

性脑病发生、发展的关系获得大多数人的认可。既往多利用高压氧治疗 CO 迟发性脑病,但其在控制病情方面存在不足。因此本研究采用高压氧联合多奈哌齐治疗 CO 迟发性脑病。

本研究结果显示,研究组治疗后临床疗效优于对照组 ($P<0.05$),表明联合多奈哌齐对 CO 迟发性脑病患者临床症状及体征的控制效果更显著。治疗后两组 MoCA 评分及 BI 评分均升高,且研究组高于对照组 ($P<0.05$),分析其原因可能为多奈哌齐为胆碱酯酶抑制剂,可抑制脑内乙酰胆碱酯酶,增加脑内血流量,同时多奈哌齐可抑制海马区神经的表达,进一步刺激脑内产生抗自由基物质,保护海马区神经,从而改善患者认知功能及日常活动能力。两组不良反应发生情况比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),表明增加多奈哌齐未增加治疗毒性。综上所述,高压氧联合多奈哌齐治疗 CO 迟发性脑病的疗效显著,可改善患者认知功能及生活能力,且安全性较好。

参考文献

[1]李灰灰,张吾民.丁苯酞联合依达拉奉治疗急性一氧化碳中毒迟发

性脑病的临床观察[J].华夏医学,2019,32(1):43-46.
[2]解青松,申法涛.盐酸多奈哌齐联合高压氧治疗一氧化碳中毒迟发性脑病的临床研究[J].右江医学,2019,47(5):370-372.
[3]彭霏,邵迥龙.大剂量胞二磷胆碱配合醒脑开窍针刺疗法对一氧化碳中毒迟发性脑病患者氧化应激状态和神经康复的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(26):2878-2882,2931.
[4]李冬,齐晓瑜,吕琛.脑苷肌肽对急性一氧化碳中毒迟发性脑病患者 Ang-2、5-HT 水平的影响[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2018,13(10):943-945.
[5]牛燕英,田东,王萌.高压氧联合依达拉奉治疗一氧化碳中毒迟发性脑病的疗效评估及分析[J].中国保健营养,2017,27(1):299.
[6]邹莉,孟祥武,郑龙,等.地塞米松、脑苷肌肽联合高压氧舱治疗一氧化碳中毒的早期临床疗效分析[J].湖北民族学院学报(医学版),2019,36(2):15-18.
[7]蔡攀,孟丹.兴奋性氨基酸毒性在一氧化碳中毒后迟发脑病病机制中的关键作用[J].阿尔茨海默病及相关病,2019,2(2):355-359.
[8]任秀国,刘艳洁,李雪莲,等.亚低温联合高压氧治疗重度一氧化碳中毒的疗效观察及护理体会[J].中国病案,2018,19(1):100-102.
[9]代明岩.高压氧舱联合舒血宁在一氧化碳中毒急救中的应用效果[J].实用中西医结合临床,2018,18(5):27-28.
[10]高亚南,张颖颖,张晓强,等.强化认知训练对一氧化碳中毒迟发性脑病患者认知功能及日常生活活动能力影响的疗效观察[J].北京医学,2017,39(10):1064-1065.

(收稿日期:2020-07-10)

改良葡萄糖酸钙给药方案治疗非手足部氢氟酸烧伤的疗效与安全性分析

张艳艳

(河南科技大学第一附属医院 洛阳 471003)

摘要:目的:探讨改良葡萄糖酸钙给药方案治疗非手足部氢氟酸烧伤的临床效果及安全性。方法:回顾性分析 2017 年 8 月~2019 年 10 月收治的非手足部氢氟酸烧伤患者 90 例临床资料,依据治疗方式分为观察组和对照组,观察组采用改良葡萄糖酸钙给药方案,对照组给予传统葡萄糖酸钙给药方案。对比两组治疗前后疼痛评分、创面愈合时间及血钙水平。结果:治疗后,两组疼痛评分均较治疗前降低,且观察组较对照组低($P<0.05$);两组血钙水平高于治疗前,但观察组较对照组低($P<0.05$);观察组创面愈合时间较对照组长,组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:改良葡萄糖酸钙给药方案治疗非手足部的氢氟酸烧伤,可有效减轻疼痛,并有助于控制血钙水平,具有一定安全性,同时对创面愈合速度无明显影响。

关键词:氢氟酸烧伤;非手足部;改良葡萄糖酸钙;疼痛程度

中图分类号:R644

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.035

氢氟酸烧伤患者会伴有局部剧烈性疼痛、液化坏死等症状,且氟离子进入血液循环中可能会引起全身性中毒^[1]。目前,治疗该疾病临床多采用药物治疗,葡萄糖酸钙为临床常用药物,但有研究指出,传统给药方式安全性较差,可能会引起高血钙症^[2]。氢氟酸烧伤多发生于手部或足部,因此临床对于手部或足部氢氟酸烧伤的相关研究较为常见,而对于非手足部氢氟酸烧伤研究较少。本研究旨在分析改良葡萄糖酸钙给药方案治疗非手足部的氢氟酸烧伤的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2017 年 8 月~2019 年 10 月我院收治 90 例非手足部的氢氟酸烧伤患者临床资料,依据治疗方式分为观察组和对照组,各 45 例。对照组女 17 例,男 28 例;年龄 26~48 岁,平均年龄 (34.29 ± 3.61) 岁;伤后至入院时间 0.6~4.0 h,平均伤后至入院时间 (1.69 ± 0.34) h;氢氟酸质量分数 38%~82%,平均氢氟酸质量分数 $(49.63\pm 5.61)\%$;深度:浅 II 度 11 例,深 II 度 29 例,III 度 5 例。观察组女 16 例,男 29 例;年龄 28~52 岁,平均

年龄(34.16± 3.25)岁;伤后至入院时间 0.5~4.0 h,平均伤后至入院时间(1.66± 0.36) h;氢氟酸质量分数 36%~85%,平均氢氟酸质量分数(49.52± 5.59)%;深度:浅Ⅱ度 12 例,深Ⅱ度 28 例,Ⅲ度 5 例。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 入组标准 (1)纳入标准:入院前未接受其他治疗;深度为Ⅱ~Ⅲ度;临床资料无缺损。(2)排除标准:手足部烧伤者;严重肝、肾功能不全者;对本研究药物过敏者;认知功能障碍者。

1.3 治疗方法 两组患者入院后均对其病情严重程度程度进行评估,同时密切监测患者生命体征与电解质水平,建立静脉通路,进行补镁、补钙等常规治疗,以维持水电解质平衡。

1.3.1 对照组 实施传统葡萄糖酸钙治疗,给予葡萄糖酸钙注射液(国药准字 H51023153),皮下注射,质量浓度为 100 g/L,浅Ⅱ度及以上深度创面使用剂量按照 50 mg/cm² 计算。

1.3.2 观察组 实施改良葡萄糖酸钙给药方案治疗,给予生理盐水稀释过的葡萄糖酸钙注射液,皮下注射,质量浓度为 25 g/L,浅Ⅱ度创面使用剂量按照(25× 氢氟酸质量分数) mg/cm² 计算;深Ⅱ度及以上按照(50× 氢氟酸质量分数) mg/cm² 计算。

1.4 评价指标 (1)疼痛程度:治疗前与治疗 4 h 后,采用视觉模拟疼痛评分法(VAS)^[3]对两组患者疼痛程度进行评估,总分 10 分,0 分表示无疼痛,1~3 分表示轻度疼痛,4~6 分表示中度疼痛,7~10 分表示重度疼痛。(2)血钙水平:治疗前与治疗 4 h 后,使用日立 7600-120 型全自动生化分析仪检测两组患者血钙水平,血钙水平>2.75 mmol/L 即可判定为高血钙症。(3)创面愈合时间。

1.5 统计学方法 数据采用 SPSS24.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间采用独立样本 t 检验,组内采用配对样本 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 VAS 评分比较 治疗 4 h 后,两组 VAS 评分均较治疗前降低,且观察组较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 4 h 后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	45	4.75± 1.03	2.56± 0.52	12.733	0.000
观察组	45	4.87± 1.05	2.15± 0.34	16.532	0.000
<i>t</i>		0.547	4.427		
<i>P</i>		0.586	0.000		

2.2 两组治疗前后血钙水平比较 治疗 4 h 后,两组血钙水平较治疗前高,但观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血钙水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 4 h 后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	45	2.03± 0.35	2.81± 0.10	14.375	0.000
观察组	45	2.06± 0.31	2.68± 0.14	12.227	0.000
<i>t</i>		0.430	5.069		
<i>P</i>		0.668	0.000		

2.3 两组创面愈合时间比较 观察组创面愈合时间(4.52± 1.13) d,对照组为(4.13± 1.02) d,组间比较,差异无统计学意义($t=1.719, P=0.089$)。

3 讨论

近年来,受工业发展等多种因素的影响,氢氟酸烧伤发生率呈逐渐上升趋势。非手足部氢氟酸烧伤可对患者身体造成极大的创伤,主要为氟离子具有较强的穿透力,可穿透患者皮肤全层,与细胞中钙离子、镁离子结合产生不溶性盐,从而影响细胞功能,导致细胞死亡及机体疼痛,以疼痛为其主要症状^[4-5]。高浓度的氢离子具有较强的腐蚀性,也为造成疼痛的主要原因。因此,寻找有效的方案治疗该疾病具有重要意义。

以往临床常采用外敷的方式治疗,但该方法仅能沾染皮肤表面的氟离子,导致临床治疗效果欠佳^[6]。而皮下注射葡萄糖酸钙有助于将钙离子快速注射到创面以下氟离子集中区域,使钙离子与氟离子快速结合形成氟化钙,从而使氟离子失去活性,可有效改善患者疼痛程度,起到显著的治疗效果^[7-8]。本研究结果显示,治疗 4 h 后观察组 VAS 疼痛评分低于对照组,提示改良葡萄糖酸钙治疗非手足部氢氟酸烧伤患者,具有减轻患者疼痛程度的效果。有研究显示,氢氟酸烧伤极易引起低钙血症,故临床治疗应密切观察患者电解质水平^[9]。葡萄糖酸钙应用于非手足部氢氟酸烧伤患者可有效改善患者血钙水平,但传统给药方式缺乏针对性,容易导致使用剂量过大,可能适得其反,引起高血钙症发生。本研究结果显示,两组血钙水平均高于治疗前,但观察组较对照组低,表明改良葡萄糖酸钙治疗非手足部氢氟酸烧伤患者有助于控制患者体内血钙水平,具有一定安全性。分析其原因为,改良葡萄糖酸钙给药方案中实现了个体化治疗,依据患者创面深度、致伤氢氟酸质量分数情况,对药物使用剂量进行调整,同时经生理盐水稀释后注射,可降低溶液质量浓度,利于药物均匀分布,有效降低高血钙症发生风险,对提高临床治疗安全性具有积极作用^[10]。此外,研究结果还显示,观察

组创面愈合时间较对照组长,但组间比较,差异无统计学意义。究其原因在于,改良葡萄糖酸钙方案中药物经生理盐水稀释后浓度较低,因此治疗效果较传统治疗方案较慢。综上所述,非手足部的氢氟酸烧伤患者采用改良葡萄糖酸钙给药方案治疗,具有显著的临床治疗效果,不仅能够缓解疼痛程度,还能控制血钙水平,且对创面愈合速度无明显影响,在临床中值得广泛应用。

参考文献

[1]陈文美,祝伟建,蒋青岳,等.自制药物浸泡疗法对氢氟酸烧伤的治疗体会[J].中国医药指南,2015,13(4):43-44.
[2]于震峰.葡萄糖酸钙凝胶治疗手足部氢氟酸烧伤的效果分析[J].中国伤残医学,2018,26(19):22-24.
[3]蒋建纲,樊新海,张朔,等.葡萄糖酸钙凝胶外敷治疗四肢氢氟酸灼伤 80 例临床观察[J].医学临床研究,2015,32(7):1434-1435.

[4]田鹏飞,王新刚,张元海,等.316 例氢氟酸烧伤患者临床特征分析[J].中华烧伤杂志,2018,34(5):271-276.
[5]田鹏飞,张建芬,胡祖良,等.浙西地区 316 例职业性氢氟酸灼伤病例流行病学分析[J].环境与职业医学,2018,35(6):578-581.
[6]孙吉鹏.氢氟酸烧伤的临床治疗方法和效果分析[J].中国伤残医学,2019,27(21):45-46.
[7]魏小建,周红群,西咪替丁联合葡萄糖酸钙治疗 41 例儿童过敏性紫癜的临床疗效观察[J].现代诊断与治疗,2014,24(13):2983-2984.
[8]胡祖良,张元海,王新刚,等.静脉结合皮下注射葡萄糖酸钙治疗氢氟酸烧伤[J].环境与职业医学,2016,33(1):77-80.
[9]张建芬,胡祖良,吴晓霞,等.葡萄糖酸钙凝胶治疗四肢氢氟酸烧伤的护理[J].浙江临床医学,2018,20(10):1744-1745.
[10]张元海,王新刚,田鹏飞,等.改良葡萄糖酸钙给药剂量对非手足部的氢氟酸烧伤患者的治疗效果分析[J].中华烧伤杂志,2018,34(5):277-282.

(收稿日期: 2020-07-20)

外痔切除半开放式缝合联合内痔铜针术治疗混合痔疗效观察

姜军旺

(河南省安阳市内黄县人民医院肛肠科 内黄 456300)

摘要:目的:探讨外痔切除半开放式缝合联合内痔铜针术治疗混合痔的疗效。方法:回顾性分析 2016 年 2 月~2019 年 6 月收治的 79 例混合痔患者的临床资料,根据手术方法的不同分为对照组 39 例与观察组 40 例。对照组予以痔上黏膜环切钉合术治疗,观察组予以外痔切除半开放式缝合联合内痔铜针术治疗。比较两组临床疗效、围术期指标及术后疼痛情况。结果:观察组治疗总有效率高于对照组,术中出血量、创面愈合时间及手术时间均低于对照组($P<0.05$);术后 10 d,观察组疼痛评分低于对照组($P<0.05$)。结论:混合痔患者采用外痔切除半开放式缝合联合内痔铜针术治疗的效果显著,可减轻手术创伤,促进创面愈合,且术后疼痛程度较轻。

关键词:混合痔;外痔切除半开放式;内痔铜针术;围术期指标;疼痛情况

中图分类号:R657.18 **文献标识码:**B **doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.036

混合痔是指齿状线上直肠黏膜下的血管性衬垫出现病理性增生或扩张,患者临床主要表现为内痔部分出血,同时伴有外痔部分疼痛、肿胀等,严重影响患者的正常生活^[1]。手术为治疗该疾病的有效方式,可达到全面治愈的效果。传统痔上黏膜环切钉合术虽可切除痔疮增生组织,但创伤较大,不利于患者预后^[2]。外痔切除半开放式缝合联合内痔铜针术不仅可切除痔疮增生组织,且创伤较小,有利于降低术中出血量,促进创口愈合。本研究旨在探讨外痔切除半开放式缝合联合内痔铜针术治疗混合痔的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 2 月~2019 年 6 月我院收治的 79 例混合痔患者的临床资料,根据手术方法的不同分为对照组 39 例与观察组 40 例。对照组男 21 例,女 18 例;年龄 24~73 岁,平均年龄(50.31 ± 5.15)岁;环形脱出 8 例,局部脱出 31 例;病程 1~8 年,平均病程(4.98 ± 1.74)年。观察组男 21

例,女 19 例;年龄 25~75 岁,平均年龄(50.28 ± 5.20)岁;环形脱出 7 例,局部脱出 33 例;病程 1~9 年,平均病程(4.99 ± 1.79)年。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 入组标准 (1)纳入标准:符合《痔诊断和治疗指南(2010 修订版)》^[3]中混合痔的诊断标准;有手术指征;无妊娠或哺乳情况;临床资料完整。(2)排除标准:合并肛周脓肿、肛裂、肛裂等肛门疾病;合并高血压、糖尿病;精神严重异常,无法正常沟通;凝血功能异常。

1.3 手术方法

1.3.1 对照组 行痔上黏膜环切钉合术治疗。患者取截石位,行腰硬联合麻醉。外痔部分以肛缘为界,剪除外痔多余部分后,用电凝刀止血。充分显露内痔出血部分,环形切除内痔区域组织,置入吻合钉,行荷包缝合,9、3、12、8 点牵引缝合,若有局部出血情况,使用可吸收线进行缝合,手术结束。

1.3.2 观察组 行外痔切除半开放式缝合联合内痔铜针术治疗。患者取侧卧位,行腰硬联合麻醉。采用