

照组通畅 28 例,不完全梗阻 30 例,完全梗阻 14 例,差异有统计学意义( $u_c = 7.24, P < 0.05$ )。术后 2 年,观察组子宫内妊娠 44 例,异位妊娠 4 例;对照组子宫内妊娠 26 例,异位妊娠 8 例,2 组受孕率差异有统计学意义( $\chi^2 = 11.35, P < 0.05$ )。

### 3 讨论

无论何种原因所致的输卵管梗阻,治疗后的妊娠率均与输卵管粘连的分离与疏通有密切关系,因此分离输卵管粘连,保证输卵管通畅是提高妊娠的关键。治疗输卵管梗阻性不孕首先要复通输卵管,恢复输卵管的蠕动功能。该病既有细菌、病毒感染致炎性渗出使输卵管管腔粘连或积水等造成输卵管梗阻,又有因妇科炎症造成经脉不畅,经血阻滞胞脉,瘀血内阻,胞络不通,故传统的西药宫腔注射加理疗或单用西药消炎或单用中药内服效果均欠佳<sup>[3-4]</sup>。中药在标本兼治、活血化瘀的同时,提高人体的整体机能,保留灌肠能使药物快速渗透到盆腔内器官,促进局部血液循环,从而达到抗菌消炎的效

果,加速了输卵管平滑肌细胞及内膜纤毛的修复,增强蠕动,保证受精卵的运行;另外,中药灌肠局部药物吸收快,发挥作用快,避免了药物对胃肠道的刺激,减轻了药物对肝脏的负担,也减少了肝脏对药物作用的影响。西药能尽快抗菌消炎,减轻输卵管管腔的粘连。中西医结合,取长补短,优势互补,最大限度地发挥了药物的作用,利于输卵管通畅。本研究中观察组治疗 3 个疗程后,输卵管通畅率达 95.83%,术后 2 年子宫内妊娠达 61.11%,效果明显优于对照组。

#### [参 考 文 献]

- [1] 赵仁峰,吴月莲,莫伟英,等.女性原发性不孕 439 例病因分析[J].中国实用医药,2008,3(36):52-53.
- [2] 李秀芳.双腔管用于输卵管通液术[J].中国计划生育学杂志,2001,9(6):363.
- [3] 程学红,翟旭,李金华.中药保留灌肠加理疗联合治疗输卵管梗阻性不孕[J].实用医技杂志,2002,9(7):535-536.
- [4] 侯灵彤,周剑利.中西医结合治疗输卵管梗阻性不孕 127 例疗效分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2007,10(2):214.

(本文编辑 章新生)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-1099-03

• 临床医学 •

## 氢溴酸山莨菪碱辅治小儿支气管肺炎疗效观察

张海艳

[摘要]目的:观察口服小剂量氢溴酸山莨菪碱辅治小儿支气管肺炎的疗效。方法:将 64 例支气管肺炎患儿随机分为 2 组,对照组 32 例采用常规治疗,治疗组 32 例在常规治疗的基础上加用 0.3~0.5 mg/kg 氢溴酸山莨菪碱口服,比较 2 组患儿的临床疗效、症状、体征消失及住院时间。结果:治疗组总有效率为 93.75%,明显高于对照组的 75.00% ( $P < 0.05$ )。治疗组症状、体征消失及住院时间均短于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论:口服小剂量氢溴酸山莨菪碱对小儿支气管肺炎有一定的疗效。

[关键词] 支气管肺炎;氢溴酸山莨菪碱;疗效

[中国图书资料分类法分类号] R 563.12 [文献标识码] A

肺炎是小儿常见的下呼吸道疾病,临床上支气管肺炎、毛细支气管炎等急性肺炎疗程较长,不仅造成小儿身体的伤害,也增加了家庭、社会的经济负担。目前,国内采取多种方法缩短肺炎疗程,为探索积极、有效、安全的治疗思路,我科采用口服小剂量氢溴酸山莨菪碱辅助治疗支气管肺炎,取得较好疗效,现作报道。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料 2010 年 8~10 月我科共收住 64 例

支气管肺炎患儿,均符合《诸福棠实用儿科学》(7 版)关于肺炎的诊断标准<sup>[1]</sup>。按入院先后,单号入治疗组,双号入对照组。治疗组 32 例,男 20 例,女 12 例;年龄 1 个月至 12 岁;病程 5~9 d。发热 28 例,体温 37.5~39.8℃。其中毛细支气管炎 10 例,喘息性支气管肺炎 16 例;支原体抗体(IgM)阳性 13 例。对照组 32 例,男 17 例,女 15 例;年龄 2 个月至 10 岁;病程 6~10 d。发热 27 例,体温 37.6~39.4℃。其中毛细支气管炎 9 例,喘息性支气管肺炎 18 例;IgM 阳性 15 例。2 组患儿年龄、性别、病程、病情及疾病类型均具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组应用常规治疗,包括抗感染、止咳化痰、雾化吸入、平喘及纠正电解质紊乱等;治疗组在对照组的基础上口服小剂量氢溴酸山莨菪

[收稿日期] 2010-11-02

[作者单位] 安徽省庐江县人民医院 儿科 231500

[作者简介] 张海艳(1978-),女,硕士研究生,住院医师。

碱 每次 0.3 ~ 0.5 mg/kg 每天 2 次 连用 3 ~ 5 d 为 1 个疗程。治疗组有 11 例曾经应用抗生素、激素或氨茶碱治疗 其中 5 例以红霉素 + 头孢曲松 + 氯化可的松琥珀酸钠静脉滴注 3 天 每天 1 次 咳嗽不能缓解、罗音不被吸收、精神不佳 而改用口服小剂量氢溴酸山莨菪碱治疗 余 21 例均于入院或就诊当天即采用小剂量氢溴酸山莨菪碱辅助治疗。

1.3 疗效判定 显效: 治疗 1 个疗程结束后主要症状、体征( 体温、咳嗽、喘息、气促、呼吸困难、肺部罗音) 消失; 有效: 治疗 1 个疗程结束后主要症状、体征大部分消失; 无效: 经 1 疗程结束后病情无好转或加重。显效 + 有效为总有效。

1.4 统计学方法 采用秩和检验和  $t$  ( 或  $t'$  ) 检验。

## 2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 治疗组总有效率为 93.75% 显著高于对照组的 75.00% (  $P < 0.05$  ) ( 见表 1 )。

表 1 2 组临床疗效比较 (  $n_i = 32$  )

分组	显效	有效	无效	总有效率 (%)	$u_c$	$P$
治疗组	27	3	2	93.75		
对照组	19	5	8	75.00	2.29	< 0.05
合计	46	8	10	84.38		

2.2 2 组治疗后症状、体征消失时间及住院时间比较 治疗组症状、体征消失及住院时间均显著短于对照组 (  $P < 0.01$  ) ( 见表 2 )。

表 2 2 组治疗前后症状、体征消失及住院时间比较 (  $d; \bar{x} \pm s$  )

分组	发热 消失时间	咳嗽 消失时间	喘息 消失时间	肺部体征 消失时间	住院时间
治疗组	3.2 ± 0.2	5.3 ± 0.2	3.3 ± 0.6	6.2 ± 0.5	7.2 ± 0.5
对照组	4.1 ± 0.4	6.5 ± 0.6	5.0 ± 0.8	8.3 ± 0.7	9.3 ± 0.7
$t$	11.38	10.73*	9.62	13.81	13.81
$P$	< 0.01	< 0.05	< 0.01	< 0.01	< 0.01

\* 示  $t$  值

2.3 不良反应 少数患儿口服后面色潮红 不经处理而自行消失 随着用药次数增加 此现象渐减少或消失。未见口干、头昏、头痛、排尿不畅、心率明显增加等不良反应。

## 3 讨论

小儿肺炎分为一般支气管肺炎和间质性肺炎。支气管肺炎表现为支气管黏膜炎和肺泡充血水肿、

渗出; 间质性肺炎则表现为支气管壁、细支气管壁、肺泡壁的充血水肿及渗出。婴幼儿由于呼吸系统生理解剖的特点 肺部弹力组织发育差 血管丰富 易充血 易为黏液阻塞 痰液不易咳出<sup>[2]</sup>。氢溴酸山莨菪碱是从茄科植物唐古特莨菪中提取出的生物碱 具有对抗乙酰胆碱所致的平滑肌痉挛和抑制心血管的作用 同时也能解除血管痉挛 改善微循环 缓解支气管缺氧及痉挛 起到镇咳作用<sup>[3]</sup>; 因其可阻断 M 受体及  $\alpha$  受体 不仅使血管扩张 而且解除了毛细血管前后括约肌痉挛 使微血管血流畅通 可使缺血低氧的组织细胞得到滋润和复生; 它能稳定溶酶体膜 抗氧自由基 减少肿瘤坏死因子在肺组织中的表达 有效防治肺损伤<sup>[4]</sup>。氢溴酸山莨菪碱通过其抗胆碱作用 可松弛支气管平滑肌 抑制支气管腺体和肥大细胞增生 减少黏液分泌 改善纤毛功能 减轻支气管黏膜水肿。山莨菪碱还可以使白三烯和花生四烯酸从细胞膜上的磷脂中游离出来 因而减少白三烯和前列腺素的释放 使病变的血管、支气管平滑肌松弛 改善肺微循环 加快体内代谢产物排泄 降低气道阻力 使肺泡通气得到改善; 其还可提高环磷腺苷 ( CAMP ) 和降低环磷鸟苷 ( CGMP ) 的含量 从而提高 CAMP/CGMP 比值 抑制气道高反应; 其还具有调节免疫功能作用 能使患者迅速渡过疾病危险期 提高治疗效果<sup>[5]</sup>。

用氢溴酸山莨菪碱佐治小儿肺炎有以下优点<sup>[6]</sup>: ( 1 ) 改善肺部微循环 增加血流量 改善肺的换气功能 减轻低氧症状。 ( 2 ) 微血管扩张增加组织灌注 减轻心脏负荷 可预防心力衰竭的发生。 ( 3 ) 早期应用可使缺血痉挛或闭塞的微血管再度扩张 延缓组织细胞的坏死过程 促进炎症组织的修复和再生。后期应用可通过改善微循环促进炎症坏死物质的消散和吸收。 ( 4 ) 通过改善微循环 可使抗生素在炎症部位达到充分渗透 有效地发挥抗感染作用。 ( 5 ) 在改善微循环的同时可使痉挛的支气管平滑肌舒张 减轻了患者的喘憋状态。本研究结果显示 口服小剂量氢溴酸山莨菪碱辅助治疗小儿支气管肺炎可明显改善缺氧 减少呼吸道分泌物 解除支气管痉挛 利于炎症吸收 加速患儿症状、体征的消失 缩短住院时间 促进患儿早日康复。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 胡亚美 江载芳. 诸福棠实用儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社 2002: 1174 - 1176.
- [2] 陈吉庆 吴升华. 实用儿科诊疗规范 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社 2002: 180.
- [3] 孙国艳. 654-II 辅助治疗婴幼儿支气管炎的临床观察 [J]. 中

国现代药物应用 2010 4(8):132-133.

[4] 胡庆平, 胡刚. 药理学[M]. 北京: 科学出版社 2001:62.

[5] 魏学琴, 张善云. 山莨菪碱辅助治疗小儿支气管肺炎 204 例疗效观察[J]. 白求恩医学院学报 2010 8(1):15-16.

[6] 徐振华. 小剂量山莨菪碱静滴佐治小儿肺炎 30 例观察[J]. 药物与临床 2009 6(31):53-54.

(本文编辑 章新生)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-1101-02

· 个案报道 ·

## 产前子痫并发完全性 HELLP 综合征 2 例诊治体会

翟敬芳, 唐桂娥, 桑学梅

[关键词] 子痫; HELLP 综合征; 诊断; 治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 714.245

[文献标识码] B

### 1 临床资料

例 1: 39 岁, 孕 35<sup>+3</sup> 周, 右上腹痛 2 h 于 2009 年 8 月 17 日零时 30 分拟急性胆囊炎收住外科。腹痛呈持续性, 无阴道流水流血, 大小便正常。否认高血压病史, 平素月经规则, 末次月经: 2008 年 12 月 11 日, 预产期: 2009 年 9 月 18 日。入院前 1 周出现双下肢水肿, 近 2 天自觉头痛头晕, 未治疗, 此次系计划外怀孕, 孕期从未产检。生育史: 1-0-0-1。体格检查:  $T 36.4^{\circ}\text{C}$ , 血压 (BP) 210/137 mmHg, 急性痛苦貌, 右上腹压痛阳性。产检: 子宫高 28 cm, 腹围 105 cm, 胎位左枕前位 (LOA), 胎心 132 次/分, 无子宫收缩, 胎膜未破。导尿见酱油色小便。红细胞  $3.82 \times 10^{12}/\text{L}$ , 血红蛋白 124 g/L, 红细胞比容 38.1% (正常参考范围 35% ~ 56%), 血小板  $59 \times 10^9/\text{L}$ , 网织红细胞 0.70% (正常参考范围 0.50% ~ 1.50%), 尿蛋白 3+, 尿隐血 3+, 透明管型 3/LP, 颗粒管型 3/LP, Coombs 试验阴性; 3P 试验阴性; 凝血酶原时间 (PT) 12 s (正常参考范围 12 ~ 15 s), 活化部分凝血酶原时间 (APTT) 32 s (正常参考范围 24 ~ 34 s); 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 274 IU/L (正常参考范围 < 40 IU/L), 天冬氨酸氨基转移酶 (AST) 461 IU/L (正常参考范围 5 ~ 35 IU/L), 白蛋白 30.6 g/L (正常参考范围 35 ~ 55 g/L), 总胆红素 26.0  $\mu\text{mol}/\text{L}$  (正常参考范围 5.1 ~ 24  $\mu\text{mol}/\text{L}$ ), DBIL 4.3  $\mu\text{mol}/\text{L}$  (正常参考范围 0.1 ~ 6.8  $\mu\text{mol}/\text{L}$ ), 肾功能正常。钙离子 0.78 mmol/L (正常参考范围 1.11 ~ 1.34 mmol/L)。急诊超声示宫内活胎, 脐带绕颈 1 周, 双顶径 83 mm, 胎盘厚 35 mm, 羊水指

数 98 mm, 肝胆胰脾 B 超未见异常; 心电图示窦性心动过速。入院后予抗感染处理, 入院 3 h 后出现抽搐 1 次, 会诊后转入产科, 给予硫酸镁解痉处理, 无应激试验 (NST): 无反应型。入院 4 h 后在连续硬膜外麻醉下行剖宫产术, 产一早产男婴, 重 1 900 g, 生后 1 min Apgar 评分 10 分; 术中探查: 阑尾充血水肿, 长 10 cm, 直径 0.5 cm, 肝胆胰脾未探及异常, 行阑尾切除, 术中置 1 根橡胶管于子宫直肠窝。手术顺利, 术中出血 300 ml, 术后转入重症监护治疗病房 (ICU), 血压 200/130 mmHg, 切口渗血明显, 3P 试验阳性, 血小板  $51 \times 10^9/\text{L}$ , PT 16 s, APTT 37 s, 予硝酸甘油扩张血管、硫酸镁解痉降压, 输红细胞 4 个单位, 血浆 400 ml, 血压持续不降, 波动在 220/140 mmHg, 当天下午 3 时 30 分出现神志恍惚, 光反射消失, 双侧瞳孔不等大, 头颅 CT 示两顶叶多发小出血灶, 盆腔引流管共引流出淡血性液体约 150 ml。4 时 30 分转蚌埠医学院第一附属医院 ICU, 电话随访经治疗 3 天无效死亡, 新生儿情况良好。出院诊断: 孕 35<sup>+3</sup> 周 G2P2 LOA, 产前子痫, HELLP 综合征, 脑出血, 急性阑尾炎 (病理证实)。

例 2: 21 岁, 孕 36<sup>+3</sup> 周, 双下肢水肿 1 个月, 3 h 内抽搐 2 次于 2009 年 12 月 15 日 20 时入院。孕期未正规产检。入院前 1 个月出现双下肢水肿, 呈进行性加重, 入院当天下午出现头晕头痛, 上腹隐痛不适, 当地医院测血压 165/108 mmHg, 予硫酸镁 5 g 静脉滴注, 地西洋 10 mg 静脉推注, 硝苯地平 20 mg 口服, 用药过程中出现抽搐, 入院前 3 h 共抽搐 2 次。平素健康, 否认高血压病史, 末次月经: 2009 年 4 月 3 日, 预产期: 2010 年 1 月 10 日。生育史: 0-0-0-0。体格检查:  $T 37^{\circ}\text{C}$ , BP 160/109 mmHg, 神志尚清晰, 水肿 III。产检: 子宫高 28 cm, 腹围 92 cm, 胎位 LOA, 胎心 144 次/分, 无宫缩, 胎膜未

[收稿日期] 2010-06-09

[作者单位] 皖北煤电集团总医院 妇产科, 安徽 宿州 234000

[作者简介] 翟敬芳 (1973-), 女, 副主任医师。