

更昔洛韦治疗小儿水痘临床疗效观察

翁 婷

[摘要] 目的: 观察更昔洛韦治疗小儿水痘的临床疗效并探讨其机制。方法: 160 例水痘患儿随机分为两组, 每组各 80 例, 并分别用更昔洛韦、利巴韦林治疗, 其它治疗方法相同。结果: 与利巴韦林治疗小儿水痘相比, 更昔洛韦治疗小儿水痘退热快、疗效好、结痂时间短($P < 0.01 \sim P < 0.005$)。结论: 更昔洛韦治疗小儿水痘疗效显著。

[关键词] 水痘; 更昔洛韦; 利巴韦林

[中国图书资料分类号] R 511.5; R 978.7 [文献标识码] A

小儿水痘是常见的病毒感染性疾病, 由水痘带状疱疹病毒(varicella-zoster virus, VZV)引起, 虽为自限性疾病, 但由于其传染性强, 流行快, 对小儿危害大, 故寻找安全、有效的抗病毒药是临床医师所关注的课题。更昔洛韦是一种广谱、高效抗病毒药物, 我科应用更昔洛韦治疗小儿水痘, 疗效较好。现作报道。

1 资料与方法

1.1 观察对象 选择 2002 年 6 月~2003 年 12 月来我院就诊的水痘患儿 160 例, 其中男 84 例, 女 76 例; 年龄 2~14 岁。入院时体温 $\leq 39^\circ\text{C}$ 96 例, $\geq 39^\circ\text{C}$ 64 例; 病程 ≤ 3 天, 未用其它抗病毒药。随机分为两组, 每组 80 例。

1.2 治疗方法 更昔洛韦组 80 例用更昔洛韦注射液每天 5 mg/kg, 对照组 80 例用利巴韦林每天 10 mg/kg, 两组均每日一次静脉滴注, 疗程 5~7 天, 其它治疗方法相同。所有病例行一个疗程后对结果进行比较分析。

1.3 统计学方法 采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

更昔洛韦组总有效率 98.75%, 明显高于利巴韦林组的 81.25% ($P < 0.05$) (见表 1)。更昔洛韦组退热时间及疱疹基本结痂时间均较利巴韦林组明显缩短 ($P < 0.01$) (见表 2)。两组均未发现不良反应。分别随机抽取 20 例作治疗前、后血、尿常规, 肝、肾功能检查, 均未发现异常。

3 讨论

更昔洛韦又称丙氧鸟苷, 是核苷类抗病毒药物, 主要作用于 DNA 病毒, 包括疱疹病毒科, 腺病毒科, 痘病毒科, 嗜肝病毒科病毒。既往常用的病毒唑

疗效不十分理想, 虽然利巴韦林对 VZV 有抑制作用^[1,2], 其抗病毒机制是在细胞内被腺苷酸激酶磷酸化形成单磷酸, 干扰肌苷磷酸脱氢酶活性, 影响鸟苷酸形成, 从而阻断 DNA 病毒复制。但其对病毒腺苷酸激酶依赖性太强, 且易产生耐药性, 使其临床疗效受到限制^[3]。更昔洛韦具有广谱抗病毒性, 它不仅仅是水痘、带状疱疹病毒的首选药物, 对其它病毒感染亦有很好的治疗作用。更昔洛韦具有高效性, 起效迅速, 对控制发热作用尤为显著。更昔洛韦还具有持久性, 在感染细胞内保持持久的活化型浓度, 其消除半衰期达 24 h; 更昔洛韦还具有选择性, 它作用的靶位是 DNA 聚合酶, 且对其亲和力高。有报道显示: 更昔洛韦基本不被正常细胞的蛋白激酶单磷酸化, 即非感染的细胞内更昔洛韦含量很低, 其选择性在一定程度上决定了它的安全性。

表 1 更昔洛韦组和利巴韦林组疗效比较 (n)

分组	n	治愈	显效	无效	总有效率 (%)	χ^2	P
更昔洛韦组	80	72	7	1	98.75		
利巴韦林组	80	58	7	15	81.25	13.76	< 0.005
合计	160	130	14	16	90.00		

表 2 两组患儿退热及疱疹基本结痂时间比较 ($\bar{x} \pm s$; 天)

分组	n	退热时间	疱疹基本结痂时间
更昔洛韦组	80	2.21 \pm 0.63	3.66 \pm 0.78
利巴韦林组	80	2.49 \pm 0.67	4.45 \pm 0.56
t	—	2.72	7.36
P	—	< 0.01	< 0.01

更昔洛韦和利巴韦林均为抑制病毒复制的药物, 更昔洛韦易被疱疹病毒吸取, 然后磷酸化为三磷酸盐, 通过两种方式核酸抑制病毒复制: (1) 干扰病毒 DNA 多聚酶抑制病毒的复制; (2) 在 DNA 多聚酶作用下与增长的 DNA 链结合, 引起 DNA 链延伸中断, 达到抗病毒作用。利巴韦林, 又称三氮唑核苷, 是抗病毒药物中临床应用比较早、比较广的药

物。它可通过改变病毒核酸库 mRNA 形成而抑制病毒^[3]。由此可见,更昔洛韦对 DNA 病毒更有效。利巴韦林对 RNA 病毒有效。本资料显示,更昔洛韦组总有效率优于利巴韦林组,退热时间和疱疹结痂时间均明显缩短。从药物作用机制和临床实践均证实,更昔洛韦对水痘、带状疱疹病毒疗效好,作用快,效果明显优于利巴韦林,值得在临床推广。

[文章编号] 1000-2200(2005)04-0339-02

·临床医学·

骨盆骨折合并后尿道断裂 68 例治疗体会

乔乐同

[摘要] 目的:探讨骨盆骨折合并后尿道断裂的有效治疗方法。方法:对 68 例骨盆骨折合并后尿道断裂患者的不同治疗方法进行分析。结果:16 例后尿道断裂一期吻合,术后留置导尿管 3~8 周,全部排尿正常。24 例单纯尿道会师术,导尿管留置时间 6~8 周,有 21 例正常排尿(87.5%),3 例排尿困难,需再次手术治疗。28 例尿道会师加牵引术,术后留置导尿管 6~8 周,正常排尿 26 例(92.9%),2 例尿道狭窄,其中 1 例经尿道扩张后正常排尿,1 例再次手术治疗。结论:尿道会师加牵引术是治疗骨盆骨折合并后尿道断裂的较为简单、安全、有效的方法。

[关键词] 尿道断裂;骨盆骨折;外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 695 [文献标识码] A

后尿道断裂大多由骨盆骨折引起,常合并多器官损伤。处理不当常致严重的并发症,甚至危及生命。1984~2004 年,我院共收治骨盆骨折合并后尿道断裂 68 例。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 68 例,均为男性,年龄 19~67 岁。致伤原因:交通事故 47 例,工伤事故 21 例。均伴有骨盆骨折。其中合并脾破裂 2 例,直肠破裂 2 例,膀胱破裂 3 例,小肠破裂 3 例,下肢骨折 2 例。12 例有创伤性休克。68 例均有明确外伤史,尿潴留,尿道口滴血,插导尿管失败得以明确诊断,其中 1 例插导尿管顺利进入,注水抽不出液体,经直肠指诊导尿管经尿道断裂处直肠破裂处插入直肠。

1.2 治疗方法

1.2.1 一期断裂尿道吻合术 取膀胱截石位,在会阴部倒“U”形切口,暴露后清除血肿,修剪尿道断端,由助手插入导尿管直视下将导尿管经近断端插入膀胱,用 2-0 肠线水平褥式外翻缝合,会阴部切口放置橡皮片引流。术后根据骨盆骨折情况决定放置导尿管时间。

1.2.2 单纯尿道会师术 切开膀胱,两个尿道探子分别经尿道内口和外口,向断端会合,把尿道外口进

[参考文献]

- [1] 徐益民.西米替丁与病毒唑联合治疗水痘 65 例[J].江苏临床医学杂志,2001,5(4):346.
- [2] 李文汉,胡仪吉.小儿临床药理学[M].北京:人民卫生出版社,1998:339~340.
- [3] 徐吉成.抗病毒治疗[J].国外医学·儿科分册,1988,15(5):267~268.

入的探子导入膀胱,再经尿道内口带出普通导尿管,再由普通导尿管带入 18~20F 双腔导尿管,气囊注水 10 ml,留置导尿管 6~8 周。

1.2.3 尿道会师加牵引术 成人用 18~20F 双腔导尿管,插入后气囊注水 30 ml,沿尿道方向与躯干成 45° 牵引导尿管,使尿道两断端对合,牵引重量 0.5~1.0 kg,3 天后重量减半,牵引 7 天。留置导尿管 6~8 周拔管。

2 结果

一期断裂尿道吻合术组 16 例,无尿道狭窄,均能正常排尿。单纯尿道会师术组 24 例,正常排尿 21 例(87.5%),3 例尿道狭窄需再次手术治疗。尿道会师加牵引术组 28 例,正常排尿 26 例(92.9%),2 例尿道狭窄,其中 1 例经多次尿道扩张正常排尿,1 例再次手术治疗。

3 讨论

骨盆骨折合并后尿道断裂的早期处理方法多样。单纯耻骨上膀胱造瘘术造成后尿道长段狭窄或闭锁,尿道狭窄发生率高。再次手术难度大或导致失败。赵小佩等^[1]发现后尿道损伤后单纯造瘘组后尿道狭窄发生率为 96%,其中 94% 需行开放性尿道手术。所以一般不要行单纯膀胱造瘘术。

单纯尿道会师术,因导尿管只能起支架作用,无法使已断裂的尿道两断端接近而存留间隙,此段距离在恢复尿道连续时,最终为瘢痕组织代替而形成

[收稿日期] 2004-07-29

[作者单位] 安徽省五河县人民医院 泌尿外科,233300

[作者简介] 乔乐同(1965—),男,安徽五河县人,主治医师。