

本组研究中,应用阿奇霉素和麻杏石甘汤联合治疗的观察组治疗的有效率高于单独应用西药阿奇霉素治疗的对照组,中西医结合治疗的观察组不良反应发生率显著的低于对照组患者,表明中西医结合治疗能够有效的发挥各自的作用,二者具有显著的协同作用,共同发挥治疗作用。二者的共同应用能够减轻药物毒副作用,具有较好的安全性。

综上所述,肺炎支原体肺炎应用中西医结合治疗具有显著的止咳、平喘、清肺热的功效,能够有效的提高治疗效果,缩短患者治疗时间,降低不良反应的发生,具有广泛的临床应用前景。

参 考 文 献

[1] 施益农,董克州.清肺平肝饮联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原

体肺炎 30 例.四川中医,2011,29(8):99-100

[2] 张晓燕,赵茹,刘桂华.阿奇霉素联合炎琥宁治疗小儿支气管肺炎疗效观察.中国误诊学杂志,2011,11(4):807-808.

[3] 刘莹.76 例中西医结合治疗小儿支原体肺炎临床疗效分析.中国医学工程,2014,22(3):163.

[4] 王大玲.中西医结合治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床效果观察.光明中医,2013,28(8):1721-1722.

[5] 王俊霞,周耀铃,李静.痰热清联合阿奇霉素治疗儿童支原体肺炎疗效观察.现代中西医结合杂志,2013,22(28):3119-3120.

[6] 郭惠环,郑定容,林少玲.中西医结合治疗小儿肺炎支原体肺炎效果观察社区医学杂志,2014,12(5):23-25.

[收稿日期:2014-12-08]

脓毒血症患者麻醉处理

孟庆贤

【摘要】目的 探讨脓毒血症患者的麻醉处理方法。**方法** 将 80 例脓毒血症患者随机分为对照组和观察组,每组 40 例,对照组单独采用氯胺酮药物进行麻醉,观察组采用氯胺酮复合小剂量芬太尼进行麻醉。比较两组的治疗效果。**结果** 用药麻醉后,观察组心率、平均动脉血压和血氧饱和度等生命体征平稳,对照组用药前后各项指标明显发生变化,观察组不良反应发生率 and 存活率分别为 10.0%、70.0%,对照组不良反应发生率和存活率分别为 17.5%、50.0%;可见观察组各项指标均优于对照组,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 氯胺酮复合小剂量芬太尼对脓毒性休克患者进行麻醉处理治疗,能有效提高临床治疗效果和患者存活率,值得在临床推广应用。

【关键词】 脓毒血症;麻醉方法;疗效分析

DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2015.05.122

脓毒血症即是脓毒症,是由于机体感染细菌引起的全身炎症反应综合征,具有发病率高、病情凶险复杂、治疗费用高、病死率高等特点,成为威胁人类身体健康的主要疾病之一^[1]。根据病情严重程度可将脓毒血症患者分为脓毒症、严重脓毒症和脓毒性休克等,脓毒性休克是严重脓毒症的一种特殊类型,伴有持续性低血压,病情复杂多变,临床治疗前的麻醉处理困难,十分不利于临床治疗的顺利进行^[2]。为了探讨有效的麻醉处理方法,作者选择 2012 年 1 月~2014 年 10 月在本院治疗的脓毒血症患者 80 例为研究对象,现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月~2014 年 10 月在本院治疗的 80 例脓毒血症患者为研究对象,其中男 48 例,女 32 例,年龄 40~70 岁,平均年龄(53.2 ± 4.2)岁;其临床症状表现为发热、心跳过速、呼吸急促和外周血白细胞增加,进行性多器官功能不全等,各项生命体征表现为心脏指数(CI)、氧输送量(DO_2)、耗氧量(VO_2)增加,心排血量(CO)和器官灌流量不当,机体组织缺氧和氧债累积等^[3]。所有患者均经临床确诊为脓毒性休克患者;将所有患者随机分成观察组和对照组,每组 40 例,两组在病情、性别和年龄等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两者患者采用不同药物进行全身麻醉治疗,对

照组单独采用氯胺酮药物进行麻醉处理治疗,观察组采用氯胺酮复合小剂量芬太尼进行麻醉处理治疗,具体方法如下:①常规监测患者的心率、血压、尿量、皮肤灌注等,监测患者的血流动力学,包括长春新碱(VCP)、CO 和连续的血管反应(SVR)等,进行肺循环前列腺酸性磷酸酶(PAP)、肺动脉楔压(PAWP)和肺循环阻力等参数的监测,全面掌握患者的各项生命体征;②在确定患者身体状况允许使用麻醉药物后,采用 1~2 mg/kg 静脉注射,维持 15~30 min,随后注射小剂量芬太尼辅助用药,观察患者意识变化情况^[4]。

1.3 观察指标 观察患者麻醉用药前后心率(HR)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、血氧饱和度(SpO_2)等各项指标值的变化情况,根据患者各项生命体征评价麻醉处理效果,统计两组药物不良反应发生率以及存活率,比较两组患者各项观察指标的差异性。

1.4 统计学方法 本组研究所有数据均采用 SPSS17.0 统计软件进行分析。计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间差异用 t 检验。计数资料用率表示,行 χ^2 检验。当 $P<0.05$ 时,表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者麻醉效果比较 观察组用药麻醉前后,患者心率、平均动脉血压和血氧饱和度等各项观察指标均无明显变化,组内差异无统计学意义($P>0.05$),表明实施麻醉后患者各项生命体征平稳;对照组用药麻醉后各项指标均明显变化,组内差异具有统计学意义($P<0.05$),表明患者生命体征出现较

大波动。可见两组差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 表明观察组 麻醉方法明显优于对照组。见表 1。

表 1 两组患者麻醉处理前各项指标变化情况 ($\bar{x} \pm s$, $n=40$)

项目	心率 (次/min)		平均动脉压 (mm Hg)		血氧饱和度 (%)	
	观察组	对照组	观察组	对照组	观察组	对照组
用药前	96.5 ± 10.2	95.4 ± 11.5	84.5 ± 8.1	83.5 ± 7.8	98.8 ± 1.6	98.4 ± 1.7
用药后	99.1 ± 9.4 ^b	112.5 ± 12.5 ^a	88.3 ± 9.6 ^b	97.5 ± 9.4 ^a	97.8 ± 2.5 ^b	97.9 ± 1.9 ^a

注: 1 mm Hg=0.133 kPa; 对照组与治疗前比较, ^a $P<0.05$; 治疗后与对照组比较, ^b $P<0.05$

2.2 不良反应发生情况比较 两组患者均发生不同程度的药物不良反应, 比如恶心、呕吐、寒战、过敏、头痛等症状, 其中观察组出现不良反应 4 例, 发生率为 10.0%; 对照组出现 7 例不良反应, 发生率为 17.5%, 组间差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组患者经临床治疗后, 观察组 28 例顺利康复, 存活率为 70.0%, 对照组仅有 20 例患者康复出院, 存活率为 50.0%, 两组差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

脓毒血症患者病情危重, 治疗过程中容易发生各种病变, 危及患者的生命安全, 科学有效的麻醉处理能有效提高临床治疗有效率, 减少患者病死率^[5]。通常脓毒性休克患者选用全身麻醉为宜, 因为气管内插管可以确保患者呼吸道畅通, 避免低血压等严重的并发症发生。氯胺酮是临床常用的麻醉药物, 具有剂量依赖性, 能有效抑制低血压、代谢性酸中毒和细胞因子如 TNF- α 和 IL-6 等的产生, 避免各类炎症反应的发生, 能提高脓毒性休克患者存活率^[6]。此外, 脓毒性休克患者机体内迅速发生变化, 影响药物的分布和药效, 而芬太尼具有镇定的疗效, 能有效调整机体代谢, 保证患者心率、血压和血氧饱和度的平衡, 提高麻醉效果, 促进临床治疗有效进行^[7]。

本组研究结果显示, 对照组单独采用氯胺酮全身麻醉诱导处理, 观察组采用氯胺酮复合小剂量芬太尼进行全身麻醉处理, 用药后观察组各项生命体征平稳, 其麻醉效果明显优于对照组; 同时观察组不良药物反应发生率和存活率分别为 10.0%、70.0%, 对照组不良药物反应发生率和存活率分别为

17.5%、50.0%; 可见观察组各项指标均优于对照组, 组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 证实采用氯胺酮复合小剂量芬太尼进行全麻处理的效果较佳。

综上所述, 脓毒血症是一种危重疾病, 临床治疗需要有效的麻醉处理配合才能取得显著的疗效。而氯胺酮复合小剂量芬太尼对是较为有效的全身麻醉处理方法, 能有效提高临床治疗效果和患者存活率, 值得在临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 麦振华, 佟琳, 钟秀明, 等. 脓毒症患者肾损伤程度与血浆血管生成素水平相关性的研究. 四川医学, 2014, 12(7):108-109.
- [2] 邓烈华, 姚华国, 邵义明. 血必净对脓毒症患者前降钙素影响的临床观察. 实用医技杂志, 2005, 15(12):58-59.
- [3] 闵安如, 王伟明, 龙连圣. 重型颅脑伤并发肠源性脓毒血症的临床分析. 南京部队医药, 2000, 18(5):118-119.
- [4] 王希锋, 康焰, 刘进. 肛周脓肿切开引流术后脓毒血症死亡 1 例. 实用医院临床杂志, 2005, 25(3):256-257.
- [5] 冯新富, 石承先, 陈晓理, 等. 头孢他定与 FALL-39 用于脓毒血症的疗效. 江苏医药, 2006, 15(5):36-39.
- [6] 陈秋萍, 冯永民, 张媛莉, 等. 脓毒症患者血浆血管生成素 2 与 (1,3)- β -D 葡聚糖水平变化及其相关性分析. 山东医药, 2014, 25(8):251-253.
- [7] 彭良善, 陶飞, 李娟, 等. 脓毒症患者血浆可溶性髓样细胞触发受体-1 水平与病情的相关性研究. 广东医学院学报, 2013, 12(5):811-812.

[收稿日期: 2014-11-20]

切口妊娠介入治疗效果观察

刘建荣

【摘要】目的 探讨子宫切口妊娠经股动脉子宫动脉栓塞的治疗效果。**方法** 24 例子宫切口妊娠患者, 根据治疗方法分为观察组与对照组, 各 12 例。观察组给予米非司酮和米索前列醇药物治疗再行清宫术, 对照组给予经股动脉穿刺子宫动脉栓塞术治疗在腹部 B 型超声引导下清宫术治疗, 比较两组患者刮宫过程中出血量、住院时间以及两组治疗效果。**结果** 观察组的出血量明显少于对照组 ($P<0.05$), 流血时间亦明显少于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 子宫动脉栓塞术是治疗子宫切口妊娠安全、有效的方法。

【关键词】 子宫切口妊娠; 子宫动脉栓塞术; 出血量; 流血时间

DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2015.05.123

子宫切口妊娠通常指的是剖宫产瘢痕部位妊娠 (CSP), 指有剖宫产史孕妇, 胚胎着床于子宫下段剖宫产切口瘢痕处, 是一种特殊部位的异位妊娠, 为剖宫产的远期并发症之一^[1]。近年来由于国内剖宫产率居高不下, 此病的发病率呈上升趋势。可能由于剖宫产术后子宫切口愈合不良, 瘢痕宽大, 或

者严重导致瘢痕部位有微小裂孔, 当受精卵运行过快或者发育迟缓, 在通过宫腔时未具种植能力, 当抵达瘢痕处时通过微小裂孔进入子宫肌层而着床。由于子宫峡部肌层较薄弱, 加之剖宫产切口瘢痕缺乏收缩能力, CSP 在流产或刮宫时断裂的血管不能自然关闭, 可发生致命的大量出血。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2013 年 1 月~2014 年 9 月子宫切