

赤芍药、香附活血、补血、化痰。全方阴阳同补、痰瘀并祛。现代药理学研究表明^[1],补肾调经促孕汤可改善卵巢微循环,纠正下丘脑-垂体-卵巢轴功能障碍,促进卵泡发育及排卵。本研究结果显示,观察组治疗总有效率、排卵率及妊娠率均明显高于对照组($P<0.05$);治疗前,两组血清 FSH、T、LH、PRL、PAF 水平比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,两组血清 FSH、T、LH、PRL 水平均较治疗前明显降低,PAF 水平明显升高,且组间差异显著($P<0.05$)。说明补肾调经促孕汤与二甲双胍联合治疗多囊卵巢综合征不孕患者,可降低血清 FSH、T、LH、PRL 水平,提高排卵率、妊娠率,效果显著。

正常生理条件下,白细胞介素 1β (IL- 1β)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 参与卵泡发育、排卵及黄体功能。PAF 可促进 IL- 1β 、TNF- α 生成、分泌,进而促进卵泡发育。本研究结果显示,治疗后两组血清 PAF 水平均较治疗前明显升高,且观察组高于对照组

($P<0.05$)。说明补肾调经促孕汤与二甲双胍联合治疗多囊卵巢综合征不孕患者,可提高血清 PAF 水平,促进卵泡发育。综上所述,补肾调经促孕汤与二甲双胍联合治疗多囊卵巢综合征不孕患者,疗效显著,临床应用价值较高。

参考文献

- [1]张美微,侯丽辉,刘颖华.中医药治疗多囊卵巢综合征胰岛素抵抗的研究进展[J].世界中西医结合杂志,2016,11(3):436-439
- [2]林琼林.坤泰胶囊联合炔雌醇环丙孕酮片和二甲双胍治疗多囊卵巢综合征的临床研究[J].现代药物与临床,2016,31(3):338-341
- [3]王海燕,潘建淑.中西医结合治疗多囊卵巢综合征诱发的肾阳虚衰型不孕症 21 例临床研究[J].江苏中医药,2016,48(12):30-32
- [4]李艺,齐伟宏,朱军.噻唑烷二酮类药物对氯米芬抵抗型的多囊卵巢综合征不孕患者治疗有效性的 Meta 分析[J].临床药物治疗杂志,2015,13(3):67-72
- [5]员相冰,郝娟,胡萌萌,等.不同促排卵方案对多囊卵巢综合征不孕症患者治疗效果的临床研究[J].医学研究杂志,2018,47(4):106-109
- [6]郝翠云.达英-35 和二甲双胍对多囊卵巢综合征不孕患者性激素水平及胰岛素抵抗的影响[J].中国医药导报,2016,13(9):128-130
- [7]苏军领,杜红蕊,张伟伟,等.补肾调经方联合炔雌醇环丙孕酮片治疗多囊卵巢综合征的效果观察[J].临床合理用药杂志,2016,9(20):73-74

(收稿日期:2019-02-20)

低分子肝素钙治疗子痫前期的临床效果

赵亚琼

(河南省平顶山市第一人民医院 平顶山 467000)

摘要:目的:将低分子肝素钙用于子痫前期治疗中,并对其临床疗效进行评价。方法:对我院收治的 84 例子痫前期患者分组研究,根据治疗意愿将其分为观察组($n=42$)与对照组($n=42$),对照组给予常规治疗,观察组在此基础上加入低分子肝素钙治疗,对两组治疗结果进行评价。结果:两组治疗前血压、24 h 尿蛋白差异不明显($P>0.05$),治疗后观察组 DBP、SBP、24 h 尿蛋白与对照组相比明显更低($P<0.05$);观察组 PT、FIB、D-D 与对照组相比明显更低($P<0.05$);观察组总有效率为 95.24%,与对照组的 83.33% 相比明显更高($P<0.05$)。结论:低分子肝素钙用于子痫前期患者治疗中效果理想,可改善患者临床指标,减少并发症,值得临床应用。

关键词:子痫前期;低分子肝素钙;高血压

中图分类号:R714.244

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.04.043

子痫前期为妊娠期常见疾病,指孕妇妊娠 20 周后出现蛋白尿、高血压等,可伴眼花、恶心、呕吐、头痛等症状^[1]。疾病进一步发展为子痫,出现抽搐、昏迷等症状,对子痫前期患者若不及时给予相关手段治疗,会引发母婴严重并发症,危及生命。目前临床对子痫前期的发病病因尚不明确,也无治疗特效药,治疗原则主要为控制病情、尽量延长孕周^[2]。本研究将低分子肝素钙用于子痫前期患者治疗中,旨在观察其临床治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取在 2016 年 3 月~2017 年 5 月我院收治的 84 例子痫前期患者,根据治疗意愿将其分为观察组($n=42$)与对照组($n=42$)。观察组年龄 21~38 岁,平均(27.81 ± 8.53)岁,孕周 26~38 周,平

均(31.53 ± 1.52)周;对照组年龄 22~37 岁,平均(27.78 ± 8.51)岁,孕周 25~37 周,平均(31.48 ± 1.47)周。两组产妇基础资料比较差异不明显($P>0.05$),可进行比较。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)均符合子痫前期诊断标准;(2)患者肝、肾功能均正常,血细胞比容 $>30.0\%$;(3)DBP >90 mm Hg,SBP >140 mm Hg;(4)患者及家属对本研究知情并签署同意书。排除标准:(1)肝、肾等功能不全者;(2)精神疾病者;(3)对研究使用药物有过敏史或禁忌证者;(4)颅内压增高者;(5)先兆子痫者;(6)临床资料不完整者;(7)出血或出血倾向者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 行常规治疗,对患者血压进行严密

监测记录,根据其血压情况确定具体治疗方案。给予硝苯地平(国药准字 H20051611)口服,10 mg/次,3 次/d,给予地西泮(国药准字 H45020634)口服用药,3 mg/次,3 次/d,给予硫酸镁 15 g+5%葡萄糖溶液行静滴,根据患者实际情况适当调整药物剂量。持续治疗 5 d。

1.3.2 观察组 在常规治疗基础上给予低分子肝素钙治疗,低分子肝素钙注射液(国药准字 H20060191)5 000 U 行皮下注射,1 次/d,持续治疗 5 d。两组患者治疗期间均遵医嘱定时定量用药,并持续监测血压变化,若患者治疗过程中出现任何不适或异常,应立即停药接受相关检查,避免对母婴造成不良影响。

1.4 观察指标 观察两组治疗前后血压、24 h 尿蛋白、凝血功能情况、临床疗效及并发症情况。(1)凝

血功能指标包括凝血酶原时间(PT)、D-二聚体(D-D)、纤维蛋白原(FIB);(2)疗效标准^[3],显效:治疗后患者血压水平<120/90 mm Hg,子痫发作次数明显减少;好转:治疗后血压水平<130/95 mm Hg,子痫发作次数有所减少;无效:治疗后均未达到上述标准,子痫发作次数甚至增加。

1.5 统计学方法 研究分析软件为 SPSS14.0,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采取配对 t 检验;计数资料用%表示,采取 χ^2 检验, $P < 0.05$ 则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血压、24 h 尿蛋白比较 两组治疗前血压、24 h 尿蛋白差异不明显,治疗后观察组 DBP、SBP、24 h 尿蛋白与对照组相比明显更低,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后血压、24 h 尿蛋白比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	DBP(mm Hg)		SBP(mm Hg)		24 h 尿蛋白(g)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	98.13± 7.83	76.29± 5.34	142.71± 9.84	114.36± 7.83	9.87± 3.21	4.79± 2.28
对照组	42	98.24± 7.84	92.36± 6.59	142.58± 9.81	128.31± 6.54	9.85± 3.18	6.37± 2.59
t		0.064	12.278	0.061	8.862	0.029	2.968
P		0.949	0.000	0.952	0.000	0.977	0.004

2.2 两组凝血功能指标比较 观察组 PT、FIB、D-D 与对照组相比明显更低,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组凝血功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PT(s)	FIB(g/L)	D-D(μ g/L)
观察组	42	12.13± 0.71	3.05± 0.62	211.36± 46.32
对照组	42	14.82± 0.85	3.79± 0.48	298.61± 50.19
t		15.741	6.116	8.279
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组临床疗效比较 观察组总有效率为 95.24%,与对照组的 83.33%相比明显更高,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	好转	无效	总有效
观察组	42	27(64.29)	13(30.95)	2(4.76)	40(95.24)
对照组	42	18(42.86)	17(40.48)	7(16.67)	35(83.33)
χ^2		9.232	1.978	7.414	7.414
P		0.002	0.160	0.006	0.006

2.4 两组并发症发生情况比较 观察组并发症发生率为 4.76%,对照组为 14.29%,两组并发症发生率比较差异明显($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	产后出血	胎盘早剥	肾脏损害	总发生
观察组	42	1(2.38)	0(0.00)	1(2.38)	2(4.76)
对照组	42	3(7.14)	1(2.38)	2(4.76)	6(14.29)
χ^2		2.499	2.409	0.823	5.261
P		0.114	0.121	0.364	0.022

3 讨论

子痫前期为妊娠期特殊疾病,在临床较为常见。子痫前期孕妇血液通常处于病理性高凝状态,极易引发弥散性血管内凝血^[4]。目前临床对子痫前期发病病因尚不明确,但分析其发病机制可能与以下因素相关:(1)机体凝血系统失衡,导致促凝物质明显增多;(2)抗凝血酶分泌减少,使得凝血系统被激活,并在机体血管内形成微血栓;(3)多个重要脏器血灌注量减少,使得机体出现脏器缺氧、缺血的现象^[5];(4)患者出现缺血、缺氧现象后,造成大量氧自由基及氧化生物生成,导致血管内皮细胞严重受损,造成机体全身小动脉痉挛。因此,对子痫前期患者治疗主要原则为抗凝治疗。

本研究对患者实施血压监测、药物对症治疗后,给予低分子肝素钙皮下注射,取得较好效果。低分子肝素作用机制有:(1)通过抗 Xa 活性,对凝血酶原形成过程进行抑制,防止血管内生成新血栓^[6-7];(2)低分子肝素钙有改善微循环、缺氧、缺血的作用,可对机体全身脏器功能进行有效保护;(3)低分子肝素可于抗凝血酶 III 进行结合,进而生成复合物,对凝血连锁反应进行有效阻断^[8-9];(4)低分子肝素钙进入机体后不会通过胎盘,在孕妇使用中具有较高安全性,不会造成胎儿畸形,也不会增加孕妇产后出血的几率。与普通肝素相比,低分子肝素出现出血、PLT

减少、骨质疏松等副作用风险较低,且不会经过胎盘屏障,不会对胎儿产生影响,具有较好的安全性^[10]。患者使用低分子肝素钙治疗后,血压、凝血功能指标等均显著改善,且并发症较少。结果表明,低分子肝素用于子痫前期患者治疗中应用价值较好,药物安全性较好。综上所述,对子痫前期患者应用低分子肝素治疗安全有效,可有效改善患者凝血功能,提升临床疗效,减少产后并发症几率,保障母婴健康,值得临床应用及推广。

参考文献

- [1]许文静,张伟强,樊绮云.低分子肝素钙用于早发型重度子痫前期对患者血浆 Hcy 及新生儿的影响[J].海峡药学,2016,28(6):165-166
[2]任丽萍,陈维娜,蔡蓓琪,等.低分子量肝素钙治疗早发型重度子痫

- 前期的临床研究[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2016,12(5):576-582
[3]董海玲.低分子肝素钙注射液联合丹参注射液治疗早发型重度子痫前期的临床效果观察[J].社区医学杂志,2015,13(11):44-46
[4]孙惠淼,李曙光,田婷.低分子肝素钙联合丹参治疗早发型重度子痫前期的临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2017,10(14):78-79
[5]徐银凤.低分子肝素钙注射液联合丹参注射液治疗早发型重度子痫前期的效果观察[J].药品评价,2017,14(19):61-64
[6]刘小霄.低分子肝素钙辅助治疗早发型重度子痫前期对母婴结局的影响分析[J].中国现代药物应用,2017,11(22):123-125
[7]何玉娥,余珊珊,林红,等.低分子肝素治疗早发型重度子痫前期的临床研究[J].中国现代医生,2017,55(5):55-57
[8]王伟强.低分子肝素钙联合山莨菪碱治疗早发型重度子痫前期的疗效观察[J].现代药物与临床,2017,32(12):2461-2464
[9]杨雅兰.低分子肝素钙联合常规用药方案治疗子痫前期的疗效评估[J].现代诊断与治疗,2015,26(19):4377-4378
[10]李敬.小剂量低分子肝素联合硫酸镁治疗子痫前期临床疗效及对妊娠结局的影响[J].医学理论与实践,2016,29(16):2234-2235
(收稿日期:2019-02-01)

多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮治疗早产儿喂养不耐受

王胜

(河南省开封市妇幼保健院新生儿科 开封 475000)

摘要:目的:探讨多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮在早产儿喂养不耐受中的应用效果。方法:选取我院 2016 年 7 月~2018 年 8 月收治的喂养不耐受早产儿 64 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 32 例。对照组给予常规对症支持治疗及鼻饲喂养干预,观察组在对照组基础上给予多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮治疗。比较两组临床疗效、体质量日增长量、胃潴留消失时间、喂养不耐受消失时间、达到完全经胃喂养时间,并统计两组坏死性小肠结肠炎发生情况。结果:观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$);观察组胃潴留消失时间、喂养不耐受消失时间及达到完全经胃喂养时间明显短于对照组,体质量日增长量高于对照组($P<0.05$);两组坏死性小肠结肠炎发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:多潘立酮混悬液联合非营养性吸吮可缩短喂养不耐受早产儿喂养不耐受时间,促进胃潴留消失,缩短早产儿达到完全经胃喂养时间,提高早产儿体质量日增长量,安全有效。

关键词:早产儿喂养不耐受;多潘立酮混悬液;非营养性吸吮

中图分类号:R722.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.04.044

早产儿胃肠道尚未发育成熟,吸吮力不足,胃肠激素水平低,胃排空能力差,常发生喂养不耐受现象。有调查数据显示^[1-2],出生体质量不足 2 000 g 的早产儿喂养不耐受发生率高达 22.1%。早产儿发生喂养不耐受后,不仅影响对营养物质的摄入及吸收,还严重影响其生长发育,且易引发消化道出血等严重并发症,威胁生命健康。多潘立酮混悬液具有促动力作用,可增强早产儿食管运动,促进十二指肠与胃窦收缩及幽门蠕动,减轻喂养不耐受。有学者研究指出^[3],早期开展非营养性吸吮功能训练,辅助胃动力药物治疗,可协调早产儿的吞咽与吸吮动作,促进吸吮反射成熟,缩短经口全胃肠喂养时间。本研究将多潘立酮混悬液与非营养性吸吮联合应用于早产儿喂养不耐受,旨在探讨其临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 7 月~2018 年 8 月收治的喂养不耐受早产儿 64 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 32 例。对照组男 20 例,女 12 例;胎龄 27~35 周,平均胎龄 (31.70 ± 1.50)

周;出生体质量 1 450~2 450 g,平均出生体质量 ($2 040.37 \pm 50.29$) g。观察组男 18 例,女 14 例;胎龄 27~35 周,平均胎龄 (30.80 ± 1.20) 周;出生体质量 1 460~2 490 g,平均出生体质量 ($2 050.62 \pm 45.94$) g。两组一般资料比较,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查批准。

1.2 诊断标准 参照《Guidelines for Feeding Very Low Birth Weight Infants》^[4]中早产儿喂养不耐受诊断,符合下列 1 条即可确诊为喂养不耐受:(1)胃内出现咖啡样物且排除出血性疾病;(2)腹胀、频繁呕吐(≥ 3 次/d);(3)奶量不增加或减少超过 3 d;(4)喂养第 14 天摄入量 < 8 ml/次;(5)胃残余量超过上次摄入量的 30%。

1.3 纳入与排除标准 (1)纳入标准:胎龄 27~35 周;符合上述喂养不耐受诊断标准;监护人自愿签署知情同意书。(2)排除标准:合并坏死性小肠炎或胃肠道畸形;脑室内出血;合并先天性心脏病;合并呼吸窘迫综合征。