

减少、骨质疏松等副作用风险较低,且不会经过胎盘屏障,不会对胎儿产生影响,具有较好的安全性^[10]。患者使用低分子肝素钙治疗后,血压、凝血功能指标等均显著改善,且并发症较少。结果表明,低分子肝素用于子痫前期患者治疗中应用价值较好,药物安全性较好。综上所述,对子痫前期患者应用低分子肝素治疗安全有效,可有效改善患者凝血功能,提升临床疗效,减少产后并发症几率,保障母婴健康,值得临床应用及推广。

参考文献

[1]许文静,张伟强,樊绮云.低分子肝素钙用于早发型重度子痫前期对患者血浆 Hcy 及新生儿的影响[J].海峡药学,2016,28(6):165-166
[2]任丽萍,陈维娜,蔡蓓珩,等.低分子量肝素钙治疗早发型重度子痫

前期的临床研究[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2016,12(5):576-582
[3]董海玲.低分子肝素钙注射液联合丹参注射液治疗早发型重度子痫前期的临床效果观察[J].社区医学杂志,2015,13(11):44-46
[4]孙惠鑫,李曙光,田婷.低分子肝素钙联合丹参治疗早发型重度子痫前期的临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2017,10(14):78-79
[5]徐银凤.低分子肝素钙注射液联合丹参注射液治疗早发型重度子痫前期的效果观察[J].药品评价,2017,14(19):61-64
[6]刘小霄.低分子肝素钙辅助治疗早发型重度子痫前期对母婴结局的影响分析[J].中国现代药物应用,2017,11(22):123-125
[7]何玉娥,余珊珊,林红,等.低分子肝素治疗早发型重度子痫前期的临床研究[J].中国现代医生,2017,55(5):55-57
[8]王伟强.低分子肝素钙联合山莨菪碱治疗早发型重度子痫前期的疗效观察[J].现代药物与临床,2017,32(12):2461-2464
[9]杨雅兰.低分子肝素钙联合常规用药方案治疗子痫前期的疗效评估[J].现代诊断与治疗,2015,26(19):4377-4378
[10]李敬.小剂量低分子肝素联合硫酸镁治疗子痫前期临床疗效及对妊娠结局的影响[J].医学理论与实践,2016,29(16):2234-2235
(收稿日期:2019-02-01)

多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮治疗早产儿喂养不耐受

王胜

(河南省开封市妇产医院新生儿科 开封 475000)

摘要:目的:探讨多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮在早产儿喂养不耐受中的应用效果。方法:选取我院 2016 年 7 月~2018 年 8 月收治的喂养不耐受早产儿 64 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 32 例。对照组给予常规对症支持治疗及鼻饲喂养干预,观察组在对照组基础上给予多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮治疗。比较两组临床疗效、体质量日增长量、胃潴留消失时间、喂养不耐受消失时间、达到完全经胃喂养时间,并统计两组坏死性小肠结肠炎发生情况。结果:观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$);观察组胃潴留消失时间、喂养不耐受消失时间及达到完全经胃喂养时间明显短于对照组,体质量日增长量高于对照组($P<0.05$);两组坏死性小肠结肠炎发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮可缩短喂养不耐受早产儿喂养不耐受时间,促进胃潴留消失,缩短早产儿达到完全经胃喂养时间,提高早产儿体质量日增长量,安全有效。

关键词:早产儿喂养不耐受;多潘立酮混悬液;非营养性吸吮

中图分类号:R722.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.04.044

早产儿胃肠道尚未发育成熟,吸吮力不足,胃肠激素水平低,胃排空能力差,常发生喂养不耐受现象。有调查数据显示^[1-2],出生体质量不足 2 000 g 的早产儿喂养不耐受发生率高达 22.1%。早产儿发生喂养不耐受后,不仅影响对营养物质的摄入及吸收,还严重影响其生长发育,且易引发消化道出血等严重并发症,威胁生命健康。多潘立酮混悬液具有促动力作用,可增强早产儿食管运动,促进十二指肠与胃窦收缩及幽门蠕动,减轻喂养不耐受。有学者研究指出^[3],早期开展非营养性吸吮功能训练,辅助胃动力药物治疗,可协调早产儿的吞咽与吸吮动作,促进吸吮反射成熟,缩短经口全胃肠喂养时间。本研究将多潘立酮混悬液与非营养性吸吮联合应用于早产儿喂养不耐受,旨在探讨其临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 7 月~2018 年 8 月收治的喂养不耐受早产儿 64 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 32 例。对照组男 20 例,女 12 例;胎龄 27~35 周,平均胎龄 (31.70 ± 1.50)

周;出生体质量 1 450~2 450 g,平均出生体质量 $(2\ 040.37\pm 50.29)$ g。观察组男 18 例,女 14 例;胎龄 27~35 周,平均胎龄 (30.80 ± 1.20) 周;出生体质量 1 460~2 490 g,平均出生体质量 $(2\ 050.62\pm 45.94)$ g。两组一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审查批准。

1.2 诊断标准 参照《Guidelines for Feeding Very Low Birth Weight Infants》^[4]中早产儿喂养不耐受诊断,符合下列 1 条即可确诊为喂养不耐受:(1)胃内出现咖啡样物且排除出血性疾病;(2)腹胀、频繁呕吐(≥ 3 次/d);(3)奶量不增加或减少超过 3 d;(4)喂养第 14 天摄入量 <8 ml/次;(5)胃残余量超过上次摄入量的 30%。

1.3 纳入与排除标准 (1)纳入标准:胎龄 27~35 周;符合上述喂养不耐受诊断标准;监护人自愿签署知情同意书。(2)排除标准:合并坏死性小肠炎或胃肠道畸形;脑室内出血;合并先天性心脏病;合并呼吸窘迫综合征。

1.4 治疗方法 对照组接受常规对症支持治疗及鼻饲喂养干预:给予暖箱保暖、抗生素抗感染、维持正常的血糖、血气、血压、水及电解质平衡,并进行鼻饲喂养(配方奶或母乳),所提供热量需达到 120 kcal/(kg·d),不足部分由静脉补充。观察组在对照组基础上给予多潘立酮混悬液(国药准字 H20094232)联合非营养性吸吮治疗:0.3 ml/(kg·次),喂奶前 10~30 min 鼻饲,每间隔 6 h 给予 1 次;同时喂奶前让早产儿吸吮未开孔且已消毒的橡皮奶头 10 min。两组均治疗 3~5 d。

1.5 观察指标 (1)观察两组治疗效果。疗效评定标准^[5]:治疗 3 d 内,临床症状明显减轻,进奶量增加,胃残留量不足 20%,为显效;治疗 3~5 d 内,临床症状明显好转,进奶量增加,胃残留量为 20%~30%,为有效;治疗 5 d 内,临床症状未能控制,胃残留量超过 30%,为无效。总有效率=(有效+显效)/总例数×100%。(2)记录两组胃潴留消失时间、喂养不耐受消失时间、体质量日增长量及达到完全经胃喂养时间。(3)比较两组坏死性小肠结肠炎发生率。

1.6 统计学分析 采用 SPSS21.0 统计学软件进行数据处理,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 两组临床疗效比较 观察组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 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
观察组	32	22(68.75)	8(25.00)	2(6.25)	30(93.75)
对照组	32	14(43.75)	9(28.12)	9(28.12)	23(71.88)
χ^2					5.379
<i>P</i>					0.020

2.2 两组各临床指标比较 观察组胃潴留消失时间、喂养不耐受消失时间及达到完全经胃喂养时间明显短于对照组,体质量日增长量高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组各临床指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	胃潴留消失时间(d)	喂养不耐受消失时间(d)	体质量日增长量(g)	达到完全经胃喂养时间(d)
观察组	32	2.80±1.20	3.80±1.40	24.60±4.70	6.32±2.68
对照组	32	4.60±1.70	6.30±1.60	21.77±3.50	8.80±3.02
<i>t</i>		4.893	6.652	2.732	3.475
<i>P</i>		0.000	0.000	0.008	0.001

2.3 两组坏死性小肠结肠炎发生率比较 观察组坏死性小肠结肠炎发生率为 3.12%(1/32),对照组

为 6.25%(2/32)。两组坏死性小肠结肠炎发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.000$, $P=1.000$)。

3 讨论

早产儿出生后肝、脑等重要脏器处于高代谢状态,机体对能量需求增加,急需摄入足够蛋白质、能量方可保证其机体正常生长发育;但喂养不耐受早产儿多表现为胃滞留、腹胀、拒奶、呕吐等,不利于营养物质的摄入吸收^[6]。早期静脉营养的开展,可提高喂养不耐受早产儿存活率,但长时间进行静脉营养干预会增加核黄疸发生风险,易继发感染,且会在一定程度上损害早产儿肝功能,增加高胆红素血症、胆汁淤积等并发症发生几率,不利于其健康生长发育^[7]。

有学者指出^[8],对喂养不耐受早产儿给予早期微量喂养,不仅能促使其胃肠激素释放,促进胃肠功能成熟,增强肠道的免疫能力与消化能力,改善喂养耐受性;且可防止发生坏死性小肠结肠炎,改善预后。多潘立酮混悬液是一种外周多巴胺受体拮抗剂,在喂奶前鼻饲喂养一定量的多潘立酮混悬液,可作用于胃肠道,提高食道下括约肌张力,促进早产儿胃肠蠕动,加速胃排空,协调十二指肠与胃运动,抑制胃食管反流,改善其营养吸收状态,帮助早产儿及早建立消化功能;且该药物经鼻饲喂养仅有少量会穿透血脑屏障,几乎不影响早产儿中枢神经系统,具有较高的安全性。而非营养性吸吮有助于训练、强化早产儿吮吸吞咽功能,对其口腔内感觉神经产生刺激作用,刺激 G 细胞释放分泌胃动素、胃酸、胃泌素,促进胃肠道功能成熟,促进胃肠蠕动;且可兴奋迷走神经,调控胃肠肽水平,促进胃排空,对胃肠动力发育产生正性促进作用,进一步促进胃肠功能发育成熟,促使其自肠外营养过渡至全胃肠营养。辅助多潘立酮混悬液鼻饲喂养,可加速胃肠蠕动,促进胃排空,改善早产儿喂养不耐受症状。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$);观察组胃潴留消失时间、喂养不耐受消失时间及达到完全经胃喂养时间明显短于对照组,体质量日增长量高于对照组($P<0.05$);两组坏死性小肠结肠炎发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。说明给予喂养不耐受早产儿多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮干预,效果显著,可促进喂养不耐受、胃潴留消失,有效增长早产儿体质量,使其快速达到完全经胃喂养,且安全性较高。综上所述,多潘立酮混悬液与非营养性吸吮联合应用于喂养不耐受早产儿的效果显著,且安全性高,具有较高临床推广应用价值。

参考文献

[1]周琳燕.用刺激排便和刺激吸吮的方法治疗早产儿喂养不耐受的效果分析[J].当代医药论丛,2016,14(3):107-108
[2]徐颖芬.综合护理干预对喂养不耐受早产儿腹胀胃潴留时间及体重质量改善的影响[J].山西医药杂志,2017,46(15):1901-1902
[3]余建娥.酪酸梭菌活菌散与非营养性吸吮联合在早产儿喂养不耐受防治中的价值探讨[J].中国社区医师,2017,33(11):148-149
[4]Dutta S,Singh B,Chessell L,et al.Guidelines for Feeding Very Low Birth Weight Infants[J].Nutrients,2015,7(1):423-442

[5]祖婷,闫俊梅,丁玉红.深度水解蛋白配方奶联合非营养性吸吮治疗VLBWI喂养不耐受的疗效观察[J].中国妇幼保健,2016,31(6):1325-1326
[6]黄喜华,王名英,张舒梅.非营养性吸吮及抚触对早产儿喂养不耐受与早期生长发育的影响[J].护理实践与研究,2018,15(6):87-89
[7]钟江优.早期微量喂养联合非营养性吸吮降低早产儿喂养不耐受的可行性[J].中国中西医结合儿科学,2017,9(6):498-500
[8]胡小华,欧阳娜,杨磊.早期微量喂养与非营养性吸吮联合治疗窒息后新生儿喂养不耐受的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2016,9(6):148-149

射干麻黄汤联合孟鲁司特钠在小儿咳嗽变异性哮喘中的应用

张翠云

(河南省商丘市第五人民医院儿科 商丘 476000)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗对咳嗽变异性哮喘患儿康复效果的影响。方法:选择 2016 年 10 月~2018 年 5 月我院收治的咳嗽变异性哮喘患儿 80 例,使用随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。对照组予以常规西医疗法,观察组予以中西医结合疗法。比较两组症状缓解时间、中医证候积分及不良反应发生情况。结果:观察组患儿肺部哮鸣音、咳嗽及哮喘症状消失时间以及咳嗽、咳痰、气促、胸闷等中医证候积分均明显低于对照组($P<0.05$);观察组患儿不良反应发生率明显低于对照组($P<0.05$)。结论:咳嗽变异性哮喘患儿采用射干麻黄汤联合孟鲁司特钠治疗,可有效改善临床症状,同时减少不良反应的发生,临床应用安全可靠。

关键词:咳嗽变异性哮喘;射干麻黄汤;孟鲁司特钠;中医证候积分;不良反应

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.04.045

咳嗽变异性哮喘为支气管哮喘的一种特殊类型,常以慢性咳嗽为主要特征,且具有反复发作性。近年来,咳嗽变异性哮喘发病率呈不断上升趋势,已成为医学界需重点研究内容^[1]。目前针对咳嗽变异性哮喘,多应用支气管扩张剂暂时缓解其临床症状,但易受气候突变等因素影响,从而导致疾病复发甚至加重。经相关临床试验表明^[2-3],中西医结合疗法具有毒副作用小、复发率低等优势,在小儿咳嗽变异性哮喘治疗中具有较高的应用价值。本研究旨在探讨中西医结合治疗对咳嗽变异性哮喘患儿康复效果的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 10 月~2018 年 5 月我院收治的咳嗽变异性哮喘患儿 80 例,使用随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。观察组男 22 例,女 18 例;年龄 3~14 岁,平均年龄(7.62±1.85)岁;病程 11 d~7 个月,平均病程(3.26±0.19)个月。对照组男 21 例,女 19 例;年龄 3~15 岁,平均年龄(7.66±1.83)岁;病程 13 d~7 个月,平均病程(3.29±0.18)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 (1)符合《中医儿科临床诊疗指南·小儿咳嗽变异性哮喘(制订)》^[4]相关诊断标准,即持

续咳嗽或反复发作>1 个月,常在清晨、夜间发作,并在嗅到特殊气味、遇冷空气或运动后加重,经长时间抗生素治疗无效,有个人或家族过敏史;(2)所有患儿家属均自愿签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)伴有严重心、肝、肾功能障碍;(2)因鼻窦炎、慢性扁桃体炎等疾病引起的慢性咳嗽;(3)存在认知功能障碍,且治疗依从性差。

1.4 治疗方法 对照组予以常规西医疗法:孟鲁司特钠咀嚼片(国药准字 H20083330),6 岁以下儿童 4 mg/次,1 次/d;6 岁以上儿童 5 mg/次,1 次/d。治疗期间若患儿出现感染症状,需根据实际情况采取抗炎等对症治疗措施。观察组在对照组基础上加用射干麻黄汤治疗:紫菀、款冬花各 15 g,射干、炙麻黄、半夏、干地龙、蝉蜕、生姜各 10 g,醋五味子 5 g,细辛 3 g,大枣 3~6 枚,清水煎煮至 400 ml,1 剂/d,分早晚 2 次服用。两组疗程均为 4 周。

1.5 观察指标 (1)比较两组患儿肺部哮鸣音、咳嗽及哮喘症状消失时间。(2)比较两组患儿治疗后中医证候积分,包括咳嗽、咳痰、气促、胸闷,按照其严重程度分为无、轻、中、重四级,分别用 0 分、1 分、2 分、3 分分值表达。(3)比较两组患儿皮疹瘙痒、头晕、恶心呕吐、腹泻、声音嘶哑等不良反应发生情况。

1.6 统计学方法 数据处理采用 SPSS18.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资