率 缩短患者病程 降低复发率。

综上所述 替硝唑与保妇康栓联合治疗细菌性阴道炎疗效确切 安全可行 值得临床推广。

参考文献

1 李旌. 甲硝唑联合克林霉素在细菌性阴道炎患者中的应用效果探讨 [J]. 中国性科学 2012 21(7):45-47.

2 倪翠燕. 甲硝唑联合克林霉素治疗细菌性阴道炎应用效果探讨 [J]. 健康必读 2012 11(5 中旬刊):68-69.

3 朱少萍 林桂枝 麦小珊 等. 朗依联合乳酸菌阴道胶囊治疗妊娠期阴道炎 [J]. 医药与保健 2014 5(1):58-61.

4 乐杰. 妇产科学 [M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社 2005:261.

5 朱波,余其凤. 奥硝唑栓和克林霉素磷酸酯栓联合阴道给药治疗 37 例细菌性阴道炎患者的临床疗效观察 [J]. 中国医学创新 2013 10(35):89-90.

6 曹敏敏. 甲硝唑配合克痒舒洗液治疗细菌性阴道炎 144 例疗效观察 [J]. 当代医学 2013 6(13):25-27.

7 华金凤. 甲硝唑联合克林霉素治疗细菌性阴道炎的临床疗效和安全性探讨 [J]. 医药前沿 2012 10(29):121-123.

8 郭裕萍 郭久建 林芸. 一洗康方治疗细菌性阴道炎 152 例临床观察 [J]. 中国妇幼保健 2011 26(7):3254-3256.

9 曹鑫. 浅谈 40 例保妇康栓治疗孕妇细菌性阴道炎疗效观察 [J]. 中国实用医药 2011 6(5):164-165.

(收稿日期:2015-02-07)

米索前列醇联合缩宫素及血凝酶治疗子宫收缩乏力的产后出血疗效观察

李翠,刘洪涛

【摘要】 目的 评价米索前列醇联合缩宫素、血凝酶治疗子宫收缩乏力所致的产后出血疗效。方法 将 300 例因产后出血的产妇 随机分为治疗组和对照组各 150 例 对照组给予缩宫素、注射用白眉蛇毒针等基础治疗 治疗组在对照组基础上加用米索前列醇片治疗 比较 2 组临床疗效。结果 治疗组治愈率为 96.7% 明显高于对照组的 73.3% 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组术后药物止血率、保留子宫率分别为 96.7%、100.0% 明显高于对照组的 73.3%、93.3% 手术治疗率、止血时间明显低于对照组 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 米索前列醇联合缩宫素、血凝酶治疗产后出血疗效确切 值得临床推广使用。

【关键词】 米索前列醇; 缩宫素; 血凝酶; 子宫收缩乏力; 产后出血

【中图分类号】 R 714 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3296(2015)05B-0070-02

doi: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2015.14.043

产后出血是指胎儿娩出后 24h 内失血量 >500ml,剖宫产时 >1000ml^[1],是分娩期的严重并发症,居我国产妇死亡原因首位 其发生率占分娩总数的 2%~3%。引起产后出血的最常见原因为子宫收缩乏力,占产后出血总数的 70%~80%^[2]。妊娠足月时,血液以平均 600ml/min 的速度通过胎盘,胎儿娩出后,子宫肌纤维收缩和缩复作用使胎盘剥离面迅速缩小;同时其周围的螺旋动脉得到生理性结扎,血窦关闭,出血控制。所以任何引起子宫肌收缩和缩复功能的因素,均能引起子宫收缩乏力。近年来随着人们的文化水平的提高,民工潮大量涌入城镇,其住院分娩率显著提高,因产后出血死亡的产妇急剧下降。但产后出血难以避免;米索前列醇是人工合成的前列腺素 E 衍生物,能兴奋子宫平滑肌使子宫收缩,其用于产后出血治疗的特点是作用快,半衰期时间长、止血效果明显,且给药途径多(口服、舌下含化、直肠给药)。2005-2013 年间我院采用米索前列醇联合缩宫素及血凝酶治疗产后出血效果显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将因产后出血的产妇 300 例,年龄 18~43 岁 经产妇 200 例(含剖宫产手术史 100 例),初产妇 100 例。其中有产后出血史 30 例、羊水过多 50 例、多胎 4 例、双胎 10 例。随机分为治疗组和对照组各 150 例 2 组患者均无药物过

敏史 2 组患者在年龄、病程等方面比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$) 具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组:予缩宫素 40U 20 滴/min 静脉点滴,按摩子宫、注射用白眉蛇毒针(血凝酶)1kU 肌内注射、1kU 静脉推注;治疗组:在对照组的基础上加用米索前列醇片(上海新华制药有限公司生产,国药准字 H20094136、规格 0.2mg×3 片/合)0.2mg 舌下含化、0.4mg 直肠给药(剖宫产手术结束或顺产结束时使用)治疗。

1.3 观察指标 24h 内,对照组子宫轮廓清楚,按压宫底阴道出血每次 10ml/h;治疗组子宫轮廓清楚,按压宫底无阴道出血。

1.4 疗效判定标准 (1)治愈:24h 后,非手术治疗;(2)好转:子宫方块及背带式缝合,子宫动脉及髂内动脉结扎;(3)无效:切除子宫。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行数据分析,计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗组治愈率为 96.7% 明显高于对照组的 73.3% 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 术后指标 治疗组术后药物止血率、保留子宫率分别为 96.7%、100.0% 明显高于对照组的 73.3%、93.3% 手术治疗率、止血时间明显低于对照组 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

作者单位: 636150 四川省宣汉县第二人民医院

见表 2。

表 1 2 组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	治愈率(%)
对照组	150	110(73.3)	35(23.3)	5(3.3)	73.3
治疗组	150	145(96.7)	5(3.3)	0	96.7*

注:与对照组比较,*P<0.05

表 2 2 组术后指标比较 [例(%)]

组别	药物止血 [例(%)]	保留子宫 [例(%)]	手术治疗 [例(%)]	止血时间 (h)
对照组	110(73.3)	140(93.3)	40(26.7)	3.0±1.00
治疗组	145(96.7)*	150(100.0)*	5(3.3)*	0.5±0.25*

注:与对照组比较,*P<0.05

2.3 不良反应 使用米索前列醇和缩宫素均存在过敏反应可能,米索前列醇消化道症状明显,高血压患者慎用;有过敏、哮喘、青光眼及癫痫病患者禁用。本研究中未见不良反应。

3 讨论

伴随生活水平的提高,孕期过度营养及辅助生殖技术的开展、经济水平的提高一巨大儿、多胎、羊水过多、无痛分娩、瘢痕子宫的孕妇二胎怀孕等情况的增多,产后出血的发生率有逐年上升趋势,产后出血处理原则是止血、补充血容量、纠正休克、防止感染等。因此要积极预防和治疗本病,最大限度减少出血量,挽救患者生命。米索前列醇联合缩宫素及血凝酶三者联合应用,相互协同、相互促进、相互增强,既可迅速收缩子宫,又可降低药物剂量,减少不良反应^[3]。综合治疗的结果不仅在止

血、收缩子宫、减少手术创伤等方面效果显著,更重要的是满足了患者要求保留子宫的愿望。产后出血难以预测和避免。需建立围产期保健系统,对有可能发生产后出血的高危人群进行转诊,防止产后出血的发生。并做好抢救措施,消除孕妇分娩情绪;密切观察产程进展,防止产程延长,正确处理二、三产程,产后 2h 内应分别在 15、30、60、90、120min 监测生命体征、阴道出血量、子宫高度、膀胱充盈程度,以及早发现出血和休克,以便及时抢救^[4]。

综上所述,米索前列醇用于产后子宫收缩乏力引起的产后出血临床疗效显著,且经济实惠。米索前列醇联合缩宫素、血凝酶治疗子宫收缩乏力引起的产后出血疗效确切,更减轻了患者手术打击免除了切除子宫的痛苦,值得临床推广使用。

参考文献

- 1 谢莘. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:211-215.
- 2 苟立琼. 米非司酮配伍米索前列醇(湿化)阴道后穹窿置药终止孕 10~14 周妊娠的临床观察[J]. 临床合理用药杂志,2013,6(3 中):21-22.
- 3 刘立平. 钳刮术前口服米索前列醇临床观察[J]. 中国保健营养,2013,23(6):286.
- 4 钟金盆,贺艳辉,朱小春,等. 米索前列醇和催产素联合使用对产后血管紧张素 II 和凝血因子的影响[J]. 国际妇产科学杂志,2013,40(6):571-573.

(收稿日期:2014-11-15)

新生儿败血症药敏试验及治疗转归

张爱红

【摘要】目的 分析新生儿败血症的病原学检测、药敏学试验及治疗预后,为临床治疗提供一定的参考依据。方法 对该院自 2012 年 9 月-2014 年 9 月收治的 98 例新生儿败血症的病原学检测、药敏试验及治疗转归进行回顾性分析。结果 条件致病菌中所占比例最高的为葡萄球菌,为 71.15%;药敏试验显示对红霉素、青霉素、螺旋霉素、氨苄青霉素耐药率高,对头孢噻肟钠、头孢唑林、万古霉素、苯唑西林钠敏感率高;经治疗后患儿治愈 91 例(92.86%),好转 5 例(5.11%),死亡 2 例(2.04%),总有效率为 97.96%。结论 针对新生儿败血症,早期的评估和诊断尤为重要。同时观察患儿用药的临床表现来调整抗生素的应用,而血培养药敏试验可为抗生素的选择提供依据,使治愈率得到有效提高。

【关键词】 新生儿;败血症;药敏试验;治疗转归

【中图分类号】 R 725.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3296(2015)05B-0071-02

doi: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2015.14.044

新生儿败血症是指新生儿被大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌等细菌侵入血循环,并大量繁殖、扩散,产生毒素造成的全身性感染^[1],是新生儿期常见的严重感染性疾病。国内新生儿败血症以大肠杆菌和金黄色葡萄球菌 2 种感染最常见^[2]。因此,早期诊断、合理有效地应用抗生素对于提高新生儿败血症的治愈率,降低病死率极为重要。但其发病隐匿,临床表现多为非特异性,目前常用的血培养检查存在一定的时限性,且有一定的假阳性率,不利于早期诊断和治疗。为进一步了解新生儿败血症的临床特点、病原菌分布及药物敏感性,

现对我院收治的 98 例新生儿败血症患儿的临床资料进行分析、总结,以期为该症临床治疗提供参考。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 9 月-2014 年 9 月收治的败血症新生儿 98 例,其中男婴 62 例,女婴 36 例;早产儿 31 例,足月产儿 57 例,过期产儿 10 例;发病日龄 0~8d 患儿 30 例,9~15d 患儿 24 例,16~22d 患儿 31 例,23~29d 患儿 13 例;母乳喂养 56 例,人工喂养 38 例,未开奶 4 例;体质量 ≤ 2.5kg 16 例,2.6~3.4kg 30 例,3.5~4.1kg 37 例,≥4.2kg 15 例。临床表现:黄疸 50 例,拒乳或纳差(吃奶不好、吐奶) 11 例,发热 9 例,腹泻 10 例,哭闹、精神弱、思睡 5 例,体温异常

作者单位:050200 石家庄市鹿泉市人民医院儿科