

少 GABA 降解程度,使抑制神经递质 GABA 浓度明显提高,不仅可活化谷氨酸脱氢酶,同时可降低神经元兴奋性,达到抗惊厥的效果。

综上所述,小儿癫痫应用托吡酯联合丙戊酸钠治疗效果满意,其不良反应少且症状轻微,患儿耐受性好,值得临床推广。

参考文献

[1] 蔡木树.小儿癫痫的诊治研究[J].基层医学论坛,2011,15(7):280-281.
 [2] 高明德,高连.小儿癫痫持续状态 53 例抢救分析[J].基层医学论坛,

2012,16(10):1268-1269.

[3] 王明光.苯巴比妥、托吡酯片、丙戊酸钠治疗小儿癫痫的疗效分析[J].中国医药导刊,2013,6(12):2081-2082.
 [4] 马发玲.中西医结合治疗小儿癫痫 120 例临床分析与研究[J].中国医药指南,2012,10(20):581.
 [5] 贾玉珍.54 例小儿癫痫临床分析[J].中国医药指南,2012,10(4):174-175.

(收稿日期 2014-11-19)

维持性血液透析患者肾性贫血采用左卡尼汀联合促红素治疗的临床体会

蒋红蕾

(宿松县人民医院,安徽 宿松 246500)

【摘要】目的 探讨维持性血液透析患者肾性贫血采用左卡尼汀联合促红素的治疗效果。方法 我院 2011 年 2 月—2014 年 4 月间收治维持性血液透析肾性贫血患者 30 例,随机分为 A、B、C 3 组,分别给予常规剂量促红细胞生成素(EPO)、小剂量 EPO 联合左卡尼汀、常规剂量 EPO 联合左卡尼汀治疗。结果 3 组观察对象治疗 6 个月后红细胞比容(Hct)和血红蛋白(Hb)等观察指标对比具有统计学差异($P < 0.05$)。结论 左卡尼汀联合促红素治疗维持性血液透析肾性贫血临床应用价值较高。

【关键词】维持性血液透析 肾性贫血 左卡尼汀 促红素

肾性贫血是一种临床常见的终末期肾脏疾病维持性血液透析治疗并发症,受到多种因素的影响,患者肾脏组织所产生的促红细胞生成素(EPO)会逐步减少,所以,患者需要定时接受 EPO 治疗。但是,患者的临床治疗过程中,尽管其补充了充分的铁剂,但仍然无法彻底逆转贫血症状。在患者维持性血液透析治疗时,常容易发生一定程度的缺乏肉碱现象,进而加重其贫血症状^[1]。本文对维持性血液透析肾性贫血患者采用左卡尼汀联合促红素治疗的临床效果进行了分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2011 年 2 月—2014 年 4 月间收治维持性血液透析肾性贫血患者 30 例,男 19 例,女 11 例,患者年龄在 29 岁~82 岁之间,平均年龄(62 ± 3.1)岁。原发病情况:梗阻性肾病 1 例,多囊肾 3 例,糖尿病肾病 4 例,肾小球肾炎 22 例。随机将所有患者分为 A、B、C 3 组,每组 10 例,3 组一般情况不存在显著差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 A 组观察对象接受常规剂量 EPO(上海凯茂生物医药有限公司生产)治疗,每次给药剂量在 90~160 U/kg 之间,在患者透析完成前分 2 次自血液透析管路静脉端输注。B 组观察对象接受小剂量 EPO(每次给药剂量在 80~100 U/kg 之

间,在患者透析完成前分 2 次由血液透析管路静脉端输注)联合左卡尼汀(静脉输注 1.0 g 雷卡)治疗。C 组观察对象接受常规剂量 EPO(每次给药剂量在 90~160 U/kg 之间,在患者透析完成前分 2 次自血液透析管路静脉端输注)联合左卡尼汀(静脉输注 1.0 g 雷卡)治疗。分别在临床治疗前和治疗 6 个月后接受静脉血红细胞比容(Hct)和血红蛋白(Hb)检查^[2]。

1.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用单因素方差分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

3 组观察对象临床治疗前 Hct 和 Hb 等观察指标对比无明显统计学差异($P > 0.05$),临床治疗 6 个月后 Hct 和 Hb 等观察指标对比具有明显的统计学差异($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 3 组观察对象的临床指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Hct(%)		Hb(g/L)	
		治疗前	治疗 6 个月	治疗前	治疗 6 个月
A 组	10	17.5 ± 2.2	25.0 ± 4.4	64.5 ± 6.2	78.0 ± 12.2
B 组	10	18.8 ± 2.3	33.0 ± 3.2	62.2 ± 5.4	93.5 ± 9.5
C 组	10	18.6 ± 1.3	37.0 ± 4.1	61.6 ± 6.5	133.0 ± 10.3
q		1.278	13.493	1.366	15.142
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05
q_1		0.149	9.058	0.824	23.476
P_1		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05
q_2		1.119	14.824	1.527	32.507
P_2		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注 q 、 P 为 A 组与 B 组比较检验值 q_1 、 P_1 为 B 组与 C 组比较检验值 q_2 、 P_2 为 A 组与 C 组比较检验值。

3 讨论

终末期肾脏疾病患者接受维持性血液透析治疗后,其体内左旋肉碱水平会明显降低,受到代谢产物蓄积等因素的影响,其体内肉碱摄入量也会明显降低,进而对食欲造成不良影响^[3]。医学报道证实,左卡尼汀有助于白蛋白的合成,以及蛋白质代谢

作者简介 蒋红蕾,女,本科,主治医师。

基层医学论坛 2015 年 3 月第 19 卷第 7 期

过程的加速,促进红细胞膜脂质成分的改变,进而改善促红细胞生成素的临床治疗效果,改善骨髓红系祖细胞作用,实现红细胞寿命的延长,增加血细胞比容,增强红细胞膜的稳定性,减小红细胞脆性,改善红细胞的应激抵抗力。另一方面,左卡尼汀还有助于维持性血液透析患者体内慢性炎症状态和氧化应激状态的改善,进而巩固 EPO 和维持性血液透析治疗效果。

由本组结果可知,维持性血液透析肾性贫血患者接受左卡尼汀联合促红素治疗,有助于患者 Hct 和 Hb 等观察指标的改善,且随着治疗的深入,患者的 Hct 和 Hb 会逐步恢复至正常水平,患者临床治疗效果明显优于其他对照组患者。综上所述,左

卡尼汀联合促红素是一种较为安全且有效的治疗方法,可作为维持性血液透析肾性贫血患者首选的临床治疗方法,具有较高的推广和应用价值。

参考文献

- [1] 白颖. 不同补铁方法治疗维持性血液透析患者肾性贫血的临床观察[J]. 基层医学论坛, 2007, 11(S1): 28-30.
- [2] 田祥峰. 左卡尼汀治疗维持性血液透析患者肾性贫血疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(1): 35-36.
- [3] 张梅. 蔗糖铁治疗血液透析患者肾性贫血的疗效及安全性观察[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(13): 1709. (收稿日期: 2014-11-18)

腹腔镜下经腹腹膜前间隙疝修补术 36 例报告

覃杰阳

(藤县妇幼保健院, 广西 藤县 543300)

【摘要】目的 探讨腹腔镜下经腹腹膜前间隙疝修补术的疗效。方法 2012 年 1 月—2014 年 6 月期间我院收治 36 例腹股沟疝患者,采用腹腔镜下经腹腹膜前间隙疝修补术,记录患者病情状况和相应手术方法。结果 36 例疝修补术均顺利完成,出现 1 例中转开腹,无大出血和术中并发症。术后并发症多为阴囊气肿和血清肿等,术后并发症发生率为 13.33%。结论 腹腔镜下经腹腹膜前间隙疝修补术适用范围广、并发症概率低、恢复快、痛苦小,值得临床大范围推广。

【关键词】疝修补术 腹腔镜 腹膜前间隙 疗效 并发症

由于腹股沟缺损,腹腔内的脏器会向体表突出从而形成疝气,也称为腹股沟疝气,腹壁强度低和腹内压力增高是疝气最主要的病因。自 1982 年 Ger 首次成功施行腹腔镜腹股沟疝修补术,腹腔镜修补术逐渐成为主流疝气治疗技术^[1,2]。随着科技水平的提高,微创手术也在不断完善,经腹腹膜前疝修补术以其创伤小、恢复快而被广大患者所接受。本文依据 2012 年 1 月—2014 年 6 月入住我院 36 例患者的病历,研究了腹腔镜下经腹腹膜前疝修补术的治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 1 月—2014 年 6 月期间,我院收治腹股沟疝患者 36 例,其中斜疝 32 例,直疝 4 例,斜疝情况均为单侧疝,患者均为男性,年龄在 40 岁~78 岁之间,平均年龄 57 岁。36 例患者中无复发病例,疝囊大小范围为 2.0 cm × 2.0 cm~5.0 cm × 5.0 cm。

1.2 手术方法 手术前准备,为患者固定好导尿管方便导尿,施行腰麻联合硬膜外麻醉或全身麻醉,麻醉成功后,使患者足高于头部 20° 左右,手术操作者及助手位于患者健侧。选择穿刺位置,脐孔正中、上缘或下缘均可,用布巾钳提起距穿刺

点约 2 cm 处,穿刺针以垂直腹壁角度进行穿刺。随即进行气腹针进入腹腔检测并建立 11 mm Hg 压力,置入腹腔镜。在腹直肌外侧置 Trocar 和操作器械。直视探查腹腔,寻找疝囊和内环口,同时识别腹壁下动脉、危险三角、精索血管、脐外侧襞、内侧襞、耻骨梳韧带和直疝三角,辨别疝囊类型。在内环口附近切开内环口上方腹膜至其内侧壁,剥离疝囊。分离腹膜前间隙,从脐下腹直肌后方向外下分离外侧为髂筋膜,前为腹横筋膜,后为壁层腹膜。将疝囊大小的椭圆形网片卷曲送入腹腔内,平铺在腹膜前间隙内,并预留孔包精索。网片放置标准,上缘覆盖联合腱大于 1 cm,下缘覆盖 Cooper 韧带大于 1 cm,保证覆盖完全海氏三角、股环、内环口和耻骨结节。降低气腹压力,将游离腹膜盖在网片上,用 3-0 可吸收线缝合腹膜,撤出腹腔镜、操作器械及 Tracor,手术结束。

2 结果

36 例疝修补术均顺利完成,平均手术时间为 (61.25 ± 17.25)min,出血量为 (18.33 ± 2.45)mL,术后住院时间为 (4.7 ± 2.4)d,其中中转开腹 1 例,无大出血和腹腔内脏器损伤等术中并发症发生。术后并发症发生概率排前三位的有:阴囊气肿(5 例)、暂时性神经感觉异常(4 例)和阴囊血清肿(3 例),总并发症发生率为 13.33%。

3 讨论

微创手术的发展促进了疝外科手术条件及手术治疗效果的完善。腹股沟疝的主要病因是腹壁缺损,第一代腹股沟疝修补术是以自身腹壁肌肉修补缺损腹壁^[3,4],但因其术后恢复慢、并发症概率高和术后疼痛感强等不完善的治疗效果迫使新的治疗技术出现。无张力疝修补术作为第二代腹股沟疝修补术很大程度上弥补了第一代的不足,其不破坏腹股沟区原有组织和强度,并可同时施行双侧疝修补术。随着成功使用补片修补腹壁缺损的出现,腹腔镜疝修补术逐渐被推广,这也就是第三代腹股沟疝修补术。世界第一例腹腔镜疝修补术是 Ger 在腹腔镜

作者简介:覃杰阳,男,大专,主治医师。