

3%。这个感染率虽然不是很高,但不容忽视。有研究证实健康青春期少女下生殖道中 UU 检出率为 5%~22%,解脲脲原体检出率为 8%~17%<sup>[3]</sup>。

UU、CT 感染可分为活动性感染和潜伏性感染两种类型。潜伏性感染由于没有明显的临床症状,未接受有效的药物治疗。UU 是一类大小和结构复杂程度介于病毒和细菌之间的最小原核微生物,它在细胞外寄生,感染宿主后与宿主细胞争夺营养物质,影响蛋白质和 DNA 合成致病<sup>[4-5]</sup>。感染女性生殖器后多见以子宫颈为中心扩散的生殖系炎症。本研究显示, UU 阳性率很高,与国内报道的女性阳性率相近<sup>[6]</sup>。因此,感染长期持续,传播蔓延,反复。感染导致输卵管粘连、僵硬、堵塞等慢性损伤,是输卵管妊娠发病的原因之一,说明不孕妇女的 CT 感染是一个不可忽视的问题。

参考文献

[1] 徐文严. 性传播疾病预防与治疗——21 世纪全国首届性

传播疾病预防学术研讨会论文集[M]. 上海:第二军医大学出版社,2001:216.

[2] 时顺章. 性传播疾病的实验室诊断[M]. 北京:科学出版社,2001:130.

[3] 贤才. 当代性病诊断与治疗[M]. 青岛:青岛出版社,2000:97.

[4] 李俊杰,万德胜,梁沛杨,等. 泌尿生殖道支原体感染状况以及药敏动态分析[J]. 中国热带医学,2003,3(3):364-365.

[5] 张致中. 新编性病学[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1999:133-135.

[6] 李成志,卞度宏. 女性生殖道沙眼衣原体感染[J]. 实用妇产科杂志,2002,18(2):85-87.

(收稿日期:2012-02-19)

# 米索前列醇联合缩宫素应用预防产后出血效果观察

孙美霞,陈 娅(重庆市妇幼保健院产科 400013)

**【摘要】 目的** 探讨产后出血的预防措施。**方法** 随机抽取重庆市妇幼保健院 2006 年 5 月至 2008 年 12 月正常足月妊娠阴道分娩产妇 130 例(经产后出血预测评分 1 分以上者),应用米索前列醇塞肛联合缩宫素,观察产后 2 h 出血量及产后 24 h 出血量,进行统计学分析。**结果** 实验组第 3 产程时间为(7.62±3.10)min,较对照组明显缩短,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。实验组产后 2 h 出血量及产后 24 h 出血量分别为(140.0±66.0)、(188.0±68.0)mL,较对照组明显减少,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 米索前列醇塞肛联合缩宫素静脉慢滴对于预防子宫收缩乏力引起的产后出血效果显著,值得临床推广应用。

**【关键词】** 米索前列醇; 缩宫素; 产后出血; 效果观察

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.066 文章编号:1672-9455(2012)17-2223-02

产后出血是产科常见而又严重的并发症,居我国产妇死亡原因首位。而子宫收缩乏力是引起产后出血的重要原因。如何本院采用米索前列醇联合缩宫素预防子宫收缩乏力,减少产后出血,取得了一定的效果,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 随机抽取本院 2006 年 5 月至 2008 年 12 月住院足月产妇 130 例。并随机分为米索前列醇联合缩宫素应用组(实验组 65 例),常规静脉滴注缩宫素组(对照组 65 例)。两组产妇均,妊娠 37~42 周,单活胎,头位,无明显头盆不称,两组年龄及孕周差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 方法** 如何预防产后出血,保障产妇的生命安全是产科的一个重要课题,目前国内外多数主张以评分的方式来预测产后出血的可能性。评 0 分者 99%不发生后出血,1 分以上者 8.6%发生后出血,5 分以上者 54%发生后出血(应为重点监护对象)<sup>[1]</sup>。

**1.2.1 实验组** 胎儿娩出后,对产后出血预测评分评 1 分以上者立即给予产妇米索前列醇 600 μg 塞肛联合应用生理盐水 500 mL,再加缩宫素 20 U 静脉滴注,滴速 20~30 滴/分钟。

**1.2.2 对照组** 胎儿娩出后,对产后出血预测评分评 1 分以上常规静脉滴注生理盐水 500 mL 加缩宫素 20 U。

**1.2.3 失血量计算** 两组产妇统一采用称质量法,分娩后敷料质量(湿质量)减去分娩前敷料质量(干质量)=出血量(按 1.05 g=1 min)即:均采用本院特制的灭菌纸垫(已称质量),在胎儿娩出后羊水流尽时,立即铺于产妇臀下,收集产后 2 h

垫上的全部出血量后称质量,另一些纸垫用于产后 2~24 h 的出血量,所增加的重量为失血量。

## 2 结果

实验组与对照组比较第 3 产程时间明显缩短,差异有统计学意义( $P<0.05$ );产后 2 h 出血量及产后 24 h 出血量明显减少,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。实验组产妇产后出血率 4.6%(3/65)明显低于对照组 12.3%(8/65),见表 1。实验组第 3 产程时间为(7.62±3.10)min,与对照组比较明显缩短,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。产后 2 h 出血量及产后 24 h 出血量分别为(140.0±66.0)、(188.0±68.0)mL,较对照组明显减少,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 1 两组产妇分娩情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	第 3 产程时间 (min)	产后 2 h 出血量(mL)	产后 24 h 出血量(mL)
实验组	7.62±3.10	140.0±66.0	188.0±68.0
对照组	10.17±3.22	265.8±69.8	320.0±70.0

## 3 讨论

**3.1 产后出血**是指胎儿娩出后 24 h 内失血量超过 500 mL,是分娩期严重并发症,居我国产妇死亡原因首位<sup>[2]</sup>。大部分产后出血最理想的解决方式是预防,包括产前预防及采取积极措施管理产程。尽管积极处理产程,但仍有充分的证据显示,第 3 产程延长可以增加产后出血的风险<sup>[3]</sup>。因此缩短第 3 产程

是预防产后出血的重要环节。而米索前列醇是合成前列腺素 E1 衍生物,有增强子宫收缩频率和幅度的作用,口服后吸收迅速,150 s 即可引起子宫收缩,30 min 达血药浓度高峰<sup>[4]</sup>。

**3.2** 本研究发现米索前列醇联合缩宫素慢速输入用于预防产后出血与常规使用缩宫素相比较,发现前者作用强于后者,肝素米索前列醇联合缩宫素应用能使第 3 产程时间明显缩短,使产后 2 h 及 24 h 内出血量明显减少,并且具有简便、安全、高效、不良反应小的优点,能积极有效地降低产后出血率,特别是在资源匮乏的农村基层医疗单位值得推广应用。

参考文献

[1] 张红卫. 对产后出血预测评分表可信性的回顾性分析

[J]. 航空航天医药,2010,20(12):2202-2203.

[2] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2003:224.

[3] 张运平,刘晓红. 产后出血——产后出血的评估、治疗和外科手术综合指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:25.

[4] 赵俊俊,张启兰,杜鹃,等. 米索前列醇用于晚期妊娠引产的临床研究[J]. 现代妇产科进展,2004,6(2):152.

(收稿日期:2012-02-19)

# 某院血小板制剂临床应用情况分析

刁荣华,肖瑞卿,赵树铭(第三军医大学西南医院输血科/中国人民解放军重庆血站,重庆 400038)

**【摘要】** 目的 了解血小板制剂使用情况,探讨进一步做好血小板制剂的保障供应工作。方法 统计分析本院 2008 年 1 月至 2011 年 12 月血小板制剂使用情况。结果 血小板使用量共 6 409 袋,血型比例由多到少依次为 O 型、A 型、B 型、AB 型,O 型最多,2 274 袋,占血小板使用总数的 35.48%,AB 型最少,679 袋,占 10.60%。新鲜单采血小板 4 857 袋,占总使用量的 75.78%,冰冻单采血小板 1 552 袋,占 24.22%。结论 应做好不同血型单采血小板储备,保障临床血小板制剂的供给。

**【关键词】** 新鲜单采血小板; 冰冻单采血小板; ABO 血型

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.067 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)17-2224-02

血小板制剂是临床上成分输血治疗的重要部分,对各种原因引起的小血小板减少具有药物不可替代的作用。一般情况下,血小板制剂可在 22℃ 振荡条件下保存 5 d,作为新鲜单采血小板用于临床,冰冻血小板能长期有效保存,急用时可快速解冻,为及时抢救急性失血性休克患者争取到有效时间<sup>[1]</sup>。作者统计分析了 2008 年 1 月至 2011 年 12 月新鲜单采血小板和冰冻单采血小板使用情况,现将结果报道如下。

## 1 材料与方 法

**1.1 材料** 资料来源于本院 2008 年 1 月至 2011 年 12 月所用于临床的新鲜单采血小板和冰冻单采血小板。

**1.2 制备方法** 献血者符合献血体检和检验标准<sup>[2-4]</sup>。用四川南格尔和费森尤斯血细胞成分分离机,制备剂量大于或等于 2.5×10<sup>11</sup> 为 1 个单位治疗量血小板。新鲜单采血小板常温液

态振荡 22℃ 保存 5 d,冰冻单采血小板,加冰冻防护剂在 -80℃ 以下保存<sup>[5-9]</sup>。

**1.3 统计学处理** 对新鲜单采血小板和冰冻单采血小板,按血型和使用科室前 6 名,分别进行统计。

## 2 结 果

2008 年 1 月至 2011 年 12 月使用血小板 ABO 血型分布情况见表 1,临床使用血小板情况见表 2。

表 1 ABO 血型使用分布情况(袋)

项目	A	B	O	AB	合计
新鲜单采血小板	1 509	1 158	1 715	475	4 857
冰冻单采血小板	439	350	559	204	1 552
合计	1 948	1 508	2 274	679	6 409

表 2 各科室使用血小板情况(袋)

项目	血液科	肝胆科	神经外科	胸外科	传染科	肿瘤科	其他	合计[n(%)]
新鲜单采血小板	4 022	171	54	47	37	41	485	4 857(75.78)
冰冻单采血小板	494	350	83	81	51	37	456	1 552(24.22)
合计	4 516	521	137	128	88	78	941	6 409(100)

## 3 讨 论

随着输血事业的发展,新技术新方法的不断应用,由机器代替手工,提高了血小板的收集率,单采血小板因其纯度高、疗效显著、白细胞污染少、同种免疫发生率低等优点,为临床广泛应用<sup>[10-11]</sup>。本科为临床提供的小血小板 99% 以上来源于单采,从表 1 血型分布可看出,采集的小血小板血型分布比例由大到小依次为 O、A、B、AB 型,O 型比例最大,占供应血小板总数的

35.48%,AB 型最小,占 10.60%。这与本地区人群血型分布特点有关。通过表 2 可以看出,临床前 6 名科室使用,新鲜单采血小板占总用量的 75.78%,冰冻单采血小板占 24.22%。血液科使用血小板制剂最多,其次是肝胆外科等,新鲜单采血小板用量明显高于冰冻单采血小板<sup>[12]</sup>,主要是手术前与手术过程中用于止血。随着社会的发展和医疗水平需求的提高,临床输注血小板用量持续增加,由于采集、保存时间等因素的限