

生肌酐清除率联合测定在 2 型糖尿病早期肾损害诊断的临床意义[J]. 实验与检验医学, 2016, 34(5): 649-651.

- [15] 徐小用, 刁宗礼, 苏建荣. 单纯血尿素氮升高患者肾小球滤过率下降趋势分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2017, 15(22): 2262-2264.

[16] 张关亭. CysC、 β_2 微球蛋白、肌酐、尿素氮在 2 型糖尿病肾病不同阶段的水平变化及诊断价值[J]. 中华全科医学, 2017, 15(5): 850-852.

(收稿日期: 2019-03-03 修回日期: 2019-08-27)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 21. 043

蓝光照射及环境管理对新生儿黄疸的疗效观察

冯俊¹, 孙珠君^{2△}

1. 陕西省铜川市妇幼保健院新生儿科, 陕西铜川 727007; 2. 陕西中医药大学第二附属医院儿科, 陕西咸阳 712000

摘要:目的 观察分析蓝光照射联合环境管理对新生儿黄疸治疗效果的影响。方法 选取 60 例黄疸患儿纳入研究, 均为陕西省铜川市妇幼保健院新生儿科 2015 年 12 月至 2018 年 8 月收治的住院患儿。参照随机数字表法将纳入研究的 60 例患儿分为对照组和研究组, 每组 30 例。两组均接受蓝光照射治疗, 研究组联合实施环境管理。观察、对比两组患儿的平均皮肤颜色恢复正常时间、大便颜色恢复正常时间、黄疸完全消失时间、干预前后两组患儿血清胆红素水平、平均住院天数等数据。结果 研究组患儿平均皮肤颜色恢复正常时间、大便颜色恢复正常时间、黄疸完全消失时间均明显短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。不同的干预后两组患儿的平均血清胆红素检测水平均较干预前显著下降, 但研究组效果更为显著, 干预后研究组血清胆红素水平明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。组间比较显示研究组平均住院天数明显少于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对新生儿黄疸患儿实施蓝光照射联合环境管理效果确切。

关键词: 新生儿黄疸; 蓝光照射; 环境管理

中图分类号: R722.17

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)21-3207-03

新生儿黄疸是一种因胆红素在体内积聚而引起的皮肤或其他器官黄染的新生儿疾病, 临床对新生儿黄疸患儿进行治疗的时候, 蓝光治疗是应用较多的治疗方法^[1]。考虑到新生儿的生理特点以及治疗需求, 在对其实施蓝光治疗的同时, 还需要做好对环境条件的管理。本研究观察分析蓝光照射联合环境管理对新生儿黄疸治疗效果的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取陕西省铜川市妇幼保健院新生儿科 2015 年 12 月至 2018 年 8 月收治住院的 60 例黄疸患儿, 参照随机数表法将纳入研究的 60 例患儿随机分为对照组和研究组, 每组 30 例。其中研究组男 17 例, 女 13 例; 日龄 1~8 d, 平均日龄(3.15 ± 0.15) d; 出生体质量 2.5~3.6 kg, 平均体质量(2.75 ± 0.45) kg; 黄疸发生时间: 15 h 至 7 d, 平均发生时间(2.67 ± 0.52) d。对照组男 16 例, 女 14 例; 日龄 1~8 d, 平均日龄(3.10 ± 0.18) d; 出生体质量 2.4~3.7 kg, 平均体质量(2.71 ± 0.49) kg; 黄疸发生时间: 15 h 至 7 d, 平均发生时间(2.70 ± 0.55) d。入组患儿均经临床确诊, 并排除存在感染和窒息、新生儿溶血等情况的患儿。入组患儿家属均对本次研究的内容知情, 并签署书面同意书。两组患儿的性别、日龄、出生体质量和黄疸发生时间等基本资料差异无统计学意义

($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 两组患儿均接受相同的蓝光照射治疗, 治疗前修剪患儿指甲, 适当包裹患儿手足。进箱前对蓝光治疗箱进行清洁和调试, 对蓝光灯实施预热, 待温度上升到 32~34 °C 时, 给患儿戴上眼罩、会阴罩, 将患儿放于蓝光箱内开始实施照射治疗, 并实施常规观察与护理, 每日的光照时间为 6~12 h^[2]。针对研究组患儿, 在实施蓝光治疗与常规观察的同时, 对其联合实施环境管理。首先, 对病房的环境进行合理的安排, 维持适宜的室内湿度、温度、光线条件等, 保证室内光线柔和。病室及治疗室的温度一般保持在 24~26 °C, 相对湿度可控制在 60%~80%。并保证室内良好通风、洁净, 保证室内空气的清新。在患儿治疗过程中, 注意对温度进行严格的观察和控制, 并注意对患儿的体温进行测量, 可将蓝光治疗箱的温度控制在 30~34 °C。同时, 密切观察患儿的临床表现。保持治疗环境的安静, 避免噪声等对患儿产生不良影响。同时, 从听觉以及触觉上给予患儿适当的安慰, 以缓解其不安情绪, 以免其出现烦躁和哭闹等情况。另外, 观察温度等对患儿的影响, 及时为其补充足够的能量、水分和微量元素, 以免患儿发生水电解质紊乱等情况。观察、对比两组患儿的平均皮肤颜色恢复正常时间、大便颜色恢复正常时间、黄疸完全消失时

△ 通信作者, E-mail: 1258159389@qq.com。

间、干预前后两组患儿血清胆红素水平、平均住院天数等数据^[3]。

1.3 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿临床各项指标变化情况比较 研究组患儿平均皮肤颜色恢复正常时间、大便颜色恢复正常时间、黄疸完全消失时间均明显短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患儿临床各项指标变化情况比较($\bar{x} \pm s, d$)				
项目	<i>n</i>	皮肤颜色恢复 正常时间	大便颜色恢复 正常时间	黄疸完全 消失时间
对照组	30	10.35±0.25	7.29±0.13	15.35±0.21
研究组	30	6.57±0.18	4.51±0.11	11.25±0.23
<i>t</i>		3.547	3.897	4.127
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患儿干预前后血清胆红素水平变化比较 干预后两组患儿的平均血清胆红素检测水平均较本组干预前显著下降,但研究组效果更为显著,干预后研究组平均血清胆红素检测水平明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患儿干预前后血清胆红素水平 变化比较($\bar{x} \pm s, \mu\text{mol/L}$)					
项目	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	30	298.15±35.12	145.12±12.15	8.561	<0.05
研究组	30	297.37±39.12	115.23±15.12	7.201	<0.05
<i>t</i>		0.476	3.647		
<i>P</i>		>0.05	<0.05		

2.3 两组患儿平均住院天数比较 研究组患儿平均住院天数为(16.32±1.25)d,明显少于对照组的(20.33±1.05)d,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨 论

黄疸是新生儿的常见临床症状之一,是因胆红素在体内积聚而导致的皮肤或其他器官黄染^[4]。新生儿黄疸的出现,会影响到新生儿的身体健康以及生长发育。若发现、治疗不及时,极易导致严重后果,引发脑瘫等,甚至威胁到新生儿的生命安全。同时,也容易给新生儿的家庭带来一定的不良影响和家庭负担^[4]。为此,针对新生儿黄疸患儿,在确诊之后及时实施有效治疗至关重要。在临床治疗中,蓝光照射是重要的治疗手段。新生儿黄疸患儿体内胆红素偏高,胆红素不溶于水,主要在肝酶的作用下从胆道排泄^[5]。通过对患儿实施蓝光照射,可以使胆红素可溶于水,并经胆汁和小便排出体外,进而达到有效清除

胆红素,改善患儿临床症状等效果。蓝光照射治疗操作简单、安全、有效。但是,在蓝光照射中,蓝光极易对患儿的视网膜等造成一定的损伤。同时,蓝光照射会产生较多的热量,导致患儿周围环境温度上升。因此,考虑到新生儿的身心特点以及蓝光照射治疗的需求,还需要在治疗过程中注意对相应环境条件的管理和控制。

新生儿黄疸患儿临床可出现大便颜色异常等症状,且患儿血清胆红素水平明显上升。经本组对比研究发现,研究组患儿平均皮肤颜色恢复正常时间、大便颜色恢复正常时间、黄疸完全消失时间均明显短于对照组。同时,干预后两组患儿的平均血清胆红素检测水平均较本组干预前显著下降,但研究组效果更为显著,干预后研究组平均血清胆红素检测水平明显低于对照组。即提示,针对新生儿黄疸患儿,在对其实施蓝光照射治疗的同时,联合实施全面、细致的环境管理可更好地加快其各项临床症状的改善,并有效提高治疗效果,促进患儿血清胆红素水平的下降。另外,研究还发现,研究组患儿的平均住院天数明显少于对照组。这一结果进一步证实了环境管理在蓝光照射治疗中的应用效果,提示在联合干预方案下,可更好地促进患儿的康复,缩短其住院治疗时间。分析相关原因,在蓝光照射治疗中,通过联合实施环境管理,注意从温度、湿度和光线条件等多方面出发,对环境条件进行合理的管理和控制。通过适当调整环境光线等条件,并对患儿进行适当遮光处理,可以有效遮挡强光线,促进患儿顺利地接受治疗和改善睡眠^[6-7]。同时,新生儿体温调节中枢发育还不够成熟,且汗腺发育还不够完善,如果外界环境温度过高,无法通过排汗及时降温,其体温也易上升,并容易出现缺水等情况。在患儿接受光疗的过程中,通过环境管理,还可以对治疗箱内的温度进行严格控制,可以将箱内的温度控制在合理的范围内,避免其出现体温上升、缺水等情况,最大程度保证治疗效果以及患儿的安全^[8]。

综上所述,通过本次研究可以发现,针对新生儿黄疸患儿,在对其实施蓝光照射治疗的同时,联合实施全面、细致的环境管理可获得理想的治疗效果,更好地改善患儿的临床症状,促进其康复。

参考文献

[1] 吴恩莲,刘琴,冯国莲,等.强化风险护理对蓝光照射新生儿黄疸患儿黄疸指数、胆红素和不良事件发生率的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(14):126-129.

[2] HOPKINS S L, SIEWERT B, ASKES S H, et al. An in vitro cell irradiation protocol for testing photopharmaceuticals and the effect of blue, green, and red light on human cancer cell lines[J]. Photochem Photobiol Sci, 2016, 15(5):644-653.

- [3] HOSOKAWA A. Experimental observation of piezoelectric effect in cancellous bone generated by ultrasound irradiation[J]. J Acoust Soc Am, 2016, 140 (5): EL441-EL448.
 - [4] 张少燕, 区永康, 许耀东, 等. 耳屏双岛状软骨-软骨膜在上鼓室外侧壁重建及鼓室成形术的临床应用[J]. 中华显微外科杂志, 2016, 39(4): 395-397.
 - [5] 李彦红, 张继刚, 徐艳峰, 等. 发光二极管 630nm 红光和 460nm 蓝光照射对日本大耳白兔皮肤创面愈合的影响[J]. 中国医学科学院学报, 2017, 39(3): 301-306.
 - [6] MATSUDA R, YAMANO T, MURAKAMI K, et al. Effects of spectral distribution and photosynthetic photon flux density for overnight LED light irradiation on tomato seedling growth and leaf injury[J]. Scientia Horticulturae, 2016, 198: 363-369.
 - [7] LEE S H, LEE S W, OH T, et al. Direct observation of plasmon-induced interfacial charge separation in metal/semiconductor hybrid nanostructures by measuring surface potentials[J]. Nano Letters, 2018, 18(1): 109-116.
 - [8] 张娜, 王惠娟. 不同方式光照疗法辅以药物治疗新生儿病理性黄疸的临床对比研究[J]. 山西医药杂志, 2018, 47(2): 154-156.
- (收稿日期: 2019-04-03 修回日期: 2019-09-02)
- 临床研究 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 21. 044

联合应用氯吡格雷和瑞舒伐他汀治疗脑梗死的疗效及对患者生存质量的影响

曾晓华, 黄 雯

江西省抚州市妇幼保健院内科, 江西抚州 344000

摘 要:目的 研究联合应用氯吡格雷和瑞舒伐他汀治疗脑梗死的疗效及对患者生存质量的影响。方法 抽取 2017 年 7 月至 2018 年 7 月在该院治疗的脑梗死患者 84 例, 分为对照组和观察组, 每组 42 例, 其中对照组实施氯吡格雷联合安慰剂治疗, 观察组实施氯吡格雷联合瑞舒伐他汀治疗, 观察两组患者神经功能、血流动力学(双侧大脑中峰流速、平均流速)与生存质量(Barthel 指数)。结果 治疗前两组患者的 NIHSS 评分、血流动力学指标、生存质量评分、血脂水平之间差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后观察组 NIHSS 评分低于对照组, 血流动力学指标(双侧大脑中峰流速、平均流速)、血脂水平与生存质量均高于对照组, 血脂水平改善优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 采用氯吡格雷和瑞舒伐他汀联合治疗脑梗死, 可明显改善患者神经功能, 有效提升患者的生存质量, 值得应用。

关键词: 氯吡格雷; 瑞舒伐他汀; 脑梗死; 生存质量

中图法分类号: R743.3

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)21-3209-03

脑梗死是常见的脑血管疾病, 患者会出现致残、致死的情况^[1]。该病在中老年人中发生率较高, 临床表现为偏瘫、感觉障碍、失语等, 对患者生活与工作均造成一定影响, 目前治疗仍采取药物治疗为主^[2]。当前美国神经重症监护学会《大面积脑梗死治疗指南(2015)》^[1]仍推荐使用阿司匹林; 但杨成等^[2]在研究中指出, 阿司匹林治疗脑梗死存在一定的复发与出血风险, 不良反应较多; 溶栓在治疗中也属于最佳治疗方式, 但溶栓最佳治疗时间为发病早期 6 h 内, 后期再次进行治疗时效果不佳。近期临床指出, 使用氯吡格雷在预防和治疗心、脑及其他动脉循环障碍疾病上疗效较好。为了研究该药物的优势, 本研究观察联合应用氯吡格雷和瑞舒伐他汀治疗脑梗死的疗效及对患者生存质量的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 7 月至 2018 年 7 月本院收治的 84 例脑梗死患者, 分为对照组和观察组, 每组 42 例。纳入标准: (1) 均符合脑梗死的诊断标准; (2) 均为首次发病; (3) 无出血情况者; (4) 错过溶栓最佳治疗时间; (5) 均知悉本研究且自愿参加。排除标

准: (1) 心源性脑梗死; (2) 对本研究使用的药物存在过敏者; (3) 凝血功能障碍者; (4) 临床资料不完善者。对照组: 男 22 例, 女 20 例; 年龄 45~67 岁, 平均(56.52±5.25)岁。观察组: 男 23 例, 女 19 例; 年龄 45~67 岁, 平均(56.22±5.33)岁。两组患者性别、年龄差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 所有患者均进行常规治疗, 包括纠正患者血糖、水电解质平衡、高热, 实施开放动脉且全身增加血容量治疗。对照组口服氯吡格雷片(乐普药业股份有限公司生产, 国药准字 H20123116), 每次 150 mg, 次日将剂量调整为 75 mg, 每日服用 1 次; 安慰剂每次 150 mg, 次日将剂量调整为 75 mg, 每日服用 1 次。观察组在对照组基础上口服瑞舒伐他汀钙片(南京正大天晴制药有限公司, 国药准字 H20080670), 每日服用 10 mg, 每日治疗 1 次; 口服氯吡格雷片剂量与对照组一致。所有患者均治疗 2 周。

1.3 观察指标 通过美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评价患者神经功能临床疗效, 评分越低患者的临床疗效越好^[3]。比较两组患者治疗前后血流动力学情况: 测定双侧大脑中峰流速、平均流速, 均采用