



早产及危重新生儿全静脉营养支持疗法治疗的效果与不良反应

熊 敏

荆门市第一人民医院 湖北荆门 448000

【摘要】目的 观察早产及危重新生儿全静脉营养支持疗法治疗的效果与不良反应。**方法** 选取 82 例早产及危重新生儿为研究对象,以抽签法将其分为两组,研究组和对照组各 41 例,对照组给予常规支持治疗,研究组在对照组基础上给予全静脉营养支持疗法,比较两组患者治疗有效率和不良反应发生率。**结果** 研究组总有效率为 92.68% (38/41),明显高于对照组的 75.61% (31/41),两者之间差异显著,有统计学意义 ($P < 0.05$);研究组不良反应发生率为 9.76% (4/41),明显低于对照组的 26.83% (11/41),两者之间差异显著,有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 治疗早产及危重新生儿时,全静脉营养支持疗法临床疗效显著,可有效改善患儿营养状况,降低患儿不良反应发生率,可以被推广应用。

【关键词】 早产;危重新生儿;全静脉营养支持疗法;效果;不良反应

【中图分类号】 R722.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 02-089-02

胎龄在 37 足周以前出生的活产婴儿称为早产儿或未成熟儿,早产儿越早产则皮肤越薄嫩、组织含水量多、皮肤脆弱^[1]。体温调节弱,抵抗力弱,哭声小,当外伤、缺氧、感染、凝血机能受碍,往往易出血而且较重,易产生严重并发症,危机患儿生命^[2]。一旦新生儿发生心、肺衰竭和心跳呼吸停止,一旦心跳停止、脉搏消失等情况,则提示预后很差。危重儿最早出现的变化是呼吸,而最后消失的生命体征是心率,临床应在呼吸频率减慢时及时采取措施对患儿进行救治^[3]。本文观察早产及危重新生儿全静脉营养支持疗法治疗的效果与不良反应,并在研究过程中取得一定的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 2 月至 2018 年 2 月期间我院收治的 82 例早产及危重新生儿为研究对象,纳入患儿家属对本研究知情且签署同意书者。排除标准:①有严重的系统性疾病患儿;②有肝肾器质性疾病的患儿;③有精神病史的患儿;④凝血功能不全的患儿;⑤入院前 3 个月内使用过抗生素者。将 82 例早产及危重新生儿以抽签法将其分为两组,研究组和对照组各 41 例,其中研究组:男 28 例,女 13 例;年龄 3-17d,平均 (11.13 ± 1.24) d;其中早产儿 29 例,危重儿 12 例;对照组:男 27 例,女 14 例;年龄 2-16d,平均 (11.15 ± 1.23) d;其中早产儿 28 例,危重儿 13 例。两组患者,在各项指标上 P 值均大于 0.05,数据从统计结果,不具有意义,具有比较价值。

1.2 方法

对照组给予常规支持治疗,予以吸氧、保暖、补液、抗感染等措施对患儿进行干预。

研究组在对照组基础上给予全静脉营养支持疗法,予以碳水化合物 50%,脂肪 35%,氨基酸 15%。葡萄糖浓度为 11%-12%,输注开始速度为 4-6mg/(kg·min),逐渐增大至 6-8mg/(kg·min);同时予以适当的维生素和电解质补给。

比较两组患者治疗有效率和不良反应发生率。

1.3 观察指标

疗效判断标准:①显效:患儿营养状况良好,各项生命指标均在正常范围内;②有效:患儿营养状况明显好转,各项生命指标明显改善;③无效:患儿营养状况低下,抵抗力较低。总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

不良反应统计高血糖、高血脂症和氮质血症的发生率。

1.4 统计学方法

本次研究中,将 82 例早产及危重新生儿的研究数据均输入至 SPSS17.0 软件中,进行统计学有效处理,计量资料采用

($\bar{x} \pm s$) 的形式表示,处理方式为 t 检验;结果数据采用 % 的形式表示,处理方式为 χ^2 检验,结果显示, $P < 0.05$, 便形成统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗总有效率的比较

研究组总有效率为 92.68% (38/41),明显高于对照组的 75.61% (31/41),两者之间差异显著,有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组治疗总有效率的比较 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	41	27 (65.85)	11 (26.83)	3 (7.32)	38 (92.68)
对照组	41	17 (41.46)	14 (34.15)	10 (24.39)	31 (75.61)
χ^2 值					4.4794
P 值					0.0343

2.2 两组不良反应发生率的比较

研究组不良反应发生率为 9.76% (4/41),明显低于对照组的 26.83% (11/41),两者之间差异显著,有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组不良反应发生率的比较 [n (%)]

组别	例数	高血糖	高血脂症	氮质血症	发生率
研究组	41	1 (2.44)	2 (4.88)	1 (2.44)	4 (9.76)
对照组	41	4 (9.76)	4 (9.76)	3 (7.32)	11 (26.83)
χ^2 值					3.9980
P 值					0.0456

3 讨论

由于引起分娩开始的机理尚未十分明了,因此关于发生早产的原因至今仍有许多不明之处。但早产儿一般表现为体重较轻,器官功能和适应能力较差,需要予以特殊护理。必须注意保暖,处理时动作要轻巧而迅速。产房温度必须保持 25℃ 左右,产程中最好不用对胎儿呼吸中枢有影响的麻醉、镇静药。

早产及危重新生儿的治疗以营养补给为主,辅以对症治疗,以最终患儿各项体征表现良好,吸乳情况较好,无贫血及其他营养缺乏等疾病症状为治愈。此项试验中,研究组总有效率为 92.68%,明显高于对照组的 75.61%;研究组不良反应发生率为 9.76%,明显低于对照组的 26.83%。表明在早产及危重新生儿的营养治疗中,使用全静脉营养支持疗法,有助于患儿的康复,与姜悦哲等^[4]人的研究内容相符,值得广泛应用,提升患者治疗效率。

(下转第 91 页)



CD4/CD8、CD8、IL-2、IL-10) 显著改善, 与治疗前对比 ($P < 0.05$), 且观察组改善优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

3 讨论

以上研究结果显示, 治疗后 2 组患儿免疫功能指标 (IgA、IgG、IgM、CD4、CD4/CD8、CD8、IL-2、IL-10) 显著改善, 与治疗前对比 ($P < 0.05$)。与已有的研究结果一致, 提示轮状病毒肠炎患儿细胞和体液免疫功能会明显下降, 呈严重的抑制状态^[5]。出现免疫功能下降的原因可能与 CD4 细胞中 Th 细胞数量减少, 功能低下和 CD8 细胞中 Ts 细胞增多, 功能活跃相关, 造成 IgA、IgG、IgM 浆细胞减少或免疫球蛋白转换不良, 从而使感染患儿出现免疫功能缺陷。IL-2 主要由 Th 细胞分泌, IL-10 是一种广泛的免疫学效应细胞因子, 感染后患儿 IL-10 功能抑制, IL-2 降低, 减少了机体字体竞争结合 IL-2, 使机体自分泌效应减少, 抑制 T 淋巴细胞克隆扩增, 最终导致细胞免疫功能下降。

干扰素是抗病毒感染中的主要淋巴因子之一, 可阻止病毒 mRNA 的功能或分解病毒 mRNA, 抑制病毒的复制, 保护宿主细胞不受破坏, 促进细胞毒性 T 细胞呈递抗原, 对病毒具有良好的杀伤作用。同时干扰素在体内可以刺激免疫活性细胞,

预防病毒感染后引发的机体变态反应。轮状病毒感染患儿, 字体干扰素水平不足, 增加外源性干扰素可以刺激机体产生大量干扰素, 从而增强抑制病毒的作用。此外还具有免疫调节作用, 可增强巨噬细胞的功能, 预防病毒进入正常细胞。

本文研究结果显示, 观察组总有效率 85.18% 高于对照组 57.40% ($P < 0.05$), 且免疫功能指标显著改善, 与对照组对比 ($P < 0.05$)。由此表明, 干扰素治疗轮状病毒肠炎疗效显著, 可显著改善患儿免疫功能, 促进患儿的康复, 是一种有效的治疗方法, 值得临床推广和应用。

参考文献:

- [1] 张春梅, 鹿新红, 邓朝晖, 等. 轮状病毒肠炎患儿免疫功能变化分析 [J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(25):6093
- [2] 刘辉, 石凤英. 重组人干扰素治疗轮状病毒肠炎的效果 [J]. 中国医药导报, 2014, 11(17):70-72.
- [3] 刘文彬, 刘华君, 袁丽, 等. 干扰素治疗婴幼儿轮状病毒肠炎临床疗效及免疫功能变化 [J]. 四川医学, 2012, 33(4):625-627.
- [4] 张锋. 秋泻灵合剂治疗小儿秋季腹泻 32 例 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2013, 21(12):660-661.
- [5] 张英超. 秋泻灵合剂治疗轮状病毒性肠炎的疗效观察 [J]. 贵阳中医学院学报, 2011, 33(6):83-84.

(上接第 87 页)

效 17 例, 有效 16 例, 无效 1 例, 总有效率 97.06%; B 组显效 13 例, 有效 15 例, 无效 6 例, 总有效率 82.35%。两组对比无明显差异 ($\chi^2=3.981$, $P=0.046$); A 组 2 例复发, 复发率 5.88%, B 组 8 例复发, 复发率 23.53%, 两组对比有明显差异 ($\chi^2=4.221$, $P=0.040$)。由此可以看出, 口服用药不仅短期疗效明显, 同时还能有效降低复发率。外部用药治疗一般将药物放置于阴道, 多为栓剂, 或将制霉菌素片磨碎后加水混合, 涂抹于阴道, 这种治疗方式能直接作用于患处, 起效速度较快, 能迅速抑制炎症。但外部用药治疗仅作用于患处, 对患者体内的真菌无杀灭作用, 因此治疗后的复发率较高^[5, 6]。口服制霉菌素虽然起效速度较慢, 但预后良好。由于制霉菌素的胃肠反应较严重, 治疗过程中容易出现不良反应, 因此一般与其他药物联合使用, 从而缓解药物的毒副作用, 保证临床疗效。因此在临床治疗中, 应当根据患者的病情选择合理的治疗方式, 若患者病情较重, 可以考虑采用联合治疗的方式控制病情, 促进患者康复。

(上接第 88 页)

参考文献:

- [1] 刘春贤, 胡艳松. 盐酸氨溴索加盐酸丙卡特罗治疗小儿肺炎临床效果分析 [J]. 数理医药学杂志, 2018(3):401-402.
- [2] 王桂茹. 盐酸氨溴索联合盐酸丙卡特罗治疗小儿肺炎疗效观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2017(12):85-86.

(上接第 89 页)

综上所述, 治疗早产及危重新生儿时, 全静脉营养支持疗法临床疗效显著, 可有效改善患儿营养状况, 降低患儿不良反应发生率, 可以被推广应用。

参考文献:

- [1] 袁玉美. 分析早产及危重新生儿全静脉营养支持疗法治疗的效果与不良反应 [J]. 中国保健营养, 2017, 27(15):32.

综上所述, 口服制霉菌素与外部用药治疗霉菌性阴道炎疗效相近, 但口服制霉菌素治疗的复发率较低, 远期疗效较好, 值得推广应用。

参考文献:

- [1] 库淑华, 李丽岩. 霉菌性阴道炎的诊疗进展 [C]//2016 全国慢性病诊疗论坛. 2016.
- [2] 库淑华, 李丽岩. 霉菌性阴道炎的诊疗进展 [J]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2016(4):149-150.
- [3] 管晓丽, 杨明, 杨岩. 口服制霉菌素与外部用药治疗霉菌性阴道炎的疗效探究 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(29):4789-4791.
- [4] 班显艳. 碳酸氢钠冲洗联合制霉菌素局部用药治疗妊娠期霉菌性阴道炎的体会 [J]. 中国医药指南, 2015, 13(4):82-82.
- [5] 杨爱青. 唯阴康联合制霉菌素治疗霉菌性阴道炎的效果观察 [J]. 北方药学, 2017, 14(9):55.
- [6] 张宇杰, 周莉莉, 王立, 等. 硝咪太尔制霉菌素栓治疗霉菌性阴道炎的观察 [J]. 中国医药指南, 2013(7):274-275.

[3] 张静. 盐酸氨溴索加盐酸丙卡特罗治疗小儿肺炎疗效观察探讨 [J]. 医药前沿, 2017(19):82-83.

[4] 吴景伟. 盐酸氨溴索加盐酸丙卡特罗治疗小儿肺炎疗效观察 [J]. 中国继续医学教育, 2015(13):182-182.

[5] 王健. 盐酸丙卡特罗与盐酸氨溴索治疗 58 例小儿肺炎疗效观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2017(7):85-87.

[2] 帕提麦 – 阿不都热依木. 早产及危重新生儿全静脉营养支持疗法治疗的效果与不良反应研究 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(1):51-52.

[3] 杜书华, 陈娟, 陈德忠, 等. 全静脉营养支持疗法治疗早产及危重新生儿的疗效 [J]. 包头医学院学报, 2016, 32(11):23-24.

[4] 姜悦哲, 柳琳琳, 李燕. 危重早产儿静脉营养支持疗法的疗效观察 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(28):95-96.