

颤动合并冠心病患者,如果在给予有效的抗栓治疗方案的同时可以减少并发症发生,这将为目前老年患者抗栓治疗方案提供新的策略选择。

本研究发现,单用双抗治疗方案在治疗效果上劣于华法令组及华法令+单联抗血小板组,表现出更高的动脉栓塞事件发生率,但差异无统计学意义($P>0.05$),可能与该课题入组病例有一定关系。在不良事件方面,华法令组+单联抗血小板组的出血事件明显高于其他两组,特别是皮肤淤斑的发生率在比较中差异有统计学意义($P<0.05$),上消化道出血及其他部位动脉栓塞的发生率仍高于其他两组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。此外,本研究发现,加强心房颤动患者定期随访可在一定程度上减少严重出血事件(颅内出血)发生。

综上所述,对于心房颤动合并冠心病的高龄患者,华法令具有良好的预防血栓风险的作用,而华法令+单联抗血小板的预防血栓作用同样在本观察中得到肯定,其引发的出血事件虽不容忽视但为非致命性出血。因此,针对高龄老年心房颤动合并冠心病患者(稳定型心绞痛或安置支架术后 1 年的患者),应充分考虑抗栓治疗效果及可能的出血风险。本研究结果提示,使用华法令的综合获益优于另外两组。新型口服抗凝药物(达比加群、利伐沙班、阿哌沙班)为非瓣膜性心房颤动患者带来了希望,也许这些新型口服抗凝药物可以保证抗栓效果的同时,最大限度减少相关并发症发生^[7-10]。因新型口服抗凝药物价格昂贵,且大多数老年心房颤动患者的经济条件所限制,故华法令仍在未来的抗栓领域发挥其重要的抗栓作用。

参考文献

[1] Crandall MA,Bradley DJ,Packer DL,et al. Contemporary management of atrial fibrillation: update on anticoagulation and invasive management strategies[J]. Mayo Clin Proc,2009,84(7):643-662.

[2] Spence JD. Stroke: Atrial fibrillation, stroke prevention therapy and aging [J]. Nat Rev Cardiol,2009,6(7):448-450.

[3] 罗羽慧,崔坤,尹纯,等. 高龄老年房颤患者抗栓治疗的疗效及安全性研究[J]. 重庆医学,2015,44(22):3107-3109.

[4] Camm AJ,Lip GY,De Caterina R,et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation;an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation-developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association[J]. Europace,2012,14(10):1385-1413.

[5] January CT,Wann LS,Alpert JS,et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation:A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society[J]. J Am Coll Cardiol,2014,28(2):1125-1136.

[6] Mauri L, Kereiakes DJ, Yeh RW, et al. Twelve or 30 months of dual antiplatelet therapy after drug-eluting stents[J]. N Engl J Med,2014,371(23):2155-2166.

[7] Buller H, Prins M, Lensin A, et al. Oral rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism[J]. N Engl J Med,2012,366(14):1287-1297.

[8] Connolly S,Eikelboom J,Joyner C,et al. Apixaban in patients with atrial fibrillation[J]. N Engl J Med,2011,364(9):806-817.

[9] Connolly S,Ezekowitz M,Yusuf S,et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation[J]. N Engl J Med,2009,361(12):1139-1151.

[10] Fukuda T,Honda Y,Kamisato C,et al. Reversal of anticoagulant effects of edoxaban,an oral,direct factor Xa inhibitor,with haemostatic agents[J]. Thromb Haemost,2012,107(2):253-259.

(收稿日期:2015-12-29 修回日期:2016-02-03)

• 临床探讨 •

人工流产术中采用米索前列醇纳肛的临床效果观察

闫美霞,李珊珊,肖霞,吴海波[△]
(海军总医院妇产科,北京 100048)

摘要:目的 探讨在人工流产术前经肛门纳入米索前列醇的临床有效性与安全性。方法 选取 2012 年 11 月至 2014 年 11 月在海军总医院行人工流产术的 148 例早孕患者,分为对照组与观察组各 74 例,对照组患者术前给予米索前列醇口服,观察组患者术前采用纳肛方式应用米索前列醇。分别比较两组患者围术期表现、宫颈扩张程度及不良反应发生率,并进行统计学处理。结果 观察组患者手术时间为(3.1±0.9)min,术中出血量为(20.9±7.9)mL,宫颈扩张总有效率为 95.9%,与对照组的(3.2±0.7)min,(21.5±8.2)mL 和 94.6%比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);但观察组患者腹痛发生率为 10.8%,恶心呕吐发生率为 4.1%,腹泻发生率为 1.4%,均显著高于对照组的 31.1%、21.6%、17.5%,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 人工流产术前经肛门纳入米索前列醇有确切扩张宫颈的作用,提高了手术的安全性。

关键词:人工流产术; 米索前列醇; 临床疗效; 安全价值

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.12.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)12-1688-03

人工流产术是意外妊娠患者的常见补救方式,而临床开展 负压吸宫术时孕妇宫颈扩张程度是决定手术效果的决定性因

[△] 通讯作者,E-mail:632790718@qq.com.

素,经有效镇痛及宫颈扩张措施可显著提升人工流产术的成功率与安全性^[1-2]。传统妇产科临床常应用金属扩宫棒进行宫颈扩张,但该种方式对孕妇形成的疼痛程度较高,较易诱发宫颈裂伤等并发症,且由于宫颈松弛度不足也会延长手术时间,导致手术效果受影响。近年来,多项临床报道已证实,米索前列醇具有良好的软化与扩张宫颈的作用,在人工流产术中应用米索前列醇可积极降低不良事件的发生率,但不同用药途径的实际应用价值仍存在争议^[3-4]。本研究针对人工流产患者分别给予口服与纳肛两种方式,旨在通过应用价值比较为患者建立最为安全的治疗方案,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2012 年 11 月至 2014 年 11 月收治的 148 例开展人工流产术的早孕患者作为研究对象,所有孕妇均为宫内妊娠,停经时间少于 70 d 且无前列腺素药物或人工流产术禁忌证。分为对照组与观察组各 74 例,对照组患者年龄 22~34 岁,平均(26.1±2.8)岁;孕龄 46~65 d,平均(52.9±1.7)d;孕次 0~4 次,平均(2.2±0.4)次。观察组患者年龄 21~32 岁,平均(25.7±2.5)岁;孕龄 45~67 d,平均(53.1±1.6)d;孕次 0~4 次,平均(2.1±0.4)次。两组患者一般资料组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组患者术前 3 h 采用口服方式应用 0.4 mg 米索前列醇(华润紫竹药业有限公司,批号:国药准字 H20000668)。观察组患者于术前 3 h 开展阴道常规检查,明确子宫宫颈状况后,经肛门纳入 0.2 mg 米索前列醇。给药时医生戴消毒手套,手持药物将其送达至肛管直肠交汇部位以上。手术前分别辅助患者开展血常规、白带常规及心电图等临床检查,连接心电监护设备,建立静脉通道,采用异丙酚静脉麻醉方式,待意识完全丧失后行常规人工流产术。

1.3 观察指标与疗效标准 准确记录两组患者的手术时间、术中出血量及术后不良反应等情况,其中手术时间主要为开展扩宫至停止吸宫的时间;术中出血量均在负压吸引瓶液体网筛去绒毛蜕膜后应用量杯测定。同时,根据宫颈扩张器实际应用状况评定宫颈扩张程度,其中 7 号扩张器能够通过宫颈内口者为显效;6 号扩张器顺利通过宫颈内口者为有效;需采用 6 号以下扩张器扩张宫颈者为无效。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS19.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围术期基本情况比较 见表 1。观察组患者手术时间为(3.1±0.9)min,术中出血量为(20.9±7.9)mL,与对照组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术中出血量(mL)
对照组	74	3.2±0.7	21.5±8.2
观察组	74	3.1±0.9	20.9±7.9
<i>t</i>		0.97	1.04
<i>P</i>		>0.05	>0.05

2.2 两组患者宫颈扩张程度比较 见表 2。观察组患者宫颈扩张总有效率为 95.9%,与对照组比较差异无统计学意义

($\chi^2=0.97, P>0.05$)。

2.3 两组患者术后不良反应比较 见表 3。观察组患者腹痛发生率为 10.8%,恶心呕吐发生率为 4.1%,腹泻发生率为 1.4%,均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
对照组	74	56(75.7)	14(18.9)	4(5.4)	70(94.6)
观察组	74	58(78.4)	13(17.5)	3(4.1)	71(95.9)

组别	<i>n</i>	腹痛	恶心呕吐	腹泻	阴道流血
对照组	74	23(31.1)	16(21.6)	13(17.5)	17(23.0)
观察组	74	8(10.8)	3(4.1)	1(1.4)	15(20.3)
χ^2		5.38	6.20	6.94	1.12
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

3.1 米索前列醇在人工流产术中的应用现状 临床约 10% 的药物流产患者会发生不完全流产或流产失败等情况,仍需进一步开展刮宫术等措施,导致患者痛苦程度与经济压力均显著增加,促使人工流产术仍为意外妊娠患者的首选方案^[5]。人工流产术中患者严重不适感受多为宫颈扩张与负压吸引等措施所引发,其常见严重并发症包括子宫颈损伤、阴道出血及人工流产术综合征等^[6]。因此,在人工流产术中采取合理方式缓解患者不适程度,抑制不良事件发生的概率,已成为妇产科医生研究的热点问题^[7-8]。米索前列醇是临床常用的促进子宫收缩的药物,可有效刺激子宫平滑肌,改善子宫内压及子宫张力,提升宫颈内胶原分解酶活性,降解胶原纤维,扩大胶原束间隙,使宫颈逐渐软化、松弛^[9-11]。同时,药物亦可促进宫缩,抑制宫颈迷走神经兴奋程度,从而良好避免人工流产综合征等情况。目前,临床针对米索前列醇合理应用剂量与给药途径的研究逐渐增多,大多报道均认为术前应用米索前列醇可显著提升人工流产术的成功率^[12]。部分报道也提出,口服与经阴道给药方式均可发挥良好的用药效果,但口服用药后胃肠不适反应及经阴道给药药物吸收率欠佳等情况尚需解决^[13-14]。

3.2 米索前列醇纳肛的临床优势分析 本研究针对 74 例孕妇采用纳肛给药方式,依靠肛门与直肠静脉丛吸收药物缓解常规口服用药的胃肠道系统反应,避免经阴道后穹窿用药时药物吸收不充分等情况^[15]。通过临床用药效果观察可见,肛门纳入米索前列醇患者的手术时间、术中出血量与临床有效率与口服用药的患者比较无显著差异,由此提示米索前列醇对宫颈扩张具有积极促进作用,但不同给药途径的实际效果基本相当。观察两组患者术后不良反应情况可见,肛门纳入用药患者腹痛发生率为 10.8%,恶心呕吐发生率为 4.1%,腹泻发生率为 1.4%,其上述不良反应发生概率均显著低于对照组。作者分析常规口服用药方式主要在人体胃黏膜部位发挥药效,因而易刺激胃肠蠕动,从而多伴随腹部不适与恶心呕吐等胃肠道反应,而纳肛用药时药物无需通过胃肠道途径,直接靶向作用于子宫颈,进而缓解了上述胃肠不良反应,在发挥良好用药效果的基础上进一步减轻了患者的不适程度。

综上所述,人工流产术前经肛门纳入米索前列醇不但可良好促进宫颈扩张,缩短手术时间,减少流产术中出血量,并且能够显著抑制不良反应发生,具有确切的临床有效性与安全性。

参考文献

[1] 甘露. 米索前列醇在人工流产术前应用的临床观察[J]. 河北医药, 2014, 36(19):2949-2950.

[2] Shrestha A, Sedhai LB. A randomized trial of hospital vs home self administration of vaginal misoprostol for medical abortion[J]. Kathmandu Univ Med J(KUMJ), 2014, 12(47):185-189.

[3] 植枝福, 蒋晓莉, 赵芳芳, 等. 三种用药方案在无痛人流流产术前宫颈扩张效果的比较[J]. 中国计划生育和妇产科, 2014, 6(8):55-58.

[4] Saav I, Kopp Kallner H, Fiala C, et al. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: a double-blinded RCT [J]. Hum Reprod, 2015, 30(6):1314-1322.

[5] 金士杰. 去氧孕烯炔雌醇片在人工流产后预防宫腔粘连的效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(6):1327-1328.

[6] 刘瑞华, 陈粮, 林佩萱, 等. 广州市育龄女性重复人工流产状况及影响因素分析[J]. 中国性科学, 2015, 24(6):103-106.

[7] 刘爱纯. 口服米索前列醇在孕早期人工流产术前扩张宫

颈中的应用效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(8):1870-1871.

[8] 黄仰青, 王少娜, 董晋华. 妈富隆用于人工流产术后的应用观察[J]. 吉林医学, 2015, 36(6):1077-1078.

[9] 苏富芳. 小剂量米索前列醇用于无痛人流流产术的效果分析[J]. 吉林医学, 2014, 35(17):3724-3725.

[10] 史文会, 张娜娜, 吕英璞, 等. 腹部超声及米索前列醇在高危无痛人流流产术中的作用[J]. 河北医药, 2014, 36(15):2276-2278.

[11] Millard C, Brhlikova P, Pollock A. Social networks and health policy: The case of misoprostol and the WHO model essential medicine list[J]. Soc Sci Med, 2015, 10(132):190-196.

[12] 李琼. 米索前列醇 3 种给药途径用于无痛人流流产术前扩张宫颈的疗效比较[J]. 中国药房, 2014, 25(12):1089-1091.

[13] 史文会, 张娜娜, 吕英璞, 等. 米索前列醇在无痛人流流产术中的辅助作用[J]. 河北医药, 2014, 36(11):1641-1643.

[14] 童明, 陈滢, 王晶. 无痛人流流产术前直肠放置米索前列醇的适宜剂量[J]. 医药导报, 2014, 33(6):733-735.

[15] 龔米荣. 米索前列醇肛用于人工流产术前的临床探讨[J]. 中国实用医药, 2011, 6(14):159-160.

(收稿日期:2016-01-08 修回日期:2016-03-15)

• 临床探讨 •

CT 血管造影对冠状动脉搭桥手术后患者血管狭窄和闭塞的诊断价值

高兴锋¹, 周秀梅¹, 冯霞²

(北京市健宫医院:1. 影像科;2. 心内科 100054)

摘要:目的 考察冠状动脉 CT 血管造影(CTA)对冠状动脉搭桥术(CABG)术后患者血管狭窄和闭塞的诊断价值。
方法 行 CABG 的 160 例患者术后行 CTA 与冠状动脉造影(CAG)检查, 2 次检查的间隔时间小于或等于 3 个月。采用双源 CT, 以 CAG 结果为参照标准, 分析 CTA 诊断血管狭窄程度大于或等于 50% 和闭塞的敏感度、1-特异性及受试者工作特征曲线(ROC 曲线)下面积。
结果 (1)160 例患者共计搭桥血管 440 支, 其中动脉桥 147 支和大隐静脉桥 293 支。(2)以 CAG 结果为参照标准, 搭桥血管总通畅率为 67.3%(296/440)。动脉桥血管通畅率为 77.6%(114/147), 显著高于静脉桥的 62.1%(182/293), 差异有统计学意义(P<0.05)。(3)与 CAG 诊断比较, CTA 诊断冠状动脉搭桥血管大于或等于 50% 狭窄的敏感度为 82.6%, 1-特异性为 88.8%, ROC 曲线下面积为 0.857; 搭桥血管闭塞的敏感度为 86.8%, 1-特异性为 91.9%, ROC 曲线下面积为 0.894。(4)与 CAG 诊断比较, CTA 诊断固有冠状动脉大于或等于 50% 狭窄的敏感度为 75.8%, 1-特异性为 82.9%, ROC 曲线下面积为 0.794; 固有冠状动脉闭塞的敏感度为 77.9%, 1-特异性为 82.2%, ROC 曲线下面积为 0.800。
结论 CABG 术后 CTA 评价搭桥血管狭窄和闭塞的敏感度和 1-特异性较高, 具有较高的诊断价值, 是一种简单、安全及无创的检查, 值得临床推广应用。

关键词: 冠状动脉搭桥术; 冠状动脉造影; CT 血管造影

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.12.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)12-1690-04

外科治疗冠状动脉疾病的重要手段是冠状动脉搭桥术(CABG), 术后因常出现桥血管狭窄或闭塞的并发症而需再次治疗^[1-4]。CABG 术后 3 年并发症发生率为 20%~30%, 因此, 术后对桥血管通畅性的正确评价显得尤为重要。以往评价 CABG 术后桥血管通畅状况主要依靠冠状动脉造影(CAG), 但其为有创性检查方法, 并发症出现的风险较高。近年来, 临床上逐渐广泛地应用冠状动脉 CT 血管造影(CTA), 其时间分辨率与空间分辨率均较高, 提供的冠状动脉图像质量较高, 其诊

断准确性亦较高, 特别重要的是 CTA 具有无创性^[5-6]。本研究回顾性分析 CABG 术后 CTA 与 CAG 的成像结果, 评价 CTA 对 CABG 是否通畅的诊断价值, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 2 月至 2015 年 12 月本院住院行 CABG 治疗的冠心病多支病变患者 160 例, 其中男 121 例, 女 39 例; 年龄 62~80 岁, 平均(71.2±8.6)岁; 平均手术时间(117.3±56.8)min。所有患者行 CABG 术后与这 2 次检查的