

参数。在本文结果中, MDS 组的 RET# 和 RET% 均高于 AA 组。乐家新等^[3]研究显示, 外周血网织红细胞的变化与性别、年龄相关。本研究中两种疾病患者的性别构成无显著差异, 但年龄构成差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。性别和年龄因素与网织红细胞数量的关系在国外也有较多文献报道, 但各种报道的结论并不完全一致。Takubo 等^[4]报道 26~27 岁的男性和女性 RET% 无差异, 但 RET# 男性高于女性, 认为该结果与男性的雄激素水平及红细胞数量有关。Tarallo 等^[5]报道 20~59 岁男性的 RET# 高于同年龄段女性, 而在 60 岁以上和 4~19 岁人群中则无明显差异。参照文献^[4-5], 本研究将年龄划分为 4~19、20~59 和大于 60 岁 3 个区间, 结果 MDS 患者在 3 个年龄区间对应的病例数为 1 (1.92%)、37 (71.15%) 和 14 (26.92%) 例; AA 患者为 11 (18.03%)、45 (73.77%) 和 5 (8.20%) 例。虽然本研究中 RET# 和 RET% 在两组疾病中的差异有统计学意义, 但两组患者的年龄构成相差较大, 且各年龄段的病例数量相对较小, 因此, RET# 和 RET% 这两项参数对 MDS 和 AA 究竟是否有鉴别价值还有待在今后的研究中进一步证实。

MPV 是反映巨核细胞增生和血小板生成的参数, 对评价血小板功能与鉴别血小板减少病因有一定参考价值。在 MDS 中, 病态巨核细胞明显增多, 有淋巴样小巨核细胞、单圆核小巨核细胞、大单核巨核细胞、多圆核巨核细胞等, 这些异形巨核细胞的出现是 MDS 的重要特征, 其多少标志着巨核细胞病态造血的严重程度, 巨大血小板反映巨核细胞成熟障碍, 常常与小巨核细胞共存, 其结构和形态均有异常^[6-7], 因此 MDS 患者外周血中 MPV 会较高。而 AA 患者表现为骨髓增生不良, 巨核细胞生成受抑, 但不会出现病态巨核细胞, 因此其产生的血小板结构和形态也无明显异常, 故 AA 患者外周血中 MPV 较 MDS 患者偏低。

目前, 在临床实践工作中, MDS 与 AA 的鉴别诊断主要依靠骨髓细胞形态学检查以及免疫表型检查, 但两者均需较长期

验时间, 而 CBC 结果相对准确而快速, 因此对于初诊怀疑 MDS 或 AA 的中度及以上贫血患者, 结合临床症状, CBC 中 MCH、MCHC、MPV 等 3 项参数对上述两种疾病的早期鉴别具有重要参考意义。

参考文献

- [1] 张之南, 沈悌. 血液病诊断及疗效标准[M]. 3 版. 北京: 科学出版社, 2007.
- [2] 蔡正文, 余永卫, 杨日楷, 等. 骨髓增生异常综合征难治性贫血与慢性再生障碍性贫血临床表现和血液学改变的比较研究[J]. 白血病: 淋巴瘤, 2001, 10(2): 89-91.
- [3] 乐家新, 丛玉隆, 兰亚婷, 等. 网织红细胞计数与分群测定及临床应用探讨[J]. 临床检验杂志, 2003, 21(4): 231-233.
- [4] Takubo T, Kitano K, Ohto Y, et al. The usefulness of the R-100 automated reticulocyte counter in a clinical hospital laboratory[J]. Eur J Haematol, 1989, 43(1): 88-89.
- [5] Tarallo P, Humbert JC, Mahassen P, et al. Reticulocytes: biological variations and reference limits [J]. Eur J Haematol, 1994, 53(1): 11-15.
- [6] Houwerzijl EJ, Blom NR, Want JJ, et al. Megakaryocytic dysfunction in myelodysplastic syndromes and idiopathic thrombocytopenic purpura is in part due to different forms of cell death[J]. Leukemia, 2006, 20(11): 1937-1942.
- [7] Faulhaber M, Wormann B, Ganser A, et al. In vitro response of myelodysplastic megakaryocytopoiesis to megakaryocyte growth and development factor (MGDF) [J]. Ann Hematol, 2002, 81(12): 695-700.

(收稿日期: 2011-04-11)

• 临床研究 •

米非司酮配伍米索前列醇治疗稽留流产 33 例临床分析

廖祖才(重庆市合川区妇幼保健院妇产科 401520)

【摘要】 目的 探讨米非司酮配伍米索前列醇对稽留流产的疗效。**方法** 米非司酮配伍米索前列醇口服治疗 33 例稽留流产观察其疗效。**结果** 30 例经药物治疗胚胎组织完全排出, 出血量少, 达到临床治愈, 治愈率 90.9%。3 例服药后配合手术治疗, 临床治愈。**结论** 米非司酮配伍米索前列醇用于稽留流产, 疗效高, 出血少, 人工流产综合征发生率低。

【关键词】 米非司酮; 米索前列醇; 流产, 稽留

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.035 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)17-2114-02

2007 年 7 月至 2010 年 7 月在本院确诊为稽留流产的住院患者 66 例, 其中 33 例采用口服米非司酮配伍米索前列醇治疗, 并与 33 例采用肌肉注射苯甲酸雌二醇治疗的患者进行临床对照观察。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 稽留流产的诊断: 平时月经规律, 有明确的停经史, 胚胎或胎儿已死亡滞留宫腔内未及及时自然排出者。妇科检查, 子宫较停经周数小, B 超提示胚胎停止发育或无胎心、胎动^[1]。按上述标准诊断为稽留流产 66 例, 年龄 20~39 岁, 停

经时间 10~20 周, 初产妇 46 例, 经产妇 20 例。随机分米非司酮治疗组(用药组)33 例, 苯甲酸雌二醇治疗组(对照组)33 例。

1.2 药物及用药方法 米非司酮每片 25 mg, 米索前列醇每片 0.2 mg, 均为上海华联制药有限公司产品。用药组空腹服用米非司酮: 早上 50 mg、晚上 25 mg, 连续服药 2 d, 第 3 天上午空腹服米索前列醇 0.6 mg。对照组肌注苯甲酸雌二醇 2 mg, 每日 2 次, 连用 3 d。

1.3 临床观察 66 例患者用药前查血常规、出凝血时间、血小板计数、血纤维蛋白原、凝血酶原时间、血型等。血小板减少

或凝血功能异常者,术前肌肉注射维生素 K 120 mg,每日 1 次,连用 3 d,并作好输血准备。用药期间观察胚胎组织排出情况及阴道流血量,钳刮术中观察宫颈扩张情况、出血量及刮宫次数。

2 结 果

2.1 疗效观察 用药组 33 例中,胚胎组织完整剥离并娩出 30 例,治愈 30 例,治愈率 90.9%,其中服药后第 1 天排出胚胎组织 3 例(9%),第 2 天 6 例(18.1%),第 3 天 21 例(63.6%),其余 3 例于服药后第 4 天行钳刮术(9%)。而对照组无一例自行排出。两组差异有统计学意义($\chi^2=55, P<0.05$)。

2.2 宫颈软化、扩张情况 用药组宫颈质地均较软,宫颈口松,可容卵圆钳行钳刮术,而对照组有 30 例需扩张宫颈后方能行钳刮术。

2.3 刮宫次数 用药组 3 例在用药后 4 d 因胚胎即将排出,堵于宫颈管内而行钳刮术。因胚胎已剥离,故手术较顺利,无再次刮宫。而对照组中有 3 例因胚胎组织与宫壁粘连,手术难度大,为防止子宫损伤,1 周后行第 2 次刮宫术(9.1%)。

2.4 出血量 用药组出血量小于或等于 50 mL 26 例(78.8%),出血量 100~200 mL 7 例(21.2%)。对照组出血量小于或等于 50 mL 15 例(45.4%),出血量 100~200 mL 15 例(45.4%),出血量 300 mL 3 例(9.1%)。

2.5 发生人工流产综合征情况 用药组无一例发生。对照组发生 3 例(9.1%)。

2.6 复诊情况 对照组有 1 例患者 58 d 经期复潮,且月经量比以往少 1/3。

3 讨 论

3.1 米非司酮配伍米索前列醇能使大部分稽留流产孕妇的胚胎完全自然排出。稽留流产因胚胎死亡时间较长,羊水吸收,胎盘、胎膜组织机化,与子宫壁粘连不易分离,造成刮宫困难,且胚胎死亡后胎盘溶解,产生溶血活酶进入母体血液循环,引起微血管内凝血,消耗大量凝血因子。稽留时间越长,引起凝血功能障碍的可能性越大。近年来,使用米非司酮配伍米索前列醇效果好。米非司酮与孕酮受体结合,拮抗孕酮活性^[2-3],促使蜕膜间质水肿、变性、出血、坏死,并可通过改变细胞内激

素分泌平衡导致绒毛滋养细胞变性、坏死,使胚胎组织与宫壁分离,子宫肌肉处于兴奋状态,并刺激内源性前列腺素释放,诱发宫缩,所以能使大部分胚胎自然排出。

3.2 对于少部分使用米非司酮配伍米索前列醇未能排出者,有明显软化宫颈作用,且效果较苯甲酸雌二醇好。以往用苯甲酸雌二醇治疗,以期软化或机化胚胎组织,但在孕 12 周后,胎儿肢体已形成,此时子宫大而软,宫口紧闭,施行钳刮术时,患者痛苦大,宫颈扩张不充分,胎儿胎盘不易钳出,术中出血多,手术时间长,副损伤大,术后宫腔粘连、疤痕导致闭经及月经稀发。有报道约占闭经及月经稀发的 84%^[4]。主要原因是手术时宫颈扩张不充分,器械频繁进入宫腔,操作困难,手术时间长,刮宫过度所致。同时,人工流产综合征发生率较高,且再次刮宫率也提高,增加了感染机会。米非司酮可使子宫颈胶原合成减弱,胶原分解加强,宫颈扩张、软化,已被很多临床观察及宫颈组织学研究所证实^[5]。本文中用药组在宫颈软化作用及宫口自然扩张方面比对照组强,出血量及术后并发症、产生人工流产综合征少。提示米非司酮配伍米索前列醇用于稽留流产效果优于苯甲酸雌二醇,可提供临床参考。

参考文献

[1] 尤昭玲,李克湘.实用妇产科手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:39.
[2] 马艳萍.米非司酮在过期流产中的应用[J].中华妇产科杂志,1996,31(5):315.
[3] 郭雨汛,王小艳.米非司酮联合米索前列醇治疗稽留流产的临床研究[J].检验医学与临床,2009,6(19):1677-1678.
[4] 刘淑文.人工流产后闭经和月经过少的原因及处理[J].实用妇产科杂志,1997,13(3):154-155.
[5] Frydman R, Baton C, Lelaiclier C, et al. Mifepristone for inclusion of laboax[J]. Lancet, 1991, 337(8739):488-489.

(收稿日期:2011-06-15)

• 临床研究 •

氟康唑氯化钠注射液治疗真菌性外耳道炎 120 例疗效总结

郭子文(四川省邛崃市医疗中心医院耳鼻喉科 611530)

【摘要】 目的 评价氟康唑氯化钠注射液外用于外耳道治疗真菌性外耳道炎的可行性。**方法** 将氟康唑氯化钠注射液滴入患者患侧外耳道,早晚各一次,每次浸泡 20 min。**结果** 观察 3~6 个月,治愈率为 90.7%,有效率为 100%,无明显不良反应。**结论** 氟康唑氯化钠注射液外用于外耳道治疗真菌性外耳道炎疗效肯定,安全可行。

【关键词】 外耳炎; 真菌病; 氟康唑; 注射液; 投药,局部

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)17-2115-02

真菌性外耳道炎属常见病、多发病,治疗方式多,但没有一个特效疗法,目前有理疗、全身用药、局部用药等多种疗法。本文对氟康唑氯化钠注射液治疗真菌性外耳道炎的疗效进行总结,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文报道 120 例治疗病例共 162 耳,双耳发病 42 例,单耳发病 78 例,男 92 例,女 28 例,年龄 15~80 岁,

病程 1 周至 3 年。部分病例经硼酸乙醇滴耳及达克宁(硝酸咪康唑)乳膏外耳道治疗疗效不佳。

1.2 确诊真菌性外耳道炎方法 于耳内镜下取外耳道分泌物,送细菌涂片查真菌,查见真菌菌丝或芽孢,确诊为真菌性外耳道感染病例。

1.3 治疗方法 药物来源:使用四川科伦药业股份有限公司生产的氟康唑氯化钠注射液,每瓶 100 mL,含氟康唑 0.2 g,氯