



•论 著•

维生素 K1、酚磺乙胺联合治疗新生儿凝血功能障碍的疗效观察

周 耀

(长沙市妇幼保健院儿科 410007)

摘要:目的: 探讨维生素 K1、酚磺乙胺联合治疗新生儿凝血功能障碍的疗效。方法: 将 2015 年 8 月至 2017 年 12 月期间我院新生儿科收治的 100 例凝血功能障碍的患儿按照随机数字表法分为对照组和观察组, 各为 50 例。对照组患儿给予常规治疗, 主要包括输注凝血酶原复合物、新鲜的冷冻血浆以及冷沉淀等, 同时给予抗感染以及纠正酸碱电解质平衡等。观察组在此基础上给予维生素 K1+酚磺乙胺治疗。比较两组疗效及治疗前后凝血功能相关指标水平。结果: (1) 观察组临床总有效率为 92.00% (46/50), 显著高于对照组的 74.00% (37/50) ($P < 0.05$); (2) 两组患儿治疗后 TT、PT、APTT 水平均分别显著小于治疗前 (P 均 < 0.05), 两组患儿治疗后 FIB 及 PLT 水平均分别显著高于治疗前 (P 均 < 0.05)。结论: 维生素 K1、酚磺乙胺联合治疗新生儿凝血功能障碍的疗效显著, 可有效改善患儿凝血功能状态, 应加以推广。

关键词: 新生儿凝血功能障碍; 维生素 K1; 酚磺乙胺; 凝血功能指标

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-262-02

凝血功能障碍性疾病, 主要是指由于缺乏某种凝血因子而引起的一种出血性疾病[1]。新生儿凝血功能障碍是临床上较为常见的一种新生儿科疾病, 它极易导致新生儿出现残疾、出血以及死亡等后果的产生[2]。对此, 应该强化对新生儿凝血功能障碍进行治疗。本研究主要探讨了维生素 K1 联合酚磺乙胺治疗患儿, 效果明显。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2015 年 8 月至 2017 年 12 月期间我院新生儿科收治的 100 例凝血功能障碍的患儿按照随机数字表法分为对照组和观察组, 各为 50 例。对照组 50 例患儿中, 男: 女为 27:23; 日龄 $1 \sim 26$ d, 平均 (16.59 ± 4.41) d; 体重 $1.82 \sim 3.79$ kg, 平均 (2.67 ± 0.35) kg。观察组 50 例患儿中, 男: 女为 27:23; 日龄 $1 \sim 26$ d, 平均 (16.59 ± 4.41) d; 体重 $1.82 \sim 3.79$ kg, 平均 (2.67 ± 0.35) kg。两组患儿一般资料方面的差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组患儿给予常规治疗, 主要包括输注凝血酶原复合物、新鲜的冷冻血浆以及冷沉淀等, 同时给予抗感染以及纠正酸碱电解质平衡等。观察组在此基础上给予维生素 K1 (上海现代哈森(商丘)药业有限公司生产, 国药准字 H20044180 号, 配比为 1mL: 10mg); 酚磺乙胺 (湖南尔康制药股份有限公司生产, 国药准字 H43020106 号, 配比为: 5mL: 1g)。维生素 K1 给药剂量为 1mg/次, 1 次/d; 酚磺乙胺给药剂量为 0.125g/次, 1 次/d。两组患儿均连续治疗 3d。

1.3 相关评价标准

(1) 患儿凝血功能评价标准[3-4]。凝血酶时间(TT): 范围为 $16 \sim 18$ s; 凝血酶原时间(PT): 范围为 $11 \sim 14$ s;

纤维蛋白原(FIB): 范围为 $2 \sim 4$ g/L; 活化部分凝血活酶时间(APTT): 范围为 $35 \sim 45$ s; 血小板计数(PLT): 范围为 $100 \sim 300 \times 10^9/L$; 如果 APTT 延长时间在 10s 以上以及 TT 与 PT 延长时间在 3s 以上, 则属于凝血功能异常; 如果 FIB 水平不在相应的范围之内, 则属于凝血功能异常。(2) 临床疗效评价标准。有效: 上述 5 项指标中, 在 3 项以上恢复至正常水平; 无效: 上述 5 项指标中, 有 3 项及以上未恢复至正常水平[5]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件对数据进行统计分析, 临床疗效以 “n (%)” 的形式进行表示; 治疗前后凝血功能指标水平均以 “ $\bar{x} \pm s$ ” 的形式加以表示; $P < 0.05$, 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组临床总有效率为 92.00% (46/50), 显著高于对照组的 74.00% (37/50) ($P < 0.05$), 见表 1:

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	例数 (n)	有效	无效	总有效率
对照组	50	37 (74.00)	13 (26.00)	37 (74.00)
观察组	50	46 (92.00)	4 (8.00)	46 (92.00)
X ²				4.595
P				0.031

2.2 两组患儿治疗前后凝血功能相关指标水平对比

两组患儿治疗后 TT、PT、APTT 水平均分别显著小于治疗前 (P 均 < 0.05), 两组患儿治疗后 FIB 及 PLT 水平均分别显著高于治疗前 (P 均 < 0.05), 见表 2:

表 2 两组患儿治疗前后凝血功能相关指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TT (s)	PT (s)	FIB (g/L)	APTT (s)	PLT ($\times 10^9/L$)
对照组 (n=50)	治疗前	23.03 ± 5.89	18.38 ± 4.02	1.28 ± 0.23	75.02 ± 10.21	80.00 ± 13.34
	治疗后	18.28 ± 4.34 ①	16.33 ± 3.28 ①	1.72 ± 0.35 ①	63.28 ± 7.93 ①	112.29 ± 16.56 ①
观察组 (n=50)	治疗前	23.11 ± 6.02	18.45 ± 4.12	1.33 ± 0.25	73.96 ± 10.03	79.78 ± 12.89
	治疗后	14.95 ± 3.22 ①	12.27 ± 2.67 ①	2.76 ± 0.57 ①②	39.39 ± 6.56 ①	185.59 ± 20.39 ①②
		②	②		②	

注意: ① $P < 0.05$, vs 治疗前; ② $P < 0.05$, vs 对照组治疗后。

3 讨论

新生儿凝血功能障碍主要是由于遗传方面因素的影响, 主要是由于缺乏凝血因子而引起的一种疾病。大量文献报道称[6-7]: 危重症患者多器官功能衰竭发展过程中, 凝血功能障碍在其中发挥着十分重要的作用。由于新生儿的凝血功能尚不够健全, 加上新生儿的血管壁比较脆弱, 而凝血因子的缺乏以及凝血酶原水平低下等方面的影响因素均极易导致新生儿脑血管受到较大的创伤, 从而对患儿的生命健康产生影响。

本研究主要采用临床对照的方法对新生儿凝血功能障碍的治疗方法进行筛选。观察组主要采用维生素 K1 与酚磺乙胺联合治疗, 其中维生素 K1 属于一种富含维生素的药物, 主要成分为人体肝脏合成凝血因子所需的物质, 其主要作用于由于维生素 K1 的缺乏而导致的出血性疾病[8]。新生儿一旦缺乏维生素 K1, 很容易导致机体凝血功能障碍, 从而导致血液凝固的时间变长。但是针对此种疾病的患儿补充一定剂量的维生素 K1, 能够为其机体之中的肝脏合成提供必需的物质, 能够对凝血酶水平低下、自然出血等进行有效防治, 从而具有较



强的止血效果。此外,相关文献报道称:维生素 K1 可以充分地发挥镇痛疗效以及使得支气管痉挛缓解等方面的作用。此外,它还能够对于因胆管痉挛以及肠痉挛等因素而导致的绞痛发挥较好的抑制性效果。而在此基础上联合使用酚磺乙胺,能够促使血管收缩,使得机体毛细血管的通透性水平降低。同时,酚磺乙胺可以促使血小板数量显著增大,增强血小板的凝集能力,从而能够促使更多的凝血活性物质被释放出来。本研究结果显示:两组患儿治疗后 TT、PT、APTT 水平均分别显著小于治疗前 (P 均 <0.05),两组患儿治疗后 FIB 及 PLT 水平均分别显著高于治疗前 (P 均 <0.05)。

综上所述,维生素 K1、酚磺乙胺联合治疗新生儿凝血功能障碍的疗效显著,可有效改善患儿凝血功能状态,应加以推广。

参考文献:

[1] 张文湛.胎盘早剥新生儿凝血功能障碍 4 例分析[J].当代医学,2016,22(19):83-84.

[2] 郑淮武,邱素清,李 奕,等.病情危重度不同的感染性疾病足月

新生儿凝血功能分析及干预后的转归[J].中国实用医药,2015,10(12):116-118.

[3] 张 涛,廖嘉仪,张费通,等.维生素 K1、新鲜冰冻血浆和冷沉淀对不同出生胎龄新生儿凝血指标的影响[J].实用医学杂志,2014,30(10):1572-1576.

[4] 张志伟.新生儿应用维生素 K1 的安全性分析[J].临床医药文献杂志,2015,2(11):2021-2022.

[5] 武 超,程 钢,许杜娟.维生素 K1、酚磺乙胺与氨甲苯酸在输液中的配伍稳定性考察[J].安徽医药,2014,18(12):2244-2246.

[6] 覃安志,曾美红,郑志勇,等.维生素 K1 和酚磺乙胺治疗新生儿凝血功能障碍效果分析[J].儿科药学杂志,2015,21(07):30-33.

[7] 李小海,刘越军,王东升,等.十友散加味方联合酚磺乙胺片防治混合痔术后出血的临床研究[J].河北中医,2015,37(12):1813-1816.

[8] 严泽勇.维生素 K1 联合酚磺乙胺治疗新生儿凝血功能障碍的疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2014,24(05):127-128.

(上接第 254 页)

左侧声带息肉分别 241 例、301 例,二者相比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。但是双侧声带息肉只有 65 例,占比为 10.71%,这说明声带息肉以单侧为主。声带息肉多伴有增生,本组共 223 例患者伴有增生。其中:声带息肉伴上皮非异型增生 192 例 (31.63%),声带息肉伴异型增生 31 例 (5.10%)。这说明非异型增生在声带息肉中更为常见。研究结论与孙绍辉[11]等人的报道相一致。

病因治疗、药物保守治疗和手术治疗是声带息肉治疗的主要方法。声带息肉较小者,可以采取病因治疗与药物保守治疗相结合的方式。经治疗无效,或声带息肉较大者,则宜考虑手术治疗。随着显微喉镜技术的发展和成熟,显微喉镜下声带息肉切除术得到了广泛运用。在本组资料中,所有患者均顺利完成手术,平均手术时间 (25.86 $\pm$ 9.14) min。术后喉部损伤是声带息肉切除常见并发症。本组术后咽部无损伤 471 例 (77.59%),轻微损伤 93 例 (11.32%),中度损伤 43 例 (7.08%),无重度损伤。这说明显微喉镜下声带息肉切除术具有较高的安全性。从术后疗效来看,治愈 592 例 (97.53%),好转 13 例 (2.14%),无效 2 例 (0.33%),治疗总有效率为 99.67%。这也肯定了切除术的疗效、陈昭英[12]等也认为切除术具有安全性高、疗效确切等优势,是声带息肉治疗的有效方案。

综上,声带息肉发病有典型的年龄特征,且单侧声带息肉多见,显微喉镜下手术治疗声带息肉具有较好的效果,对具有手术适应症的患者,应综合考虑采取手术治疗。

参考文献:

[1] 李强,秦雪梅,叶宣光,等.喉癌、喉良性病变及声带息肉组织 HP V-DNA 及 P16 蛋白的表达差异[J].中国临床医学,2017,24(5):744-747.

[2] 邹文,葛丹丹.超声成像在声带息肉诊断中的应用价值[J].实用临床医学,2016,17(12):68-69.

[3] 杨越,吴海涛.1116 例声带息肉临床和病理分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(15):1187-1190.

[4] 常建玉,王宝贵,黄维平.手术显微镜支撑喉镜下和显微喉镜下切除声带息肉术后疗效研究[J].中国继续医学教育,2016,8(7):135-136.

[5] 尹三,王凤珍,杨美莲.126 例不同治疗方法治疗不同类型声带息肉临床疗效观察[J].航空航天医学杂志,2015,26(8):953-954.

[6] 赵松花,孙绍辉,李广生,等.536 例女性声音嘶哑的临床诊断分析[J].中国实验诊断学,2015,19(4):675-676.

[7] 刘军,王超,邓世明,等.开喉剑喷雾剂在声带息肉患者术后的疗效分析[J].中外医学研究,2015,13(3):17-18.

[8] 张慧,诸葛盼,王珊,等.基于病理分型的中医辨证论治对声带息肉患者的临床疗效观察[J].中华中医药学刊,2015,33(1):217-219.

[9] 宁金梅,吴平,赵树波,等.MMP-2 在声带息肉中的表达[J].昆明医科大学学报,2014,35(11):143-147.

[10] 孙博,曾瑞芳,艾金钢,等.声带息肉、小结术后持续声嘶患者的临床分析[J].中国医学工程,2014,22(3):53-54.

[11] 孙绍辉,赵松花,陈娜.406 例声带疾病的临床、病理分析[J].中国实验诊断学,2013,17(3):581-583.

[12] 陈昭英.电子喉镜下摘除声带息肉 66 例实施临床路径的效果评价[J].中国药房,2013,24(14):1256-1258.

简介: 章程(1979.08-),男,汉族,籍贯湖南邵阳,主治医师,联系地址:湖南省长沙市岳麓区枫林三路湖南航天医院耳鼻喉科 邮编: 410205

通讯作者: 章程