2.3 2组患者体温情况

研究组发热人数与对照组比较明显下降($P<0.01$)。已出现发热的患者,研究组体温的恢复有效率高于对照组,但2组比较差异无统计学意义($P>0.05$,表1)。

表1 2组患者体温情况比较[例(%)]

组别	例数	发热患者	体温变化	
			有效	无效
对照组	298	113(37.9)	84(74.3)	29(25.7)
研究组	267	42(15.7)[a]	35(83.3)	7(16.7)

a:$P<0.01$,与对照组比较

3 讨论

医院感染已成为医院管理和医疗质量的重要课题,而呼吸道感染又是各部位感染之首。郑立等[6]对13 351例住院肿瘤患者医院感染调查显示,化疗科感染为最高,为8.1%,其中呼吸道感染为47%。本研究结果中在没有施行三阶梯预防前本组患者感染率高达38.9%。

本组病例为恶性淋巴瘤患者,其免疫功能缺陷,化疗后粒细胞缺陷导致免疫功能全面下降,极易出现感染,是恶性淋巴瘤患者感染率略高的原因之一。有研究报道保护性隔离和层流病房有利于减少感染的发生,较普通病房能够降低感染率20%~30%[7-9]。本研究结果中研究组患者院内感染率与对照组比较明显下降($P<0.01$),主要因为研究组患者完全执行三阶梯护理措施,在患者粒细胞还未降低、未发烧、未感染前提前实施、预防性实施,变被动执行标准为主动实施;及时准确悬挂防控标识,提高患者预防感染的意识,加强陪护和探视人员的管理,切断医护人员及陪护在接触患者时造成传播感染;注重宣教,使患者和家属有充分的思想准备迎接化疗后粒细胞减少,愉快接受治疗和护理措施,保证三阶梯护理工作的顺利进行。

但是,部分患者粒细胞并未下降至1.5×10^9/L就已经出现感染,如何区别对待患者的易感性,更好地预防感染,需要进一步研究探讨。对于粒细胞低于1.5×10^9/L的患者都采取层流保护措施,固然可以预防感染,却增加了患者的经济负担,对于经济困难的患者难以实行。因此,三阶梯预防护理措施是一项繁琐而细致的工作,需要长期坚持和不断探索,以便为患者提供更优质、有效的医疗服务。

参考文献:

[1] Klevens R M, Edwards J R, Richards C L Jr, *et al*. Estimating health care-associated infections and deaths in U. S. hospitals, 2002[J]. Public Health Rep, 2007, 122(2): 160-166.
[2] Sheridan-Leos N. Oncology care setting design and planning part Ⅱ: designing healthcare settings to prevent fungal infections and improve handwashing[J]. Clin J Oncol Nurs, 2008, 12(3): 521-525.
[3] 谭庆菊,董华. 肿瘤病人易感染原因及护理对策[J]. 职业与健康,2002,18(11):166-167.
[4] 郑立,黄华兰,王逸茹,等. 肿瘤化疗病人医院感染调查分析[J]. 护理研究,2005,19(2B):296-297.
[5] 刘亚新,王亚霞,魏琴,等. 肿瘤病区医院感染的分析及护理[J]. 天津护理,2003,11(2):92-94.
[6] 郑立,黄华兰,程一霓,等.13351例住院肿瘤病人医院感染调查分析[J]. 护理学杂志,2004,19(7):58-59.
[7] 梁美寅. 层流床护理在恶性肿瘤患者预防感染中的作用[J]. 国际医药卫生导报,2009,15(4):101-102.
[8] 王霄霞,宋炳红,王京平,等. 全方位无菌护理预防高剂量化疗细胞极期感染120例[J]. 中国实用护理杂志,2004,20(8B):8-9.
[9] 徐锡凤,李星华. 国内医院感染现状及对护理工作的思考[J]. 护理管理杂志,2007,7(2): 22-24.

(**收稿**:2010-01-25;**修回**:2010-02-17)
(编辑 吴培红)

文章编号:1000-5404(2010)09-0997-03

经验交流

脐带绕颈710例分娩方式及分娩结局分析

李文霞[1],颜 颖[1],夏爱斌[2] (410007 长沙,湖南省长沙市妇幼保健院产科;410013 长沙,中南大学湘雅三医院产科)

[关键词] 脐带绕颈;分娩方式;分娩结局
[中图法分类号] R714.43 **[文献标志码]** B

脐带绕颈是脐带缠绕在胎儿颈部的一种现象,缠绕1~2圈者居多,3圈及以上少见。缠绕紧者可影响脐血通过而造成胎儿缺氧甚至死亡。脐带绕颈是否成为会阴侧切或剖宫产的手术指征,以及其对围产儿的影响成为关注重点[1,2]。现回顾性分析我院710例脐带绕颈分娩方式及分娩结局,报告如下。

1 资料与方法

我院2008年10月至2009年9月分娩胎儿总数为3 091例,发生脐带绕颈710例,发生率为22.97%。710例发生脐带绕颈的孕妇年龄为27.2(20~41)岁。其中初产妇646例,占90.99%。对710例发生脐带绕颈者的相关因素,包括脐带长度与绕颈周数、分娩方式等因素对胎儿的影响进行分析。在有关因素分析上,以同期分娩记录完整无脐带绕颈的2 126例作为对照组。对实验数据进行χ^2检验和秩和检验。

[通信作者] 夏爱斌,电话:(0731)88618575,E-mail:mia_xia@hotmail.com

2 结果

2.1 脐带绕颈周数与脐带长度的关系

脐带<30 cm为脐带过短，>70 cm为脐带过长。本组病例脐带最长110 cm，脐带绕颈1周580例，绕颈2周110例，绕颈≥3周20例，其中脐带长度40～75 cm绕颈最多，共606例，占85.35%。脐带越长绕颈周数越多（$P<0.01$，表1）。

表1 脐带长度与脐带绕颈周数的关系[n(%)]

脐带绕颈周数	n	<30 cm[a]	30～70 cm[a]	>70 cm[a]
1周	580	4(0.69)	530(91.38)	46(7.93)
2周	110	0(0.00)	78(70.91)	32(29.09)
≥3周	20	0(0.00)	6(30.00)	14(70.00)

a：$P<0.01$，不同绕颈周数之间比较

2.2 脐带绕颈周数与分娩方式的关系

710例脐带绕颈经阴道分娩439例(61.83%)，其中阴道助产5例，占阴道分娩的1.14%；剖宫产271例(38.17%)，其中胎儿宫内窘迫(胎窘)74例，产程停滞17例。脐带绕颈者的剖宫产率与对照组比较差异有统计学意义（$P<0.01$，表2）。脐带绕颈组因胎窘行侧切的比例与对照组比较差异有统计学意义（$P<0.01$，表3）。脐带绕颈组因胎窘行剖宫产的比例与对照组相比差异有统计学意义（$P<0.05$，表4）。通过秩和检验示脐带绕颈周数越多，临产前剖宫产的概率越大（$P<0.01$），临产后因各种原因转剖宫产的概率也越大（$P<0.01$），但总侧切率的差别无统计学意义（$P>0.05$）。

表2 脐带绕颈与分娩方式的关系[n(%)]

组别	n	阴道分娩	剖宫产
脐带绕颈组	710	439(61.83)	271(38.17)[a]
对照组	2 126	1 212(57.01)	914(42.99)

a：$P<0.01$，与对照组比较

表3 脐带绕颈与阴道分娩的关系[n(%)]

组别	n	自然裂伤	会阴侧切		助产
			胎窘	其他	
脐带绕颈1周组	394	218(55.33)	94(23.86)[a]	78(19.80)	4(1.02)
脐带绕颈2周组	45	26(57.78)	10(22.22)[a]	8(17.78)	1(2.22)
对照组	1 212	656(54.13)	172(14.19)	376(31.02)	8(0.66)

a：$P<0.01$，与对照组比较

表4 脐带绕颈周数与剖宫产的关系[n(%)]

组别	n	临产前剖宫产[a]		临产后剖宫产[a]			
		胎窘	其他	胎窘	胎位异常	产程停滞	其他
脐带绕颈1周组	186	26(13.98)[b]	104(55.91)	22(11.83)[b]	16(8.60)	16(8.60)	2(1.08)
脐带绕颈2周组	65	10(15.38)[b]	42(64.62)	10(15.38)[b]	2(3.08)	1(1.54)	0(0.00)
脐带绕颈3周组	20	6(30.00)[b]	14(70.00)	0(0.00)[b]	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
对照组	914	43(4.70)	710(77.68)	65(7.11)	32(3.50)	42(4.60)	22(2.41)

a：$P<0.01$，不同绕颈周数之间比较；b：$P<0.05$，与对照组比较

2.3 围产儿结局

据Apgar评分法对新生儿出生1 min及5 min分别进行评分，评分8～10分基本正常，4～7分为轻度窒息，0～3分为重度窒息。脐带绕颈组与对照组胎窘发生率差异有统计学意义（$P<0.01$），且脐带绕颈周数越多，发生率越高，脐带绕颈组与对照组新生儿窒息发生率差异有统计学意义（$P<0.05$，表5），其中新生儿轻度窒息10例，重度窒息7例，5 min评分均在8分以上，无1例新生儿死亡。

表5 脐带绕颈周数与围产儿结局的关系[n(%)]

组别	n	胎窘	新生儿轻度窒息	新生儿重度窒息
脐带绕颈1周组	580	142(25.52)[a]	6(1.03)[b]	0(0.00)
脐带绕颈2周组	110	30(27.27)[a]	0(0.00)	2(1.82)[b]
脐带绕颈3周组	20	6(30.00)[a]	0(0.00)	0(0.00)
对照组	2 126	280(13.17)	4(0.19)	5(0.23)

a：$P<0.01$，b：$P<0.05$，与对照组比较

3 讨论

脐带绕颈发生率为13.7%～20%[1]，本院统计发生率为22.97%。脐带绕颈的原因与脐带长度有关，脐带长度<30 cm，无1例发生脐带绕颈，脐带越长，发生脐带绕颈的概率越大，绕颈周数也越多。脐带绕颈在孕期多无明显症状，临产后胎头下降，脐带绕颈后可造成相对的脐带变短，由于脐带牵拉，临产后可出现以下情况：①影响胎先露衔接和下降，特别是第2产程胎先露下降受阻，进而导致会阴部扩张欠佳，致会阴侧切率上升。②胎儿宫内窘迫[2]。其分娩方式依宫口开大情况和先露高低而定，若宫口开全，先露已达坐骨棘平面以下3 cm，可行会阴侧切、产钳或胎头吸引助产；若宫口未开全，先露部较高，短时间不能阴道分娩者应行剖宫产结束分娩。本研究结果显示，脐带绕颈组与对照组中因胎窘作为会阴侧切或剖宫产指征的差异有统计学意义（$P<0.01$）。

脐带血运受阻是引起胎儿窘迫以及围产儿死亡的主要原因之一，是新生儿窒息的首要原因[3]。脐带绕颈对胎儿的影响主要是在产程进展中胎头下降，缠绕的脐带越拉越紧，脐血管受压，导致胎儿缺血、缺氧，影响胎儿代谢，从而致胎儿窘迫，若脐带绕颈松弛，不影响脐带血液循环者，并不危及胎儿[4,5]。脐带绕颈所致产前或产时胎儿宫内窘迫发生率达25.14%，脐带绕颈组新生儿窒息率高于对照组，脐带绕颈周数越多，胎儿窘迫发生率越高，但绕颈3周的无新生儿窒息发生，因为此类孕妇均选择剖宫产术，说明剖宫产因术中及时解除了脐带受压，缓解了胎儿窘迫，且能迅速结束分娩，所以降低了新生儿窒息率。胎儿窘迫为剖宫产的主要指征之一[6]，脐带绕颈在临产前或阴道试产中易出现胎儿窘迫，但根据我们多年的临床经验，脐带绕颈不宜作为剖宫产的指征[7]，对于产前诊断脐绕颈患者如果胎儿和产道相称，均可阴道试产，且脐带绕颈亦不宜作为会阴侧切的指征，只要严密观察产程，对于产程中出现的异常情况做出恰当处理，将有效改善母儿预后，并降低剖宫产率及会阴侧切率。

参考文献：

[1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，

2005: 837.
[2] 朱燕红. 365例脐带绕颈临床回顾分析[J]. 中国医疗前沿, 2009, 4(2): 64-65.
[3] 陈爱兰, 史文婷, 李丽娇. 脐带绕颈528例临床分析[J]. 海南医学院学报, 2009, 15(7): 762-763, 766.
[4] 田静. 脐带绕颈分娩期的观察及护理体会[J]. 实用临床医药杂志: 护理版, 2007, 3(4): 64-65.
[5] 刘月改. 脐带异常1 025例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2008, 9(3): 230.
[6] 陈明, 刘东屏, 罗克燕. 3809例剖宫产指征及并发症分析[J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(23): 2154, 2155.
[7] 刘夕兰, 方超英. 脐带缠绕296例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(19): 2661-2662.

(收稿:2010-02-02;修回:2010-03-24)
(编辑 龙 亮)

文章编号:1000-5404(2010)09-0999-02

经验交流

5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗黏膜部位尖锐湿疣疗效观察

胡雅玉[1,2],任小丽[2],胡恩平[2],陈祥恩[2],程 浩[1] (310016 杭州,浙江大学医学院附属邵逸夫医院皮肤科[1];318000 浙江 台州,台州市立医院皮肤科[2])

[关键词] 尖锐湿疣;氨基酮戊酸;光化学疗法
[中图法分类号] R752.53 [文献标志码] B

尖锐湿疣(condyloma acuminatum, CA)是常见的性传播疾病之一,因复发率高、顽固难治而困扰患者与医师。5-氨基酮戊酸光动力疗法(ALA-PDT)是近几年兴起的治疗CA的新方法[1,2],主要用于尿道口尖锐湿疣,具有创伤小、低复发的优点。为了拓宽其适应证,我们对31例黏膜部位的尖锐湿疣患者也采用ALA-PDT治疗,取得较满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2008年1月至2009年6月我院性病和男性科门诊收治的CA患者61例,均经临床和/或组织病理确诊。单个疣体直径不超过1 cm,疣体数不超过3个。男性患者疣体分布仅位于尿道口,不累及龟头或包皮;女性患者皮损位于大、小阴唇,尿道口,阴道口和宫颈口等黏膜部位。将61例患者按随机数字表法分为2组:光动力治疗组31例,男性6例,女性25例,平均38.5(16~65)岁,平均病程2.8个月(1周至6个月);CO_2激光治疗组30例,男性7例,女性23例,平均35.5(18~63)岁,平均病程3.5(1~10)个月。2组患者在性别、年龄、病程上均具有可比性($P>0.05$)。排除标准:对盐酸氨基酮戊酸(ALA)过敏者,有其他性病病史,2周内曾接受局部治疗者(包括冷冻、外用鬼臼毒素及咪喹莫特等)及系统免疫制剂治疗,患严重心、肝、肾等内脏疾病者,糖尿病者,怀孕及哺乳期妇女。

1.2 方法

外用盐酸氨基酮戊酸(上海复旦张江生物医药股份有限公司生产,规格118 mg/瓶),根据皮损大小新鲜配置成20% ALA溶液,在暗室内进行操作。XD 635 nm AB型光动力(PDT)半导体激光治疗仪(上海复旦张江生物医药股份有限公司提供),波长635 nm,输出功率100 mW。

光动力组:皮损常规消毒,将新鲜配制的20% ALA溶液滴于棉球并覆于疣体上,塑料薄膜敷贴封包,持续敷药于患处不少于3 h。使用光动力半导体激光照射,激光能量密度为95~100 J/cm^2,持续20~30 min,光斑直径2.0 cm,距离约10 cm。充分暴露皮损,每次选择照射1~4个光斑。对尿道口及宫颈口皮损进行内照射,20% ALA敷3 h后将外套一次性消毒套管的内置光纤插入固定,能量密度100~120 J/cm^2,治疗20 min。每周照射1次,共3次。

CO_2激光组:皮损常规消毒,皮损基底部采用利多卡因局部麻醉,采用CO_2激光一次性灼烧去除所有皮损,包括疣体周围2 mm以内的组织。术后于病变部位外涂莫匹罗星软膏。每周随访,发现疣体就灼烧去除,疗程3周。

1.3 疗效判断

2组均在末次治疗后1周进行疗效评价。按文献[3,4]标准进行疗效判断。完全缓解(治愈):皮损消退,恢复正常黏膜;部分缓解(有效):皮损缩小50%以上;无反应(无效):皮损缩小不足50%或皮损无明显变化。

1.4 随访

对2组完全缓解患者分别在治疗后1、2、4、6个月复诊,观察创面愈合情况、原发区域及周边有无新发疣体出现及不良反应,并进行复发率评估。

复发率=(完全缓解后复发病例数/完全缓解病例数)×100%

1.5 统计学处理

采用SPSS 13.0软件,对计数资料进行χ^2检验。

2 结果

2.1 临床疗效

30例CO_2激光治疗的患者经3周治疗后均完全缓解,完全缓解率100%(30/30)。31例光动力治疗的患者经3次ALA-PDT治疗后30例达完全缓解,1例部分缓解,完全缓解率

[通信作者] 程 浩,E-mail:hz_chenghao@126.com