

个月, 观察组 HSS、Lyshom 评分均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组膝关节功能评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前 HSS	随访 3 个月 HSS	术前 Lyshom	随访 3 个月 Lyshom
对照组	40	84.93± 3.09	88.09± 4.35	78.87± 3.49	84.33± 4.30
观察组	40	84.96± 3.10	92.15± 3.32	78.95± 3.46	88.19± 4.32
t		0.043	4.692	0.103	4.005
P		0.966	0.000	0.918	0.000

2.3 两组术后膝关节活动度对比 随访 1 年, 观察组屈膝度、伸膝度、活动度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后膝关节活动度对比(° , $\bar{x} \pm s$)

组别	n	屈膝度	伸膝度	活动度
对照组	40	107.23± 8.35	1.83± 0.39	109.39± 7.94
观察组	40	111.57± 8.10	2.17± 0.41	113.46± 7.29
t		2.359	3.800	2.388
P		0.021	0.000	0.019

3 讨论

胫骨平台骨折是常见的关节内骨折, 往往需通过手术治疗才能恢复关节面的平整。胫骨平台骨折病情复杂, 对手术要求较高, 正确的手术计划以及准确的手术操作是治疗取得成功的关键。除了良好的手术方式外, 选择正确的预后康复治疗方式同样十分重要。本研究针对收治累及后柱的复杂胫骨平台骨折患者, 根据患者不同病情给予对应的手术治疗, 术前以 X 线检查、CT 检查确定患者病况后, 为患者制定正确的手术计划, 通过借助影像学成像技术, 清晰了解患者的骨折范围、关节面塌陷程度、骨折线走向等, 术前正确的计划是促进手术成功的重要因素^[9]。术中选择合适的入路能够提高治疗效果。由于复杂胫骨平台骨折患者往往涉及到多个象限, 因此临床上应灵活运用各个

象限以达到令人满意的治疗效果, 具体的入路方式需要根据患者骨折线走向确定。术中需尽可能地解剖复位, 调整关节面平整^[9]。本研究对观察组开展本院骨科自制的洗剂熏蒸治疗, 方剂中含有三角草、三桠苦、三七、血竭、红花、栀子、大黄等中药材。其中三角草与三桠苦能够发挥清热解毒、活血化瘀的治疗效果, 三七、血竭、红花等药物能够达到活血化瘀、止痛消肿的作用。诸药共奏活血祛瘀、止痛消炎、通经活络之功效, 对提高骨折患者预后康复效果具有重要作用^[7]。

本研究中, 观察组住院时间短于对照组, 骨线愈合时间早于对照组, 术后 HSS、Lyshom 评分高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 提示采用中医熏蒸治疗能够有效促进复杂胫骨平台骨折患者康复, 缩短患者住院时间。随访 1 年, 观察组膝关节活动度大于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 提示中药熏蒸治疗有助于加速复杂胫骨平台骨折患者康复进程, 提高患者膝关节活动度。综上所述, 采用手术联合骨科洗剂治疗累及后柱的复杂胫骨平台骨折患者可促进患者骨折愈合, 促进患者膝关节功能恢复。

参考文献

[1]王巍,顾大伟,徐春雨,等.中西医结合治疗复杂胫骨平台骨折的临床疗效分析[J].中华中医药学刊,2017,35(5):1313-1316
[2]章建卫,孟乘飞,陈榆,等.锁定加压钢板个体化治疗胫骨平台双柱或三柱骨折[J].骨科,2015,6(5):252-255,260
[3]刘岚,尹倩,洪世顺,等.复杂胫骨平台骨折的中西医结合治疗方法及疗效观察[J].现代诊断与治疗,2016,27(11):2002-2004
[4]唐剑邦,高大伟,何君源.累及后柱的复杂胫骨平台骨折中西医结合治疗研究[J].新中医,2015,47(12):126-127
[5]马学忠,王剑,赵志彩,等.中药熏洗对复杂胫骨平台骨折术后康复的促进作用[J].新中医,2018,50(8):99-102
[6]桑友荣.中西医结合治疗复杂胫骨平台骨折的临床效果观察[J].医学理论与实践,2017,30(23):3515-3517
[7]章中良,胡海军,范天宏,等.中西医结合治疗胫骨平台骨折临床分析[J].全科医学临床与教育,2015,13(2):193-194

(收稿日期: 2020-01-12)

硫酸镁联合硝苯地平对妊娠期高血压血管内皮功能的影响

付新娜

(河南省驻马店市第二中医院 驻马店 463000)

摘要:目的:分析硫酸镁联合钙通道阻断剂对中重度妊娠期高血压患者血管内皮功能及自然分娩率的影响。方法:选取 2017 年 9 月~2019 年 3 月收治的中重度妊娠期高血压患者 68 例,按治疗方案不同分为试验组与参照组,各 34 例。参照组予以硫酸镁治疗,试验组在参照组基础上予以钙通道阻断剂硝苯地平治疗。对比两组自然分娩率,治疗前后内皮功能(一氧化氮、内皮素),血液流变学变化。结果:治疗后,试验组一氧化氮较参照组高,内皮素较参照组低($P<0.05$);治疗后,试验组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积均较参照组低($P<0.05$);试验组自然分娩率 70.59%高于参照组的 47.06%($P<0.05$)。结论:在硫酸镁治疗中重度妊娠期高血压患者基础上加用钙通道阻断剂,可显著改善患者血管内皮功能和血液流变学,提高自然分娩率。

关键词:中重度妊娠期高血压;硫酸镁;钙通道阻断剂;血管内皮功能;血液流变学

中图分类号:R714.246

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.041

妊娠期高血压(Hypertensive Disorders Complicating Pregnancy, HDCP)为临床妇产科常见病,据统计,HDCP 发病率为 5%~12%,全球范围内

每年约 5~6 万例妇女死于 HDCP 并发症^[1]。临床对中重度 HDCP 以镇静、解痉、有指征降压为主,硫酸镁为临床首选解痉剂,可解除血管痉挛、改善微循

环,且降压效果确切,但单独使用药物剂量较高,一旦过量会导致患者中毒,甚至心脏停搏^[2]。临床多结合钙通道阻断剂类药物,提高降压效果,保护心肌细胞。本研究选取我院中重度 HDCP 患者 68 例,探究硫酸镁联合钙通道阻断剂硝苯地平应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 9 月~2019 年 3 月收治的中重度 HDCP 患者 68 例,按治疗方案不同分为试验组与参照组,各 34 例。试验组年龄 24~37 岁,平均年龄(28.96±2.13)岁;孕周 26~35 周,平均孕周(30.89±1.94)周。参照组年龄 23~37 岁,平均年龄(29.35±2.58)岁;孕周 27~36 周,平均孕周(31.18±2.04)周。两组基线资料(年龄、孕周)均衡可比($P>0.05$)。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 入组标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合《妇产科学》^[3]中 HDCP 诊断标准;(2)收缩压 ≥ 140 mm Hg 和(或)舒张压 ≥ 90 mm Hg;(3)超声检查无心、肝、肾等器官严重病变;(4)患者知情本研究,并自愿签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1)患有艾滋病、乙肝等传染性疾病者;(2)原发性高血压病者;(3)多胎妊娠者;(4)严重依从性差无法遵医用药者;(5)患有糖尿病等其他妊娠期合并症者;(6)既往有硫酸镁过敏史不符合本研究者;(7)存在严重意识障碍或患有精神疾病无法配合本研究者。

1.3 治疗方法 两组均予以镇静、利尿等常规治疗。在此基础上,参照组予以硫酸镁(国药准字 H13022977),5 g 硫酸镁+100 ml 5%葡萄糖溶液静脉滴注,30 min 静滴完毕,20 ml 25%硫酸镁+1 000 ml 5%葡萄糖溶液静脉滴注,滴注速度 2.0 g/h,1 次/d。若出现硫酸镁中毒,则立即停药,静脉缓慢推注 10ml 10%葡萄糖酸钙(国药准字 H12020963)。试验组在参照组基础上予以钙通道阻断剂,硝苯地平(国药准字

H20083380)口服,10 mg/次,3 次/d。两组均治疗 1 周。

1.4 检测方法 取 5 ml 晨起空腹静脉血,置于抗凝试管中,4℃离心(3 600 r/min,10 min)处理,分离血浆,以酶联免疫吸附法测定内皮素(ET)水平,以硝酸还原酶法测定一氧化氮(NO)水平,试剂盒均购自南京建成生物工程研究所。取 5 ml 晨起空腹静脉血,抗凝处理,取抗凝标本 1 ml 注入压积管,离心(3 000 r/min,30 min)处理,读取红细胞压积数值;取 0.8 ml 全血标本注入黏度计切血器,检测高切(150 s)、低切(10 s)黏度值;其余标本置入离心机离心处理,切变率 100s⁻¹,获取血浆黏度值。

1.5 观察指标 (1)比较两组治疗前后血管内皮功能,NO、ET 变化情况。(2)比较两组治疗前后血液流变学,全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积变化情况。(3)比较两组自然分娩率。

1.6 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 统计学软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示, χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血管内皮功能比较 治疗前,两组 NO、ET 对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,两组 NO 较治疗前升高,且试验组较参照组高;两组 ET 均较治疗前降低,且试验组较参照组低($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组血管内皮功能比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	n	NO(nmol/L)				ET(ng/L)			
		治疗前		治疗后		治疗前		治疗后	
试验组	34	516.34±69.52	948.67±86.43	95.27±12.03	51.34±6.21				
参照组	34	520.17±70.28	728.76±79.85	94.87±11.75	73.06±6.84				
t		0.226	10.897	0.139	13.709				
P		0.822	<0.001	0.890	<0.001				

2.2 两组治疗前后血液流变学比较 治疗前,两组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积对比无显著差异($P>0.05$);治疗后,两组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积均较治疗前降低,且试验组较参照组低($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血液流变学比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	n	全血高切黏度(mPa·s)		全血低切黏度(mPa·s)		血浆黏度(mPa·s)		红细胞压积(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	34	6.57±0.82	4.36±0.62	14.06±1.38	8.34±1.06	1.86±0.57	1.35±0.46	0.87±0.24	0.41±0.06
参照组	34	6.29±0.87	5.67±0.71	13.87±1.40	9.87±1.12	1.81±0.54	1.64±0.48	0.84±0.21	0.49±0.09
t		1.366	8.104	0.564	5.785	0.371	2.544	0.549	4.313
P		0.177	<0.001	0.575	<0.001	0.712	0.013	0.585	<0.001

2.3 两组自然分娩率比较 试验组自然分娩 24 例,剖宫产 10 例;参照组自然分娩 16 例,剖宫产 18 例。试验组自然分娩率 70.59%(24/34) 较参照组

47.06%(16/34) 高, ($\chi^2=3.886, P=0.049$)。

3 讨论

当前,临床对 HDCP 发病机制尚未作出全面阐

述,但普遍认为与母体全身弥漫性内皮细胞激活、损伤或母体免疫耐受失调相关。相关研究指出,HDCP 是导致孕产妇、围生儿死亡率升高主要原因之一^[4]。大多降压药物在降压的同时会减少人体胎盘供血量,不利于胎儿发育,故临床应积极探讨一种最佳治疗方案,提高临床效果,避免盲目降压,降低剖宫产风险和母婴死亡风险。硫酸镁能抑制患者中枢神经系统,促使平滑肌松弛、扩张血管,产生解除血管痉挛,起到降压作用,但单一使用效果欠佳^[5-6]。硝苯地平属于钙通道阻断剂,能选择性抑制心肌细胞膜钙离子内流,减少心肌氧耗,防止钙内流超负荷,保护心肌细胞;可促使血管内皮细胞,抑制 ET 释放,松弛血管平滑肌,扩张血管,增加冠脉血流量,降低外周血管阻力,降低血压^[7]。HDCP 患者血液流变学各项指标显著升高,影响血液供应,血液供应障碍导致血液流变学指标升高,两者相互作用形成恶性循环。硝苯地平具有稳定、持续钙拮抗作用,可降低红细胞、血小板聚集性,改善患者血液流变学特性^[8]。本研究结果显示,治疗后试验组 NO 较参照组高、ET 较参照组低,试验组全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积均较参照组低 ($P<0.05$),表明硫酸镁联合硝苯地平使用能显著改善患者血管内皮功能和血液流变学。试验组自然分娩率 70.59%较

参照组 47.06%高 ($P<0.05$),表明硫酸镁、钙通道阻断剂联合治疗可提高自然分娩率。综上所述,治疗中重度 HDCP 患者在硫酸镁的基础上加用钙通道阻断剂硝苯地平,可显著改善患者血管内皮功能和血液流变学,提高自然分娩率,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陈静静.硝苯吡啶联合硫酸镁治疗对妊娠期高血压疾病患者血压值、妊娠相关蛋白 A 及血管内皮生长因子的影响[J].中国妇幼保健,2017,32(18):4373-4376
[2]袁凌,唐雪媛,贺圣丹,等.酒石酸美托洛尔联合硫酸镁治疗妊娠期高血压的效果及对患者尿蛋白质的影响[J].药物评价研究,2018,41(7):1264-1266
[3]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.64-79
[4]王克涛,陶冶.苯磺酸左旋氨氯地平片联合硫酸镁对妊娠期高血压疾病患者血压、新生儿结局及分娩方式的影响[J].中国医药导报,2016,13(29):67-70
[5]罗巧玲,李娜,付景针,等.硫酸镁与缬沙坦联合应用对妊娠期高血压疾病患者肾功能的影响[J].河北医科大学学报,2018,39(5):604-607
[6]麦扬青,王丽,戴小萍.尼莫地平联合硫酸镁对中重度妊娠期高血压孕妇的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2018,34(22):9-11
[7]宋涛,刘静,戴继红,等.硝苯地平联合羟苯磺酸钙对早期 2 型糖尿病合并高血压患者血管内皮功能及血液流变学影响[J].临床军医杂志,2019,47(3):311-313
[8]李华,张娟.联用酚妥拉明、硝苯地平及硫酸镁对妊娠期高血压疾病患者血管内皮功能及核因子 κ B、血浆五聚素 3 的影响[J].中国妇幼保健,2017,32(23):5841-5845

(收稿日期: 2019-11-27)

制霉菌素联合硝酸咪康唑治疗妊娠合并念珠菌性阴道炎观察

崔爱梅

(河南省郑州市新郑市中医院妇产科 新郑 451150)

摘要:目的:探讨制霉菌素联合硝酸咪康唑治疗妊娠合并念珠菌性阴道炎的效果。方法:选取 2017 年 1 月~2018 年 7 月收治的妊娠合并念珠菌性阴道炎患者 124 例为研究对象,采用随机数字表法分为观察组(62 例)与对照组(62 例)。对照组给予制霉菌素局部用药联合碳酸氢钠冲洗治疗,观察组给予制霉菌素联合硝酸咪康唑治疗。比较两临床症状消失(外阴灼痛、瘙痒、阴道黏膜充血、白带恢复正常)时间、临床疗效,治疗期间不良反应发生率及新生儿真菌携带率。结果:观察组治疗总有效率为 98.39%,高于对照组的 83.87% ($P<0.05$);外阴灼痛、外阴瘙痒消失,阴道黏膜充血消退、白带恢复正常时间短于对照组 ($P<0.05$);两组治疗期间不良反应发生率及新生儿真菌携带率比较无显著性差异 ($P>0.05$)。结论:制霉菌素联合硝酸咪康唑治疗妊娠合并念珠菌性阴道炎患者效果显著,可促进患者症状较快改善,提高临床疗效,不良反应较少。

关键词:念珠菌性阴道炎;妊娠;制霉菌;硝酸咪康唑

中图分类号:R714.25

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.042

念珠菌性阴道炎为常见的阴道炎之一,念珠菌为阴道正常菌群,也是引起机体深部感染的条件性致病菌。妊娠期患者由于阴道上皮糖原增加,雌二醇水平增高,菌群失调,阴道环境利于念珠菌增殖,因此念珠菌性阴道炎为妊娠常见的并发症之一。患者可表现为白带多、黏稠、厚,外阴伴有明显的瘙痒、烧灼感,甚者可出现阴道黏膜水肿、充血,伴有尿频、

尿痛、尿急等症状,且病情较易反复,严重影响患者的身心健康^[1-3]。本研究探讨制霉菌素联合硝酸咪康唑治疗妊娠合并念珠菌性阴道炎患者的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 1 月~2018 年 7 月收治的妊娠合并念珠菌性阴道炎患者 124 例为研