

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
联合治疗组	49	34 (69.39)	13 (26.53)	2 (4.08)	47 (95.92)
TCRP 组	49	20 (40.82)	18 (36.73)	11 (22.45)	38 (77.55)
χ^2					7.184
P					0.007

2.2 两组子宫内膜厚度、月经量比较 治疗后 3 个月联合治疗组子宫内膜厚度较 TCRP 组低，月经量较 TCRP 组少($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组子宫内膜厚度、月经量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	子宫内膜厚度(mm)		月经量(ml)	
		治疗前	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 3 个月
联合治疗组	49	14.84± 2.64	5.52± 0.71	177.07± 11.94	50.14± 4.37
TCRP 组	49	14.07± 2.73	6.28± 1.37	173.91± 10.86	63.19± 5.48
t		1.419	3.448	1.371	13.033
P		0.159	0.001	0.174	<0.001

2.3 两组复发率比较 治疗后 3 个月联合治疗组复发 1 例，复发率为 2.04%(1/49)；TCRP 组复发 9 例，复发率为 18.37%(9/49)。联合治疗组复发率较 TCRP 组低($\chi^2=7.127, P=0.008$)。

3 讨论

EMP 多是由于子宫内膜于雌激素长期作用下，孕激素受体失衡，造成孕激素阻碍组织增殖作用衰减，子宫内膜呈过度表达状态，最终形成息肉。EMP 病情呈进行性加重，随着病情进展，可导致患者经期紊乱，甚至影响生育能力，故临床需及时进行有效治疗，以控制病情进展。TCRP 为临床针对 EMP 患者常用治疗术式，能精准定位息肉位置，于腹腔镜直视下即可切除病灶，且安全性高，但术后息肉复发率相对较高^[3]。故术后予以相关辅助治疗，避免 EMP 复

发成为目前临床研究热点。左炔诺孕酮宫内节育系统为含孕激素避孕环，主要作用在于减少特发性月经量过多及避孕，可定点释放 20 μg 左炔诺孕酮，待进入靶器官后，促使腺体萎缩，对内膜形成毛细血管血栓具有促进作用，可使内膜变薄，阻止息肉发生^[4]。本研究将左炔诺孕酮宫内节育系统+TCRP 应用于 EMP 治疗，结果显示联合治疗组总有效率为 95.92%，高于 TCRP 组 77.55%，治疗后 3 个月子宫内膜厚度较 TCRP 组低，月经量较 TCRP 组少，治疗后 3 个月复发率为 2.04%，低于 TCRP 组的 18.37% ($P<0.05$)。由此说明，左炔诺孕酮宫内节育系统+TCRP 治疗 EMP 效果明显，能有效改善子宫内膜厚度及月经量，降低复发率。原因分析为左炔诺孕酮宫内节育系统于宫腔内可缓慢、稳定地释放低剂量左炔诺孕酮，药物浓度高且稳定，可抑制雌激素受体于内膜中合成，进一步减少雌激素与其他受体结合，从而有效拮抗内膜增生，故联合应用能进一步提高疗效，降低复发率，改善子宫内膜厚度及月经量。

参考文献

[1]陈玲灵.孕三烯酮与左炔诺孕酮宫内节育系统辅助宫腔镜子宫内膜息肉切除术治疗子宫内膜息肉疗效比较[J].新乡医学院学报,2017,34(11):1012-1014.
[2]叶球仙,胜稳静.不同类型药物对子宫内膜息肉切除术后患者血清性激素、宫腔灌洗液炎症因子及复发的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(18):4094-4098.
[3]黄杭珍,曹佳萍.孕激素联合宫腔镜手术治疗多发性子宫内膜息肉及术后复发分析[J].中国计划生育学杂志,2019,27(6):698-701.
[4]钱红琴,张莉,罗超,等.左炔诺孕酮宫内缓释系统在预防子宫内膜息肉复发中的疗效及对患者性激素水平的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(16):3666-3669.

(收稿日期: 2021-03-25)

小剂量多巴胺、多巴酚丁胺联合俯卧位机械通气治疗重症肺炎患儿的疗效评价

袁文静

(河南省濮阳市妇幼保健院儿科 濮阳 457000)

摘要:目的:探讨小剂量多巴胺、多巴酚丁胺联合俯卧位机械通气治疗重症肺炎患儿的疗效。方法:选取 2017 年 5 月~2020 年 5 月收治的重症肺炎患儿 86 例,按照治疗方案不同分为研究组和对照组,各 43 例。两组均给予俯卧位机械通气治疗,对照组采用常规药物治疗,研究组在对照组基础上采用小剂量多巴胺、多巴酚丁胺治疗。比较两组治疗效果、症状消失时间及治疗前后血清炎症介质水平。结果:研究组治疗总有效率 95.35%(41/43)高于对照组 79.07%(34/43)($P<0.05$);研究组呼吸困难、发热、咳嗽、肺部湿啰音消失时间短于对照组($P<0.05$);治疗后研究组血清白介素-8、C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- α 水平低于对照组($P<0.05$)。结论:小剂量多巴胺、多巴酚丁胺联合俯卧位机械通气治疗重症肺炎患儿治疗效果显著提高,能缩短患儿症状消失时间,改善其炎症介质水平。

关键词:小儿重症肺炎;小剂量多巴胺;多巴酚丁胺;俯卧位机械通气

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.042

小儿重症肺炎是儿科重症感染疾病类型之一，由于儿童免疫功能尚未发育健全，免疫力及抵抗力较低，小儿发生肺炎后若未有效控制则极易恶化为

重症肺炎，会对患儿多个器官造成持续性损害，最终因器官功能衰竭而死亡^[1]。俯卧位机械通气辅助常规药物治疗是目前临床常用治疗方法，但治疗效果

仍存在一定局限性。多巴胺、多巴酚丁胺为正性肌力药物,对保护心脏功能、改善呼吸症状具有积极作用,已有诸多专家学者倡导将两种药物应用于小儿重症肺炎^[2]。鉴于此,本研究选取我院重症肺炎患儿,旨在讨论小剂量多巴胺、多巴酚丁胺联合俯卧位机械通气的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 5 月~2020 年 5 月收治的重症肺炎患儿 86 例,按照治疗方案不同分为对照组和研究组,各 43 例。对照组男 20 例,女 23 例;年龄 1~12 岁,平均(6.69± 2.36)岁;微循环障碍 12 例、伴心力衰竭 9 例。研究组男 22 例,女 21 例;年龄 1~13 岁,平均(7.28± 2.67)岁;微循环障碍 15 例、伴心力衰竭 10 例。两组一般资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:经肺部 CT、胸部平片及实验室检查确诊为重症肺炎;呼吸频率 ≥ 30 次/min,动脉收缩压 <90 mm Hg;临床表现为面色苍白、喘息急促、双肺大量痰鸣音及呼吸音粗等;病例资料完善。(2)排除标准:对本研究药物过敏;机械通气禁忌证;患有先天性心脏病;患有其他严重器质性疾病。

1.3 治疗方法 两组均给予俯卧位机械通气治疗,在患儿状态平稳时取俯卧位,气管插管连接呼吸机,初调值:FiO₂ $\geq 60\%$,吸入气峰压 20~25 cm H₂O,呼吸频率:20~30 次/min,潮气量 6~8 ml/kg,呼气末正压 5~16 cm H₂O,通气过程中可依据患儿实际病情适当调节。维持氧饱和度为 0.94~0.97,二氧化碳分压为 35~45 mm Hg,动脉血氧分压为 60~100 mm Hg。

1.3.1 对照组 给予常规治疗,采用氨苄西林、哌拉西林钠或头孢呋辛钠等抗生素或抗病毒药物控制感染,病情加重时给予糖皮质激素 0.2~0.3 mg/kg,及时纠正酸碱失衡及电解质紊乱。持续用药 1 周。

1.3.2 研究组 在对照组基础上给予小剂量盐酸多巴胺注射液(国药准字 H11020706)+盐酸多巴酚丁胺注射液(国药准字 H34021911)治疗,用药前使用 5%葡萄糖溶液 25 ml 将两种药物稀释,多巴胺泵入速度为 5.0~25.0 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,多巴酚丁胺泵入速度为 0.5~2.0 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,持续用药 1 周。

1.4 疗效判定标准 (1)显效:治疗后高热、咳嗽、呼吸困难、肺部湿啰音等症状及体征消失,肺部 X 线显示病灶已吸收或好转;(2)有效:上述症状及体征显著好转,肺部 X 线显示病灶有吸收;(3)无效:上述症状及体征无改善或加重,肺部 X 线显示病灶

无吸收。治疗总有效为显效、有效之和。

1.5 观察指标 (1)两组治疗效果比较。(2)两组症状消失时间比较,包括呼吸困难、发热、咳嗽、肺部湿啰音。(3)治疗前后两组血清炎症介质水平比较,包括白介素 -8(IL-8)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子 - α (TNF- α),采用双抗体夹心 ELISA 法进行测定。

1.6 统计学分析 通过 SPSS22.0 软件处理数据,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,检验标准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 研究组治疗总有效效率高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
研究组	43	26(60.47)	15(34.88)	2(4.65)	41(95.35)
对照组	43	18(41.86)	16(37.21)	9(20.93)	34(79.07)
χ^2					5.108
<i>P</i>					0.024

2.2 两组症状消失时间比较 研究组呼吸困难、发热、咳嗽、肺部湿啰音消失时间短于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组症状消失时间比较($d, \bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	呼吸困难	发热	咳嗽	肺部湿啰音
研究组	43	2.13± 1.26	3.08± 1.38	3.57± 1.66	4.35± 1.42
对照组	43	3.52± 1.38	5.29± 1.46	5.73± 1.94	6.82± 1.71
<i>t</i>		4.878	7.214	5.597	7.287
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组血清炎症介质水平比较 治疗后研究组 IL-8、CRP 及 TNF- α 水平低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组血清炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	<i>n</i>	IL-8 (pg/ml)	CRP (mg/ml)	TNF- α (pg/ml)
治疗前	研究组	43	46.23± 4.16	42.57± 4.31	55.21± 5.84
	对照组	43	45.98± 4.05	42.18± 4.25	54.88± 5.67
	<i>t</i>		0.282	0.423	0.266
	<i>P</i>		0.778	0.674	0.791
治疗后	研究组	43	8.34± 1.09	10.64± 1.25	16.58± 3.06
	对照组	43	34.16± 3.28	35.33± 4.51	28.61± 5.43
	<i>t</i>		48.986	34.595	12.657
	<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

小儿重症肺炎可累及全身多个重要脏器系统,具有进展快、病情复杂多变、死亡率高等特点。据流行病学统计,小儿重症肺炎已成为婴幼儿死亡的主要疾病之一^[3]。常规抗生素、吸氧、激素等治疗措施已无法满足病情需求,因此需寻求更有效药物治疗

小儿重症肺炎。

本研究将小剂量多巴胺、多巴酚丁胺联合俯卧位机械通气应用于重症肺炎患儿,结果显示,研究组治疗总有效率高于对照组,呼吸困难、发热、咳嗽、肺部湿啰音消失时间短于对照组($P<0.05$),可见,两种药物联合给氧治疗可提升治疗效果,缩短患儿症状恢复时间。分析原因认为:(1)多巴胺作为下丘脑及脑垂体腺中关键神经递质,可通过激发 β_1 受体,促使去甲肾上腺素释放,对心肌产生正性应力作用,提高心肌收缩力及心搏量,增加心排血量,促使冠脉血流及耗氧改善,而且多巴胺还能激发 α 受体,提升肠系膜和肾脏血流量,改善肺泡张力,从而改善通气状态^[4]。(2)多巴酚丁胺是一种儿茶酚胺,主要作用于 β_1 受体,可减轻心脏负荷,缓解换气功能障碍,达到改善心功能及通气功能作用^[5]。(3)俯卧位机械通气可通过改善膈肌运动提升患儿功能残气量,且保持俯卧位使患儿肺部组织发生复张现象,能缓解肺部失调,降低组织通气及血流受限情况^[6]。以上三种治疗方式协同作用,可共同改善治疗效果,促进患儿早日康复。

此外,本研究结果还显示,治疗后研究组血清IL-8、CRP及TNF- α 水平低于对照组($P<0.05$),表明小剂量多巴胺、多巴酚丁胺可有效缓解重症肺炎患儿炎症状态。重症肺炎患儿通常全身炎症水平较

高,TNF- α 是炎症反应过程中出现最早、最重要介质,可促使其他细胞因子合成释放;IL-8过多释放可损伤内皮细胞,造成器官功能损伤;而CRP浓度升高时则表示炎症反应增强。这三种因子水平短时间内大幅提高,可造成机体微循环障碍,内环境平衡失调,从而加重肺部疾病^[7]。小剂量多巴胺、多巴酚丁胺具有抗炎作用,作为辅助用药可阻断炎症反应,预防多器官功能障碍。

综上所述,重症肺炎患儿采用小剂量多巴胺、多巴酚丁胺联合俯卧位机械通气治疗后效果良好,可降低患儿炎症水平,促进其快速康复。

参考文献

[1]卢素琴,汪祝萍,洪燕.人免疫丙种球蛋白辅助治疗小儿重症肺炎的临床疗效及安全性[J].中国地方病防治杂志,2017,32(2):207-208.
[2]徐丽.多巴胺联合多巴酚丁胺辅助治疗小儿重症肺炎的临床疗效[J].临床肺科杂志,2017,22(6):1053-1056.
[3]龙飞.经鼻持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎临床观察[J].中国病案,2019,20(1):81-84.
[4]王卫星,付淑芳.多巴酚丁胺联合多巴胺治疗小儿重症肺炎的临床疗效及其对肺功能的影响[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(2):123-125.
[5]刘菲,高治华.多巴酚丁胺与酚妥拉明联合小剂量多巴胺治疗小儿重症肺炎临床研究[J].陕西医学杂志,2019,48(1):89-91,95.
[6]袁远宏,张慧,张新萍,等.纤维支气管镜肺泡灌洗对重症肺炎机械通气患儿疗效观察[J].中国小儿急救医学,2019,26(1):27-31.
[7]关敏,白雪梅.几种常见炎症因子在小儿重症肺炎支原体肺炎中的临床意义[J].中国小儿急救医学,2020,27(5):371-374.

(收稿日期:2021-01-17)

清利肝胆退黄方药浴联合蓝光照射治疗新生儿高胆红素血症的临床观察

王玲

(郑州大学第三附属医院新生儿科 河南郑州 450052)

摘要:目的:研究清利肝胆退黄方药浴联合蓝光照射治疗新生儿高胆红素血症的临床效果。方法:选取2017年8月~2019年10月收治的92例确诊为高胆红素血症的新生儿作为研究对象,采用简单随机抽样法分为观察组与对照组,各46例,对照组采用蓝光照射治疗,观察组在对照组基础上进行清利肝胆退黄方药浴,比较两组治疗效果。结果:观察组治疗有效率高于对照组($P<0.05$);治疗后观察组血清总胆红素、间接胆红素水平明显低于对照组($P<0.05$)。结论:清利肝胆退黄方药浴联合蓝光照射治疗新生儿高胆红素血症的临床效果良好。

关键词:高胆红素血症;中药药浴;清利肝胆退黄方;胆红素

中图分类号:R722.17

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.043

新生儿高胆红素血症若处理不当或处理不及时将导致胆红素脑病,对患儿中枢神经系统造成严重损伤^[1]。临床上主要采用西医治疗,如蓝光治疗与酶诱导剂治疗,但治疗效果一般,无法快速消退黄疸。有研究表明,中药药浴治疗新生儿高胆红素血症具有其独特优势,清利肝胆退黄方具有清热解毒、利

胆、退黄的功效,药浴时药物可透过皮肤黏膜吸收入血进而发挥治疗效果^[2]。清利肝胆退黄方现已广泛应用于新生儿高胆红素血症的治疗中,能够有效缩短皮肤黄疸消退的时间。本研究探讨清利肝胆退黄方药浴联合蓝光照射治疗新生儿高胆红素血症的临床效果。现报道如下: