

本研究观察不同发热时相给予布洛芬治疗儿童急性上呼吸道感染并发热的效果,观察 1 组临床总有效率为 97.06%,稍高于观察 2 组的 94.11% ($P>0.05$);观察 1 组体温恢复正常 48 h 所需时间低于观察 2 组 ($P<0.05$)。可见,体温超过 39℃ 时给予布洛芬治疗急性上呼吸道感染伴发热患儿效果佳,可显著缩短患儿病程。这一结果与国内相关研究^[9]的相一致。布洛芬是一种非甾体抗炎药物,属于前列腺素合成酶抑制剂类药物,可抑制下丘脑环氧化酶,从而减少前列腺素 E_2 水平,从而使体温调定点下移而降低患者的体温。现代药理研究表明,布洛芬口服 30 min 后即可起效,2.5 h 药效可达到峰值,同时该水平可维持 4 h,8 h 内无反弹现象,药效持续时间长,可减少给药次数。它可阻滞致热源所致的发热现象,改善中枢神经系统发热^[8],对正常体温则无影响。儿童急性上呼吸道感染并发热时,患儿体温会在短时间内呈持续上升趋势,临床在腋温 $\geq 39.0^\circ\text{C}$ 即可给予布洛芬治疗,利用该药药物特性,以达到最好的控制效果。本研究中可能存在的问题及改进方式: (1) 本研究时间相对较短,短时间内的研究结果可能与长期结果存在误差,且研究样本选取例数较

少,临床可进一步扩大实验周期及研究对象人数。(2) 研究中虽排除各种不适合的样本,但所选取的样本是否合理仍有待商榷,临床可进一步增加排除标准,缩小样本之间误差。综上所述,体温超过 39℃ 时给予布洛芬治疗儿童急性上呼吸道感染伴发热效果佳,可缩短病程。

参考文献

[1] 黄祖琳,骆建文,叶彩莲.不同发热时相给予布洛芬治疗急诊上呼吸道感染伴发热病人对病程影响的对比研究[J].实用中西医结合临床,2017,17(2):118-119
[2] 贺芳.布洛芬混悬液与小儿氨酚黄那敏颗粒治疗小儿上呼吸道感染发热临床效果比较分析[J].当代医学,2016,22(4):130-131
[3] 叶彩莲,骆建文.布洛芬混悬液治疗急性上呼吸道感染高热的应用意义探究[J].北方药学,2016,13(8):145
[4] 罗双红,温杨,朱渝,等.中国 0 至 5 岁儿童病因不明急诊发热诊断和处理若干问题循证指南:病因、实验室检查和治疗部分解读[J].中国循证儿科杂志,2016,11(4):295-302
[5] 高雪红.布洛芬混悬液与小儿氨酚黄那敏颗粒治疗小儿上呼吸道感染发热临床效果比较分析[J].当代医学,2014,20(5):139-140
[6] 叶小英,王安宁,张凯.布洛芬对小儿急诊呼吸道感染的退热作用分析[J].中国实用医药,2013,8(31):157-158
[7] 马佩兴.布洛芬与对乙酰氨基酚在儿科感染性发热中的疗效及安全性观察[J].广州医药,2014,45(6):56-58
[8] 张春丽.布洛芬混悬液对婴幼儿急诊上呼吸道感染退热疗效分析[J].包头医学,2013,37(3):161

(收稿日期: 2018-05-24)

鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的效果

蒋远伟 潘志勇 茅林蔚 蔡志福
(莆田学院附属医院 福建莆田 351100)

摘要:目的:探讨鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的效果。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 12 月我院收治的 80 例阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组采用悬雍垂腭咽成形术治疗,观察组采用鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗,比较两组的疗效、呼吸暂停低通气指数和并发症发生率。结果:观察组的有效率为 95%,高于对照组的 80%,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的呼吸暂停低通气指数低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组并发症的发生率为 5.0%,低于对照组的 22.5%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者,疗效显著,患者可恢复正常的呼吸通气指数。

关键词:阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征;悬雍垂腭咽成形术;鼻腔扩容;疗效

中图分类号:R766.43

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.078

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征是临床上较为多发的一种疾病,目前,临床上对于该病的发病机制还不是很明确^[1]。该病的主要表现有夜间打呼噜、呼吸暂停和嗜睡症状,如果处理不及时,有可能会导导致患者出现低氧或是高碳酸血症症状,影响患者的生命安全,出现冠心病或是高血压病等,严重的还会导致患者突然猝死^[2]。现在临床上主要是采取悬雍垂腭咽成形术治疗,但是远期治疗的有效率仅为 50%,由于该病患者一般会出现多平面阻塞,无法根治,患者的通气症状也很难缓解^[3]。本研究探讨了鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸

暂停低通气综合征的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 12 月我院收治的 80 例阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 40 例。观察组男性 25 例,女性 15 例;病程 2~3 年,平均病程 (2.52 ± 0.54) 年;年龄 45~70 岁,平均年龄 (55.57 ± 14.50) 岁。对照组男性 26 例,女性 14 例;病程 2~4 年,平均病程 (2.49 ± 0.61) 年;年龄 43~69 岁,平均年龄 (56.32 ± 13.42) 岁。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有

可比性。本研究经我院伦理委员会批准。所有患者及家属均知情并同意参与本研究。

1.2 纳入标准 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者。

1.3 排除标准 有沟通障碍者;肿瘤患者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 采用悬雍垂腭咽成形术。首先,对患者进行气管插管全麻,切除扁桃体和患者两侧腭咽弓;缝合后对其进行扩张,切除悬雍垂两侧脂肪,注意为患者保留完整的悬垂雍;缝合软腭切缘,扩大咽腔的前后径。

1.4.2 观察组 采用鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术。首先,对患者进行局部麻醉,在鼻内镜下切除患者两侧的鼻甲黏膜,咬除下鼻甲骨;如果发现患者鼻中隔偏曲,则可以进行鼻中隔成形术;1 个星期后为其实施改良悬雍垂腭咽成形术,方法与对照组相同。

1.5 观察指标及疗效判定标准 比较两组的疗效、呼吸通气指数和并发症发生率。呼吸暂停低通气指数(AHI)指平均每小时睡眠中呼吸暂停和低通气的次数,呼吸暂停指数(AI)=呼吸暂停的次数/一夜间睡眠小时数;低通气指数(HI)=低通气的次数/一夜间睡眠的小时数;AHI=AI+HI。显效:治疗后,患者的呼吸暂停低通气指数在 5 次/h 以下;有效:治疗后,患者的呼吸暂停低通气指数少于 20 次/h,降低幅度大于 50%以上;无效:治疗后,患者的呼吸暂停低通气指数降低幅度小于 50%^[3]。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS18.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 *t* 检验,计数资料以%表示,行 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 观察组的有效率为 95%,高于对照组的 80%,差异有统计学意义,*P*<0.05。见表 1。

表 1 两组疗效比较					
组别	<i>n</i>	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	40	23	15	2	95
对照组	40	20	12	8	80
χ^2					9.125
<i>P</i>					<0.05

2.2 两组治疗前后的呼吸暂停低通气指数比较 治疗前,两组的呼吸通气指数相比较,差异无统计学意义,*P*>0.05;治疗后,观察组的呼吸暂停低通气指数低于对照组,差异有统计学意义,*P*<0.05。见表 2。

表 2 两组治疗前后的呼吸暂停低通气指数比较(次/h, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	治疗前		治疗后
对照组	40	22.08±	15.18	16.89± 6.05
观察组	40	22.09±	16.25	14.16± 5.96
<i>t</i>		0.003		2.033
<i>P</i>		>0.05		<0.05

2.3 两组并发症发生情况比较 观察组并发症的发生率为 5.0%,低于对照组的 22.5%,差异有统计学意义,*P*<0.05。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	窒息	出血	呛咳	总发生
观察组	40	1(2.5)	0(0.0)	1(2.5)	2(5.0)
对照组	40	2(5.0)	3(7.5)	4(10.0)	9(22.5)
χ^2		0.346	3.117	1.920	5.165
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征是临床上发病率较高的一种疾病,给患者的身心健康造成了很大的影响。该病主要是由于患者的上呼吸道狭窄或阻塞而引起的呼吸暂停或呼吸通气障碍^[4]。发病后,患者一般会伴有睡眠结构异常紊乱表现,严重影响患者的睡眠和生活质量^[5]。如果患者长时间低通气,很容易导致心血管疾病,降低其觉醒能力,出现一系列的不良症状,如疲劳乏力、精神异常、恍惚等,影响患者的生命安全^[6]。因此,在患者发病后要及时采取治疗措施,帮助患者改善症状,减少并发症的发生^[7]。

现在临床上主要是采取手术治疗该病,帮助患者扩张上呼吸道,从而纠正其出现塌陷的上呼吸道,增加通气,恢复呼吸通气指数^[8]。手术治疗的方式主要有鼻腔扩容和改良悬雍垂腭咽成形术,鼻腔扩容可以促进患者呼吸道通畅,缓解阻塞症状,恢复患者的通气功能^[9]。悬雍垂腭咽成形术主要是可以缓解上呼吸狭窄症状,尤其是对于上呼吸道较为狭窄的患者来说,可以改善其通气障碍症状,控制病情,但是如果单一使用该方法进行手术,不但会影响患者鼻腔的扩张,还有可能会降低患者的耐受性^[10]。因此,在治疗的时候一般先为患者进行鼻腔扩容,再进行悬雍垂腭咽成形术,可以改善患者缺氧症状,促进微循环,增加通气,缓解患者通气功能异常或障碍的症状,增强患者机体的免疫力和抵抗力^[10]。

本研究结果显示,观察组的有效率为 95%,高于对照组的 80%,差异有统计学意义,*P*<0.05;观察组的呼吸暂停低通气指数低于对照组,差异有统计学意义,*P*<0.05;观察组并发症的发生率为 5.0%,低于对照组的 22.5%,差异有统计学意义,*P*<0.05。与程华中等^[11]的研究报道一致,该研究结果显示,观察组采用鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗后,有效率为 95.0%,而对照组采用单一治疗的有效率仅为 80.0%;治疗后,观察组的呼吸暂停低通气指数为(14.16± 5.96)次/h,对照组为(16.89± 6.05)次/h,差异有统计学意义,*P*<0.05。综上所述,鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停

低通气综合征患者,疗效显著,患者可恢复正常的呼吸通气指数。

参考文献

[1]陈静.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征给予改良悬雍垂腭咽成形术与同期鼻腔扩容术治疗的临床观察[J].首都食品与医药,2018,25(10):17
[2]Xu, HJ,Lan XF,Li QY,et al.Factors affecting blood pressure profile in pre and postmenopausal women with obstructive sleep apnea hypopnea syndrome[J].Sleep Breath,2015,19(1):169-174
[3]敖勇,牛良君.改良的悬雍垂腭咽成形术联合鼻腔扩容术治疗 OSAHS 的效果分析[J].当代医药论丛,2017,15(17):16-18
[4]高琼,胡道彩,周勤,等.改良悬雍垂腭咽成形术联合鼻腔扩容手术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 80 例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2014,20(6):542-544
[5]徐红伟,胡乐农,赵进.改良悬雍垂腭咽成形术联合下鼻甲低温等离子射频消融术治疗重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的疗

效和安全性分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2015,22(1):38-40
[6]Lai CC,Friedman M,Lin HC,et al.Clinical predictors of effective continuous positive airway pressure in patients with obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome[J].Laryngoscope,2015,125(8):1983-1987
[7]宁援援,王丽娥,王旭峰.同期改良鼻腔扩容术联合改良悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的疗效分析[J].中国药物与临床,2016,16(1):81-82
[8]赵妍萍.鼻腔扩容联合悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的效果评价[J].实用医院临床杂志,2016,13(2):71-73
[9]宁援援,王旭峰,王丽娥,等.布地奈德喷雾剂联合悬雍垂腭咽成形术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的效果评价[J].中外医学研究,2016,14(16):108-109
[10]王佳,尹金淑,彭洪,等.单纯鼻腔扩容术及联合改良悬雍垂腭咽成形术治疗 OSAHS 的疗效[J].实用医学杂志,2016,32(10):1675-1678
[11]程华中,吴沐城.鼻腔扩容加改良悬雍垂腭咽成形术对 75 例 OSAHS 患者疗效分析[J].中外医疗,2016,35(32):59-60

(收稿日期:2018-05-16)

儿童频繁瞬目相关因素分析

戴春燕

(江苏省无锡市锡山人民医院眼科 无锡 214105)

摘要:目的:探讨儿童频繁瞬目的相关性因素,为预防及治疗该病提供依据。方法:选取 2016 年 3 月~2018 年 1 月我院收治的 113 例频繁瞬目患儿作为研究对象,详细询问其病史,并行视力、眼位、眼睑、角膜、结膜、眼底、屈光状态和角膜荧光素染色检查。结果:在 113 例患儿中,存在屈光不正者 58 例(占 51.33%),其中远视或伴散光 38 例,近视或伴散光 14 例,混合散光 6 例;结膜炎者(包括屈光不正和视力正常者)54 例,占总数的 47.79%,其中合并倒睫 16 例,合并结膜结石 9 例,合并浅层点状角膜炎 4 例,无合并症者 25 例;干眼症(除结膜炎者)27 例,占总数的 23.89%;霰粒肿 4 例;睑缘炎 2 例。经积极综合治疗后,治愈 102 例(90.26%),显效 11 例(9.73%)。经角膜映照法和遮盖法检查,无斜视或隐斜视。结论:导致儿童频繁瞬目的病因多样,其中屈光不正、结膜炎及干眼症是其主要原因。

关键词:频繁瞬目;屈光不正;结膜炎;干眼症

中图分类号:R777

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.079

我们通过正常的瞬目运动可使泪液均匀地分布于眼表,具有清洁眼球、滋润角膜的作用,当其运动次数及幅度超过一定范围与限度时,则属异常。近年来,因频繁瞬目来眼科就诊的儿童越来越多。本研究就我院眼科门诊收治的以频繁眨眼为主诉症状的 113 例患儿的资料进行了分析总结。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月~2018 年 1 月我院收治的 113 例频繁瞬目患儿作为研究对象,其中男 74 例,女 39 例;年龄 3~12 岁,平均年龄 7.09 岁;病程 2 周~半年;随访时间 1~3 个月。所有患儿均为单纯瞬目次数增加,无眼睑痉挛、面部抽搐及智力异常。追溯病史,患儿多有长时间看电视、玩电脑和手机史。其中有 15 位家长诉患儿曾有眼红、眼痒而自行滴眼液的治疗史,用药时间 1~2 周不等,后因出现频繁瞬目而来就诊。

1.2 研究方法 详细询问病史,所有患儿均行视力、眼睑、角膜、结膜、眼底和角膜荧光素染色法检查。采用角膜映照法和遮盖法查眼位;除结膜炎患儿外,均测定泪膜破裂时间(Break-up Time,BUT)。对

于屈光不正者,均行 1%阿托品眼膏涂眼 3 d 后散瞳验光。屈光不正者均行配镜治疗;有合并症者行结膜结石剔除、倒睫拔除术;严重内翻倒睫、霰粒肿者予手术治疗;并对症进行抗生素、抗病毒、抗过敏眼液或人工泪液等局部治疗。

1.3 诊断标准 频繁瞬目^[1]:每 5 s 内瞬目 1 次;结膜炎:结膜血管模糊或充血并有乳头增生或滤泡形成;浅层点状角膜炎:角膜荧光素染色呈点状着色;干眼症^[2]:有眼干涩症状,BUT<10 s。

1.4 疗效标准 以频繁瞬目症状完全消失为治愈,症状好转为显效,症状无减轻或加重为无效。

2 结果

2.1 视力 113 例患儿中裸眼视力≥1.0 者 65 例,0.6~0.8 者 31 例,0.3~0.5 者 17 例;矫正视力 1.0 者 43 例,0.6~0.8 者 5 例。

2.2 屈光状态 113 例患儿经电脑验光后疑有屈光不正者行 1%阿托品眼膏散瞳验光,确诊屈光不正者 58 例,占总数的 51.33%;其中远视或伴散光 38 例,占总数的 33.63%;近视或伴散光 14 例,占总数的 12.39%;混合散光 6 例,占总数的 5.31%。