用慢档凝固离断，且处理喉返神经时，应避免其产生蒸汽损害神经。综上所述，腔镜辅助颈部小切口甲状腺切除术治疗甲状腺良性肿瘤效果显著，且具有创伤小、并发症少、安全性高等优势，值得临床应用。

参考文献

[1]倪鹏,李红阳.腔镜辅助颈部小切口手术治疗甲状腺良性肿瘤的临床效果[J].中国医药导报,2016,13(16):35-37
[2]李婷,刘新梅,耿金秀.颈前小切口入路与改良 Miccoli 腔镜辅助下手术治疗甲状腺良性肿瘤的临床研究 [J]. 中国医刊,2016,51(5):68-71
[3]张平,张亮,王志宏,等.腔镜辅助甲状腺肿瘤微创手术 150 例临床分析[J].中国现代普通外科进展,2015,18(7):564-565
[4]王子璋,梁秦龙,冯海波,等.腔镜辅助下甲状腺手术治疗体会[J].现代肿瘤医学,2016,24(19):3039-3041
[5]胡宝山,孙影,张雪鹏,等.腔镜辅助颈部小切口手术与传统手术治疗单侧甲状腺良性疾病的对比研究[J].中国综合临床,2015,31(1):3-5

(收稿日期：2017-04-16)

(上接第 79 页)症发生，具有良好的临床应用价值。

参考文献

[1]刘华,狄正林,章军辉,等.关节镜下带线锚钉固定修复 Meyers McKeever III型前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折[J].中国微创外科杂志,2015,15(9):830-833
[2]赖兵,黄健,蒋煜青.关节镜下不可吸收缝线固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折的临床效果[J].临床和实验医学杂志,2015,15(1):59-62
[3]王穗源,肖扬,童作明,等.关节镜下不可吸收缝线联合微型钢板固

定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折[J].中国修复重建外科杂志,2013,27(9):1041-1044
[4]孙伟,张鹏,刘泽森,等.关节镜下经髌内侧入路空心钉固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折 [J]. 中国运动医学杂志,2013,32(2):108-111,141
[5]王洪,孙川,孟春庆,等.关节镜下 Orthocord 缝线固定治疗前交叉韧带胫骨止点撕脱骨折 [J]. 中国骨与关节损伤杂志,2011,26(12):1067-1069

(收稿日期：2017-02-20)