

缬沙坦钠作为新型抗心力衰竭药物,可通过拮抗血管紧张素II、血管紧张素III受体与脑啡肽酶,与相应受体结合,提升鸟苷酸环化酶水平,激活传导信号通路,有效减小血管阻力,抑制心肌重构及心肌纤维,达到治疗心力衰竭的目的^[7]。另外还知,治疗后联合组患者6 min 步行距离较常规组长,MLHFQ评分较常规组低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。表明CHF患者治疗效果提升,可促进患者心功能恢复,提高运动耐力,加速康复进程,进而提升生活质量。

综上所述,沙库巴曲缬沙坦钠联合左西孟旦治疗CHF临床效果显著,可有效改善患者心功能,提高运动耐力,提升生活质量,不良反应少。

〔参考文献〕

- (1) 靳志涛,丁力平,王承竹,等.沙库巴曲缬沙坦钠联合左西孟旦治疗难治性心力衰竭的疗效观察[J].中国心血管杂志,2020,25(5):420-424.
- (2) 李崇耀,赵鸿斌,袁建才,等.沙库巴曲缬沙坦联合芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭患者的临床疗效观察[J].疑难病杂志,2020,19(7):667-671.
- (3) 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.
- (4) 张亮,李海林.左西孟旦对顽固性心力衰竭患者心功能的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2019,26(3):307-309.
- (5) 张江武,谢志辉,吴方辉,等.沙库巴曲缬沙坦钠片(诺欣妥)对慢性心力衰竭患者疗效及BNP水平的影响分析[J].吉林医学,2019,40(7):1430-1433.
- (6) 李秋霞,慕春言.伊伐布雷定联合左西孟旦治疗慢性心力衰竭的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(6):1630-1634.
- (7) 刘荣,于海波,梁延春,等.沙库巴曲缬沙坦钠治疗缺血性心肌病射血分数中间值心力衰竭短期临床疗效观察[J].临床军医杂志,2020,48(5):544-546.

(文章编号) 1007-0893(2021)14-0144-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.14.064

小剂量谷氨酰胺强化肠外营养治疗重度溃疡性结肠炎

杨健 冯硕旦 陈洪朗 何茵茵

(肇庆市第二人民医院,广东 肇庆 526000)

〔摘要〕 **目的:**探讨小剂量谷氨酰胺强化肠外营养支持治疗在重度溃疡性结肠炎伴营养风险患者中的应用效果。**方法:**抽选来自2009年2月至2019年2月期间肇庆市第二人民医院收治的重度溃疡性结肠炎的患者58例,按照随机抽签法将其分为对照组和观察组,各29例。对照组实施常规治疗,观察组则在对照组的基础上采用小剂量谷氨酰胺强化肠外营养,比较两组患者的治疗效果、营养情况、住院时间以及不良反应发生率。**结果:**实施治疗后,观察组的治疗总有效率显著高于对照组,营养情况显著优于对照组,住院时间显著短于对照组,不良反应发生率显著低于对照组,组间比较,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**对重度溃疡性结肠炎患者采用小剂量谷氨酰胺强化肠外营养支持,可有效提升治疗效果,避免不良反应情况的出现,缓解患者不适。

〔关键词〕 重度溃疡性结肠炎;谷氨酰胺;肠外营养支持

〔中图分类号〕 R 574.62 〔文献标识码〕 B

溃疡性结肠炎是临床常见消化系统疾病,目前具体发病原因尚不清楚,患者症状包括血性腹泻、腹痛、体质量减轻等,部分患者因为自身病情的缘故,需要给予肠外营养,保证患者得到充足的营养摄入,营养包括电解质、微量元素等^[1-2]。肠外营养是经静脉途径供应患者所需的营养物质,包括热量、必需和非必需氨基酸、维生素、电解质及微量元素。肠外营养包括完全肠外营养和部分补充肠外营养。有相关研究对重度溃疡性结肠炎使用谷氨酰胺强化肠外营养支持,结果显示

该方法能够有效提升治疗效果,避免不良反应情况,缓解患者不适^[3-4]。鉴于此,本研究对重度溃疡性结肠炎患者运用小剂量谷氨酰胺实施肠外营养,现将研究详情报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽选来自2009年2月至2019年2月期间本院收治的重度溃疡性结肠炎的患者58例,按照随机抽签法将其分为对

〔收稿日期〕 2021-05-16

〔作者简介〕 杨健,女,主治医师,主要研究方向是肝病。

照组和观察组，各 29 例。对照组中男 13 例，女 16 例，年龄 34~56 岁，平均年龄 (42.38 ± 1.29) 岁，观察组中男 14 例，女 15 例，年龄 36~57 岁，平均年龄 (43.29 ± 1.38) 岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。(1) 纳入标准：符合重度溃疡性结肠炎的诊断标准^[5]；知情同意本研究。(2) 排除标准：具有重大疾病者；具有精神障碍者；中途退出研究者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规治疗，包括掌握患者具体病情，采取针对性的抗感染、解痉、止痛及输血等治疗，并调整水电解质及酸碱平衡，纠正低蛋白血症。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上，联合小剂量谷氨酰胺强化肠外营养支持治疗，采用静脉途径给予患者每日所需营养物质，主要成分为：葡萄糖 2~4 g·kg⁻¹·d⁻¹，氨基酸 0.6~1.5 g·kg⁻¹·d⁻¹ 以及脂肪 1~1.5 g·kg⁻¹·d⁻¹ 以及电解质，并其中放入 0.4 g·kg⁻¹·d⁻¹ 谷氨酰胺（哈尔滨三联药业有限公司，国药准字 H20044889），并持续治疗 1 周。

1.3 观察指标

(1) 统计两组患者治疗效果，分别是显效：患者营养供养充分，结肠镜、病理检查肠黏膜基本恢复正常；有效：患者疾病症状逐渐好转，结肠镜检查发现肠黏膜轻度炎症，活检为单核细胞浸润；无效：经治疗患者病情无任何缓解，病理检查和内镜检查均无显著改善^[5]；计算治疗总有效率，总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 记录两组患者白蛋白、前白蛋白变化，步骤：抽取患者清晨空腹静脉血 3 mL，进行离心处理，采用全自动生化分析仪检测。(3) 详细记录两组患者的住院时间。(4) 统计两组患者出现不良反应例数，包括腹泻、脱水以及饲管堵塞、溃疡难愈合，计算不良反应发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗总有效率比较

观察组治疗总有效率 (96.55%) 显著高于对照组 (79.31%)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者的治疗总有效率比较 (n = 29, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效 / n (%)
对照组	9	14	6	23(79.31)
观察组	16	12	1	28(96.55) ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者的营养情况比较

在实施治疗前，两组患者的营养情况比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；在实施治疗后，观察组患者的营养情况

显著优于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者的营养情况比较 (n = 29, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	白蛋白 / g·L ⁻¹	前白蛋白 / mg·L ⁻¹
对照组	治疗前	28.73 ± 1.34	0.09 ± 0.01
	治疗后	31.42 ± 1.42	0.14 ± 0.03
观察组	治疗前	28.31 ± 1.27	0.10 ± 0.01
	治疗后	35.82 ± 1.23 ^b	0.25 ± 0.01 ^b

与对照组比较，^b $P < 0.05$

2.3 两组患者住院时间比较

观察组患者的住院时间为 (12.83 ± 1.35) d，显著短于对照组的 (16.83 ± 1.23) d，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 两组患者不良反应发生率比较

观察组的不良反应发生率显著低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率比较 (n = 29, 例)

组别	腹泻	脱水	饲管堵塞	总发生 / n (%)
对照组	2	2	3	7(24.14)
观察组	1	0	1	2(6.90) ^c

与对照组比较，^c $P < 0.05$

3 讨论

溃疡性结肠炎属于消化系统疾病，主要病变位置处在大肠黏膜及黏膜下层，该疾病无年龄限制，患者在疾病早期的典型症状为血性腹泻，具有一定的难治性，患者在治疗痊愈后仍会出现复发的情况，对于重症患者来说，饮食上需要特别注意，不可进食辛辣刺激性食物及高纤维食物^[6]。临床为保证患者营养，会选用肠外营养的方式满足人体所需^[7]。

随着近些年医学研究的深入，医学专家逐渐认识到胃肠道不仅是消化食物的器官，同时也重要的免疫器官^[8]，本研究中的患者为重症溃疡性结肠炎，此种疾病患者无法进行正常消化饮食，因此需要借助外力手段，满足患者每日营养所需，采用肠外营养为大多患者首选，肠外营养通过静脉途径供应患者所需的营养物质，包括足够的微量元素、电解质、维生素、氨基酸、热量，可促使患者在不进食的状态下仍可获得良好的营养，同时可促使胃肠道的物理和化学刺激减少至最低限度，有利于炎症水肿的消退，肠黏膜修复，改善营养状态同时又进一步促进肠黏膜的恢复。笔者在肠外营养的过程中增加了小剂量谷氨酰胺，从本研究结果可知：实施治疗后，观察组的治疗总有效率显著高于对照组，营养情况显著优于对照组，住院时间显著短于对照组，不良反应发生率显著低于对照组，组间比较，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。谷氨酰胺是体内最丰富的游离氨基酸，能够在氧化后帮助肠黏膜维持稳定，提升其功能，谷氨酰胺主要作用于肠道，此种物质作为蛋白质、碱基、氨基酸等生化代谢的中间体，增强机体蛋白质的合成，帮助机体组织愈合，促进溃疡创面愈合，保持肠黏膜完整，避免细菌移位、肠毒

素进入血液循环,且能提升患者全身免疫能力,降低肠内营养不良反应的风险。

综上所述,对重度溃疡性结肠炎患者采用小剂量谷氨酰胺强化肠外营养支持,可有效提升治疗效果,避免不良情况的出现,缓解患者不适。

〔参考文献〕

- (1) 杜岩. 复方甘草酸苷注射液联合复方谷氨酰胺肠溶胶囊治疗溃疡性结肠炎的疗效观察 (J). 现代药物与临床, 2017, 32(9): 1675-1678.
- (2) 张莹莹. 益生菌与复方谷氨酰胺肠溶胶囊联合美沙拉嗪对活动期溃疡性结肠炎的疗效 (J). 河南医学研究, 2019, 28(22): 4124-4125.
- (3) Hicks CW, Hodin RA, Bordeianou L, et al. Semi-urgent surgery in hospitalized patients with severe ulcerative colitis does not increase overall J-pouch complications (J). The American Journal of Surgery, 2014, 207(2): 281-287.
- (4) 涂静, 赵太云, 闫碧春, 等. 丙氨酰谷氨酰胺对溃疡性结肠炎患者疗效及其血清炎症因子的影响研究 (J). 临床和实验医学杂志, 2018, 17(16): 1736-1738.
- (5) 中医学学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 我国炎症性肠炎诊断治疗规范的共识意见 (J). 胃肠病学, 2007, 12(8): 488-495.
- (6) 蒋圣君, 毛伯能. 美沙拉嗪、双歧杆菌三联活菌联合复方谷氨酰胺治疗活动期轻中度溃疡性结肠炎的研究 (J). 河北医药, 2018, 40(23): 3540-3544.
- (7) 支亚军, 孟凡冰. 复方苦参肠溶胶囊与谷氨酰胺肠溶胶囊联合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的疗效比较 (J). 世界中医药, 2017, 12(11): 2655-2658.
- (8) 张莉, 顾清, 张璐, 等. 美沙拉嗪联合嗜热链球菌及复方谷氨酰胺对溃疡性结肠炎患者炎症因子及免疫功能的影响 (J). 川北医学院学报, 2019, 34(4): 325-328.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)14-0146-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.14.065

小切口甲状腺切除术与传统切除术 治疗甲状腺结节临床效果比较

王江涛¹ 高利伟¹ 马清涛²

(1. 洛宁县地方病防治院, 河南 洛宁 471000; 2. 洛宁县妇幼保健院, 河南 洛宁 471000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨不同方式甲状腺切除术治疗甲状腺结节的临床效果, 为临床选择合理的手术方式提供依据。 **方法:** 选取洛宁县地方病防治院甲乳外科于 2018 年 1 月至 2019 年 3 月收治入院的甲状腺良性结节患者 138 例, 根据患者知情同意的情况下自愿选择手术方式分为两组, 传统组 72 例和小切口组 66 例。传统组采用传统甲状腺切除术治疗, 小切口组采用内镜下小切口甲状腺切除术治疗。比较两组患者的手术时间、术中出血量、瘢痕美容效果、住院费、并发症、满意度, 探讨两种术式的临床应用。 **结果:** 小切口组患者手术时间、住院费用明显多于传统组, 瘢痕美容效果明显优于传统组, 术中出血量、并发症发生率明显低于传统组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者满意度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。 **结论:** 小切口甲状腺切除术治疗甲状腺结节术中出血量低、并发症率低, 瘢痕美容效果好、患者满意度高。

〔关键词〕 甲状腺结节; 传统甲状腺切除术; 小切口甲状腺切除术; 内镜

〔中图分类号〕 R 736.1 〔文献标识码〕 B

甲状腺是人体非常重要且最大的内分泌器官, 形似蝴蝶位于颈部甲状软骨下方气管两旁^[1]。甲状腺结节是甲状腺内的肿块, 随吞咽伴随甲状腺上下移动, 可以多发或单发, 其病因多种多样, 如甲状腺瘤、甲状腺癌、结节性甲状腺肿等^[2-3], 也可由甲状腺退行性变、炎症、自身免疫病等引起结节, 多以颈前区不适为主要临床表现, 甲状腺结节多见于

女性^[4], 传统外科甲状腺切除术切口大, 切口位于颈前区, 治愈后影响美观, 小切口甲状腺切除术很好地改善了传统手术这一缺陷, 但小切口甲状腺切除术在临床的应用并不是十分占优势, 因颈部甲状腺附近组织、血管、神经复杂、颈部位置狭小, 手术空间有限, 对手术技术要求相对较高^[5]。笔者对 138 例甲状腺良性结节患者分组研究, 探讨不同方式甲

〔收稿日期〕 2021-05-23

〔作者简介〕 王江涛, 男, 主治医师, 主要研究方向是临床甲状腺疾病的治疗。