

65%、26% 和 54%、22%,  $P < 0.01$ , 有统计学差异。其目的在于:  
(1) 三维适形放射治疗使治疗体积与靶区体积适形一致, 提高肿瘤局部剂量, 减少正常组织剂量; (2) 使靶区照射的剂量递增; (3) 用 HCPT 加强全身治疗, 不良反应小, 能耐受, 提高长期生存率。

#### 【参考文献】

[1] 汤钊猷 现代肿瘤学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1993: 425-427.

[2] 刘泰福 中国放射治疗学的进展[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2000, 9(1): 6-7.

[3] Mattern M r, Hofmann GA, Mclake FL, et al Synergistic cell killing by ionizing radiation and to poiso merase I inhibitor topotecan[J]. Cancer Res, 1991, 51(3): 5813

[4] 王曦明 羟基喜树碱的抗癌机制和临床应用[J]. 中国肿瘤临床, 1997, 24(10): 7-10

收稿日期: 2008-12-16; 修回日期: 2009-04-29 责任编辑: 郭怀勇

## 单磷酸阿糖腺苷治疗毛细支气管炎疗效观察

任蓉, 杨慧, 侯贵军

**【摘要】** 目的: 观察单磷酸阿糖腺苷治疗毛细支气管炎的疗效。方法: 将 100 例毛细支气管炎患儿随机分成两组, 两组病例均给予常规吸氧、抗炎、平喘等综合治疗, 治疗组给予阿糖腺苷抗病毒, 对照组给予利巴韦林抗病毒。观察两组病例体温正常时间, 喘憋消失时间, 肺部哮鸣音消失时间, 湿啰音消失时间, 平均住院时间以及 72 h 疗效对比。结果: 治疗组体温正常时间, 喘憋消失时间, 肺部哮鸣音消失时间, 湿啰音消失时间, 平均住院时间都短于对照组 ( $P < 0.01$ ); 治疗组 72 h 总有效率 94%, 对照组 72 h 总有效率 72%, 治疗组明显优于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 单磷酸阿糖腺苷治疗毛细支气管炎对改善患儿的喘憋症状及减轻肺部体征有明显的疗效, 并能缩短住院时间。

**【主题词】** 细支气管炎/药物疗法; 阿糖腺苷/治疗应用; 人类

**【中图分类号】** R 725.622.105.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1009-6647(2009)25-6069-02

毛细支气管炎是儿科常见的急性下呼吸道感染性疾病, 常见于 2 岁以内, 尤以 2~6 个月婴儿多见, 多由呼吸道合胞病毒 (RSV) 感染引起, 喘憋为突出表现, 是儿科常见急症, 至今尚无特效的治疗方法。我院用单磷酸阿糖腺苷治疗 100 例毛细支气管炎患儿, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2007-01/2008-01 在我院住院观察 100 例患儿, 全部病例均符合第 7 版《实用儿科学》毛细支气管炎诊断标准<sup>[1]</sup>。且年龄  $< 1$  岁, 病程  $< 7$  d, 不伴有心脑等严重的并发症。按随机分组的原则, 将 100 例患儿分为两组, 治疗组 50 例, 男 28 例, 女 22 例, 年龄 1~6 月龄 32 例, 6~12 月龄 18 例; 观察组 50 例, 男 30 例, 女 20 例, 年龄 1~6 月龄 34 例, 6~12 月龄 16 例。两组资料经统计学处理, 在性别、年龄、病情、病程等方面无统计学差异, 具有可比性。

1.2 方法 两组病例常规给予吸氧、抗炎、平喘等综合治疗。治疗组在常规治疗基础上给予单磷酸阿糖腺苷抗病毒, 5~10 mg/(kg·d), 加入 10% 葡萄糖液 100 ml 静脉滴注, 1 次/d, 连用 5~7 d; 对照组在常规治疗基础上给予利巴韦林抗病毒, 10 mg/(kg·d), 分 2 次, 加入 10% 葡萄糖液 50 ml 静脉滴注, 连用 5~7 d。

1.3 统计学处理 应用 SPSS 11.0 软件进行统计学处理, 数据采用  $\bar{x} \pm s$  表示, 资料比较采用方差分析。

### 2 结果

2.1 72 h 疗效评定标准 显效: 治疗 72 h 症状和(或)体征的明显减轻或消失。有效: 治疗 72 h 症状和(或)体征的有所减轻或消失。无效: 治疗 72 h 症状和(或)体征无改善。

2.2 临床疗效 治疗后主要症状、体征变化及住院时间见表 1。从表 1 可知治疗组体温正常时间, 喘憋消失时间, 肺部哮鸣音消失时间, 湿啰音消失时间, 平均住院时间较对照组缩短, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。两组 72 h 疗效比较, 治疗组 72 h 总有效率 94%, 对照组 72 h 总有效率 72%, 治疗组明显优于对照组 ( $P < 0.01$ )。见表 2。

表 1 主要症状体征消失时间及住院时间 ( $\bar{d}, \bar{x} \pm s$ )

组别	例数	体温	喘憋	哮鸣音	湿啰音	住院天数
治疗组	50	1.52±0.63	2.56±1.27	2.40±0.92	5.20±1.80	5.56±1.49
对照组	50	2.14±0.46	4.80±1.48	5.80±1.13	7.10±1.25	7.51±2.18
<i>t</i> 值		5.23	4.87	8.07	4.25	3.62
<i>P</i> 值		$< 0.01$	$< 0.01$	$< 0.01$	$< 0.01$	$< 0.01$

表 2 两组 72 h 治疗有效率对比 [例 (%) ]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	50	29(58)	18(36)	3(6)	47(94)
对照组	50	9(18)	27(54)	14(28)	36(72)

### 3 讨论

毛细支气管炎是一种严重危害小儿健康的多发病。据统计, 每年冬春为高发季节, 其病原主要为呼吸道合胞病毒, 常见于 1 岁以内的婴儿, 这与该年龄段患儿的支气管解剖特点有关。目前已应用到临床上治疗婴幼儿毛细支气管炎抗 RSV 等病毒

药物利巴韦林,取得一定的疗效,但不能明显或较快地缓解喘憋等症及消除肺部干啰音,缩短辅助通气和吸氧时间及住院天数。

据报道,单磷酸阿糖腺苷除能抑制 DNA 聚合酶而影响 DNA 复制外,亦可抑制 mRNA 和 tRNA 的甲基化,绝大多数腺苷衍生物不仅对 DNA 病毒有活性,且对 RNA 病毒也有抑制作用,其作用机制为掺入 DNA、RNA 分子,抑制蛋白质合成及腺苷高半胱氨酸水解酶,最终切断甲基转移酶的反应,使病毒成熟所必需的 mRNA 缺乏,导致病毒复制中断,不能释放成熟的病毒颗粒<sup>[2-4]</sup>。

临床观察婴幼儿毛细支气管炎应用单磷酸阿糖腺苷治疗后,能较快解除喘憋症状,减轻呼吸困难,减少呼吸道分泌物,消除肺部哮鸣音和湿啰音,与应用利巴韦林药物组相比,体温正常时间,喘憋消失时间,肺部哮鸣音消失时间,湿啰音消失时间,平均住院时间均有明显缩短,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。在治疗期间,未见明显不良反应。单磷酸阿糖腺苷治疗

婴幼儿毛细支气管炎,能有效地遏制病毒侵袭和感染的发生,减轻组织的损伤破坏,使肺泡气管的组织尽快修复,值得临床推广应用。

#### 【参考文献】

- [1] 胡亚美,江载芳,诸福堂.实用儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2003:1199-1200
- [2] 廖传胜,余道文,董建华.单磷酸阿糖腺苷、病毒唑、柴胡及其联合应用对呼吸道合胞病毒的抑制作用[J].中国药物与临床,2004,4(1):40
- [3] Kawars FS, de clereq E. Inhibitory effects of several antiviral compounds on the replication of respiratory syncytial virus in vitro [J]. Antiviral Res, 1985, 1 (Suppl): 83-88
- [4] De clereq E, Dergstrom DE, Holy A, et al Broad-spectrum antiviral activity of adenosine analogues[J]. Antiviral Res, 1984, 4(3): 119-133

收稿日期:2009-01-25;修回日期:2009-04-19 责任编辑:李新志

## 抗生殖免疫抗体与胚胎停止发育的相关性分析

李天贺, 逯静茹, 关志宝

**【摘要】** 目的:联合检测抗精子抗体(A SA)、抗子宫内膜抗体(EMA)、抗心磷脂抗体(ACL)、抗卵巢抗体(AOA)、抗人绒毛膜促性腺激素抗体(A hCGA)、抗弓形虫抗体(ToxAb),探讨体内抗生殖免疫抗体与胎停育的相关性。方法:应用酶联免疫吸附试验(ELISA)间接法检测115例胎停育患者为观察组及50例正常妊娠对照组的血清6种抗体水平。结果:观察组的6种抗体阳性率均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。且观察组ACL、EMA阳性率高于ASA、AOA、AhCGA、ToxAb。结论:六项抗体对胎停育具有特异性,与胎停育呈正相关的一个免疫学指标。

**【主题词】** 胎儿疾病/病因学;生殖/免疫学;抗体/分析;人类;女(雌)性;妊娠

**【中图分类号】** R714.431

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1009-6647(2009)25-6070-02

胚胎停止发育(胎停育)是指妊娠早期胚胎因某些原因所致停止发育。目前对胎停育的病因及发病机制尚不十分明确,抗生殖免疫抗体是否与胎停育有关,资料尚少。为此,我们通过筛查此类患者的血清6种抗体:抗精子抗体(A SA)、抗子宫内膜抗体(EMA)、抗心磷脂抗体(ACL)、抗卵巢抗体(AOA)、抗人绒毛膜促性腺激素抗体(A hCGA)、抗弓形虫抗体(ToxAb),探讨体内抗生殖免疫抗体与胎停育的相关性。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2003-01/2008-12在本院确诊的胎停育115例为观察组,均经B超证实妊娠囊内胚芽或胎儿形态不整,无胎心搏动或妊娠囊枯萎。年龄22~39岁,孕1~5次,孕周7~16周。所有病例已排除生殖道畸形、遗传性疾病和内分泌异常;丈夫精液均在正常范围;夫妇双方染色体核型正常。以正常妊娠6~16周孕妇50例为对照组。

1.2 方法 (1)标本采集:观察组在初次就诊时(清宫前),对照组在孕8~16周随机1d,抽取静脉血2ml离心后分离血清置-20℃冰箱保存备用,血清学检查采用单盲法进行。(2)检测方法:采用ELISA间接法分批两孔检测,阳性参照、阴性参照、空白参照,待测血清室温放置30min后,加入反应孔内,37℃恒温

水浴30min,缓冲液洗涤五次拍干,分别加入酶标记的抗人IgG和IgM,37℃恒温水浴30min,缓冲液洗涤五次拍干,加底物,避光室温20min,加终止液。试剂盒为深圳市安群生物工程有限公司。(3)结果计算及判断六项试验均经Rayto-2100酶标分析仪测,其波长450nm的吸光度(OD)值,以空白对照调零,凡样品孔OD值>0.200为阳性。

1.3 统计学处理 各组之间比较采用 $\chi^2$ 检验,并结合SPSS软件分析。

### 2 结果

6种抗体的检测结果,观察组的6种抗体阳性率均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。且观察组ACL、EMA阳性率高于ASA、AOA、AhCGA、ToxAb。见表1。

表1 6种抗生殖免疫抗体检测结果[例(%)]

组别	例数	ASA	EMA	ACL	AOA	AhCGA	ToxAb
观察组	115	34(30)	53(46)	48(42)	22(19)	25(22)	7(6)
对照组	50	1(2)	2(4)	3(6)	1(2)	0(0)	0(0)

注:与对照组比较, $P < 0.01$ 。

### 3 讨论

引起胎停育的原因甚多,如氧化应激、感染、遗传、内分泌异常、子宫异常、自身免疫性疾病及环境因素等,均为该病发生的原因之一,但其他原因约占50%<sup>[1]</sup>。据文献<sup>[2]</sup>报道40%~60%与