

痛分娩, 研究组产妇产硬膜外与麻醉自控联合镇痛分娩, 具体方法为: 创建静脉通路, 对产妇生命体征进行严密监测, 产妇进入潜伏期或宫口开大约 3cm 时通过 L₂₋₃ 椎间隙实施硬膜外穿刺。对产妇置管成功后, 对麻醉阻滞平面进行有效调整。给予 1% 的利多卡因 3ml 试验剂量, 连接自控镇痛泵与硬膜外导管, 配制 45 μ g 舒芬太尼与 100mg 罗哌卡因、生理盐水混合液共 100ml。采用产妇自控镇痛给药方法, 启用时间为完成分娩到产后 2h, 硬膜外导管拔出时间为产妇离开产房之前, 若出现产程异常或者胎儿窘迫等情况, 应对产妇采取剖宫产手术分娩。

1.3 评价指标 通过 VAS(可视化视觉模拟评分法) 对产妇疼痛程度进行评价, 完全无痛为 0 分, 疼痛剧烈到难以忍受为 10 分, 由产妇依照自身疼痛情况确定数值。对两组产妇产尿潴留发生率与剖宫产率进行观察与对比。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件进行统计分析, ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 组间对比用 *t* 检验, 以率表示计数资料, 组间对采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 时差异具有统计学意义。

2 结果

研究组在首次排尿时间、VAS 评分、尿潴留发生率及剖宫产率方面均明显优于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义, 具体见表 1。

表 1 两组产妇产后各指标对比

组别	<i>n</i>	VAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	首次排尿时间 ($\bar{x} \pm s$, min)	尿潴留 [<i>n</i> (%)]	剖宫产 [<i>n</i> (%)]
研究组	30	2.84 \pm 1.24	3.13 \pm 0.74	1(3.3)	2(6.7)
对照组	30	7.57 \pm 2.32	4.71 \pm 0.62	8(26.7)	10(33.3)
<i>t</i> 值		9.848 5	8.964 2	4.705 9	5.104 2
<i>P</i> 值		0.000 0	0.000 0	0.030 1	0.023 9

3 讨论

产妇产痛的主要原因是分娩期间宫口扩张、子宫收缩、子宫韧带牵引等所导致, 产妇疼痛指数比较高, 仅次于烧伤痛, 由于疼痛过于剧烈, 会造成产程延长或者胎儿窘迫等情况, 而且还会影响到产妇的情绪, 使产妇出现焦虑、紧张及恐惧等情绪波动, 提升产妇体内儿茶酚胺分泌量, 造成宫缩紊乱。疼痛剧烈还会促使产妇在生产中换气过度, 造成呼吸性碱中毒, 进而引发母婴出现低氧血症, 进而提升产妇剖宫产率。分娩镇痛的目的是为了减轻或者消除产妇在分娩时的

疼痛感, 减轻产妇在分娩时由疼痛带来的恐惧和心理压力以及产后疲倦等。它能够减轻产妇生产的痛苦, 提高产妇生产的品质, 同时, 分娩镇痛的广泛应用也反映了现代医学麻醉技术的进步。目前, 常用的分娩镇痛方法有很多种, 例如: 硬膜外自控镇痛、水下分娩、蛛网膜下腔阻滞镇痛、电磁仪刺激等。镇痛药物舒芬太尼是一种选择性比较高的阿片受体激动剂, 可以椎管内给药, 不会影响到产妇血压。而罗哌卡因则存在组织运动与感觉分离的特性, 不会影响到子宫胎盘局部血流。两种药物联合使用, 和脊髓背角、神经纤维的阿片受体相结合, 具有有效镇痛作用, 有助于降低两药用量, 避免由于过高的镇痛药浓度而造成产妇产子宫兴奋过度或者胎心异常。一些产妇在产后会出现排尿困难的情况, 其原因可能是麻醉药物组织兴奋迷走神经与交感神经, 对产妇膀胱逼尿肌功能产生影响。本文结果显示, 研究组在首次排尿时间、VAS 评分、尿潴留发生率及剖宫产率方面均明显优于对照组。由此可见, 麻醉自控与硬膜外镇痛分娩具有有效缓解产妇产痛的作用, 能够降低产妇剖宫产率, 同时降低产妇 VAS 评分, 缩短产妇产后排尿时间, 值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 杨先平, 叶华. 腰硬联合麻醉自控镇痛分娩对产妇产后首次排尿的影响[J]. 中国医药导刊, 2014, 16(1): 1554-1555.
- [2] Liang C, Chang S, Wong S, et al. Effects of postoperative analgesia on postpartum urinary retention in women undergoing cesarean delivery[J]. Journal of Obstetrics & Gynaecology Research, 2010, 36(5): 991-995.
- [3] 张建芳, 李建敏, 邢博文. 分娩镇痛对产后尿潴留及新生儿窒息的影响[J]. 河北医药, 2013, 42(20): 3145.
- [4] 范建辉, 朱娟, 李萍, 等. 蛛网膜下腔阻滞加硬膜外阻滞镇痛对产程、分娩方式及母婴预后的影响[J]. 中国实用医药, 2010, 5(11): 6-8.
- [5] 陈庆丽. 护理干预对产妇产后自行排尿时间及尿潴留发生率的影响[J]. 基层医学论坛, 2014, 16(30): 4043-4044.
- [6] 戚志超, 朱小兵, 韦刘东, 等. 钢丝加强型硬膜外导管的研制与应用[J]. 中国医疗设备, 2013, 8(8): 32-33, 4.

收稿日期 2015-10-26

(编辑 羽飞)

低分子肝素治疗新生儿败血症的临床疗效评估

胡小华 傅建平 杨 磊 欧阳娜 江西省新余市妇幼保健院新生儿科 338000

摘要 目的: 对低分子肝素治疗新生儿败血症的临床疗效进行评估。方法: 选取我院 62 例新生儿败血症患儿作为观察对象, 应用随机双盲法分为 A 组(32 例)和 B 组(30 例), 分别应用抗生素联合低分子肝素和常规抗生素类药物, 治疗后评估两组患儿的治疗效果。结果: A 组临床治疗总有效率为 90.7%, 显著高于 B 组的 53.3% ($P < 0.05$)。结论: 治疗新生儿败血症应用低分子肝素疗法, 能够有效提高患儿生存率和生存质量, 可在临床中应用推广。

关键词 新生儿败血症 低分子肝素 抗生素 有效率

中图分类号: R722.13⁺1 文献标识码: B 文章编号: 1001-7585(2016)11-1489-03

新生儿败血症为临床中比较严重的血流感染,主要由母亲产道感染、皮肤、脐带感染以及吸入感染羊水等因素所致,导致致病菌进入到血液循环内^[1]。患儿主要伴有的临床症状为呕吐、精神萎靡、腹胀、食欲减退、黄疸、呼吸困难、惊厥等。传统疗法以抗生素为主,主要应用头孢他啶、头孢唑肟、头孢哌酮钠以及头孢曲松钠等。近年来,随着临床医学技术水平的不断提高,低分子肝素在临床中得到了广泛应用。笔者对我院收治的32例新生儿败血症患儿应用低分子肝素法进行治疗,取得显著疗效,详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2013年3月—2016年3月在我院进行治疗的62例新生儿败血症患儿作为观察对象,所有患儿均符合“新生儿败血症诊疗方案(2003 昆明)”的诊断标准。其中,男37例,女25例,发病日龄3~20d,平均日龄(12.5±0.3)d。应用随机双盲法分为A组(32例)和B组(30例),两组患儿的性别、发病日龄等指标对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 确诊新生儿败血症:(1)经血培养或者无菌体腔内培养出致病菌;(2)经血培养标本培养出的条件致病菌,需要和无菌体腔内、另次血或者导管头培养出同一种病菌。患儿伴有临床表现且符合以上任意一条。

1.2.2 临床诊断新生儿败血症:(1)经非特异性检查超过2条;(2)经DNA检测或者血标本病原菌抗原检查结果为阳性。患儿有临床表现或者符合以上任意一条。

1.3 方法 B组采取传统抗生素疗法治疗,主要应用头孢哌酮钠(国药集团国瑞药业有限公司;国药准字H20033726;2.0g),每日对患儿静脉注射50~200mg/kg,每日给药次数为2~4次。A组在B组治疗的基础上加用低分子肝素(深圳赛保尔生物药业有限公司;国药准字H20060191;0.5ml:5000AXaU)治疗,给予患儿40U/(kg·次)皮下注射,2次/d。对比观察两组患儿的治疗效果。

1.4 疗效评定标准^[2] 治愈:患儿体温恢复至正常,面色红润,精神状况较好,体重增加;显效:患儿体温明显下降,精神状况缓解明显,体重增加;有效:患儿体温稍有下降,精神状况有所缓解;无效:患儿临床症状无变化甚至恶化。总有效率=治愈率+显效率。

1.5 统计学方法 所有数据应用SPSS19.0软件处理,以($\bar{x}\pm s$)表示计量数据并行 t 检验,运用%表示计数资料并行 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异显著,有统计学意义。

2 结果

A组治疗总有效率明显高于B组,差异具有统计学意义($\chi^2=4.69, P<0.05$)。见表1。

表1 两组治疗效果比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
A组	32	22(68.8)	7(21.9)	2(6.3)	1(3.1)	90.6
B组	30	10(33.3)	6(20.0)	6(20.0)	8(26.7)	53.3

3 讨论

新生儿往往受到脐部愈合不完全、免疫功能低下、皮肤黏膜薄嫩等因素影响,易出现破损感染。新生儿败血症属于

全身性、感染性疾病,主要受新生儿机体抗炎症局限能力弱、感染扩散范围广等因素影响,指的是新生儿出生一段时间内被大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、克雷伯杆菌以及表皮葡萄球菌等细菌侵入到血液循环内,且能够在血液循环系统内进行扩散、繁殖,逐渐导致发生的全身性感染。其为新生儿期间的一种主要疾病,在新生儿活产婴儿中,发生率为1%~10%。早期患儿主要表现为发热、体温不升、哭声减弱、不吃奶等为主;严重患儿伴有皮肤出血、黄疸、贫血、抽搐、腹胀等临床症状。传统疗法主要应用抗生素,常用抗生素药物为头孢他啶、头孢唑肟、头孢哌酮钠以及头孢曲松钠为主,虽然能够大大降低患儿死亡率,但具有较高的不良反应发生率。

临床治疗新生儿败血症的关键为尽早发现,尽早治疗^[3]。首先医生应用血培养法确定败血症类型,选择合理抗生素对其进行治疗。一般情况下,1个月左右就可停止治疗。如患儿败血症类型为金黄色葡萄球菌或者大肠杆菌,则用药约6周即可治愈。另外,为保证治疗效果,医生为患儿治疗的过程中可与其他方案相结合,如吸氧、输血以及注射白蛋白等,给患儿体内供给足够热量,并加强护理。

本文主要应用低分子肝素,其属于一种新型的抗凝血酶Ⅲ依赖性抗血栓形成药物,经化学降解或者经酶解后产生,具有较高的生物利用度和较长的半衰期,其生物利用度达到90%,半衰期约为普通肝素的3倍;另外,其还具备保护血管内皮、保留普通肝素抗凝血酶Ⅲ、促进侧支循环以及预防血小板黏附等作用^[4]。本文结果显示,加用低分子肝素治疗后,患儿治疗总有效率显著较单用抗生素疗法治疗高。

化脓性脑膜炎为新生儿败血症治疗后的常见后遗症,是一种最为严重的并发症。通常情况下,医生认为,患儿只要被检查确诊为败血症,特别是在进行血培养时,培养结果显示阳性,那么可表示,血培养过程中会滋生细菌^[5]。在该种情况下,要对患儿进行腰椎穿刺,检查是否出现化脓性脑膜炎。如出现化脓性脑膜炎临床症状,则要快速、及时地采取措施进行治疗;如发现较晚、治疗方法不正确或者治疗不彻底,则会导致患儿出现严重后遗症,如使患儿的身体、智力、调节以及运动等方面出现问题^[6]。此外,临床调查数据表明,约有30%的新生儿败血症会出现脑膜炎,患儿出现脑膜炎后,会大大提高死亡率和后遗症发生率。因此,临床治疗新生儿败血症,要加强警惕,有效避免发生该类并发症。

综上所述,加用低分子肝素疗法治疗新生儿败血症,能够显著提高治疗总有效率,并显著提升患儿生存质量,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 刘婷婷. 低分子肝素治疗新生儿败血症疗效观察[J]. 中国当代医药, 2013, 20(14): 89-91.
- [2] 尹丽, 丛向阳. 低分子肝素治疗新生儿败血症并发弥漫性血管内凝血疗效观察[J]. 中国实用医药, 2011, 6(13): 158-159.
- [3] 刘青云, 吴紫玉, 徐成康. 低分子肝素治疗产科弥漫性血管内凝血的临床分析[J]. 浙江临床医学, 2011, 13(11): 1222-1224.
- [4] 高忻, 姚君, 徐海红, 等. 35例新生儿败血症病原菌分类及耐药性分析[J]. 安徽医药, 2010, 3(4): 403-404.

- [5] 何丽仪, 马均宝, 刘明伟, 等. 新生儿败血症 30 例临床分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2012, 15(2): 199-201. 131-134.
- [6] 徐美莲, 杨长仪, 陈涵强. 白细胞介素-6 在新生儿感染性疾病早期诊断中的研究进展[J]. 中国新生儿科杂志, 2012, 27(2):

收稿日期 2016-04-30

(编辑 羽飞)

小剂量甲状腺素辅助治疗小儿心力衰竭对 甲状腺功能及心功能的影响

蔡学宁 广东省广州市番禺区何贤纪念医院儿内科 511400

摘要 目的: 探讨小剂量甲状腺素辅助治疗小儿心力衰竭对甲状腺功能及心功能的影响。方法: 将 54 例小儿心力衰竭患儿随机分为观察组与对照组, 每组 27 例, 两组患儿均积极治疗基础疾病并采取强心、利尿及扩张血管等常规抗心衰治疗, 在此基础上, 观察组应用小剂量甲状腺素辅助治疗, 观察两组患儿治疗前、后的甲状腺功能指标及心功能指标变化情况, 比较两组患儿临床疗效以及治疗期间药物相关不良反应发生情况。结果: 两组患儿治疗后 T_3 水平均较本组治疗前明显上升 ($P < 0.01$, $P < 0.05$), 观察组治疗后 T_3 水平明显高于对照组 ($P < 0.05$), 两组患儿治疗前、后 T_4 、TSH 水平差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组患儿治疗后的 EF、二尖瓣 E/A、三尖瓣 E/A 均较本组治疗前上升 ($P < 0.01$, $P < 0.05$), RVPEP/RVET 均较本组治疗前下降 ($P < 0.01$, $P < 0.05$), 观察组治疗后 EF、二尖瓣 E/A、三尖瓣 E/A 均显著高于对照组 ($P < 0.01$), RVPEP/RVET 显著低于对照组 ($P < 0.01$); 观察组总有效率为 96.30%, 明显优于对照组的 77.78% ($P < 0.05$); 两组患儿治疗期间均未发现与药物相关的明显不良反应。结论: 小剂量甲状腺素辅助治疗小儿心力衰竭, 可明显改善甲状腺功能及心功能, 从而提高临床疗效, 且安全性良好, 值得临床推广应用。

关键词 小剂量 甲状腺素 小儿心力衰竭 甲状腺功能 心功能

中图分类号: R725.4 文献标识码: B 文章编号: 1001-7585(2016)11-1491-03

小儿心力衰竭是小儿各种心血管疾病的终末阶段, 是导致小儿死亡的主要病因之一, 如小儿肺炎患儿常并发高碳酸血症及酸中毒, 严重时可导致心肌损害, 从而导致心力衰竭^[1], 先天性心脏病、心肌病等心血管疾病若治疗不及时, 最后都可导致心力衰竭。心力衰竭的发病机制主要考虑与缺氧、感染引起的肺动脉高压和心脏负荷加重以及心肌功能受损所致的心排血量减少有关^[2]。此外, 心力衰竭可引起甲状腺激素分泌减少, 与心力衰竭的发生及进展密切相关, 成为众多学者关注和重点。小儿各项系统功能发育尚不完善, 一旦合并心力衰竭病情危重且进展迅速, 病死率较高, 临床治疗中需要迅速确诊的同时, 选择有效的治疗方案对改善患儿预后亦极其重要。本文对 27 例小儿心力衰竭患儿采取小剂量甲状腺素片辅助治疗, 并与常规治疗的 27 例同病种患儿进行对照, 旨在探讨该用药方案对心力衰竭患儿甲状腺功能及心功能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2012 年 1 月—2015 年 12 月我院儿科收治的小儿心力衰竭患儿 54 例, 随机分成观察组及对照组, 每组 27 例。观察组中男 15 例, 女 12 例; 年龄 20d~5 岁, 平均年龄 (2.27 ± 1.65) 岁; 病程 2~7d, 平均病程 (4.03 ± 2.37) d; 心功能 NYHA 分级: II 级 5 例, III 级 13 例, IV 级 9 例; 基础疾病: 重症肺炎 13 例, 先天性心脏病 9 例, 病毒性心肌炎 4 例, 原发性心肌病 1 例。对照组中男 16 例, 女 11 例; 年龄 18d~5 岁, 平均年龄 (2.25 ± 1.71) 岁; 病程 1~7d, 平均病程

(4.12 ± 2.43) d; 心功能 NYHA 分级: II 级 6 例, III 级 12 例, IV 级 9 例; 基础疾病: 重症肺炎 14 例, 先天性心脏病 9 例, 病毒性心肌炎 3 例, 原发性心肌病 1 例。排除肝肾功能异常者。两组患儿性别比例、平均年龄、平均病程、心功能分级及基础疾病类型等基本资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 两组患儿均给予积极治疗基础疾病并强心、利尿及扩张血管等常规抗心衰治疗, 在此基础上, 观察组应用小剂量左旋甲状腺素钠片 (商品名: 优甲乐, 德国默克公司生产, 批准文号: H20100523, $50\mu\text{g}/\text{片}$) 辅助口服治疗, 其中年龄 ≤ 3 个月者 $5\sim 6\mu\text{g}/\text{d}$, 年龄 > 3 个月且 ≤ 6 个月者 $7\sim 8\mu\text{g}/\text{d}$, 年龄 > 6 个月且 ≤ 2 岁者 $9\sim 10\mu\text{g}/\text{d}$, 年龄 > 2 岁且 ≤ 4 岁者 $10\sim 12\mu\text{g}/\text{d}$, 年龄 > 4 岁者 $12\sim 15\mu\text{g}/\text{d}$, 均分 3 次服用, 两组患儿疗程均为 14d。

1.3 观察指标 检测并比较两组患儿治疗前、后甲状腺功能及心功能情况, 甲状腺功能采用发光免疫法测定, 检测指标包括三碘甲状腺原氨酸 (T_3)、四碘甲状腺原氨酸 (T_4)、促甲状腺激素 (TSH); 心功能采用超声心动图及彩色多普勒仪检测, 检测指标包括: 左心室射血分数 (EF)、左室射血前期/右室射血期比值 (RVPEP/RVET)、二尖瓣 E 峰与 A 峰比值 (二尖瓣 E/A)、三尖瓣 E 峰与 A 峰比值 (三尖瓣 E/A); 比较两组患儿临床疗效以及治疗期间药物相关不良反应发生情况。

1.4 疗效判断标准 参照文献^[3]制定评价标准, 显效: