

期时治疗频率可适当提高以维持治疗效果。但对于认知行为治疗的改善效果能否长期维持有待进一步研究。而对照组患者 WHOQOL-BREF 各因子得分也有相同变化趋势,但改善程度较小,在 24 周时各因子得分与 0 周时比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。表明支持性心理治疗对患者生活质量改善作用有限。

本次研究中,随访结束时研究组环境和社会得分较对照组高,表明认知行为治疗对患者环境和社会关系满意度改善作用优于支持性心理治疗。除了和支持性心理治疗拥有心理健康教育、正常化和建立治疗关系等常规干预内容外,认知行为治疗还添加了较多干预内容,如通过可替代性解释以环境偏执型妄想导致的情绪困扰,通过声音日记寻找幻听解决方案,通过发展合理应对和扭转认知歪曲以减轻抑郁焦虑情绪等^[10]。因此,认知行为治疗可帮助患者解决偏执型妄想、焦虑抑郁情绪和幻听等障碍,进而缓解患者与环境和社会的关系,最终达到改善环境和社会关系的目的。此外,24 周时研究组 12 例,对照组 2 例,有效率组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),再次表明了认知行为治疗对精神分裂症患者生活质量改善作用优于支持性心理治疗。

将治疗有效和无效患者进行分组,对两组患者一般资料进行分析,发现两组患者在性别、收入、心理治疗分组等方面差异有统计学意义($P<0.05$)。代入回归分析,发现心理治疗分组为研究组、性别为男和问题解决基线值低为生活质量改善的影响因素。研究组采用认知行为治疗,研究组生活质量改善更大,表明认知行为治疗更有益于患者生活质量的改善。问题解决基线值男性患者和女性患者比较,差异无统计学意义($P<0.05$),该结果表明男性患者更易在认知行为治疗中获益,更好地改善生活质量。有研究认为应对策略是影响精神分裂症患者生活质量的重要影响因素^[11]。在本次研究中发现问题解决基线值越低的患者在治疗中获益越大。精神分裂症患者在生活技能、自我护理技能和人际交往等方面应对能力和策略均较差。认知行为治疗采用合作策略,引导患者学习应对策略,并鼓励其主动与社会及家庭寻求应对策略,以增强应对能力,提高生活信心。

综上所述,认知行为治疗对改善精神分裂症患者生活质量改善效果明显,问题解决基线值低、男性患者和接受认知行为治疗的患者生活质量改善效果更佳。此外,本次研究也存在一

定不足,如随访时间短,未对认知行为治疗的远期疗效进行探讨。因此在下一步的研究中,可适当延长随访时间。同时,本次研究中认知行为治疗巩固期效果下降,下一步研究时可适当增加巩固期治疗频率,以维护治疗效果。

参考文献

- [1] Ripke S, O'dushlaine C, Chambert K, et al. Genome-wide association analysis identifies 13 new risk loci for schizophrenia[J]. Nat Genetics, 2013, 45(10): 1150-1159.
- [2] 王真真, 张有志, 李云峰, 等. 抗精神分裂症药物的研究进展[J]. 军事医学, 2013, 37(8): 628-631.
- [3] 朱玥, 马燕桃, 石川, 等. 单相和双相抑郁障碍及精神分裂症患者神经认知功能的比较研究[J]. 中华精神科杂志, 2013, 46(6): 325-329.
- [4] 张香云, 栗克清, 狄亚琴, 等. 奥氮平与喹硫平治疗以阴性症状为主精神分裂症的对照研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2012, 28(4): 260-262.
- [5] 司天梅, 杨建中, 舒良, 等. 阳性和阴性症状量表(PANSS, 中文版)的信、效度研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(1): 45-47.
- [6] 沈晓红, 姜乾金. 医学应对方式问卷中文版 701 例测试报告[J]. 中国行为医学科学, 2000, 9(1): 18-20.
- [7] 杨清艳, 李占江, 姜长青, 等. 非理性信念量表的初步编制[J]. 中国临床心理学杂志, 2007, 15(6): 562-564.
- [8] Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, et al. The World Health Organization quality of life scale brief version: a validation study in patients with schizophrenia[J]. Qual Life Res, 2011, 20(7): 1079-1089.
- [9] Reddy SKV, Guleria S, Okechukwu O, et al. Live related donors in India: their quality of life using World Health Organization quality of life brief questionnaire[J]. Indian J Urol, 2011, 27(1): 25.
- [10] Brenner K, St-Hilaire A, Liu A, et al. Cortisol response and coping style predict quality of life in schizophrenia [J]. Schizophr Res, 2011, 128(1): 23-29.

(收稿日期: 2015-10-11 修回日期: 2015-12-15)

· 临床探讨 ·

米索前列醇预防产后出血的效果分析

付冲, 郭娟[△](重庆市第五人民医院妇产科 400062)

【摘要】 目的 探讨米索前列醇在防治产后出血中的效果。方法 回顾性分析该院 2012 年 1 月至 2014 年 12 月 440 例正常单胎足月的自然分娩患者, 将其随机分为观察组 240 例和对照组 200 例。观察组产妇产在胎儿娩出后口服米索前列醇片 400 μg , 对照组在胎儿娩出后肌内注射缩宫素 20 U, 分别测定两组产妇的第三产程时间、出血量、血压、心率、血红蛋白等指标。结果 两组在第三产程时间, 产后 2 h 出血量, 产后 24 h 出血量等方面比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 在产后血压、心率等指标上差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 米索前列醇给药促进子宫收缩作用强于肌内注射缩宫素, 能有效缩短第三产程并减少产后出血。

【关键词】 米索前列醇; 产后出血; 回顾性分析

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.06.042 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)06-0824-03

产后出血(PPH)是指胎儿娩出后 24 h 内失血量超过 500 mL, 剖宫产超过 1 000 mL, 是分娩期严重并发症, 居我国产妇

死亡的原因首位。产后出血是发展中国家孕产妇死亡的主要可预防的原因之一^[1-2]。本研究选取 2013 年 1 月至 2014 年 12

[△] 通讯作者, E-mail: 9578117@qq.com。

月本院自然分娩的 440 例产妇第三产程早期口服米索前列醇预防产后出血的临床效果进行了回顾性研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 12 月本院分娩的产妇,年龄 20~43 岁,孕周 37~41 周,共 440 例,随机将其分为观察组 240 例和对照组 200 例。纳入标准:(1)足月妊娠、正常分娩的单胎头位孕妇;(2)无妊娠合并症或并发症;(3)无前列腺素应用禁忌证,近期内未用过前列腺素抑制剂的自然临产者。排除标准:(1)过期妊娠或者早产孕妇;(2)妊娠合并症或并发症;(3)有前列腺素应用禁忌证。

1.2 方法

1.2.1 给药方法 观察组产妇在胎儿娩出后立即口服米索前列醇片 400 μg(2 片);对照组在胎儿娩出后立即肌内注射缩宫素 20 U。

1.2.2 观察指标 记录第三产程时间,产后 2 h 阴道出血量及两组孕妇用药前及用药后 30 和 120 min 的心率、血压、血红

蛋白、红细胞压积及用药后出现的不良反应(包括寒战、恶心、呕吐、腹泻等)。

1.2.3 出血量测量 出血量由专人负责记录,常规切开会阴,胎儿娩出,胎儿娩出后,用接血盘放在臀部下方收集血液,离开产床后使用卫生垫。2 h 后使用电子秤称质量,使用容积法联合称质量法测量出血量,比重 1.05 相当于 1 mL 的血液。出血量=(已用过用品质量-用品用前质量)/1.05+直接收集的血液体积。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行处理及统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇一般情况结果比较 两组产妇的年龄、孕周、孕产次、新生儿体质量及产前血红蛋白比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组产妇一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	年龄(岁)	孕妇体质量(kg)	孕次(<i>n</i>)	孕周(周)	新生儿体质量(g)	产前血红蛋白(g/L)
观察组	25.54±3.53	62.75±6.08	2.09±0.91	39.12±1.23	3 249.22±306.28	111.2±8.05
对照组	25.36±3.47	63.66±5.84	2.17±0.49	38.97±1.67	3 237.69±377.2	113.3±10.41

2.2 两组患者第三产程时间、产后 2 h 及产后 24 h 出血量比较 观察组第三产程时间短于对照组,并且产后 2 h 及 24 h 出血量少于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者用药前后心率、血压、血红蛋白、红细胞压积比较 两组患者用药前后心率、血压、血红蛋白、红细胞压积比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 2 两组产程时间及出血量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	第三产程(min)	产后 2 h 出血量(mL)	产后 24 h 出血量(mL)
观察组	240	7.58±3.72	208.35±72.32	281.43±102.34
对照组	200	14.82±3.60	297.16±89.23	348.99±148.64

注:与对照组比较, $P<0.05$ 。

表 3 两组产前后血压、心率、血红蛋白及血红蛋白压积比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	收缩压(mm Hg)		舒张压(mm Hg)		心率(次/分)		分娩前后血红蛋白差值	分娩前后红细胞压积差值
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后		
观察组	240	120±33	118±31	78±16	77±23	71±9	78±7	9.97±8.06	0.035±0.031
对照组	200	121±32	123±33	75±26	79±27	76±8	77±9	10.98±8.91	0.038±0.029

2.4 用药过后两组不良反应比较 用药后,观察组 14 例(5.83%)出现轻度恶心;寒战 9 例(3.75%),持续 6~18 min 后消失,无需任何处理;腹泻 7 例(2.92%);未见其他不良反应。催产素组除 3 例(1.50%)体温升高(低热到中热为主),4 例(2.00%)头痛,未见其余上述不良反应。

3 讨论

产后出血是产科常见并发症,子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道损伤及凝血功能障碍是产后出血的主要原因,其中子宫收缩乏力是产后出血最常见的原因,占了产后出血的 90%。积极防治子宫收缩乏力性出血是降低产妇死亡的关键^[3]。传统方法为使用缩宫素促进子宫收缩,缩宫素可通过与子宫平滑肌内特异性受体结合使子宫规律性收缩,减少产后出血,但是缩宫素半衰期较短,仅 3~4 min,维持时间 30 min,且个体差异性大,效果一般。因此,临床上需寻求一种疗效快、安全、不良反应低的促进子宫收缩药物。

子宫平滑肌对前列腺素具有高度敏感性,子宫肌细胞内含有丰富的前列腺素受体。米索前列醇是合成的前列腺素 E 衍生物,具有较强的子宫收缩作用,其吸收快体内 2 min 即可发

挥疗效 30 min 达到药峰值,且作用与体内激素无关。近年来不少研究结构针对米索前列醇预防产后出血设计了一系列的随机对照试验,证明米索前列醇防治产后出血高效、不良反应少^[4-6]。而国际上对其应用也逐渐广泛。

本组资料表明与子宫肌层注射催产素比较,第三产程早期口服米索具有比催产素更强的子宫收缩作用,能使第三产程时间缩短,产后 2 h 内出血量明显减少。目测估计法一直为临床广泛采用的失血量估计方式,产科医生和助产人员根据经验对失血量进行估算。但此种方式往往低估了实际出血量。在本研究采用产时容积法联合称重法统计两组产妇产后 2 h 的出血量中失血量。研究结果显示产后出血率降低,两组组间差异有统计学意义($P<0.05$)。本组资料还表明,米索前列醇使用前后产妇血压、心率无明显变化,与缩宫素组相比较差异无统计学意义($P>0.05$),米索前列醇可适用于合并高血压产妇产后出血的预防,这与国内外的研究结果一致^[7-9]。

本研究发现使用米索前列醇后血压无明显变化,说明米索前列醇不影响血压、不增加产妇产心血管系统的负荷,适用于妊娠高血压综合征等易发生产后出血的产妇。入选的观察组孕

妇虽然个别出现恶心、呕吐、腹泻等不良反应,考虑与米索前列醇除对子宫有收缩作用外,也使胃肠道平滑肌收缩相关,且多为一过性,有明显的首过效应^[10]。发热、寒战亦为一过性,未产生危害,无需特殊处理。

虽然仍有学者指出,米索前列醇的使用对于严重的产后出血发生率并无明显意义,但结合临床实际分析认为,对于发展中国家而言,米索前列醇广泛应用于临床防治产后出血仍是一种安全、高效、简便的方法。

参考文献

- [1] Rajan PV, Wing DA. Postpartum hemorrhage: evidence-based medical interventions for prevention and treatment [J]. Clin Obstet Gynecol, 2010, 53(1): 165-181.
- [2] Uncu Y, Karahasan M, Uyaniklar Ö, et al. Prophylactic misoprostol for the prevention of postpartum hemorrhage: a randomized controlled trial [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2015, 19(1): 15-22.
- [3] Rajan PV, Wing DA. Postpartum hemorrhage: evidence-based medical interventions for prevention and treatment [J]. Clin Obstet Gynecol, 2010, 53(1): 165-181.
- [4] Priya GP, Veena P, Chaturvedula L, et al. A randomized controlled trial of sublingual misoprostol and intramuscular oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage [J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 292(6): 1231-1237.
- [5] Alsahly H, Rectal N. Versusoral misoprostol for active management of third stage of labor: a randomized con-

trolled trial [J]. Arch Gynecol Obstet, 2011, 283(5): 935-939.

- [6] Musa AO, Ijaiya MA, Saidu R, et al. Double-blind randomized controlled trial comparing misoprostol and oxytocin for management of the third stage of labor in a Nigerian hospital [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2015, 129(3): 227-230.
- [7] Hofmeyr GJ, Fawole B, Mugerwa K, et al. Administration of 400 µg of misoprostol to augment routine active management of the third stage of labor [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2011, 112(2): 98-102.
- [8] Lin CJ, Chien SC, Chen CP. The use of misoprostol in termination of second-trimester pregnancy [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2011, 50(3): 275-282.
- [9] Chaudhuri P, Majumdar A. Sublingual misoprostol as an adjunct to oxytocin during cesarean delivery in women at risk of postpartum hemorrhage [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2015, 128(1): 48-52.
- [10] Atukunda EC, Siedner MJ, Obua C, et al. Sublingual misoprostol versus intramuscular oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage in Uganda: a double-blind randomized non-inferiority trial [J]. PLoS Med, 2014, 11: e1001752.

(收稿日期: 2015-06-25 修回日期: 2015-09-25)

· 临床探讨 ·

丙种球蛋白治疗不敏感川崎病的临床探讨

向 龙, 陈 聪[△] (四川省成都市第一人民医院儿科 610000)

【摘要】 目的 探讨静脉注射丙种球蛋白 (IVIG) 对儿童不敏感川崎病的临床研究。方法 选取 2013 年 3 月至 2015 年 3 月该院儿科收治的川崎病住院患儿 50 例进行回顾性分析, 采集白细胞 (WBC)、中性粒细胞 (N)、外周血血红蛋白 (Hb)、清蛋白 (ALB)、血沉 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP) 等指标, 将伴随冠状动脉病变和不伴随冠状动脉病变患儿的上述指标进一步对比分析, 研究对象分为敏感组和非敏感组, 其中 20 例为 IVIG 不敏感型川崎病患者, 剩余 30 例为敏感型, 对 IVIG 耐药高危因素进行 Logistic 回归分析。结果 敏感组患儿年龄明显低于不敏感组, 敏感组的 ALB 指标高于不敏感组患儿, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); Logistic 回归方程分析提示, 年龄和 ALB 与 IVIG 耐药具有相关性。结论 IVIG 不敏感患儿较敏感患儿更易发生冠状动脉病变, 其中年龄、ALB 可能是患儿 IVIG 耐药的高危因素, 复用 IVIG 及在抗凝基础上加用激素对 IVIG 不敏感川崎病治疗有效。

【关键词】 丙种球蛋白; 不敏感; 皮肤黏膜淋巴结综合征

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.06.043 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)06-0826-03

川崎病又称皮肤黏膜淋巴结综合征, 是一种病因未明的发热性疾病, 以全身非特异性血管炎为主要病变, 最严重并发症可以导致患儿出现冠状动脉病变, 进而可以继发血栓形成或猝死, 后期可发生缺血性心脏病, 并导致成年后缺血性心脏病。目前临床上对于川崎病的治疗方案尚未统一, 但静脉注射丙种球蛋白 (IVIG) 是儿科医师比较认可的有效方法, 其目的是防止患儿发生严重的冠状动脉病变。但有部分患儿对于静脉注射 IVIG 并不敏感, 称为 IVIG 不敏感川崎病, 近年来文献报道

越来越多, 引起了儿科医师的重视^[1-2]。因此, 探讨小儿静脉注射 IVIG 不敏感川崎病的危险因素, 对儿科医师的指导用药及预后极为重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 3 月至 2015 年 3 月本院儿科收治的川崎病住院患儿 50 例, 年龄 5~13 岁共 16 例, 平均 (7.6 ± 1.1) 岁; 年龄小于 5 岁共 34 例, 平均 (1.6 ± 1.3) 岁。

1.2 诊断标准 川崎病诊断标准参照第三届国际川崎病会议

[△] 通讯作者, E-mail: chencong1616@126.com。