

阿托品联合长托宁治疗急性有机磷农药中毒的临床效果

解安刚

(中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院 河南郑州 450007)

摘要:目的:探讨阿托品联合长托宁治疗急性有机磷农药中毒的临床效果。方法:选取 2016 年 1 月~2019 年 12 月急诊科收治的 75 例急性有机磷农药中毒患者,随机分为对照组 38 例和观察组 37 例。对照组静脉注射阿托品,每次给药 5~20 mg,每次 5~15 min;观察组静脉注射阿托品联合肌肉注射长托宁 2~3 mg。结果:观察组患者的胆碱酯酶恢复时间、阿托品化时间、住院时间短于对照组,反跳发生率低于对照组($P<0.05$);两组治愈率比较无明显差异($P>0.05$);治疗前两组乳酸脱氢酶、天冬氨酸氨基转移酶、肌酸激酶、 α -羟丁酸脱氢酶、肌酸激酶同工酶比较无明显差异($P>0.05$),治疗后,两组乳酸脱氢酶、天冬氨酸氨基转移酶、肌酸激酶、 α -羟丁酸脱氢酶、肌酸激酶同工酶均降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。结论:阿托品联合长托宁能减轻急性有机磷农药中毒患者的心肌损伤,效果较好。

关键词:急性有机磷农药中毒;阿托品;长托宁;心肌损伤

中图分类号:R595.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.037

急性有机磷农药中毒临床急救多采用阿托品进行解毒治疗,但因为阿托品的用量和用法没有统一的指标,在进行急救治疗时很难掌握,且阿托品的给药次数比较频繁、半衰期较短,副作用较大,易出现阿托品过量、中间综合征或中毒等不良反应,因此阿托品并非是急性有机磷农药中毒的理想急救药物^[1]。长托宁对急性有机磷农药中毒患者的视力以及心跳都没有明显的影响,可以有效防止产生阿托品副作用,因此获得了临床上的广泛认可^[2]。本研究对阿托品联合长托宁治疗急性有机磷农药中毒的临床效果进行分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月~2019 年 12 月我院急诊科收治的 75 例急性有机磷农药中毒患者,随机分为观察组 37 例和对照组 38 例。观察组男 17 例,女 20 例;年龄 17~64 岁,平均(37.14±15.89)岁;中毒时间 0.6~10.1 h,平均(4.27±1.39)h;毒物种类:杀菌剂 4 例,甲胺磷 8 例,敌百虫 1 例,甲拌磷 6 例,内吸磷 3 例,乐果 10 例,敌敌畏 5 例。对照组男 19 例,女 19 例;年龄 17~64 岁,平均(36.59±15.47)岁;中毒时间 0.6~10.1 h,平均(4.35±1.42)h;毒物种类:杀菌剂 4 例,甲胺磷 8 例,敌百虫 1 例,甲拌磷 6 例,内吸磷 3 例,乐果 10 例,敌敌畏 6 例。两组基线资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均采取导泻、补液、洗胃、护肝、吸氧、肺水肿和脑水肿防治、营养支持等常规的救治方法,静脉注射氯解磷定注射液(国药准字 H31020806)治疗,每次给予 0.75~1.0 g,0.5 h 后再注射给药 1 次,之后每 5~6 个小时静脉注射氯解磷定 0.5 g。对照组患者静脉注射硫酸阿托品注射液(国药准字 H32020166),5~20 mg/次,5~15 min/次,患者

达到阿托品化后可以减量且维持阿托品化。当患者胆碱酯酶活力大于 60%后停止给予阿托品。观察组患者在阿托品的基础上联合使用长托宁(国药准字 H20020606),首先肌肉注射长托宁 2~3 mg,静脉注射阿托品 5~10 mg,10~15 min/次。阿托品化后停止给予阿托品,采用长托宁维持阿托品化,当患者胆碱酯酶活力大于 60%后停止给予长托宁。

1.3 观察指标 比较两组患者胆碱酯酶恢复时间、阿托品化时间、住院时间、反跳发生率和治愈率。比较两组患者乳酸脱氢酶(LDH)、天冬氨酸氨基转移酶(AST)、肌酸激酶(CK)、 α -羟丁酸脱氢酶(α -HBD)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)水平。

1.4 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验,计数资料用%表示,用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胆碱酯酶恢复时间、阿托品化时间、住院时间、反跳发生率和治愈率对比 观察组患者胆碱酯酶恢复时间、阿托品化时间、住院时间、反跳发生率均明显低于对照组($P<0.05$);两组治愈率比较无明显差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组胆碱酯酶恢复、阿托品化及住院时间、反跳发生率和治愈率对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	胆碱酯酶恢复时间(min)	阿托品化时间(min)	住院时间(d)	反跳发生[例(%)]	治愈[例(%)]
对照组	38	196.49±24.78	70.48±11.39	12.93±2.25	9(23.68)	34(89.47)
观察组	37	180.32±23.69*	63.24±10.57*	10.14±1.73*	2(5.41)*	35(94.59)

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 LDH、AST、CK、 α -HBD、CK-MB 水平对比 治疗前,两组患者 LDH、AST、CK、 α -HBD、CK-MB 水平比较,无明显差异($P>0.05$);治疗后,两组患者 LDH、AST、CK、 α -HBD、CK-MB 水平明显降低,且观察组明显低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 LDH、AST、CK、α-HBD、CK-MB 对比 (U/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	LDH	AST	CK	α-HBD	CK-MB
对照组	38	治疗前	273.42± 59.78	117.36± 25.43	253.67± 72.89	307.42± 25.89	45.27± 11.39
		治疗后	157.36± 42.89 [#]	40.25± 10.36 [#]	122.89± 14.73 [#]	82.27± 13.41 [#]	36.79± 10.14 [#]
观察组	37	治疗前	274.65± 57.32	116.41± 24.78	254.73± 75.43	306.21± 27.34	45.19± 11.28
		治疗后	122.25± 27.36 ^{#*}	29.73± 4.63 ^{#*}	103.74± 11.25 ^{#*}	64.39± 10.28 ^{#*}	31.29± 10.44 ^{#*}

注:与对照组治疗后相比,^{*}P<0.05,与同组治疗前相比,[#]P<0.05。

3 讨论

有机磷杀虫药进入机体后,可以与乙酰胆碱酯酶结合,并且可以合成磷酰化胆碱酯酶,由于磷酰化胆碱酯酶并不具备分解乙酰胆碱的效果,会导致机体中的乙酰胆碱发生大量的蓄积,而造成胆碱能神经持续出现冲动,继而发生一系列的毒蕈碱样、中枢神经系统以及烟碱样症状,患者常常由于呼吸衰竭而死亡^[4-6]。救治的主要方法为首先对毒物进行彻底地清除,再联合使用胆碱酯酶复能剂以及抗胆碱能药^[7]。阿托品属于抢救有机磷农药中毒的一种有效药物,能较快和较好地阻断胆碱受体,使患者的中毒症状得到解除,但是阿托品对 M 型胆碱受体亚型的作用没有选择性,几乎对 N 型受体没有效果^[8]。而且阿托品的生物半衰期只有 2 h,为了使抢救成功率提高,需要多次重复用药,导致对阿托品耐受程度比较差的患者容易发生阿托品中毒或过量现象,甚至出现心律失常、心力衰竭以及高血压危象等危险并发症^[9]。长托宁可以产生全面的外周以及中枢抗 M、N 胆碱受体作用,能有效拮抗有机磷中毒所导致的惊厥、中枢呼吸循环衰竭以及躁动等中枢中毒症状,不易发生心动过快^[10]。而且,长托宁的半衰期长达 5 h,因此长托宁的用药次数和用药总剂量也明显少于阿托品,可以减少不良反应,撤药过程中也可以有效防止出现反跳现象。本研究结果发现,观察组患者的胆碱酯酶恢复时间、阿托品化时间、住院时间、反跳发生率明显低于对照组 (P<0.05),两组患者的治愈率无明

显差异 (P>0.05)。表明阿托品联合长托宁能有效缩短胆碱酯酶恢复时间、阿托品化时间、住院时间,较少反跳的发生,但不会明显影响治愈率。治疗后,两组患者的 LDH、AST、CK、α-HBD、CK-MB 明显降低 (P<0.05),且观察组患者明显低于对照组 (P<0.05)。表明阿托品联合长托宁能明显减轻患者的心肌损伤程度,有效保护心肌。

综上所述,阿托品联合长托宁能减轻急性有机磷农药中毒患者的心肌损伤,效果较好。

参考文献

- [1]张卓洁,廖运宏,郎学聪,等.抢救急性重度有机磷农药中毒时阿托品血药浓度监测 1 例[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(26):231.
- [2]高小英,肖妍,柏凌云,等.长托宁联合纳洛酮治疗小儿重度有机磷农药中毒的临床分析[J].现代生物医学进展,2016,16(2):326-328,338.
- [3]郭莉娟,郭宇芳,钟卫红,等.探讨急性重度有机磷农药中毒致呼吸衰竭患者的临床急诊急救措施[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2016,16(17):58.
- [4]王子繁,陆宇翔,毛斌.早期气管插管抢救急性重度有机磷农药中毒合并呼吸衰竭的疗效分析[J].中外医学研究,2018,16(5):10-11.
- [5]祁敏芳,滕玲,郑贞苍,等.血液灌流联合血液透析治疗重症有机磷农药中毒的临床分析[J].中国妇幼保健研究,2017,28(S1):358-359.
- [6]杜艳雪,李佳,朱保月,等.还原型谷胱甘肽对急性有机磷农药中毒老年患者的治疗效果[J].中国老年学杂志,2016,36(22):5687-5688.
- [7]吴玲,杨怀霞,华晓红.重症有机磷农药中毒采用呼吸机辅助呼吸时联合护理的临床分析[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(14):46,53.
- [8]陈伟,周林,李清林,等.盐酸戊乙奎醚与阿托品治疗急性有机磷农药中毒过程中的谵妄对比研究[J].中国现代医学杂志,2016,26(11):68-71.
- [9]张运东.长托宁和阿托品对比治疗急性有机磷农药中毒的临床效果[J].大家健康(中旬版),2017,11(10):169.
- [10]陈群燕,黄舒伟,梁娟清.新型选择性长效抗胆碱药物长托宁联合阿托品治疗重度有机磷农药中毒的疗效[J].数理医药学杂志,2019,32(6):904-905.

(收稿日期: 2020-10-24)

局部联合穴位臭氧水注射治疗纤维肌痛综合征临床疗效观察

吴潇

(河南省南阳市第二人民医院疼痛科 南阳 473000)

摘要:目的:探讨局部联合穴位臭氧水注射治疗纤维肌痛综合征的临床效果。方法:选取 2017 年 6 月~2019 年 6 月收治的纤维肌痛综合征患者 72 例为研究对象,按照抽签法分为对照组和观察组,各 36 例。对照组予以普瑞巴林治疗,观察组在对照组基础上增加局部联合穴位臭氧水注射治疗。比较两组症状改善情况、疼痛评分及不良反应发生情况。结果:治疗前,两组晨僵时间、压痛点数量、焦虑评分比较无明显差异 (P>0.05);治疗后,观察组晨僵时间、压痛点数量、焦虑评分均低于对照组 (P<0.05)。治疗前,两组疼痛评分比较无明显差异 (P>0.05);治疗 1 周、2 周、4 周后,观察组疼痛评分低于对照组 (P<0.05)。两组不良反应发生率比较无明显差异 (P>0.05)。结论:在常规药物普瑞巴林的基础上应用局部联合穴位臭氧水注射治疗纤维肌痛综合征的疗效理想,能迅速缓解患者晨僵、压痛等症状且治疗安全性高。

关键词:纤维肌痛综合征;局部注射;穴位注射;普瑞巴林;风湿病

中图分类号:R685

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.038

纤维肌痛综合征 (FMS) 是一种高发的风湿病,发病率仅次于类风湿性关节炎、骨关节炎^[1]。FMS 主要表现为全身广泛性软组织疼痛、僵硬,同时伴有焦

虑、睡眠障碍、肠道刺激征等,对患者的日常影响极大^[2]。临床流行病学调查显示,该病发病具有性别倾向,女性发病率约为男性的 3~4 倍。现阶段临床治

疗 FMS 以药物治疗为主,其中普瑞巴林是最为常见的止痛药物,镇痛效果理想,但存在停药易复发的问題^[3-4]。为获得更理想的疗效,本研究在普瑞巴林的基础上增加局部联合穴位臭氧水注射治疗,旨在探讨其治疗 FMS 的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月~2019 年 6 月我院收治的 FMS 患者 72 例为研究对象,按照抽签法分为对照组和观察组,各 36 例。对照组男 8 例,女 28 例;年龄 36~75 岁,平均年龄(58.36±9.15)岁;病程 1~16 年,平均(7.69±2.76)年。观察组男 9 例,女 27 例;年龄 33~78 岁,平均年龄(58.46±9.19)岁;病程 1~15 年,平均(7.76±2.80)年。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。本研究获得医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)符合 FMS 的相关诊断标准;(2)患者知情并自愿参与本研究;(3)具有较好治疗依从性。排除标准:(1)继发性 FMS,包括但不限于骨关节炎、类风湿关节炎等;(2)合并恶性肿瘤、慢性感染、精神疾病;(3)存在癫痫、尿潴留、骨髓抑制等;(4)对本研究中使用的药物不耐受或过敏;(5)正在使用抗精神药物、抗癫痫药物等;(6)妊娠期、哺乳期妇女,儿童,年龄 ≥ 80 岁的老年人。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 予以患者普瑞巴林胶囊(国药准字 J20160022)治疗,起始剂量 75 mg/次,2 次/d,或 50 mg/次,3 次/d。1 周后如耐受性增加,可增加至 150 mg/次,2 次/d。如治疗 2 周后,疼痛未得到缓解,可增加剂量至 300 mg/次,2 次/d。共治疗 4 周。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采用局部联合穴位

注射臭氧水。局部注射方法:指导患者取仰卧位或俯卧位,与患者沟通疼痛位置,以记号笔对疼痛处进行标记。对标记位置及周边进行消毒,并铺巾,用 10 ml 的注射器从臭氧水发生器中抽取臭氧水进行注射,每个疼痛标记处注射 3 ml,注射深度以局部酸麻肿胀为宜。注射完成后,贴敷创可贴。穴位注射方法:以记号笔在患者大椎、肺腧、心俞、百会、肝俞、脾俞、肾俞、膻中、三阴交、阳陵泉等穴位做记号。对标记的穴位进行消毒,抽取臭氧水后,对标记处进行注射,每个穴位 2 ml。注射完成后,贴敷创可贴。局部或穴位注射后留观 30 min,每周治疗 1 次,共治疗 4 周。

1.4 观察指标 (1)治疗前后,记录两组患者晨僵时间、压痛点数量,并以焦虑自评量表(SAS)对患者的焦虑情绪进行评价,量表得分以 50 分为界限,超过 50 分属于焦虑症范畴,得分越高焦虑程度越为严重。(2)以视觉模拟评分法(VAS)评价两组患者的疼痛程度,将疼痛分为 11 级,其中 0 分为无痛,10 分为剧痛,得分越高,疼痛越严重。(3)对比两组患者治疗期间出现的不良反应(恶心、腹痛、失眠)。

1.5 统计学方法 应用统计学软件 SPSS22.0 对资料进行分析处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组症状改善情况比较 治疗前,两组晨僵时间、压痛点数量、焦虑评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组晨僵时间、压痛点数量、焦虑评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组症状改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	晨僵时间(min)		压痛点数量(个)		焦虑评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	75.36±12.36	14.25±5.14	12.01±3.41	4.26±1.47	42.01±7.25	19.12±4.31
对照组	36	76.25±12.44	35.02±7.96	11.78±3.26	7.69±2.14	42.76±7.36	28.36±5.78
t		0.305	13.152	0.293	7.927	0.436	7.689
P		0.762	0.000	0.771	0.000	0.665	0.000

2.2 两组疼痛评分比较 治疗前,两组疼痛评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 1 周、2 周、4 周后,观察组疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组疼痛评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
观察组	36	5.95±1.46	3.94±0.75	3.25±0.64	2.39±0.45
对照组	36	5.88±1.40	4.96±1.12	4.23±1.10	3.14±0.78
t		0.208	4.540	4.620	4.997
P		0.836	0.000	0.000	0.000

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	恶心	腹痛	失眠	总发生
观察组	36	2(5.56)	1(2.78)	3(8.33)	6(16.67)
对照组	36	3(8.33)	2(5.56)	2(5.56)	7(19.44)
χ^2					0.094
P					0.759

3 讨论

FMS 的治疗目前处于瓶颈期,采用普瑞巴林等

药物治疗虽能及时改善患者的疼痛,但停药后复发率高。另外 FMS 还会导致患者焦虑、睡眠障碍、认知障碍等,这些症状无法通过止痛药改善^[5]。因此为帮助患者取得更理想的疗效,本研究在普瑞巴林基础上增加臭氧水注射治疗。

臭氧水注射治疗的应用广泛,在许多疾病的治疗中都有应用。丁相等^[6]将臭氧水用于脊柱结核脓肿的治疗中,可显著改善患者脓肿吸收情况、炎症,并缩短置管时间,使复发率降低。而段轶轩等^[7]报道将臭氧水用于中风后肩痛的治疗中,结果显示增加臭氧水治疗的患者,疼痛改善效果更为明显,患者的生活质量、自主效能提升。臭氧水的主要作用是消炎止痛,同时局部注射后可增加局部供氧,其主要成分包括单原子氧、羟自由基、游离 O₃ 等,这些物质的特点是强氧化性,可影响缓激肽、肿瘤坏死因子-α、白介素-1 等止痛因子的合成与释放,促进炎症因子水平的降低^[8]。臭氧水注射后进入细胞组织,可生成氧气,为局部供氧,继而缓解肌肉僵硬、疼痛等。本研究中观察组晨僵时间、焦虑评分、压痛点数量均低于对照组,提示在普瑞巴林基础上增加局部联合穴位臭氧水注射治疗能显著缩短晨僵时间、改善焦虑状态、减少压痛点数量。并且观察组患者的疼痛

缓解效果更为明显,表明联合臭氧水治疗 FMS 疗效更为理想。两组不良反应发生率比较无显著差异,且均属于较低水平,安全性较高。综上所述,局部联合穴位臭氧水注射在 FMS 的治疗中效果理想,能有效缓解患者疼痛、改善焦虑情绪,同时安全性较高。

参考文献

[1]方兴刚,汪嫒,陈汉玉,等.氟伏沙明联合柴胡桂枝汤治疗纤维肌痛综合症的疗效及对情绪与疼痛程度的影响[J].河北医药,2019,41(16):2511-2514.

[2]沈潜,王薇,于芳宁,等.低频治疗仪结合口服中药治疗肝郁脾虚型纤维肌痛综合症的疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2019,14(3):301-305.

[3]马淑惠,赵丽,蔡传运,等.针刺背俞穴为主针药结合治疗纤维肌痛综合征 136 例临床观察[J].现代中医临床,2018,25(2):11-13.

[4]张哲浩.纤维肌痛综合征临床药物治疗研究进展[J].临床药物治疗杂志,2018,16(5):26-30.

[5]姜泉,肖东菠,张剑勇,等.针刺治疗纤维肌痛综合征现状及思考[J].世界中西医结合杂志,2020,15(3):580-584.

[6]丁相东,罗明,周上清,等.经皮穿刺置管引流以及局部化疗联合医用臭氧治疗脊柱结核脓肿[J].中国骨与关节杂志,2020,9(1):39-44.

[7]段轶轩,张照庆,骆小娟,等.内热针结合臭氧穴位注射治疗中风后肩痛的近期及远期疗效分析[J].针刺研究,2019,44(1):51-56.

[8]李乐,寇久社.三种质量浓度医用臭氧局部注射对兔膝骨性关节炎行为学及滑膜匀浆中 IL-1、TNF-α 水平的影响[J].解放军预防医学杂志,2018,36(1):77-79,83.

(收稿日期: 2020-06-15)

骨康胶囊联合玻璃酸钠对骨性关节炎患者炎症介质及膝关节功能的影响

闫占召

(河南省许昌市中医院骨伤科 许昌 461000)

摘要:目的:探讨骨康胶囊联合玻璃酸钠对骨性关节炎患者的应用效果。方法:回顾性分析 2017 年 2 月~2019 年 7 月收治的 100 例骨性关节炎患者的临床资料,根据治疗方法不同分为对照组和观察组,各 50 例。对照组给予依托考昔联合玻璃酸钠治疗,观察组给予骨康胶囊联合玻璃酸钠治疗,对比两组炎症介质血清白细胞介素-1β、肿瘤坏死因子-α、超敏 C-反应蛋白水平及膝关节功能评分。结果:治疗后两组炎症介质水平均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05);治疗后,两组膝关节功能评分较治疗前升高,且观察组较对照组高,差异有统计学意义(P<0.05)。结论:骨康胶囊联合玻璃酸钠治疗骨性关节炎患者,可有效调节炎症介质水平,提高膝关节功能。

关键词:骨性关节炎;骨康胶囊;玻璃酸钠;炎症介质;膝关节功能

中图分类号:R684.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.039

骨性关节炎是临床常见的一种慢性退行性疾病,多发于中老年人群,其发病率随年龄增长而逐渐升高^[1]。目前,临床主要采用消炎镇痛药、关节腔注射药及中成药进行对症治疗,以缓解疼痛,改善关节功能^[2]。其中玻璃酸钠具有润滑、抗感染及软骨修复等功能,而骨康胶囊属于中成药,具有滋补肝肾、舒筋通络、补肾壮骨以及消肿止痛的作用,以上两种药

物对骨性关节炎均有治疗效果^[3]。本研究旨在探讨骨性关节炎患者采用骨康胶囊联合玻璃酸钠的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2017 年 2 月~2019 年 7 月在我院接受治疗的 100 例骨性关节炎患者临床资料,根据治疗方法不同分为对照组与观察组,各

50 例。对照组男 16 例,女 34 例;年龄 57~82 岁,平均年龄(67.71±4.54)岁;病程 2~10 年,平均病程(5.10±0.74)年。观察组男 18 例,女 32 例;年龄 57~83 岁,平均年龄(68.02±4.47)岁;病程 2~11 年,平均病程(5.01±0.68)年。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:符合《骨关节炎诊断及治疗指南》^[4] 中骨性关节炎诊断标准,并经 X 线检查、磁共振成像(MRD)及 CT 等检查确诊;病历及随访资料完整;患者及家属均签署知情同意书。(2)排除标准:近 2 周内服用过非甾体类抗炎镇痛药者;消化性溃疡者;严重肝、肾功能损害者;下肢静脉和淋巴回流障碍者。

1.3 治疗方法

1.3.1 基础治疗 两组患者均需减轻劳动强度,可用拐杖、关节支具等辅助活动,以减轻关节负重,避免过度的大幅度活动,同时可采用按摩水疗、冷疗、经皮神经电刺激等,促进局部血液循环,减轻炎症反应,并多食用鱼类、蔬菜、水果等食物。

1.3.2 对照组 给予依托考昔联合玻璃酸钠治疗,依托考昔片(注册证号 H20181027)口服,60 mg/次,1 次/d;玻璃酸钠注射液(注册证号 H20150210)膝关节腔内注射,25 mg/次,1 次/周,连续治疗 4 周。

1.3.3 观察组 给予骨康胶囊联合玻璃酸钠治疗,玻璃酸钠用法用量同对照组,骨康胶囊(国药准字 Z20025657)口服,3~4 粒/次,3 次/d,连续治疗 4 周。

1.4 观察指标 (1)两组治疗前后炎症介质比较。治疗前、治疗 4 周后,患者于前 1 天 22:00 后勿进食进水,第 2 天清晨空腹状态下抽取静脉血 5 ml 进行检测,血清白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)等血清炎症介质水平,采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测,检测试纸均来自酶联生物科技有限公司。(2)两组治疗前后膝关节功能评分比较。根据 Lysholm 膝关节评分标准对患者膝关节功能进行评估,包括支撑、跛行、交锁、疼痛、肿胀、下蹲、爬楼梯及不稳定 8 项,分值为 0~100 分,分数越高说明患者膝关节功能越好。

1.5 统计学方法 采用 SPSS24.0 统计学软件分析处理数据,数据均符合正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,组间用独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验,以 $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后炎症介质水平比较 治疗后两组炎症介质水平 IL-1 β 、TNF- α 、hs-CRP 水平均较治

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 两组治疗前后炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	IL-1 β (ng/L)	TNF- α (pg/ml)	hs-CRP(μ g/ml)
治疗前	对照组	50	171.56±22.65	77.56±26.15	12.35±2.43
	观察组	50	169.89±23.74	78.03±26.17	12.57±2.38
	t		0.360	0.090	0.457
治疗后	对照组	50	87.23±18.21*	42.23±17.52*	9.32±1.16*
	观察组	50	79.25±18.32*	37.14±17.85*	7.61±1.12*
	t		2.185	2.287	7.499
	P		0.031	0.024	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 Lysholm 评分比较 治疗后,两组 Lysholm 评分较治疗前升高,且观察组较对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 Lysholm 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	50	52.69±6.54	80.60±5.25	152.987	0.000
观察组	50	52.67±6.60	84.15±5.21	160.142	0.000
t		0.015	3.394		
P		0.988	0.001		

3 讨论

骨性关节炎是以关节软骨损害为主要病理特征,若患者治疗不及时或治疗不当,最终可导致关节软骨退变、纤维化、断裂及缺损等,将严重影响患者的生活质量。该疾病病因较复杂,通常与关节炎症、遗传及环境因素等有关,其中炎症是骨性关节炎最主要的发病原因^[5-6]。因此,抑制炎症反应是临床治疗骨性关节炎的目标之一。

本研究根据骨性关节炎特点,分别采用依托考昔联合玻璃酸钠治疗与骨康胶囊联合玻璃酸钠治疗,并进行对比分析。研究结果显示,治疗后两组 IL-1 β 、TNF- α 、hs-CRP 水平均较治疗前降低,且观察组较对照组低,同时治疗后两组 Lysholm 评分均高于治疗前,且观察组高于对照组。由此可见,两组治疗方式均可有效治疗骨性关节炎,但相比而言,骨康胶囊与玻璃酸钠联合治疗的效果更为显著。分析其原因为玻璃酸钠可有效改善关节挛缩,提高关节功能,具有润滑关节、营养关节软骨的作用,被广泛应用于治疗关节内疾病,如膝关节炎、肩周炎等。此外,有研究显示^[7],该药还可抑制滑膜中炎症介质的释放及渗透,促进关节积液吸收,从而减轻炎症反应,缓解疼痛。相关研究显示,环氧化酶(COX-2)可影响前列环素(PG)的合成,而 PG 可介导炎症和疼痛的产生,本研究对照组采用的依托考昔是一种选择性 COX-2 抑制剂,主要通过抑制 COX-2 来抑制 PG 的合成,从而达到抗炎、镇痛及解热的作用,但长期使

用该药品易出现胃肠道副作用,甚至引发肝肾功能损害,药物不良反应较多^[8]。而中医认为,骨性关节炎病机主要是肾精亏虚、肾虚血瘀所致,故在治疗上应以补肾活血、祛风除湿、温经散寒为主。而本研究观察组采用的骨康胶囊属于中药复方制剂,其主要由补骨脂、芭蕉根、三七、酢浆草及续断等组成。其中补骨脂具有温肾助阳、止泻纳气之功效;芭蕉根具有清热解毒、利尿去肿之功效;三七具有活血化瘀、增强免疫之功效,可有效改善血液循环,扩张血管;酢浆草具有清热利湿、消肿解毒、凉血散瘀之功效;续断具有补肝肾、强筋骨之功效,诸药共用,共奏强筋健骨、滋补肝肾、通络止痛之功^[9-10]。因此,将骨康胶囊与玻璃酸钠联合治疗,可有效加强治疗效果。综上所述,采用骨康胶囊与玻璃酸钠联合治疗骨性关节炎患者能降低患者血清炎症介质水平,改善膝关节功能,提高临床治疗效果,值得临床推广使用。

参考文献

[1]廖伟斌.氨基葡萄糖片联合玻璃酸钠注射液治疗膝关节骨性关节炎

的临床疗效探析[J].现代诊断与治疗,2018,29(11):1700-1702.
 [2]彭昌华,李层,涂扬茂.骨康胶囊联合洛索洛芬钠治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(5):1464-1467.
 [3]刘立民,周京源,郭强,等.骨康胶囊联合玻璃酸钠注射液治疗骨性关节炎的疗效及对炎症反应的影响[J].现代生物医学进展,2019,19(2):338-341,400.
 [4]中华医学会风湿病学分会.骨关节炎诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2010,14(6):416-419.
 [5]王晶,向福胜,刘丽,等.膝关节骨性关节炎的中西医结合治疗进展[J].中国医药导报,2018,15(6):35-38,48.
 [6]孙晓迪,潘寅兵.老年骨性关节炎的诊治进展[J].实用老年医学,2017,31(1):14-19.
 [7]李祺.洛索洛芬钠片联合关节腔内注射玻璃酸钠治疗骨性关节炎的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2017,33(15):1421-1424.
 [8]邝翠琼,陈超,赖建茵,等.依托考昔与塞来昔布治疗骨关节炎的疗效和安全性对比[J].北方药学,2017,14(7):133-134.
 [9]杨健,李靖,彭潇,等.骨康胶囊组方药物对成骨细胞 SaOS-2 增殖分化及矿化的影响[J].贵州医科大学学报,2019,44(2):158-162.
 [10]周鑫,李远栋,杨光,等.骨康胶囊联合依托考昔治疗膝关节骨性关节炎[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(5):556-559.

(收稿日期: 2020-08-15)

快速康复理念多模式镇痛在胫骨平台骨折围手术期的应用

秦方杰 余双喜 陆明明 丁楠

(江西省九江市都昌县中医院骨一科 都昌 332600)

摘要:目的:探讨快速康复理念多模式镇痛在胫骨平台骨折围手术期患者中的应用效果。方法:选取 2019 年 1 月~2020 年 1 月行胫骨平台骨折切开复位内固定手术患者 60 例为研究对象,随机分为治疗组和对照组,各 30 例。治疗组围手术期予多模式镇痛,对照组围手术期予传统镇痛,比较两组术后患肢疼痛情况、膝关节恢复不同角度所需时间及首次下床活动时间。结果:治疗组术后不同时间点患肢疼痛评分低于对照组,膝关节恢复到不同角度所需时间短于对照组,首次下床活动时间早于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:快速康复理念多模式镇痛能有效缓解胫骨平台骨折手术患者围手术期疼痛,加速膝关节功能恢复。

关键词:胫骨平台骨折;快速康复理念;多模式镇痛;围手术期

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.040

疼痛是骨科手术患者的常见症状,患者围手术期疼痛给临床医师造成很大困扰,部分患者因为剧烈疼痛不能早期功能锻炼而严重影响手术疗效。随着快速康复理念的发展,围手术期多模式镇痛逐渐应用于临床,能有效缓解疼痛对患者的刺激^[1]。本研究探讨快速康复理念多模式镇痛在胫骨平台骨折围手术期患者中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2019 年 1 月~2020 年 1 月行胫骨平台骨折切开复位内固定手术患者 60 例为研究对象,随机分为治疗组和对照组,各 30 例。治疗组男 18 例,女 12 例;年龄 33~65 岁,平均年龄 42.6 岁;病程 1~10 d,平均 5.6 d。对照组男 19 例,女 11 例;年龄 32~68 岁,平均年龄 43.7 岁,病程 2~9 d,平均 5.2 d。两组一般资料比较,差异无统计学意

义($P > 0.05$),具有可比性。所有患者术前均行相关检查以排除合并膝关节韧带、半月板损伤及下肢深静脉血栓等^[2]。本研究所有患者均对研究内容知情,并签署知情同意书。排除有凝血功能障碍、消化道溃疡及其他严重基础疾病的患者,手术均由同一组医师配合完成。

1.2 手术方法 麻醉满意后,患者取仰卧位,常规消毒铺巾,上止血带,术中选择常规标准手术入路切口,依次切开皮肤及皮下组织,暴露骨折块,C 臂机透视下复位满意后予钢板内固定,术毕缝合伤口,弹性绷带加压包扎后松止血带。

1.3 围手术期疼痛管理 治疗组围手术期采用多模式镇痛方式,具体措施包括:(1)术前口服非甾体消炎镇痛药物艾瑞昔布片(国药准字 H20110041);(2)术中膝关节腔局部注射“鸡尾酒”:盐酸罗哌卡因

注射液(国药准字 H20052716)15 ml+ 盐酸吗啡注射液(国药准字 H21022436)1 ml+ 盐酸肾上腺素注射液(国药准字 H41021054)2 滴+生理盐水(国药准字 H20013130)84 ml; (3) 术后 3 d 肌注注射用帕瑞昔布钠(国药准字 H20183299)+口服艾瑞昔布片^[3]; (4) 患肢局部冰敷冷疗。对照组患者术后予患肢局部冰敷冷疗,必要时予艾瑞昔布片口服镇痛。

1.4 观察指标 比较两组术后 6 h、8 h、12 h、24 h 患肢疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分;两组患肢术后恢复到不同角度(30°、60°、90°、120°)所需时间及两组首次下床活动时间。

1.5 统计学方法 数据应用 SPSS20.0 统计学软件分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用%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 两组患肢不同时间点 VAS 疼痛评分对比 治疗组不同时间点 VAS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患肢不同时间点 VAS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
治疗组	30	4.3±0.8	3.2±0.6	2.5±0.7	1.3±0.4
对照组	30	5.4±0.9	4.6±0.7	4.0±0.5	3.2±0.3
t		5.46	8.33	9.55	21.11
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组术后膝关节恢复到不同角度所需时间对比 治疗组膝关节恢复到不同角度所需时间短于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后膝关节恢复速度对比(h, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	30°	60°	90°	120°
治疗组	30	6.7±0.6	9.3±0.5	14.6±0.6	23.2±0.8
对照组	30	10.2±0.7	16.5±0.8	24.2±0.5	42.7±0.9
t		20.83	41.86	67.32	88.72
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组首次下床活动时间对比 治疗组首次下床活动时间早于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组首次下床活动时间对比(h, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后首次下床活动时间
治疗组	30	28.7±5.2
对照组	30	52.6±3.9
t		20.14
P		<0.05

3 讨论

随着现代外科理念的不断更新进步,如何减少围手术期患者的应激,使患者早日康复出院,是广大医务工作者的研究目标。早已有国外学者提出通过控制围手术期应激可以有效帮助患者改善预后,在

围手术期如何运用有效治疗手段减少患者的应激,从而加速患者康复的快速康复理念从此产生。快速康复理念是指在围手术期采用一系列优化的治疗措施,以减少围手术期的应激,达到加速患者术后康复的目的^[4]。术后关节功能的良好恢复需依赖充分镇痛下的功能锻炼,有效的围手术期镇痛既能减轻患者的主观疼痛感受,同时也是患者术后进行主动功能锻炼的前提,而患者术后主动功能锻炼的依从性对膝关节功能早日恢复非常关键。传统的镇痛观念认为患者术后疼痛是不可避免的,术后仅给予患者常规的单一止痛治疗,从而使患者在剧烈疼痛下进行主动锻炼的依从性明显受限,不利于患肢功能的早期恢复,显然传统的镇痛观念已不能满足患者早期康复的要求。随着快速康复理念的不断普及,围手术期镇痛已得到越来越多外科医师的重视,甚至有学者将疼痛作为患者的“第五生命体征”。快速康复外科理念提倡超前镇痛,超前镇痛是指在患者机体损伤刺激发生之前采取一系列镇痛措施来提高患者的疼痛阈值,从而减轻疼痛反应。目前临床上常用非甾体类止痛药如双氯芬酸钠肠溶片、艾瑞昔布片等进行超前镇痛。有临床随机对照试验研究表明,在围手术期予超前镇痛可明显减轻患者的术后疼痛,有利于患肢功能的尽早恢复^[5]。另外大量研究表明,单一镇痛模式不良反应较重,往往无法满足患者的镇痛预期,所以快速康复外科理念同时也强调多模式镇痛。随着快速康复理念的普及,多模式镇痛方式已成为临床上围手术期镇痛的重要手段,并已在临床具体应用中获得肯定疗效。多模式镇痛观念认为,疼痛是由于不同的疼痛刺激因子通过不同途径作用于不同层面的靶位而共同作用的结果,因此提倡使用多种镇痛药物通过多种途径联合镇痛从而取得更好的镇痛效果。多模式镇痛各种药物作用机制互补,镇痛药物的不良反应相对减少,是目前围手术期镇痛模式的发展方向^[6]。

本研究在快速康复理念的原则指导下,围手术期予患者多模式镇痛,明显减轻了患者围手术期应激反应,达到了加快患者早日康复的目的。目前快速康复理念在国内还处于初步兴起阶段,希望通过本研究,为围手术期管理提供一些新思路,以期使快速康复理念更好地应用于骨科临床。

参考文献

- [1]李健,石辉,徐闯,等.快速康复外科在膝关节半月板损伤关节镜治疗中的应用研究[J].中国矫形外科杂志,2017,25(12):1091-1095.
- [2]石辉,孟涛,尚义美,等.快速康复外科在膝关节镜下前交叉韧带重建术中的应用研究[J].中国综合临床,2015,31(下转第 87 页)

固冲止崩汤治疗更年期功能性子宫出血的效果观察

马林藏

(南阳医学高等专科学校第二附属医院妇产科门诊 河南南阳 473001)

摘要:目的:探求更年期功能性子宫出血采用固冲止崩汤治疗的效果。方法:选取 2018 年 2 月~2019 年 7 月收治的 96 例更年期功能性子宫出血患者,按抽签法分为对照组和试验组,每组 48 例。对照组予以妈富隆片治疗,试验组在对照组基础上采用固冲止崩汤治疗。比较两组治疗效果、复发率、激素水平及症状改善时间。结果:治疗后,对照组总有效率较试验组低,复发率、雌二醇、促黄体生成素、促卵泡生成素水平较试验组高,经期规律时间、控制出血时间均较试验组长,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:更年期功能性子宫出血采用固冲止崩汤治疗可提升临床疗效,改善激素水平,缩短症状缓解时间,降低疾病复发率。

关键词:更年期功能性子宫出血;妈富隆;固冲止崩汤

中图分类号:R711.52

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.041

更年期功能性子宫出血主要由下丘脑 - 垂体 - 性腺轴功能失调诱发的妇科疾病,临床症状多表现为经期延长、不规则阴道出血等,部分患者可出现大量出血,若不接受规范治疗,可导致患者贫血甚至休克,影响女性生活质量^[1-2]。目前临床多采用药物治疗,妈富隆应用较为广泛,虽可改善临床症状,但疗效不尽如人意。近年来,随着中医学不断地探寻该病发展机制,在治疗上取得不错疗效^[3]。鉴于此,本研究探求更年期功能性子宫出血采用固冲止崩汤治疗的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 2 月~2019 年 7 月收治的 96 例更年期功能性子宫出血患者。纳入标准:符合《中华妇产科学》^[4] 中功能性子宫出血诊断标准;对研究药物无过敏史;知情研究目的,签署知情同意书。排除标准:合并心脑血管、肾脏疾病;合并精神系统疾病;伴有免疫系统、血液系统疾病。本研究经医院医学伦理委员会批准。按抽签法分为试验组和对照组,各 48 例。试验组年龄 43~56 岁,平均年龄(48.96±2.13)岁;病程 3~9 个月,平均病程(5.68±1.34)个月。对照组年龄 43~54 岁,平均年龄(48.15±1.98)岁;病程 3~11 个月,平均病程(6.03±1.52)个月。两组基线资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 诊刮术后第 1 天,对照组予以去氧孕烯炔雌醇片(注册证号 H20170258)口服治疗,1 片/次,3 次/d,止血后,每 3 天按 1/3 的初始剂量递减,直至 1 片/d,维持用量 3 周。试验组在对照组基础上采用固冲止崩汤治疗,药方组成:山萸肉、党参、黄芪各 30 g,棕榈炭、地榆炭、旱莲草各 15 g,生地黄 20 g,海螵蛸、柴胡、升麻、女贞子、白芍各 10 g,生甘草 6 g,1 剂/d,加水煎煮取 300 ml 药液,早晚各温

服 1 次,3 周为一个疗程,停药 1 周,再继续下一个疗程,连续服用 3 个疗程。

1.3 观察指标 (1)临床疗效。疗效依据《中药新药临床研究指导原则》^[5]评估,治疗后月经周期、月经持续时间均恢复正常,规律月经次数>6 次或闭经为治愈;月经周期、月经持续时间均恢复正常,规律月经次数>3 次或闭经为显效;月经周期、月经持续时间均恢复正常,规律月经次数 1~3 次为有效;月经周期、月经持续时间无明显改善为无效。(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%=总有效率。(2)随访 1 年,记录两组疾病复发率。(3)采取两组治疗前后清晨空腹静脉血 3 ml,离心取血清,采用全自动生化分析仪检测雌二醇(E₂)、促黄体生成素(LH)、促卵泡生成素(FSH)激素水平。(4)记录两组经期规律时间、控制出血时间。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件,以%表示计数资料,采用 χ^2 检验;采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料,采用 t 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效及复发情况对比 对照组总有效率较试验组低,复发率较试验组高,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效及复发情况对比[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效	复发
对照组	48	14(29.17)	15(31.25)	10(20.83)	9(18.75)	39(81.25)	8(16.67)
试验组	48	20(41.67)	17(35.42)	9(18.75)	2(4.17)	46(95.83)	2(4.17)
χ^2						5.031	4.019
P						0.025	0.045

2.2 两组治疗前后激素水平对比 两组治疗前激素水平相比,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,对照组 E₂、LH、FSH 水平均优于试验组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后激素水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	E ₂ (nmol/L)		LH(U/L)		FSH(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	326.24± 30.16	127.62± 16.34	8.60± 1.63	7.11± 1.21	12.36± 4.17	9.62± 3.14
试验组	48	325.49± 29.68	103.28± 15.49	8.79± 1.72	6.40± 0.79	12.49± 5.02	8.03± 2.41
t		0.123	7.490	0.556	3.404	0.138	2.783
P		0.903	0.000	0.580	0.001	0.891	0.007

2.3 两组症状改善时间对比 对照组经期规律时间、控制出血时间均较试验组长, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组症状改善时间对比($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	经期规律时间	控制出血时间
对照组	48	75.26± 8.47	30.37± 5.02
试验组	48	49.63± 7.85	21.33± 4.85
t		15.376	8.973
P		0.000	0.000

3 讨论

更年期功能性子宫出血是围绝经期女性常见的病症, 临床发病机制较为复杂, 主要因女性随着年龄的增长其卵巢储备功能不断的衰退, 导致激素水平降低, 对垂体、下丘脑的反馈作用减弱, 从而造成卵泡发育受限, 无法正常排卵, 在长期低雌性激素状态下可促进子宫内膜生长, 而当雌性激素不足后, 造成子宫内膜剥落, 从而诱发出血^[6]。临床若未接受规范治疗, 可造成生殖系统感染、继发性贫血等, 影响其生活质量。妈富隆是临床常用的治疗药物, 主要由炔雌醇、去氧孕烯组成, 具有较强的孕激素受体亲和力, 可抑制垂体 - 性腺轴排卵作用, 使子宫内膜转换为分泌期, 从而发挥止血作用; 同时对未完全修复的子宫内膜具有修复作用, 从而改善经期, 但临床应用发现, 停药后复发率较高, 不利于患者预后^[7]。

中医学认为, 更年期功能性子宫出血属于“崩漏”范畴, 发病机制主要因冲任不固, 导致肾 - 冲任 - 天癸 - 胞宫生殖轴发生障碍, 从而造成子宫藏泄失常, 故临床治疗需以摄血固冲、复旧、养精益气为主^[8]。冲止崩汤中山萸肉具有收敛固涩、补益肝肾之效; 党参具有健脾益肺、补中益气之效; 地榆炭具有补肝肾、凉血止血、收敛之效; 生地黄具有凉血止血、滋阴生津之效; 黄芪具有固表、补气升阳之效; 棕榈炭具有收涩止血之效; 旱莲草具有益阴补肾、凉血止血之

效; 女贞子具有清虚热、滋补肝肾之效; 柴胡具有疏肝、和表解里、升阳之效; 白芍具有敛阴止汗、养血调经、平肝止痛之效; 升麻具有解毒、升阳举陷之效; 海螵蛸具有收涩固崩、止血之效; 生甘草具有清热解毒、缓急止痛、补中益气、调和药性之效。诸药联合使用共奏摄血固冲、复旧、养精益气之效。现代药理研究证实, 固冲止崩汤可促进血液凝固, 从而缩短止血时间, 同时可促进子宫平滑肌收缩, 提升其抗菌能力, 进而达到固冲之效, 达到治疗目的^[9]。本研究结果显示, 试验组复发率、激素水平、经期规律时间、控制出血时间均低于对照组, 且治疗总有效率高于对照组, 由此可见, 固冲止崩汤治疗更年期功能性子宫出血安全可靠。

综上所述, 更年期功能性子宫出血采用固冲止崩汤治疗可提升临床疗效, 改善激素水平, 缩短症状缓解时间, 降低疾病复发率。

参考文献

- [1]张妍. 妈富隆与米非司酮在更年期功血的治疗疗效分析[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(8): 1111-1113, 1115.
- [2]刘秀艳, 梅冬艳, 谷娜. 中西医结合治疗更年期功能性子宫出血的临床观察[J]. 中国医药导刊, 2016, 18(10): 983-984, 987.
- [3]尚雅琼. 固冲汤加去氧孕烯炔雌醇片治疗异常子宫出血 60 例临床观察[J]. 中国药物与临床, 2017, 17(4): 580-581.
- [4]曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 2393.
- [5]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. 156-162.
- [6]代学华, 叶永梅, 郭停. 止血汤辅助治疗围绝经期功能性子宫出血临床研究[J]. 陕西中医, 2017, 38(1): 55-56.
- [7]李绍林. 功能性子宫出血的中医病机及治疗思路探析[J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(9): 1185-1188.
- [8]李娟彬. 中西医结合治疗围绝经期功能性子宫出血临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(11): 1178-1179.
- [9]吴小丽. 固冲止崩汤联合妈富隆治疗更年期功能性子宫出血的临床疗效[J]. 陕西中医, 2016, 37(4): 408-410.

(收稿日期: 2020-11-24)

(上接第 85 页)(11): 1024-1029.

[3]牛舜, 龙华, 赵振, 等. 快速康复外科理念下全膝关节置换术围手术期疼痛管理[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2019, 34(10): 1033-1036.

[4]郑晓静, 疏树华. 多模式镇痛在术后快速康复中的临床研究进展[J]. 医学综述, 2019, 25(4): 800-804.

[5]程翠年, 谈宏业, 姜文蕾. 基于快速康复理论的多模式镇痛在老年髓部骨折患者中的应用[J]. 中国临床护理, 2017, 9(5): 395-397.

[6]朱倩兰, 宋宏晖, 姜习凤, 等. 快速康复外科理念在全膝关节置换术围手术期的应用[J]. 中华全科医学, 2019, 17(11): 1961-1964.

(收稿日期: 2020-08-27)

腹腔镜手术联合 GnRH-a 治疗子宫内膜异位症的临床疗效

毛海霞

(河南省获嘉县人民医院妇产科 获嘉 453800)

摘要:目的:分析腹腔镜手术联合促性腺激素释放激素激动剂治疗子宫内膜异位症的临床疗效及预后。方法:选取 2016 年 5 月~2018 年 4 月收治的子宫内膜异位症患者 76 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 38 例。对照组单纯行腹腔镜手术治疗,观察组接受腹腔镜手术、促性腺激素释放激素激动剂联合治疗。对比两组临床疗效、复发率、妊娠率及不良反应。结果:观察组治疗总有效率、妊娠率高于对照组,复发率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组术后出现阴道干涩、潮热及乏力各 1 例,但均可耐受,停药后症状消失。结论:腹腔镜手术、促性腺激素释放激素激动剂联合治疗子宫内膜异位症安全可靠,有助于提升治疗有效率及妊娠率,降低复发风险。

关键词:子宫内膜异位症;腹腔镜手术;促性腺激素释放激素激动剂;复发率;妊娠率

中图分类号:R711.71

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.042

子宫内膜异位症(Endometriosis, EMS)好发于育龄期女性,多是指子宫内膜组织生长于子宫体以外部位,以痛经、腹痛、月经异常、性交不适等为主要表现,是导致患者不孕的重要原因^[1]。目前腹腔镜手术为 EMS 治疗中首选方法,但术后复发率较高,多需辅以药物治疗以改善患者预后^[2]。目前促性腺激素释放激素激动剂(Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist, GnRH-a)具有促进术后残存 EMS 病灶萎缩作用,且停药后卵巢将恢复排卵^[3]。本研究观察腹腔镜手术联合 GnRH-a 治疗 EMS 的临床疗效及预后。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 5 月~2018 年 4 月收治的子宫内膜异位症患者 76 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 38 例。观察组年龄 23~46 岁,平均年龄(31.28±2.15)岁;病程 7~54 个月,平均病程(28.76±4.13)个月;疾病分期:Ⅲ期 22 例,Ⅳ期 16 例;合并不孕症 9 例。对照组年龄 22~44 岁,平均年龄(31.23±2.17)岁;病程 7~56 个月,平均病程(28.81±4.16)个月;疾病分期:Ⅲ期 20 例,Ⅳ期 18 例;合并不孕症 11 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获医院医学伦理委员会批准。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:经 B 超、腹腔镜手术及病理检查诊断确诊 EMS;签署知情同意书;可耐受腹腔镜手术、醋酸亮丙瑞林治疗。(2)排除标准:合并严重肝、肾等脏器基础疾病者;近 3 个月内接受过抗 EMS 相关激素类药物治疗者;患有精神疾病者。

1.3 治疗方法 所有患者均完善术前各项检查,针对合并不孕症者,于月经干净后第 3 天行腹腔镜手术,同时实施宫腔镜检查、双侧输卵管通液术;患者

气管插管全麻,取 10 mm 切口于脐上端,完成 CO₂ 气腹建立,经腹穿刺将腹腔镜置入,探查腹腔,实施粘连器官分离,恢复解剖关系,针对存在卵巢子宫内膜异位症囊肿者,实施单侧卵巢切除术或卵巢囊肿剥离术,对子宫内膜异位结节实施烧灼或切除处理;对于有生育要求者,术中、术后实施输卵管通液术,并通过平衡盐溶液冲洗盆腔。术后实施常规抗感染治疗,病灶组织进行活体组织检查。观察组于术后月经来潮第 3 天时,肌肉注射,注射用醋酸亮丙瑞林微球(国药准字 H20093852),3.75 mg/次,每 28 天注射 1 次,共注射 6 次。对照组术后定期随访。

1.4 观察指标 (1)临床疗效:术后 6 个月依据两组临床症状改善及妇科检查结果评估疗效。临床症状消失,妇科检查未见包块,卵巢排卵恢复为显效;临床症状改善,妇科检查仍可见包块,卵巢排卵时间及月经不规律为有效;临床症状未改善或加重,妇科检查仍可见包块为无效。总有效率=有效率+显效率。(2)复发率、妊娠率:治疗后随访 12 个月,统计两组复发(痛经等临床症状复发,经 B 超检查可见盆腔肿块,或妇检出现触痛结节)及妊娠(停经 6~8 周后经 B 超检查发现宫内妊娠)情况。(3)不良反应:阴道干涩、潮热、乏力。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件分析数据,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, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	38	16(42.11)	13(34.21)	9(23.68)	29(76.32)
观察组	38	19(50.00)	17(44.74)	2(5.26)	36(94.74)
χ^2					5.208
P					0.023

2.2 两组复发率、妊娠率比较 观察组复发率低于对照组,妊娠率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组复发率、妊娠率比较[例(%)]

组别	n	复发率	妊娠率
对照组	38	8(21.05)	10(26.32)
观察组	38	1(2.63)	22(57.89)
χ^2		4.537	7.773
P		0.013	0.005

2.3 两组不良反应发生率比较 术后随访两组均未出现异常,对照组无明显不良反应;观察组术后出现阴道干涩、潮热及乏力各 1 例,但均可耐受,停药后症状消失。

3 讨论

EMS 作为雌激素依赖性疾病,发病机制仍未完全明晰,且有多种学说,如体腔上皮化生学说、子宫内膜种植学说等^[4]。EMS 虽为良性疾病,但存在恶性肿瘤侵袭及浸润能力,异位内膜细胞存活所需维持的雌激素为发病前提,故为降低复发率,将病灶彻底切除或剥离为 EMS 治疗的关键所在^[5]。

目前,保留 EMS 患者术后生育能力为临床研究的重点,腹腔镜手术凭借创伤小、术后恢复好及并发症少等优势已在 EMS 治疗中广泛应用。EMS 患者采用腹腔镜手术治疗,利于分离粘连、清除病灶,促进盆腔正常解剖关系恢复,但仅可将肉眼可见病灶切除,对肉眼不可见、侵袭组织较深的病灶难以进行切除^[6]。术中存在残存病灶者,术后在性激素刺激下会导致残存病灶再次生长,术后复发率较高,若再次行手术治疗,会加重子宫内膜损伤^[7]。本研究结果显示,观察组疗效、妊娠率高于对照组,复发率低于对照组。由此可见,较单纯腹腔镜手术治疗相比,联

合 GnRH-a 治疗利于提升 EMS 治疗效果,降低术后复发率,提高妊娠率。GnRH-a 作为人工合成肽类化合物,可抑制卵巢性激素分泌,促进异位内膜细胞凋亡,抑制其增殖,使手术无法切除的微小潜在 EMS 病灶萎缩坏死,缩小病灶体积,避免异位病灶复发^[8];且 GnRH-a 有助于对腹腔液中细胞因子水平及子宫内膜整合素表达进行调节,利于改善腹腔微环境,促进受精卵着床,改善子宫内膜容受性,增加妊娠率。但 GnRH-a 可能会诱发低雌激素血症,多以乏力、潮热等为主要表现。本研究观察组术后仅出现阴道干涩、潮热及乏力各 1 例,且均可耐受,停药后症状消失,表明 GnRH-a 应用安全性较高,患者耐受性好。综上所述,EMS 患者行腹腔镜手术联合 GnRH-a 治疗有助于提升治疗效果,降低复发率,提高妊娠率,利于改善患者预后,值得临床推广。

参考文献

- [1] 陈志华,李爱军,白晶,等.子宫内膜异位症患者血清 VEGF、HE4 及 MMP-9 的表达及意义[J].中国实验诊断学,2018,22(11):1946-1948.
- [2] 高剑华,陈玉蓉,崔静,等.腹腔镜手术联合米非司酮治疗子宫内膜异位症效果观察[J].山东医药,2017,57(10):72-74.
- [3] 陈爱平,蔡长征,陈丽花,等.促性腺激素释放激素激动剂对子宫内膜异位症腹腔镜术后患者症状缓解率及复发率的影响[J].中国计划生育和妇产科,2017,9(12):53-56.
- [4] 朱丽波,丁少杰,竺天虹,等.子宫内膜异位症患者异位内膜和在位内膜组织中 P2X3 的表达及其意义[J].中华妇产科杂志,2017,52(4):264-267.
- [5] 何政星,王姝,冷金花,等.子宫内膜异位症恶变的临床风险分析[J].中华妇产科杂志,2018,53(4):282-284.
- [6] 钱睿亚,卢丹,盛洁,等.腹腔镜手术治疗子宫内膜异位症合并不孕患者术后后续治疗的方法探讨[J].北京医学,2017,39(6):603-606.
- [7] 王丽华,徐景杰,张婧.子宫内膜异位症腹腔镜术后应用促性腺激素释放激素激动药联合去氧孕烯炔雌醇的疗效[J].武警医学,2019,30(3):189-192.
- [8] 张译心,王秀美,薛晓玲.促性腺激素释放激素激动剂对保守性腹腔镜手术后卵巢子宫内膜异位症患者疼痛及生殖激素水平的影响[J].新乡医学院学报,2019,36(8):785-788,791.

(收稿日期:2020-05-07)

氨溴特罗辅助治疗小儿支原体肺炎的临床效果

朱艳娥

(河南省原阳县人民医院儿科 原阳 453500)

摘要:目的:探析氨溴特罗辅助治疗小儿支原体肺炎的临床效果。方法:选取 2018 年 9 月~2019 年 12 月收治的小儿支原体肺炎患儿 101 例,以随机数字表法分为研究组 50 例和对照组 51 例。对照组使用阿奇霉素治疗,研究组在此基础上使用氨溴特罗辅助治疗,比较两组患儿各症状缓解时间。结果:研究组治疗后体温恢复时间、咳嗽消失时间、啰音以及气促消失时间均较对照组短($P < 0.05$)。治疗前,两组白介素-2、白介素-4 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 10 d 后,研究组白介素-2 较对照组高,白介素-4 较对照组低($P < 0.05$)。结论:氨溴特罗辅助治疗小儿支原体肺炎的临床效果显著,可加快症状缓解,具有一定的参考价值。

关键词:小儿支原体肺炎;氨溴特罗;阿奇霉素

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.043

支原体肺炎是由肺炎支原体引起的急性肺部炎症,可通过飞沫和直接接触传播,疾病主要表现为干咳、发热、寒战等症状,若不采取有效治疗可出现重

症肺炎,严重影响患儿的生命安全^[2]。临床上阿奇霉素为治疗小儿支原体肺炎首选药物。近年来,随着阿奇霉素在临床上广泛应用及用药范围的扩大,其不

良反应较多、治疗周期过长等问题也逐渐显现。因此,需要在治疗同时探讨更加有效的辅助治疗方案,以此来提升治疗效果。氨溴特罗作为一种黏液溶解剂,被广泛应用于肺部感染治疗^[3]。本研究旨在探讨氨溴特罗辅助治疗小儿支原体肺炎的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 9 月~2019 年 12 月我院收治的小儿支原体肺炎患儿 101 例,以随机数字表法分为研究组 50 例和对照组 51 例。研究组男 24 例,女 26 例;年龄 1~10 岁,平均(5.34±1.75)岁;病程 1~15 d,平均(5.36±2.22)d。对照组男 25 例,女 26 例;年龄 1~11 岁,平均(5.76±2.59)岁;病程 1~14 d,平均(5.71±2.96)d。两组患儿年龄、性别、病程等一般资料比较,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核批准。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:符合支原体肺炎诊断标准^[4];患儿家属知情本研究并签署知情同意书。(2)排除标准:伴先天性气道疾病患儿;伴有心、脑血管疾病患儿;对本研究药物过敏的患儿。

1.3 治疗方法 两组均予以退烧、吸氧、雾化等常规治疗,对照组给予盐酸阿奇霉素注射液(国药准字 H20060139),用 5%葡萄糖注射液 200 ml 稀释后,进行静脉缓慢滴注,使用 5 d 后停药。口服阿奇霉素片(国药准字 H20160246)治疗,20 mg/kg,2 次/d,连续服用 10 d。研究组在对照组治疗基础上,联合氨溴特罗口服溶液(国药准字 H20040317),按照体质量用药:4~8 kg,2.5 ml/次;8~12 kg,5 ml/次;12~16 kg,7.5 ml/次;16~22 kg,10 ml/次;22~35 kg,15 ml/次,2 次/d,连续服用 10 d。

1.4 观察指标 (1)两组患者体温恢复时间、咳嗽、啰音以及气促消失时间比较。(2)两组治疗前后炎症介质比较。在治疗前和治疗 10 d 后,采用酶联免疫法检测患者的抗炎因子白介素-2(IL-2)及抗炎因子白介素-4(IL-4)。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,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 两组症状消失时间比较 治疗后研究组患儿体温恢复、咳嗽消失、啰音消失以及气促消失时间均较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组症状消失时间比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	体温恢复时间	咳嗽消失时间	啰音消失时间	气促消失时间
研究组	50	3.51±1.37	5.22±1.14	7.15±1.89	5.91±1.88
对照组	51	4.73±1.27	6.77±1.64	9.24±1.91	7.26±1.72
t		4.643	5.505	5.527	3.767
P		0.000	0.000	0.000	0.001

2.2 两组炎症介质水平比较 治疗前,两组 IL-2、IL-4 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 10 d 后,研究组 IL-2 较对照组高,IL-4 较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	IL-2(μg/ml)	IL-4(pg/ml)
治疗前	研究组	50	3.35±0.79	46.55±6.41
	对照组	51	3.37±0.80	46.53±6.47
	t		0.126	0.016
	P		0.900	0.988
治疗后	研究组	50	8.34±1.16*	26.44±4.31*
	对照组	51	6.24±1.03*	34.10±5.22*
	t		9.625	8.033
	P		<0.001	<0.001

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

支原体肺炎是由一种小型病原微生物引起的呼吸道疾病,病因较复杂^[5]。支原体肺炎因其无细胞壁的特殊构造,使得大部分作用于细胞壁的药物失去疗效,进而导致靶向治疗难度大,治疗时间长^[6]。患儿由于痰液不易咳出,导致痰液滞留,更易引发咳嗽和气促。临床治疗时应先确定感染类型,采取对症治疗,如高烧时,要进行补液,同时增加营养成分,以满足患儿生长发育的需求。IL-2 是趋化因子中的一种细胞因子,由活化 T 细胞生成,具有多向性,促进淋巴细胞生长、增殖与分化,对机体的免疫应答和抗病毒感染有重要的指示作用。IL-4 由活化 T 细胞产生,对于 B 细胞、T 细胞、等细胞都有免疫调节作用。

临床上治疗小儿支原体肺炎大多使用大环内酯类抗生素,使其和细菌内核糖体 50 s 亚单位结合,从而影响转肽酶,抑制转肽过程,进而抑制细菌蛋白质的合成,起到杀灭病原微生物、抗菌消炎的作用^[7]。阿奇霉素是近年来临床上首选治疗支原体肺炎的大环内酯类抗生素,可通过与 50 s 核糖体的亚单位结合,阻止细菌转肽,抑制细菌蛋白质的合成,在炎症细胞内发挥作用,具有渗透力强、半衰期更长等优点,有着良好的消炎作用^[8]。但阿奇霉素使用周期较长,治疗效果不够理想。根据以往临床用药分析,长期使用阿奇霉素会对患儿产生胃肠道不适以及过敏等不良反应^[9]。大量临床实践结果证明,口服中成药类制剂可明显提高支原体肺炎患儿的治疗效果,缩短治疗周期^[9]。氨溴特罗为选择性 β 受体激动药,是由盐酸氨溴索和盐酸克伦特罗制成的中成药剂,可