

[10] 温建梅,朱爱玉,冯伶俐,等. 射频消融术联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗子宫腺肌病[J]. 临床误诊误治, 2012, 25(9): 91-93
 [11] 何中扬. 低温等离子射频消融术在耳鼻咽喉-头颈外科疾病中的应用进展[J]. 广西医科大学学报, 2010, 27(6): 977-979

[12] Nease CJ, Kreml GA. Radiofrequency treatment of turbinate hypertrophy: a randomized, blinded, placebo-controlled clinical trial [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2004, 130(3): 291-299
 (2014-07-07 收稿 2014-10-25 修回)

子宫颈扩张双球囊联合利凡诺在瘢痕子宫中期妊娠引产中的应用

魏华芳, 汪 晶, 宋成文, 王 晶

【关键词】 双球囊; 利凡诺; 瘢痕子宫; 引产

【中图分类号】 R 719. 3

【文献标识码】 B

doi: 10. 3969/j. issn. 1009-2595. 2014. 12. 038

近年来,国内外关于子宫颈扩张双球囊在妊娠晚期促宫颈成熟中的应用研究较热门,但尚无应用于中期妊娠引产的报道。作者科室近两年采用子宫颈扩张双球囊联合利凡诺引产,并与米非司酮联合利凡诺引产两种方法进行随机对照研究,旨在比较两种引产方法的有效性和安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2011-10/2013-10 月 100 例瘢痕子宫孕 16~26 周因医学因素或社会因素自愿要求终止妊娠且无引产禁忌证的健康孕妇。随机分成两组,每组 50 例,观察组予子宫颈扩张双球囊联合利凡诺引产,患者年龄 20~36 (26. 2 ± 3. 4) 岁。对照组予米非司酮联合利凡诺引产,患者年龄 21~37 (25. 8 ± 3. 6) 岁。两组患者在年龄、孕周、孕产次、前次剖宫产因素方面比较均无统计学意义 ($P > 0. 05$, 表 1)。

表 1 两组孕妇一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	孕龄 (d, $\bar{x} \pm s$)	前次剖宫产因素		
				社会因素	妊娠合并症	试产失败
观察组	50	26. 2 ± 3. 4	129 ± 6	18(36%)	16(32%)	16(32%)
对照组	50	25. 8 ± 3. 6	132 ± 7	19(38%)	17(34%)	14(28%)
t/χ^2 值		3. 45	1. 32	0. 54	0. 62	0. 39
P 值		>0. 05	>0. 05	>0. 05	>0. 05	>0. 05

1.2 药物和材料

米非司酮为北京紫竹药业公司生产,剂量 25 mg/片,利凡诺 50 mg,子宫颈扩张球囊为美国 COOK 公司生

产,为 18 号 Fr 导管,长度为 40 cm,远端有两个球囊,分别可容纳 80 ml 的液体。

1.3 方法

所有孕妇入院后均常规行血常规、肝肾功能、凝血功能、阴道分泌物检验,B 超及心电图等检查,确定无引产禁忌症。观察组:入院第二日下午经阴道放置子宫颈扩张双球囊,产妇处于截石位,外阴阴道常规进行清洁消毒,插入窥阴器暴露宫颈,将双球囊导管插入宫颈管内直至两球囊均通过宫颈管。向子宫球囊注入生理盐水 20 ml,然后将导管向外拉直到子宫球囊紧贴住宫颈内口,阴道球囊此刻位于宫颈外口处,向其注入 20 ml 的生理盐水。随后移除窥阴器,向子宫球囊和宫颈—阴道球囊按每次 20 ml 的量逐渐注入生理盐水至 80 ml。球囊放置完毕后可将双球囊导管露出阴道的部分贴在孕妇的大腿内侧。对照组:入院第一日晚 20 时口服米非司酮 50 mg,第 2 日晨 6 时空腹口服米非司酮 50 mg,晚 20:00 口服米非司酮 50 mg,共 150 mg。每次服药前、后各空腹 2 h,少量凉开水送服。两组第 3 日 9:00 孕妇排空膀胱后经腹壁羊膜腔内注射利凡诺 100 mg。观察两组引产成功率、产程、胎儿娩出时间、产后出血量、引产并发症、住院天数等情况。

1.4 效果评定及结果记录

羊膜腔内注药后 72 h 内娩出胎儿、胎盘即为成功,反之为失败。分别记录并比较每组患者宫缩发动时间(指注入利凡诺至规律宫缩开始时间)、产程(从规律宫缩开始出现至胎儿娩出的时间)、产后 2 h 内的出血量(用容积法及称重法计算)、引产成功率(利凡诺羊膜腔内注药后 72 h 内胎儿排出即为引产成功)、有无感染及软产道裂伤等并发症。

【作者单位】 430070 湖北武汉,广州军区武汉总医院妇产科(魏华芳、汪 晶、宋成文、王 晶)

1.5 统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计软件处理, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

所有患者全部 1 次穿刺成功, 无术中并发症发生。两组引产成功率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$),

其中对照组有 2 例引产失败, 1 例因破膜时间过长行剖宫取胎术, 另 1 例因宫颈完全未成熟行剖宫取胎术。两组宫缩发动时间、产程观察、用药至胎儿娩出时间及住院天数观察组均小于对照组 ($P < 0.05$), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组产后 2 h 出血量相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

2.2 并发症情况

对照组宫颈、会阴裂伤各 1 例, 两组患者均未发生子宫破裂、羊水栓塞、感染等情况。

表 2 两组引产效果比较

组别	例数	宫缩发动时间 (h, $\bar{x} \pm s$)	产程时间 (h, $\bar{x} \pm s$)	产后 2 h 出血量 (ml, $\bar{x} \pm s$)	住院天数 (d, $\bar{x} \pm s$)	引产成功率 [$n(\%)$]
观察组	50	18.6 \pm 3.2	4.3 \pm 2.4	140 \pm 50	4.3 \pm 2.1	48(96%)
对照组	50	25.2 \pm 5.3	6.6 \pm 2.5	150 \pm 55	6.3 \pm 1.9	43(86%)
P 值		<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.3 多次剖宫患者临床疗效观察

观察组中有 8 例多次剖宫产患者均引产成功, 而对照组 7 例多次剖宫产患者仅 2 例引产成功, 观察组引产成功率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

较好的宫颈成熟度是引产成功的前提^[1]。瘢痕子宫孕妇常用的机械性促宫颈成熟方法有单球囊导管和双球囊导管, 国内外机械引产多采用 Foley 导尿管^[2-3]或自制单管球囊引产, 其促宫颈成熟机制为通过外力直接牵拉宫颈和子宫下段, 通过剥膜刺激内源性前列腺素的分泌^[4]。本文应用双球囊促进宫颈成熟, 双球囊导管主要依靠两球囊之间的压力, 优势在于其减少对子宫下段的牵拉, 降低瘢痕处的张力, 减少了子宫破裂的风险, 相比 Foley 导管更为安全, 且不会因牵拉引起孕妇的不适。本研究中未发现因孕妇不能耐受 COOK 双球囊而取出的病例。已有大量研究表明双球囊导管促进宫颈成熟方面安全有效^[5-7], Cochrane 最新的系统评价认为球囊的效果与前列腺素制剂相当, 且显著减少子宫过度刺激的发生^[8]。

本研究观察组采用 COOK 球囊促宫颈成熟后羊膜腔注射利凡诺引产, 引产成功率为 96%, 显著高于对照组 86% ($P < 0.05$), 宫缩发动时间 (18.6 \pm 3.2 h) 明显早于对照组 (25.2 \pm 5.3) h。说明子宫颈扩张双球囊联合利凡诺引产有效促进了宫颈成熟度, 并诱发宫缩, 使宫缩与宫颈成熟度同步, 降低子宫破裂风险, 引产失败率也大大降低。球囊置入后引产总产程时间 (4.3 \pm 2.4) h, 明显短于对照组 (6.6 \pm 2.5) h。张力

等^[9]研究证实了子宫颈扩张双球囊在足月引产中有效促进了宫颈成熟, 与本次研究结果一致。同时本研究还得出子宫颈扩张双球囊联合利凡诺引产适合于多次剖宫产高危患者。

在本研究中子宫颈扩张双球囊联合利凡诺应用于瘢痕子宫引产成功率高, 但是双球囊放置时间相比国外报道的 12 h 要长, 留置时间最长达 36 h, 从现有病例统计来看并未发现延长球囊留置时间造成宫内感染, 可能与给予球囊留置时间超过 12 h 患者预防应用抗生素, 并且重视无菌观念与放置球囊前后均行会阴阴道护理治疗等方面有关, 但仍需大样本研究进一步证实。

参 考 文 献

- [1] Vellekoop J, Vrouwenraets FP, van der Steeg JW, et al. Indications and results of labour induction in nulliparous women: an interview among obstetricians, residents and clinical midwives[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2009, 146(2): 156-159
- [2] Pettker CM, Pocock SB, Smok DP, et al. Transcervical foley catheter with and without oxytocin for cervical ripening: a randomized controlled trial[J]. Obstet Gynecol, 2008, 111(6): 1320-1326
- [3] Atad J, Hallak M, Ben-David Y, et al. Ripening and dilatation of the unfavourable cervix for induction of labour by a double balloon device: experience with 250 cases[J]. Br J Obstet Gynecol, 1997, 104(6): 29-30
- [4] Manabe Y, Manabe A, Takahashi A. F prostaglandin levels in amniotic fluid during balloon-induced cervical softening and labor at term[J]. Prostaglandins, 1982, 23(2): 247-256
- [5] Cromi A, Ghezzi F, Uccella S, et al. A randomized trial of preinduction cervical ripening: dioprostone vaginal insert versus double-balloon catheter[J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 207(2): 125
- [6] Salim R, Zafraan N, Nachum Z, et al. Single-balloon compared with double-balloon catheters for induction of labor: a randomized controlled trial[J]. Obstet Gynecol, 2011, 118(1): 79-86

[7] Vaknin Z, Kurzweil Y, Sherman D. Foley catheter balloon vs locally applied prostaglandins for cervical ripening and labor induction: a systematic review and metaanalysis[J]. Am J Obstet Gynecol, 2010, 203(5): 418-429

[8] Jozwiak M, Bloemenkamp KW, Kelly AJ, et al. Mechanical methods for induction of labour[J]. Cochrane Database Syst Rev,

2012; 3: CD001233

[9] 张 力, 刘兴会, 卫 蕾, 等. 双球囊导管在足月妊娠促宫颈成熟和引产中的应用[J]. 四川大学学报: 医学版, 2013, 44 (3): 497-501

(2014-08-26 收稿)

匹多莫德治疗儿童反复呼吸道感染的临床效果

王 红, 王霞容, 毛丹丹, 王思敏

【关键词】 匹多莫德; 反复呼吸道感染; 临床效果

【中图分类号】 R 722. 13⁺ 5

【文献标识码】 B

doi: 10. 3969/j. issn. 1009-2595. 2014. 12. 039

反复呼吸道感染是指患儿在 1 年内多次呼吸道感染的一种临床综合征, 一般上、下呼吸道感染次数达到 7~10 次即可诊断^[1-2]。反复呼吸道感染多与患儿机体免疫功能下降等因素相关。若不及时治疗或治疗不当, 导致患儿免疫功能进一步下降, 易合并鼻窦炎、中耳炎及心肌炎等并发症。本研究旨在分析匹多莫德应用于儿童反复呼吸道感染治疗的临床效果。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取 2012-09/2013-09 月作者科室收治的 120 例反复呼吸道感染患儿, 所有患儿均符合临床诊断, 排除合并呼吸衰竭、心力衰竭等其他严重疾病者。将 120 例患儿随机分为对照组与观察组, 对照组 60 例, 其中男 37 例, 女 23 例, 年龄 1~6(2.50 ± 1.50) 岁, 病程 0.5~3(1.24 ± 0.35) 年, 每年发生呼吸道感染次数 8~10(8.56 ± 1.27) 次, 受二手烟影响 12 例; 观察组 60 例, 其中男 34 例, 女 26 例, 年龄 0.5~5(1.50 ± 1.00) 岁, 病程 1~4.5(1.58 ± 0.63) 年, 每年发生呼吸道感染次数 7~12(9.02 ± 1.45) 次, 受二手烟影响 10 例。两组患儿在性别、年龄、病程、发病次数以及生活环境等一般资料无明显差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法^[3]

对照组采取常规治疗, 大部分反复上呼吸道感染系病毒感染所致, 一般不使用抗生素, 如为反复下呼吸道感染, 则根据炎症指标和病原学检测结果合理使用抗生素, 首选注射用阿莫西林克拉维酸钾(鲁南贝特制

药有限公司, 国药准字 H20054159) 90 mg/(kg·d) 分二次溶于 4:1 注射液 50~100 ml 中静脉滴注; 疗程 1~2 周。并给予止咳、化痰、退热等对症治疗。

观察组在对照组常规治疗的基础上, 加用匹多莫德口服液(江苏吴中医药集团有限公司苏州制药厂, 国药准字 H20030463) 1 支, 每日 2 次, 两周后每日 1 支, 2 个月为一个疗程。

1.3 统计指标^[4]

两组患儿经过一个疗程的治疗, 随访 6 个月, 统计治疗有效人数及有效率、退热时间、扁桃体肿大消退时间^[5-6]、咳嗽缓解时间、肺部啰音消失时间以及治疗前后 T 淋巴细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺) 变化情况。T 淋巴细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺) 的测定应用免疫荧光法和免疫酶染色法。

1.4 疗效判定^[5]

治愈: 临床症状基本消失, 随访中呼吸道感染发生次数 ≤ 1 次, 每次持续时间 ≤ 3 天; 好转: 临床症状明显减轻, 随访中呼吸道感染发生次数 ≤ 3 次, 每次持续时间 ≤ 3 天; 无效: 临床症状尚未消退, 随访中呼吸道感染发生次数 > 4 次; 总有效率 = (治愈人数 + 好转人数) / 总人数 × 100%。

1.5 统计学处理

结果采用 SPSS 18.0 统计学软件进行处理并进行统计学分析, 计量资料比较采用 *t* 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗后总有效率比较

观察组治疗后总有效率达 91.67%, 高于对照组,

【作者单位】 310013 浙江杭州, 解放军 117 医院儿科(王 红、王霞容、毛丹丹、王思敏)