

亡,观察组流产率、早产率、胎膜早破、新生儿窒息及低体重儿的发生率均显著高于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者妊娠结局比较[例(%)]

组别	n	流产	早产	胎膜早破	新生儿窒息	低体重儿
观察组	72	7 (9.7)	10 (13.9)	9 (12.5)	8 (11.1)	10 (13.9)
对照组	74	1 (1.4)	3 (4.1)	2 (2.7)	1 (1.4)	2 (2.7)
χ^2		4.937	4.352	5.028	5.908	6.053
P		0.026	0.037	0.025	0.015	0.014

3 讨论

CIN 是与子宫浸润癌密切相关的子宫颈病变之一,为宫颈癌前病变^[3]。目前临床治疗宫颈病变主要遵循个体化原则,根据患者年龄、生育需求、宫颈病变程度及 CIN 级别等因素选择恰当的治疗方法,主要包括物理、药物及手术三种方法。CIN3 患者主要采取手术治疗,但传统的子宫切除术无法满足患者保留生育功能的需求。CKC 为宫颈锥切法,可有效清除病灶,减少宫颈癌的发生率。有学者认为^[4], CKC 手术可能导致患者生育功能受到影响,其主要原因为宫颈机能受损严重、宫颈管粘连及宫颈管狭窄、宫颈腺体受损等;宫颈免疫微环境改变、怀孕早期细胞因子环境改变,导致宫颈局部免疫屏障被破坏,增加感染几率,从而造成输卵管不孕。

研究结果显示,两组 24 个月内的妊娠率比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。说明,CKC 治疗 CIN3 可能影响患者近期生育功能,但对患者远期生育功能无明显影响。CIN3 患者进行 CKC 治疗后应尽量于术后 6 个月以上妊娠,有利于提高妊娠成功率^[5]。其原因可能为 CKC 治疗切除部分宫颈组织导致宫颈狭窄,精子通过率降低,导致患者妊娠率下降。因此,在宫颈功能得以恢复一定时间后,患者妊娠率可大大提高,但关于确切的时间仍需进一步研究。

此外,观察组流产率、早产率、胎膜早破、新生儿窒息、低体重儿发生率均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。说明,CKC 治疗可能导致 CIN3 患者不良妊娠结局的风险增加,与任建荣^[6]报道相符。究其主要原因为:(1)CKC 治疗切除了患者部分宫颈组织,宫颈长度缩减导致宫颈承托力下降,且宫颈括约肌功能完整性被破坏,在一定程度上可能造成宫颈机能不全,在妊娠过程中,易出现早产等现象;(2)宫颈黏液中具有多种抑菌物质,CKC 治疗切除了部分黏液分泌组织,导致宫颈黏液减少、宫颈口松弛,从而造成宫颈抑菌能力下降、宫颈屏障作用减弱,宫颈病原微生物感染风险增加,妊娠过程中极易出现亚临床感染,引发子宫内膜炎、输卵管内膜炎等,最终造成胎膜早破等不良妊娠结局;(3)患者在 CKC 治疗后,对术后早产具有较强的担忧情绪,易出现过度注重控制体重的情况,从而导致新生儿营养不良,增加低体重儿的风险。综上所述,CKC 治疗对 CIN3 患者妊娠结局具有不良影响,可增加术后妊娠风险,但对患者远期生育功能可能无明显影响。

参考文献

- [1] 颜琳,沈健,黄磊,等.宫颈环形电切术与宫颈冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变Ⅲ级临床分析[J].中国妇幼保健,2014,29(13):2101-2103
- [2] 王春佟.高频电波刀与冷刀宫颈锥切术治疗宫颈上皮内瘤变Ⅱ、Ⅲ级患者妊娠结局对比分析[J].中国综合临床,2014,30(8):886-888
- [3] 王敏,赵福杰.改良宫颈锥切术治疗宫颈上皮内瘤变Ⅰ级疗效观察[J].中华实用诊断与治疗杂志,2016,22(5):473-475
- [4] 邢艳梅,武婧.宫颈锥切术治疗宫颈上皮内瘤变的临床疗效[J].实用癌症杂志,2016,31(3):515-516
- [5] 董华娟,邱莉,白凤琴.宫腔镜辅助冷刀锥切术与传统冷刀锥切术治疗宫颈上皮内瘤变Ⅲ期的临床疗效比较[J].实用医院临床杂志,2016,13(4):73-75
- [6] 任建荣.宫颈环形电切术和冷刀锥切术在治疗宫颈上皮内瘤变Ⅱ~Ⅲ级患者临床疗效的对比研究[J].山西医药杂志,2016,45(5):553-554

(收稿日期:2017-05-10)

分析神经节苷脂对新生儿脑瘫的临床疗效

李志博

(河南省开封市儿童医院新生儿科 开封 475000)

摘要:目的:探讨神经节苷脂对新生儿脑瘫的临床疗效。方法:选取 2014 年 3 月~2016 年 4 月我院收治的 80 例脑瘫新生儿,随机分为对照组和实验组各 40 例。对照组进行综合康复治疗,实验组在对照组基础上给予神经节苷脂治疗,比较两组患儿临床疗效及治疗 6 个月后的好转率。结果:实验组患儿临床疗效及治疗 6 个月后的好转率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结论:神经节苷脂治疗新生儿脑瘫临床疗效确切,可有效增强患儿记忆力,促进患儿神经功能修复。

关键词: 新生儿脑瘫;神经节苷脂;疗效

中图分类号: R722.1

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.017

新生儿脑瘫是指由各种原因造成的新生儿脑损伤综合征,我国发病率为 1.8%~4.0% 左右^[1]。由于病变部位在脑,常伴有听觉、语言障碍,精神障碍和行

为异常,是导致新生儿死亡的重要因素之一^[2]。本研究回顾分析我院 80 例脑瘫患儿的临床资料,探讨神经节苷脂对新生儿脑瘫的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 3 月~2016 年 4 月我院收治的 80 例脑瘫新生儿,均符合新生儿脑瘫的诊断标准,随机分为对照组和实验组各 40 例。对照组男 25 例、女 15 例,年龄 3~27 d、平均年龄 (8.03 ± 2.42) d。实验组男 26 例、女 14 例,年龄 4~26 d,平均年龄 (7.72 ± 2.13) d。两组患儿性别、年龄等一般资料比较无显著性差异, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用综合康复治疗。入院后进行脱水、降颅压等常规对症治疗,并对脑瘫患儿进行分类,综合评定患儿临床症状后进行综合康复治疗,包括感觉训练、运动训练语言训练、针灸、中医推拿、中药熏蒸按摩、高压氧、引导式教育等。感觉训练采用 Vojta 诱导法,通过压迫性刺激身体的某些部位,诱导患儿产生一系列反射性的运动来促进全身性的协调反应;运动训练采用 Bobath 法,是一种神经生理疗法,目的是促进神经发育,治疗时要注意抑制异常姿势的出现。以上康复训练,45 min/次,1 次/d,20 d 为 1 个疗程。伴有关节挛缩畸形的患儿需给予肢体辅助支具进行矫正。

1.2.2 实验组 在对照组基础上给予神经节苷脂治疗。神经节苷脂(国药准字 H20093540)2 ml 溶于 5% 葡萄糖注射液 250 ml 中静脉滴注,1 次/d,10 d 为 1 个疗程。1 个疗程结束后,停药 20 d 再进入下 1 个疗程,连续治疗 6 个疗程。用药过程中密切观察患儿有无不良反应,若有异常,立刻停药并及时通知医生进行相关处理。

1.3 观察指标 比较两组患儿临床疗效和治疗 6 个月后的好转率。疗效判定^[3]: 体征及临床症状消失,无异常姿势,运动功能恢复正常,为治愈;在运动能力、姿势、条件反射、肌张力等异常表现中,有实质性的改善或进步,如可以自己坐着、手可以自己拿取东西、自己翻身等,为显效;运动能力显著提高,但还存在一些功能障碍,为有效;治疗后,患儿运动能力、姿势、条件反射、肌张力等没有明显改善,甚至加重,为无效。总有效=治愈+显效+有效。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS17.0 统计学软件,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 两组患儿治疗 6 个月后好转率比较 实验组治疗 6 个月后的好转率明显高于对照组, $P < 0.05$,

差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患儿治疗 6 个月后好转率比较[例(%)]

组别	n	未好转	好转	
			0~3 个月	3~6 个月
对照组	40	6 (15.00)	14 (35.00)	34 (85.00)
实验组	40	1 (2.50)*	25 (62.50)*	39 (97.50)*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患儿临床疗效比较 实验组患儿治疗总有效率明显高于对照组, $P < 0.05$,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	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	5 (12.50)	20 (50.00)	9 (22.50)	6 (15.00)	34 (85.00)
实验组	40	13 (32.50)	24 (60.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	39 (97.50)*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

引发新生儿脑瘫的原因很多,如父母吸烟、酗酒、吸毒,母亲患有精神性疾病,孕期内患有糖尿病、阴道出血、先兆流产、前置胎盘等,均可造成新生儿脑瘫的发生。患儿早期可出现厌乳、睡眠困难、啼哭不止等症状,后期可出现身体发软、自发运动减少、发育迟缓、进食情况较差等症状,严重时随着患儿的成长出现智力及生长发育障碍,导致固执、任性、孤僻、自伤等负面情绪和行为障碍的出现。研究指出^[4],出生 28 天以内的婴儿大脑结构和功能均具有很强的修复能力。因此,若及时采取有效的治疗措施,可促进患儿受损脑组织和神经功能的修复。

新生儿脑瘫的治疗方法包括运动疗法、药物疗法、针刺治疗、水疗、电疗、光疗、声疗等。药物疗法以营养脑神经、活血或松弛肌肉等为主。实验证明^[5-6],神经节苷脂为含有唾液酸的糖鞘脂,可有效缓解记忆功能障碍,增强记忆力,促进神经再生及运动功能恢复,增加神经营养因子的功能,改善脑细胞能量代谢,提高脑细胞生长发育速度,减少或防止脑组织发生萎缩。且神经节苷脂在神经系统中存在范围广,含量丰富,可有效保护细胞膜,快速恢复细胞膜上各种酶活性,对受损脑细胞的修复及功能的可塑性均有一定的帮助^[7-8]。

研究结果显示,实验组患儿临床疗效及治疗 6 个月后的好转率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。说明神经节苷脂联合综合康复治疗疗效显著,可明显改善患儿异常姿势,有助于患儿自发运动、感觉、认知、语言等能力的提升,有效修复并促进脑神经再次发育,具有重要的临床价值。

参考文献

[1] 东建亨.神经节苷脂联合高压氧治疗对新生儿缺氧缺血性脑病

- 的临床效果观察[J].中国全科医学,2012,15(33):3882-3884
- [2]邵宪花.神经节苷脂联合康复干预治疗高危儿脑损伤的临床研究[J].西南国防医药,2014,24(2):178-180
- [3]李春亮,李红姣,劳晓玲.单唾液酸四己糖神经节苷脂治疗重度窒息新生儿脑损伤临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2013,16(24):35-36
- [4]孙淑香,王存华.神经节苷脂治疗新生儿缺氧缺血性脑病150例疗效观察[J].中国实用医药,2013,8(33):194-195
- [5]欧海娟,李里,邓映英,等.苯巴比妥、东莨菪碱和神经节苷脂治疗

- 新生儿缺氧缺血性脑病的临床疗效及护理效果[J].中国现代药物应用,2014,8(13):196-198
- [6]袁丽,樊若男.神经节苷脂治疗新生儿缺氧缺血性脑病78例临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2013,7(23):121-122
- [7]王新东.纳洛酮联合神经节苷脂治疗新生儿缺氧缺血性脑病临床效果分析[J].白求恩医学院学报,2013,11(6):515-516
- [8]于宗君.神经节苷脂治疗新生儿缺氧缺血性脑病的临床疗效分析[J].中国妇幼保健,2013,28(33):5478-5480

(收稿日期:2017-05-10)

双靶区序贯调强放疗联合介入治疗对巨块型肝癌的疗效观察

张振斌

(河南省邓州市中心医院肿瘤一科 邓州 474150)

摘要:目的:分析对巨块型肝癌患者行双靶区序贯调强放疗联合介入治疗的效果及优势。方法:选取2014年1月~2016年7月我院收治的巨块型肝癌患者88例,按照随机数字法为干预组与参照组,每组各44例。干预组进行两次介入与双靶区序贯调强放疗,参照组进行两次介入与超分割交替调强放疗,比较两组患者的临床治疗效果及不良反应发生率。结果:治疗后,两组患者的甲胎蛋白水平均有所降低,干预组的临床治疗有效率高于参照组,但差异无统计学意义, $P>0.05$;两组临床不良反应发生率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;但干预组的1~2度骨髓抑制发生率明显低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:超分割交替调强放疗和双靶区序贯调强放疗均有较好的治疗效果,不良反应发生率均较低,但双靶区序贯调强放疗能够有效降低骨髓抑制发生率。

关键词:巨块型肝癌;双靶区序贯调强放疗;超分割交替调强放疗;临床效果

中图分类号: R735.7

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.018

临床中,巨块型肝癌抑制是较为棘手的问题,巨块型肝癌是由多个结节聚集而形成的一大块肿瘤,其周围有分散的小癌结节,癌块的直径一般大于10 cm,有的还会有假包膜形成,通常为单发性癌块^[1]。目前,临床中多采用单靶区三维适形或调强放疗联合介入治疗原发性肝癌,而近年来双靶区序贯调强放疗的临床治疗效果较佳,本研究对双靶区序贯调强放疗联合介入治疗对巨块型肝癌的治疗效果进行了探究^[2]。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月~2016年7月我院收治的巨块型肝癌患者88例,按照随机数字法为干预组与参照组,每组各44例。干预组中男24例,女20例;年龄33~65岁,平均年龄 (41.34 ± 2.56) 岁;经影像学测定肿瘤直径为10~25 cm。参照组中男25例,女19例;年龄34~65岁,平均年龄 (42.26 ± 2.45) 岁。经影像学测定肿瘤直径为10~24 cm。两组一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)患者肝功能Child-Pugh分级为A级或B级;(2)患者KPS评分不低于70分;(3)患者体内血清总胆红素小于 $170 \mu\text{mol/L}$,血清谷草转氨酶小于90 U/L,转氨酶正常或有轻度的升高,转氨酶值40~120 U/L,血清谷丙转氨酶小于90 U/L;

(4)彩超检查显示,无大量腹腔液,且肝内无转移。本研究在开展前通过了伦理委员会的批准,且所有患者均在了解本次研究后签署知情同意书。两组一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.3 方法 干预组进行两次介入与双靶区序贯调强放疗。参照组进行两次介入与超分割交替调强放疗。放疗剂量的高低取决于患者的肝功能储备情况及器官副反应的大小,两组患者在放疗前、放疗中、放疗后均服用保肝或能够恢复肝功能的药物,定期为患者检查肝功能及血常规。(1)介入治疗:常规手术在术前应准备好消毒铺巾,局麻下使用Seldinger技术穿刺患者右股动脉成功后,将微导管置入相关动脉血管进行造影;(2)干预组进行两次介入与双靶区序贯调强放疗,在介入治疗1个月后再行双靶区序贯调强放疗,将患者的肝脏大病灶分为双靶区(GTV1与GTV2)先对GTV1进行放疗,1次/d,剂量1.8~2.0 Gy/次,5次/周,再对GTV2进行放疗,1次/d,剂量1.8~2.0 Gy/次,5次/周。参照组进行两次介入与超分割交替调强放疗,将GTV1与GTV2之间留间隙避免放疗,GTV1与GTV2交替进行放疗,放疗间隔不得少于6 h,1次/d,剂量2.0 Gy/次,5次/周。放射治疗采用Elekta电子直线加速器放疗设备。

1.4 观察指标 比较两组患者的临床治疗效果、临