

tic leukemia[J]. Clin Cancer Res, 2005, 11(8):2974-2980.

[4] 刘青, 蒋慧, 孙恒娟, 等. 儿童急性淋巴细胞白血病细胞遗传学特征分析[J]. 中华血液学杂志, 2012, 33(4): 282-285.

[5] Romana SP, Mauehonffe M, Le-Coniat M, et al. The t(12; 21) of acute lymphoblastic leukemia results in a TEL-AML1 gene fusion[J]. Blood, 1995, 85(12):3662-3670.

[6] 王恺, 周永安, 苏丽萍, 等. 儿童急性淋巴细胞白血病 TEL-AML1 融合基因检测[J]. 白血病·淋巴瘤, 2009, 18

(11):675-678.

[7] 张艾, 胡群, 张柳清, 等. BCR-ABL 融合基因阳性儿童急性淋巴细胞白血病临床分析[J]. 白血病·淋巴瘤, 2014, 23(3):160-162.

[8] Jones LK, Saha V. Philadelphia positive acute lymphoblastic leukaemia of child hood[J]. Br J Haema, 2005, 130(8):489-500.

(收稿日期:2016-04-04 修回日期:2016-05-04)

• 临床探讨 •

# 小儿肾病综合征应用低分子肝素联合泼尼松治疗的临床效果

周平, 谭忠友<sup>△</sup>, 秦弦

(重庆三峡中心医院妇女儿童医院分院内二科 404000)

**摘要:**目的 探讨低分子肝素和泼尼松联合使用的临床效果,以及对肾病综合征患儿肾功能及凝血系统的影响。方法 纳入该院收治的 62 例肾病综合征患儿,根据随机数字表法分为对照组和观察组,每组 31 例。对照组患儿单纯给予泼尼松治疗,观察组患儿给予泼尼松联合低分子肝素进行治疗,对比两组临床治疗效果、治疗前后的肾功能指标和凝血指标变化。**结果** 两组患者在治疗过程中均未出现严重不良反应。观察组临床总有效率较对照组明显升高( $\chi^2=7.85, P<0.05$ )。两组患儿治疗后的 SCr、BUN、24 h 尿蛋白定量和治疗前比较明显降低( $P<0.05$ ),Ccr 和治疗前比较明显升高( $P<0.05$ )。观察组患儿治疗后的肾功能改善情况明显优于对照组( $P<0.05$ )。两组患儿治疗前后的 PT、APTT 均无明显变化( $P>0.05$ ),观察组患儿治疗后的 PT、APTT 与对照组患儿治疗后比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论** 小儿肾病综合征采用低分子肝素和泼尼松的联合治疗,可以使两种药物的优点得到充分发挥,改善肾功能指标,临床效果确切,值得推广。

**关键词:**肾病综合征; 低分子肝素; 泼尼松; 儿童

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)19-2810-03**

小儿肾病综合征属于儿科泌尿系统常见疾病,按发病原因可以分为原发性肾病综合征和继发性肾病综合征,按病情程度可分为轻、中、重度 3 种<sup>[1]</sup>。糖皮质激素是治疗小儿肾病综合征的首选药物,治疗效果确切,但长期应用容易产生耐药性,并且不良反应较大,容易引起消化系统溃疡、高血压及生长发育迟缓等,使该类药物在临床上的推广受到限制<sup>[2]</sup>。低分子肝素由肝素衍生而来,相比肝素具有抗凝作用强、生物利用度高等优点,且对血小板及血浆的亲合力减弱,大大降低了自发性出血的风险,逐渐应用于小儿肾病综合征的临床治疗中<sup>[3]</sup>。近年来,低分子肝素在一些临床相关研究中已被证实为治疗小儿肾病综合征的新型抗血栓药物,对肾功能具有明显改善作用。因此,本研究对本院收治的 62 例小儿肾病综合征患儿进行分组,观察组采用低分子肝素联合泼尼松的治疗方法,从而进一步探讨联合用药的治疗效果及临床优势,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将本院 2014 年 1 月至 2016 年 1 月收治的 62 例肾病综合征患儿作为研究对象,根据随机数字表法分为对照组 31 例和观察组 31 例。对照组中,男 18 例,女 13 例;年龄 2~10 岁,平均(5.63±2.69)岁;病程 1~12 月,平均(5.37±3.14)月。观察组中,男 17 例,女 14 例;年龄 2~10 岁,平均(5.58±2.44)岁;病程 2~11 月,平均(5.25±3.03)月。纳入标准:所有患儿在入院前均未接受过激素治疗,符合原发性肾病综合征诊断标准<sup>[4]</sup>:(1)出现蛋白尿并至少持续两周,尿蛋白高于 50 mg/(kg·d);(2)出现低蛋白血症,血浆清蛋白小于 30 g/L;(3)水肿现象严重;(4)出现高脂血症,血浆胆固醇大于

5.7 mmol/L。排除标准:继发性肾病综合征(如狼疮性肾炎、紫癜性肾炎等)患者;凝血功能障碍及糖皮质激素和肝素用药的禁忌症患者,有家族遗传史患者。为保证研究结果的准确性,尽量将可以影响研究结果的相关因素排除在外,两组患儿在年龄、性别及病程方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经过本院医学伦理委员会批准后开始进行,两组患儿家属均对各自治疗方案知情同意,主动签署了知情同意书。

**1.2 方法** 两组患儿入院后先进行利尿、降压及抗感染治疗,纠正水、酸碱及电解质紊乱。对照组患儿给予泼尼松(浙江仙琚制药股份有限公司;国药准字 H33021207,规格:5 mg/100 s)口服,剂量 2.0 mg/(kg·d),总量不超过 60 mg;当患儿尿蛋白转阴两周后将剂量改为 2.0 mg/(kg·d),隔日顿服,连续服用 4 周后逐渐降低用药剂量,直到停药为止。观察组在服用泼尼松的基础上配合低分子肝素钠注射液(克赛,生产单位:Aventis Intercontinental,国药准字 X2000390),泼尼松治疗剂量和治疗方法与对照组相同,低分子肝素 50~100 U/(kg·d)皮下注射,每天 1 次,如果患儿血肌酐大于 200 μmol/L 或体质量小于 40 kg,则用量减半,总疗程为 4 周。两组患者在治疗过程中均给予低盐、优质低蛋白饮食,均未另外使用其他免疫抑制剂。

**1.3 评价指标** 对比两组患者的临床治疗效果,以及治疗前后 24 h 尿蛋白定量、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、血肌酐清除率(Ccr)、凝血酶原时间(PT)、部分活化凝血活酶时间(APTT)。临床效果评价:完全缓解,患儿临床症状和体征全

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: tzy0009@163.com.

部消失,水肿症状消失,尿蛋白和血浆清蛋白水平恢复正常,清蛋白水平在 30 g/L 以上;部分缓解,虽然临床症状和体征基本消失,但尿蛋白检测仍为阳性或弱阳性,水肿等症有一定程度缓解;无效或加重,患儿临床症状和体征无改善,尿蛋白阳性,可判定为无效,如果患儿肾功能严重损伤,相关临床症状和体征比治疗前加重,可判定为恶化<sup>[5]</sup>。临床有效率=(完全缓解例数+部分缓解例数)/总例数×100%。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据处理及统计学分析,计数资料采用例数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 两组患儿临床疗效对比** 观察组临床总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2 = 7.85, P < 0.05$ ),见表 1。两

组患儿在治疗过程中均未出现严重不良反应。

**2.2 两组患儿治疗前后的肾功能相关指标变化** 两组患儿治疗后的 SCr, BUN, 24 h 尿蛋白定量和治疗前比较明显降低(对照组:  $t = 4.47, 6.51, 21.83, P < 0.05$ ; 观察组:  $t = 8.90, 13.21, 25.49, P < 0.05$ ), Ccr 和治疗前比较明显升高(对照组:  $t = 6.26, P < 0.05$ ; 观察组:  $t = 12.85, P < 0.05$ )。观察组患儿治疗后的肾功能改善情况明显优于对照组,差异有统计学意义( $t = 5.43, 8.90, 6.79, 16.08, P < 0.05$ ),见表 2。

**表 1 两组患儿临床疗效对比[n(%)]**

组别	n	完全缓解	部分缓解	无效或恶化	总有效率
对照组	31	7(22.58)	16(51.62)	8(25.81)	23(74.19)
观察组	31	15(48.39)	15(48.39)	1(3.23)	30(96.77)*

注:与对照组比较, \*  $P < 0.05$ 。

**表 2 两组患儿治疗前后的肾功能相关指标变化( $\bar{x} \pm s$ )**

组别	n	时间	SCr( $\mu\text{mol/L}$ )	BUN(mmol/L)	Ccr(mL/min)	24 h 尿蛋白定量(g)
对照组	31	治疗前	94.51±9.34	8.87±0.58	51.05±4.24	6.31±1.13
		治疗后	85.26±6.75 <sup>#</sup>	8.04±0.41 <sup>#</sup>	57.71±4.13 <sup>#</sup>	1.78±0.24 <sup>#</sup>
观察组	31	治疗前	94.13±9.26	8.88±0.62	51.07±4.35	6.29±1.17
		治疗后	76.33±6.19* <sup>#</sup>	7.09±0.43* <sup>#</sup>	64.74±4.02* <sup>#</sup>	0.84±0.22* <sup>#</sup>

注:与对照组比较, \*  $P < 0.05$ ; 与治疗前比较, <sup>#</sup>  $P < 0.05$ 。

**2.3 两组患儿治疗前后的凝血指标变化** 两组患儿治疗前后的 PT, APTT 均无明显变化( $P > 0.05$ ),观察组患儿治疗后的 PT, APTT 与对照组治疗后比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 3。

**表 3 两组患儿治疗前后的凝血指标变化( $\bar{x} \pm s, s$ )**

组别	n	时间	PT	APTT
对照组	31	治疗前	12.86±1.39	29.13±6.58
		治疗后	14.05±1.26	31.54±5.26
观察组	31	治疗前	12.79±1.35	29.07±6.14
		治疗后	14.02±1.27	31.28±5.95

**3 讨论**

小儿肾病综合征的发病原因目前尚不十分明确,病理特征主要表现为肾小球滤过膜通透性升高,大量血浆蛋白透过并随尿液排出体外<sup>[6]</sup>。小儿肾病综合征病情迁延反复,引起的相关并发症较为严重,常导致血栓栓塞综合征、代谢紊乱及肾功能减退,对儿童身心健康造成了严重的影响<sup>[7]</sup>。小儿肾病综合征一直采用普遍认可的糖皮质激素进行治疗,效果较为明显,但同时也会带来一些不良反应<sup>[8]</sup>。首先单一使用糖皮质激素会刺激消化道,导致患儿发生消化道溃疡,其他一些不良反应还包括高血压、高血脂等,对小儿的生长发育造成了严重的影响<sup>[9]</sup>。

肾病综合征的患者血液通常处于高凝状态,为此,治疗过程中抗凝治疗占主导地位。肝素具有抑制人凝血酶及凝血因子活性的作用,因而具有抗凝血作用<sup>[10]</sup>。而低分子肝素作为肝素的衍生物,和肝素对比其凝血效果更为明显,而且能降低其对血小板和血浆的亲合力,具有较高的生物利用度,从而使自发性出血的风险进一步降低<sup>[11]</sup>。低分子肝素和糖皮质激素联合治疗能明显提高小儿肾病综合征的治愈效果,具有明显的

临床优势<sup>[12]</sup>。陈英等<sup>[13]</sup>将 68 例原发性肾病综合征患儿随机分为两组,观察组患儿给予低分子肝素联合泼尼松进行治疗,对照组患儿仅单纯给予泼尼松治疗。经治疗后发现,观察组总有效率明显高于对照组,并且肾功能相关指标改善程度明显优于对照组。两组患儿治疗后凝血指标无明显差异,也无严重不良反应发生。因此,笔者认为低分子肝素和泼尼松联合治疗的效果更为明显,并且对患儿身体无严重损伤。潘凤琪<sup>[14]</sup>对 42 例肾病综合征患儿进行分组对比,随机分为观察组和对照组。两组均用泼尼松进行治疗,观察组在此基础上加用低分子肝素,治疗 4 周后发现,观察组临床总有效率达到 90% 以上,而对照组仅为 71%; 治疗后两组 24 h 尿蛋白定量、清蛋白、血脂均有明显改善,治疗组的改善效果更为明显,而且两组患儿凝血指标在治疗前后差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。本组研究结果显示,观察组临床总有效率与对照组比较明显较高,两组患儿在治疗过程中均未出现严重不良反应。在治疗后的肾功能指标方面,观察组明显优于对照组。但两组患儿治疗前后的 PT, APTT 均无明显变化,观察组患儿治疗后的 PT, APTT 与对照组患儿治疗后比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。这些研究结果提示,对于原发性肾病综合征的患儿,以激素作为基础治疗,再配合小剂量的低分子肝素,治疗效果明显好于单纯激素治疗,患儿肾功能得到明显改善,抗凝功能提高,治疗安全、可靠<sup>[15]</sup>。

综上所述,小儿肾病综合征采用低分子肝素和泼尼松的联合治疗,可以使两种药物的优点得到充分发挥,改善肾功能指标,临床效果确切,值得推广。

**参考文献**

[1] 彭拥军, 强的松, 疏甲丙脯酸联合治疗小儿肾病综合征效果分析[J]. 中国医药科学, 2013, 3(5): 92-93.  
 [2] 涂娟, 陈朝英, 曹力, 等. 儿童原发性肾病综合征血脂变化

及瘦素、脂联素水平的研究[J]. 中国医刊, 2015, 64(4): 69-72.

[3] Ibrahim SE, Abdel-Salam IE, Galal EN, et al. Histological patterns of idiopathic steroid resistant nephritic syndrome in Egyptian children: A single centre study[J]. J Neuro-pathol, 2013, 2(1): 53-60.

[4] 彭拥军. 强的松、疏甲丙脯酸联合治疗小儿肾病综合征效果分析[J]. 中国医药科学, 2013, 3(5): 92-93.

[5] 张艳萍. 低分子量肝素辅助治疗儿童原发性肾病综合征临床研究[J]. 儿科药学杂志, 2014, 20(3): 18-20.

[6] 李杰, 刘铁. 他克莫司联合小剂量糖皮质激素治疗肾病综合征疗效观察[J]. 陕西医学杂志, 2015, 44(7): 900-901.

[7] 万红, 唐国红, 邹洪, 等. 低分子肝素治疗小儿肾病综合征的临床疗效分析[J]. 临床医学工程, 2014, 21(4): 471-472.

[8] 颜思璐, 宁岑. 小儿原发性肾病综合征复发危险因素的相关性分析[J]. 广西医学, 2013, 6(2): 753-754.

[9] Pincus KJ, Hynicka LM. Prophylaxis of thromboembolic events in patients with nephritic syndrome[J]. Ann Pharmacother, 2013, 47(5): 725-734.

[10] 宋雅慧. 低分子肝素治疗儿童原发性肾病综合征的观察研究[J]. 国际医药卫生导报, 2015, 21(9): 1262-1264.

[11] 但刚, 刘媛, 江忠勇, 等. 低分子肝素治疗肾病综合征患者高凝状态的实验室观察[J]. 重庆医学, 2015, 44(14): 1916-1917.

[12] Dhingra S, Kanitkar M, Sengupta P. Steroid resistant nephrotic syndrome in a child with chronic hepatitis B infection[J]. Med J Armed Forces India, 2012, 68(4): 376-378.

[13] 陈英, 高彪, 丁瑛, 等. 低分子肝素联合泼尼松治疗小儿肾病综合征的疗效观察[J]. 疑难病杂志, 2015, 14(1): 61-63.

[14] 潘凤琪. 低分子肝素联合强的松治疗小儿肾病综合征疗效分析[J]. 中国现代医药杂志, 2015, 17(9): 56-57.

[15] 张伟东. 低分子量肝素与黄芪注射液在小儿原发性肾病综合征中的治疗效果[J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(1): 146-147.

(收稿日期: 2016-04-05 修回日期: 2016-05-05)

• 临床探讨 •

## 延续性护理对低位保肛直肠癌患者术后排便功能的影响

封芬

(陕西省西安市第九医院综合科 710054)

**摘要:**目的 探讨延续性护理对低位保肛直肠癌患者术后排便功能及生活质量的影响。方法 根据随机抽签法将 60 例行低位保肛直肠癌患者随机分为观察组( $n=30$ )及对照组( $n=30$ ), 对照组治疗期间给予常规护理, 观察组治疗期间应用延续性护理干预, 对比分析两组患者干预后排便功能及生活质量的变化。结果 观察组患者术后日平均排便次数、夜间排便次数、大便失禁综合评分均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组干预后总体健康、生理功能、生理职能、社会功能、健康精神、情感职能等方面评分明显高于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 延续性护理干预能有效改善保肛直肠癌患者术后排便功能, 增强患者控便能力, 提高患者生活质量。

**关键词:** 延续性护理; 低位保肛术; 直肠癌; 排便功能; 生活质量

**DOI:** 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.046 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2016)19-2812-03

直肠癌是临床上常见的消化内科恶性肿瘤之一, 近年随着人们饮食习惯及生活方式的改变, 使直肠癌的发病率呈上升趋势<sup>[1]</sup>。早期直肠癌应用手术治疗预后理想, 全直肠低位保肛根治术是目前治疗直肠癌的金标准, 能明显降低患者局部复发率, 且对患者生殖系统损伤较小<sup>[2]</sup>。然后直肠癌患者术后康复是一个漫长的过程, 患者出院后由于缺乏全面、科学的护理, 患者居家过程中容易出现排便功能障碍, 从而影响患者术后康复及生活质量<sup>[3]</sup>。延续性护理属于患者院外延伸行护理, 它不仅可为患者提供院外护理知识, 同时可提高患者疾病管理能力, 有助于改善患者生理及心理状态<sup>[4]</sup>。本研究将探讨延续性护理对低位保肛直肠癌患者术后排便功能及生活质量的影响, 旨在为直肠癌手术患者术后护理提供指导。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 1 月至 2015 年 6 月本院收治的 60 例行低位保肛直肠癌患者为研究对象, 纳入标准: (1) 患者术前经病理组织学诊断为 I ~ II 期直肠癌; (2) 患者均接受保肛手术; (3) 均签署知情同意书。排除标准: 合并其他恶性肿瘤、合并糖尿病及其相关并发症、肝肾功能代谢不全、发生肿瘤

淋巴结转移及存在手术禁忌证的患者。根据随机抽签法将患者分为观察组( $n=30$ )及对照组( $n=30$ )。对照组中男 18 例, 女 12 例, 年龄 25 ~ 78 岁, 平均(43.9 ± 4.2)岁, 临床分期: I 期 11 例, II 期 19 例。观察组中男 17 例, 女 13 例, 年龄 24 ~ 76 岁, 平均(43.2 ± 3.8)岁, 临床分期: I 期 14 例, II 期 16 例。两组患者基线资料比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 对照组术后给予肛肠外科常规性护理, 包括心理护理、术后饮食指导、活动指导、造口护理, 同时向患者发放《直肠癌造口患者护理手册》, 患者出院后由主治医生与责任护士共同制订合适的后续治疗方案, 并嘱咐患者分别于出院后 1、3、6 个月定期回院复查。观察组在对照组基础上应用延续性护理干预, 干预方式包括上门随访、电话随访、网络视频随访、专家讲座及定期组织患者交流会等方式, 具体方法如下。

**1.2.1 上门随访** 以 2 名访视者作为一小组, 每月 1 次对患者进行上门随访, 随访前提前电话通知患者, 并对患者身体、心理状况进行评估, 了解患者造口问题、造口周围皮炎并发症护理技巧、更换造口袋方法及技巧、造口产品的选择、结肠造口灌