

参考文献

[1] 许建强,李永鸿,霍保善,等.乌司他丁联合尿激酶治疗急性脑梗死的效果[J].广东医学,2014,35(14):2273-2275.  
 [2] 王义兰.尿激酶溶栓结合综合护理治疗急性脑梗死 38 例[J].中国药业,2014,23(9):70-72.  
 [3] 赵燕华,王玉周,钟水生,等.尿激酶溶栓联合亚低温治疗对急性

脑梗死患者血浆 F1+2 及 D-D 的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志,2012,15(21):9-11.  
 [4] 周震,张玉莲,郭家奎,等.化痰通络法联合尿激酶溶栓对急性脑梗死大鼠血浆 F1+2、D-D 表达的影响[J].江苏中医药,2010,42(8):71-72.  
 [5] 闫喜格,张淑娟,路峰,等.急性脑梗死尿激酶溶栓术后早期抗凝治疗[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(11):1329-1331.  
 [6] 陈新云.100 例急性脑梗死尿激酶溶栓后复发血栓 62 例分析[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(5):50-51.

作者单位:710089 陕西省西安 141 医院神经内科

# 不同途径补铁治疗缺铁性贫血的效果对照评析

李红艺 李金星 闫岩

**【摘要】目的** 分析探讨不同途径补铁治疗缺铁性贫血的效果,为临床治疗缺铁性贫血提供参考依据。**方法** 选择我院收治的缺铁性贫血患者作为本次研究的对象,共 100 例,患者的收治时间在 2014 年 2 月 21 日至 2015 年 10 月 21 日期间,这 100 例患者均通过信封抽取的方式进行分组,分成实验组(50 例)和对照组(50 例),实验组和对照组分别采取静脉注射补铁和口服补铁,并在给药结束后,对比分析两组的治疗总有效率、血红蛋白、血清铁蛋白。**结果** 实验组经治疗后的血红蛋白、血清铁蛋白均高于对照组( $P < 0.05$ ),差异具有统计学意义;实验组的治疗总有效率(98.00%)高于对照组的治疗总有效率(80.00%),两组的差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 与口服给药途径相较,采取静脉滴注的方式进行补铁治疗具有更加显著的疗效,能有效提高缺铁性贫血患者的血红蛋白和血清铁蛋白水平,且治疗总有效率较高,故认为补铁治疗过程中应采取静脉给药的方式。

**【关键词】** 补铁治疗;缺铁性贫血;效果对照

**【中图分类号】** R473.6 **【文献标识码】** A

缺铁性贫血的临床危害性较大,补铁治疗是改善该疾病的有效途径<sup>[1]</sup>。本文为进一步探究不同途径补铁治疗缺铁性贫血的效果,特选择了我院收治的缺铁性贫血患者 100 例作为本次研究的实验组(静脉注射补铁)和对照组(口服补铁),并在治疗结束后,对比分析两组的治疗总有效率、血红蛋白、血清铁蛋白来评价不同途径补铁治疗的效果,现报告如下。

## 1 患者的基线资料和方法

**1.1 患者的基线资料** 选择我院收治的缺铁性贫血患者作为本次研究的对象,共 100 例,患者的收治时间在 2014 年 2 月 21 日至 2015 年 10 月 21 日期间,这 100 例患者均通过信封抽取的方式进行分组,分成实验组(50 例)和对照组(50 例)。

实验组 50 例患者(男性共 27 例,女性共 23 例)的平均年龄为(39.54 ± 5.08)岁(最大年龄为 75 岁,最小年龄为 19 岁),其中包括 21 例中度贫血患者、19 例轻度贫血患者及 10 例重度贫血患者。

对照组 50 例患者(男性共 26 例,女性共 24 例)的平均年龄为(38.36 ± 5.19)岁(最大年龄为 76 岁,最小年龄为 20 岁),其中包括 22 例中度贫血患者、18 例轻度贫血患者及 10 例重度贫血患者。

经确认,参与本次研究的所有患者均符合《血液病诊断及疗效》中对缺铁性贫血的诊断标准,且将伴有心肝肾功能严重病变、妊娠期、哺乳期、伴有其他病史、合并有其他并发症、神经系统异常的患者排除在外,所有患者均对本次研究的方法和目的知情了解,并经医院伦理委员会的批准。

实验组和对照组缺铁性贫血患者的基线资料(性别、年龄)具有较好的均衡性( $P > 0.05$ ),差异不具有统计学意义,两组的数据资料可用于研究对比当中。

**1.2 方法** 对照组采取口服途径进行补铁治疗,指导患者口服硫酸亚铁片(生产厂家:广州白云山光华制药股份有限公司;批准文号:国药准字 H44020992)0.3g/次,每日 3 次,治疗过程中告知患者不可食用影响铁吸收的食物或者药物。

实验组采取静脉给药的方式进行补铁治疗,给予患者 20mg/次的蔗糖铁(生产厂家:广东天普生化医药股份有限公司;批准文号:国药准字 H20064471)静脉滴注,滴注过程加入 20ml 的生理盐水,于次日,加大剂量,静滴剂量加至 200mg,隔日再次进行补铁治疗,剂量维持 200mg 不变,直到总需铁量补足,静脉滴注过程中注意滴注速度和生理盐水剂量。

**1.3 观察指标** 对实验组和对照组经不同途径治疗后的治疗总有效率、血红蛋白水平、血清铁蛋白水平进行观察,以上观察指标的数值与治疗效果呈正比关系,即参数值越大,表示治疗效果越好。

治疗效果共分为显效、有效及无效三项,治疗总有效率 = 显效率 + 有效率,具体评价标准如下<sup>[2]</sup>:

显效:血红蛋白水平恢复正常;有效:血红蛋白水平升高 15g/L;无效:血红蛋白水平未升高或者升高幅度低于 15g/L。

**1.4 数据处理** 治疗总有效率、血红蛋白水平、血清铁蛋白水平均录入至 SPSS17.0 软件中进行处理,计量资料(血红蛋白水平、血清铁蛋白水平)采用 t 检验,计数资料(治疗总有效率)采用卡方检验,P 值在 0.05 以下,认为两组的计量资料和计数资料差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 治疗总有效率** 本研究结果显示,实验组的治疗总有效率(98.00%)高于对照组的治疗总有效率(80.00%),两组的差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),具体详情如表 1 所示。

表 1 实验组和对照组的治疗总有效率比较[n(%)]

组别	显效	有效	无效	治疗总有效率
实验组 (n=50)	28	21	1	98.00
对照组 (n=50)	18	22	10	80.00

注:与对照组相较,\* $P < 0.05$ 。

**2.2 血红蛋白水平、血清铁蛋白水平** 本研究结果显示,实验组经治疗后的血红蛋白水平、血清铁蛋白水平均高于对照组( $P < 0.05$ ),差异具有统计学意义,具体见表2。

表2 实验组和对照组的血红蛋白水平、血清铁蛋白水平比较表

组别	血红蛋白水平 (g/L)	血清铁蛋白水平 (ug/ml)
实验组 (n=50)	113.45 ± 20.98 <sup>*</sup>	182.66 ± 20.76 <sup>*</sup>
对照组 (n=50)	90.08 ± 20.54	50.67 ± 13.46

注:与对照组相较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

缺铁性贫血在临床较为常见,该疾病是指人体内用于制造血红蛋白的存储铁缺乏、红细胞减少后所产生的一种小细胞低色素性贫血<sup>[1]</sup>,机体摄入不足和铁需要的增加是导致该疾病的主要病机,补铁治疗是改善该疾病的有效途径<sup>[4]</sup>。

口服补铁方式具有明显的应用局限性,首先该使用范围较小,伴有胃肠道疾病的患者耐受性较差,其次该补铁方式的铁吸收率一般,治疗过程中存在治疗时间过长、疗效欠佳<sup>[5]</sup>的局限性<sup>[5]</sup>。静脉滴注补铁的方式可以迅速发挥疗效,且对于胃肠道疾病的患者依旧具有良好的效果<sup>[6]</sup>,除此之外,静脉注射通过网状内皮系统摄取,不会沉积于肝组织中,对肝功能的影响较

小<sup>[7]</sup>。

本研究统计表明,实验组的治疗总有效率、血红蛋白水平、血清铁蛋白水平均高于对照组( $P < 0.05$ ),差异具有统计学意义,故认为,与口服给药途径相较,采取静脉滴注的方式进行补铁治疗具有更加显著的疗效,能有效提高缺铁性贫血患者的血红蛋白和血清铁蛋白水平,且治疗总有效率较高,故认为补铁治疗过程中应采取静脉给药的方式。

#### 参考文献

[1]张静,赵迪,陈璇,等.不同途径补铁治疗缺铁性贫血的疗效分析[J].临床医学,2013,33(3):30-31.  
 [2]武云,哈斯叶提·木拉提,古丽娜尔·白托拉,等.不同补铁途径治疗慢性心力衰竭合并缺铁性贫血患者的疗效比较[J].广东医学,2013,34(2):302-304.  
 [3]朱琳,胡珊,王真,等.不同补铁途径用于孕期缺铁性贫血的临床疗效观察[J].医药前沿,2014,10(23):157-158.  
 [4]索晓慧,王丽,董丽洁,等.3种途径补铁治疗育龄期妇女缺铁性贫血的疗效观察[J].临床荟萃,2013,28(9):1000-1002.  
 [5]陈岷,孙静,黄建,等.东北地区中小学生铁强化酱油营养干预效果评价[J].中国学校卫生,2015,36(12):1783-1786.  
 [6]李春霞.不同补铁途径治疗缺铁性贫血的临床研究[J].中国实用医药,2013,08(36):117-118.  
 [7]宋军,郭鹏翔,贺远,等.静脉用蔗糖铁与口服铁剂用于纠正缺铁性贫血的临床疗效对比[J].医药前沿,2014,10(17):220-221.

作者单位:451100 河南省新郑市人民医院

## VSD 负压引流在骨科中的应用

余永刚

**【摘要】目的** 评价 VSD 负压引流技术应用于骨科中较大皮肤及部分软组织缺损中的疗效。**方法** 选取我院骨科 2008 年-2016 年 4 月采用 VSD 负压引流治疗的创面缺损较大的 60 例患者,采用 VSD 引流术后 8-15 天拆除后观察肉芽生长情况。**结果** 本组经 7-15 天拆除负压引流装置。3 例因创面缺损较大患者营养较差,行 2 次 VSD 治疗。均可见大量肉芽生长,达到植皮标准。一期植皮成活率均达 90%以上。**结论** 使用封闭式 VSD 治疗技术,设备要求及其简单,操作简单易学,效果显著,对位广大基层医院比较适用,是一种很好的治疗手段,值得临床进行推广。

**【关键词】** 负压引流技术;软组织缺损;骨科  
**【中图分类号】** R681 **【文献标识码】** A

临床上外伤所致较大皮肤及部分软组织缺损容易并发感染,给治疗及患者的功能康复带来极大的临床问题。VSD 负压引流技术的出现,对于创面感染的控制的治疗提供了新的选择<sup>[1]</sup>。本文研究中,选取我院骨科 2008 年-2016 年 4 月采用 VSD 负压引流治疗的创面缺损较大的 60 例患者的临床资料,疗效较好,现总结报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 病例资料** 2008 年-2016 年 4 月我院应用 VSD 负压引流治疗骨科创面缺损较大的病例。本组 60 例,男 35 例,女 25 例;年龄 12—87 岁。其中 25 例足部损伤,10 例手部损伤,5 例大腿部损伤,4 例前臂损伤,3 例小腿损伤,13 例多处损伤(手足部、单纯下肢单纯上肢及四肢部)。合并症:糖尿病 5 例,高血压 15 例,冠心病 2 例。

**1.2 手术方法** 就创伤部位行相应的麻醉,甚至局部浸润麻醉必要时行止血带加压止血,创面均行严格清创,去除坏死的组织,根据创面大小使用 1 个甚至多个 VSD,用丝线简单固定用酒

精局部消毒清洁后贴膜,注意密封性。接负压引流装置持续负压引流,引流过程中注意观察引流液的颜色,注意患者有无不适等不良反应,及时进行调整。若无中心负压引流系统可用电动负压引流器代替。

**1.3 术后处理** 术后保持持续负压引流,间隔 2 天行抗生素冲洗,我们常规使用甲硝唑液冲洗,也可用庆大霉素液稀释后冲洗,若出现管道堵塞应及时冲洗通畅。常规抗生素使用 7-10 天。

### 2 结果

本组经 7-15 天拆除负压引流装置。3 例因创面缺损较大患者营养较差,行 2 次 VSD 治疗。均可见大量肉芽生长,达到植皮标准。一期植皮成活率均达 90%以上。见图 1-3。

### 3 讨论

临床上对于较大皮肤及部分软组织缺损的处理主要为稳定创面,保障新生肉芽组织的生长,减少感染的发生<sup>[2]</sup>。目前骨科病房处理中,对于骨科创伤性组织缺损较大者常规处理方法清创后