

2.2 初产妇与瘢痕子宫产妇再次妊娠并发症比较：其中 A 组和 C 组并发症均低于 B 组和 D 组 ($P < 0.05$, 表 1)。

表 1 初产妇与瘢痕子宫产妇再次妊娠
并发症比较 [n=100, 例 (%)]

组别	产后发热	产后出血	产褥感染	子宫内层异位
A 组	1 (1.0)*	3 (3.0)*	5 (5.0)*	6 (6.0)*
B 组	11 (11.0)	12 (12.0)	20 (20.0)	25 (25.0)
C 组	5 (5.0)#	4 (4.0)#	6 (6.0)#	7 (7.0)#
D 组	30 (30.0)	15 (15.0)	22 (22.0)	27 (27.0)

注：与 B 组比较，* $P < 0.05$ ；与 D 组比较，# $P < 0.05$ 。

2.3 初产妇与瘢痕子宫产妇再次妊娠其他指标比较：其中 A 组和 C 组的产后 24 h 出血量、住院时间指标均优于 B 组和 D 组 ($P < 0.05$)；新生儿体质量及 Apgar 评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。表 2。

表 2 初产妇与瘢痕子宫产妇再次妊娠
不同分娩比较 (n=100, $\bar{x} \pm s$)

组别	产后 24 h 出血量/mL	住院时间/ d	新生儿 体质量/kg	Apgar 评分/分
A 组	232.39 ± 8.47*	2.79 ± 1.26*	3.45 ± 1.52	8.45 ± 1.50
B 组	450.48 ± 10.33	7.39 ± 1.62	3.35 ± 1.20	9.05 ± 1.69
C 组	233.23 ± 9.56#	3.99 ± 1.78#	3.49 ± 1.55	8.42 ± 1.47
D 组	500.46 ± 15.63	7.45 ± 1.57	3.31 ± 1.21	8.88 ± 1.58

注：与 B 组比较，* $P < 0.05$ ；与 D 组比较，# $P < 0.05$ 。

2.4 初产妇与瘢痕子宫产妇对分娩知识的比较：阴道分娩产妇对阴道分娩知识的了解率明显高于选择剖宫产的产妇 ($P < 0.05$)；对产妇剖宫产指征和瘢痕子宫再次妊娠风险知识的比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。表 3。

表 3 不同分娩方式的产妇对于分娩知识的
了解率比较 [n=200, 例 (%)]

组别	阴道分娩	剖宫产指征	瘢痕子宫再次妊娠风险
阴道分娩组	130 (61.00)	20 (10.00)	66 (33.00)
剖宫产组	110 (55.00)	20 (10.00)	70 (35.00)
χ^2 值	4.167	0.000	0.178
P 值	0.041	1.000	0.752

3 讨论

瘢痕子宫主要发生于剖宫产术、子宫穿孔或破裂修复术、子宫肌瘤剔除术、子宫成形术等妇产科手术之后，其中剖宫产术是瘢痕子宫产生的最主要原因。近年来，由于现代生活方式和生育观念的变化及剖宫产术和麻醉技术的提升，许多产妇第一次便选择了剖宫产，有相关调查显示，我国 2016 年的剖宫产率达到 50%，部分地区甚至达到 60%^[3]，随着二胎开放后，经产妇比例大幅度增加，而瘢痕子宫产妇再次妊娠在分娩方式的选择上存在较大的争议。传统观念认为，产妇第一次选择了剖宫产，那么再次妊娠仍需进行剖宫产，这种说法是片面性的，没有科学依据^[4]。

目前，关于瘢痕子宫产妇再次妊娠分娩方式的选择，主要是根据子宫疤痕的愈合情况来决定的^[5]。有学者认为瘢痕子宫产妇再次妊娠经阴道分娩，可以减少产妇产后出血、发热、住院时间、感染、盆腔粘连及新生儿并发症的发生^[6]。结合本文，初产妇和瘢痕子宫产妇再次妊娠经阴道分娩后 24 h 出血量、产后发热、住院时间均明显优于剖宫产术，且新生儿的 Apgar 评分无明显差异；初产妇剖宫产后的 24 h 出血量和发热明显比瘢痕子宫产妇再次妊娠剖宫产低，剖宫产后出血、产褥感染、子宫内层异位发生率均高于阴道分娩，这与蒋美琴等^[7]学者的报道结果一致，提示在产妇符合阴道分娩的适应证下，阴道分娩优于剖宫产术。张静涛等^[8]对 240 例足月妊娠产妇进行调查显示，阴道分娩的产妇对分娩知识的了解优于剖宫产产妇，本文结果也证实了这一观点。

综上所述，在产妇符合阴道分娩适应证的情况下，初产妇和瘢痕子宫产妇再次妊娠选择阴道分娩，不仅可以减少并发症的发生，而且有利于产妇产后恢复。

参考文献

- [1] 庞运夺, 马艳, 董胜雯, 等. 孕产妇不同分娩方式的选择及结局探讨 [J]. 天津医药, 2016, 44 (10): 1280-1282.
- [2] 王瑞云, 姚纪. 剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠分娩评估及分娩方式的选择 [J]. 中国妇幼保健, 2017, 32 (21): 5212-5214.
- [3] 李莎莎, 任并斌. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46 (20): 2476-2478.
- [4] 吕醒, 饶琳. 疤痕子宫产妇经阴道分娩结局的分析与护理 [J]. 上海护理, 2017, 17 (3): 52-54.
- [5] 马淑琴, 郭媛, 强焕珍, 等. 瘢痕子宫再次妊娠阴道分娩方式选择的影响因素研究 [J]. 宁夏医科大学学报, 2016, 38 (10): 1176-1178.
- [6] 李爱莲, 王晓红, 陈志燕. 剖宫产疤痕子宫再次妊娠分娩方式对母婴结局的影响 [J]. 现代仪器与医疗, 2016, 22 (3): 89-90.
- [7] 蒋美琴, 陈霞, 凌静. 疤痕子宫再次妊娠阴道分娩的临床结局及可行性分析 [J]. 川北医学院学报, 2016, 31 (5): 700-703.
- [8] 张静涛, 张蕊, 贾蕊莉, 等. 剖宫产术后瘢痕子宫再次足月妊娠阴道分娩 240 例临床分析 [J]. 陕西医学杂志, 2016, 45 (5): 583-584.

肺炎支原体感染与儿童支气管哮喘的临床关系分析

福建省石狮市医院儿科 (石狮 362700) 杨武能

肺炎支原体 (mycoplasma pneumoniae, MP) 是小儿社区获得性肺炎非常常见的病原体，儿童及青少年普遍易感。近年来针对肺炎支原体的研究越来越多，许多证据表明肺炎支原体感染与儿童支气管哮喘的发病存在很大的相关性^[1]。本文对我科近 1 年来收治的 62 例儿童支气管哮喘和 66 例其他呼吸道感染患儿的血清 MP 抗体检测结果进行分析，探讨 MP 感染与儿童支气管哮喘的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2017 年 1—12 月我科收治入院的 62 例支气管哮喘患儿作为观察组,其中男 30 例,女 32 例,年龄 3~14 岁,平均 (6.3 ± 3.5) 岁;同期随机抽取 66 例普通呼吸道感染住院患儿作为对照组,其中男 32 例,女 34 例,年龄 3~14 岁,平均 (6.2 ± 3.8) 岁。两组间性别及年龄资料比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。所有观察组病例均符合支气管哮喘的临床诊断标准^[2];对照组病例均排除支气管哮喘及严重过敏史;两组病例近 3 个月内均无激素治疗史,无严重心肝肾和免疫系统疾病史,并排除肺结核、支气管扩张、气道异物等疾病。

1.2 方法:所有入组患儿均于住院期间抽取空腹静脉血 2 mL,进行血清 MP-IgM 检查,检查试剂盒为兰州雅华生物技术有限公司生产,采用胶体金法对肺炎支原体感染患儿进行定性判断,比较观察组与对照组 MP-IgM 的阳性率。58 例支气管哮喘患儿(失访 4 例)根据 MP-IgM 阳性与否分为两个亚组,密切随访 6 个月,比较两亚组间支气管哮喘的复发情况。

1.3 统计学方法:采用 SPSS 19.0 统计软件进行处理。计量资料组间比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验。当 $P < 0.05$ 时表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿肺炎支原体感染情况比较:观察组 62 例中,MP-IgM 阳性 20 例,阳性率 32.26%;对照组 66 例中,MP-IgM 阳性 7 例,阳性率 10.61%。两组间肺炎支原体感染情况比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 支气管哮喘并 MP-IgM 阳性与阴性者支气管哮喘复发情况比较:对 62 例支气管哮喘患儿进行为期 6 个月的随访,失访 4 例,失访率 6.45%;另外 58 例支气管哮喘患儿顺利完成随访,根据 MP-IgM 阳性与否分为 2 个亚组,其中 MP-IgM 阳性亚组 19 例,MP-IgM 阴性亚组 39 例。2 个亚组患儿年龄、性别比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。患儿均给予低剂量吸入性糖皮质激素(ICS)长期吸入治疗,5 岁以下患儿给予丙酸氟替卡松吸入气雾剂(辅舒酮)+储雾罐气雾吸入,5 岁以上患儿给予沙美特罗替卡松气雾剂(舒利迭)经口吸入。MP-IgM 阳性亚组支气管哮喘复发率为 15.79% (3/19),MP-IgM 阴性亚组支气管哮喘复发率为 15.38% (6/39)。2 个亚组支气管哮喘复发率比较,差异无统计学意义。

3 讨论

支气管哮喘是儿童期最常见的慢性呼吸道疾病,本质是

气道慢性炎症,主要特征是可逆性的气道阻塞和气道高反应。遗传和环境因素对于哮喘的发病起重要作用。有报道在环境因素中,呼吸道感染是引起哮喘发作或加重的主要病因,其主要病原体是病毒和肺炎支原体,其中 MP 约占 10%~30%^[3-4]。近年来,MP 的感染率逐年上升,其与儿童支气管哮喘的关系也越来越受到临床医生的重视。本文结果显示,肺炎支原体感染在支气管哮喘患儿中所占的比例明显高于普通呼吸道感染组,说明肺炎支原体感染是儿童支气管哮喘发病的重要诱发因素之一,与许多相关研究报道结果相吻合^[5-6]。肺炎支原体感染诱发儿童支气管哮喘的发病机制可能为:1) 直接刺激气道上皮细胞造成慢性损伤^[7];2) MP 抗原与宿主细胞组织存在共同或相似抗原,或者直接改变宿主细胞膜抗原性,造成炎症迁延不愈;3) MP 可使呼吸道壁传入神经暴露于外而诱发气道高反应;4) IgE 介导的超敏反应及细胞免疫参与。MP-IgM 检测是目前临床上诊断肺炎支原体感染最常用的方法,MP-IgM 阳性的支气管哮喘患儿复发率也较 MP-IgM 阴性者为高。越来越多证据表明,肺炎支原体感染是部分支气管哮喘患儿病情反复发作、迁延不愈的常见原因^[8]。本研究的随访情况与其不完全符合,可能与研究例数较少有关。建议临床上对支气管哮喘患儿进行常规 MP-IgM 检测,以早期发现感染诱因,避免延误诊断和治疗。

参考文献

- [1] 胡亚美,江载芳,诸福棠.实用儿科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2002:633.
- [2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组.《中华儿科杂志》编辑委员会.儿童支气管哮喘诊断与防治指南[J].中华儿科杂志,2008,46(10):745-753.
- [3] 徐添福,郑丽平,林世英.肺炎支原体感染引发小儿哮喘 65 例临床分析[J].中国医学工程,2014,16(11):67.
- [4] 中华医学会儿科学分会呼吸学组.儿童社区获得性肺炎管理指南(试行)(上)[J].中华儿科杂志,2007,45(2):83-90.
- [5] 季海娟,孙国俊.儿童支气管哮喘与肺炎支原体感染的关系[J].中国当代医药,2009,16(24):42-44.
- [6] 严永胜.肺炎支原体感染与儿童哮喘的关系[J].航天航空医药,2010,21(9):1595-1596.
- [7] 吴剑.肺炎支原体感染与儿童哮喘的相关性研究[J].中国医药导报,2011,8(7):34-35.
- [8] 吴锦珍.儿童支气管哮喘的诊断及药物治疗效果[J].现代中西医结合杂志,2012,20(8):72-74.