

1.3.2 针灸取穴治疗 主穴:关元、中极、归来、水道、三阴交、蠡沟、中都。配穴:有肿块者加患侧府舍;上腹痛或气胀者加腹结、天枢、气海;下腹痛部位较大者加气冲;有腰痛、腹痛者加肾俞、次髎;腰疼严重者可加八髎、委中;白带多者加地机、阴陵泉、带脉;月经过多者加照海、内庭、行间。伴有气血虚者加针脾俞、足三里,操作时需艾条温针(针时不直刺包块部位),1次/d,留针 20 min。10 次为 1 个疗程,连用 2 个疗程。痊愈后,可巩固治疗 10 次;月经来潮时则暂停治疗^[2]。

1.3.3 穴位注射方法 上述穴位针灸后,另取维胞、冲门或气穴,用 α -糜蛋白酶 5 mg、庆大霉素注射液 8 万 U、0.9%生理盐水 5 mL 混匀穴位注射,单侧或两侧视病情用,隔日 1 次,5~10 d 为 1 个疗程。必要时可进行第 2 个疗程。针刺深度不超过 1 cm。

2 疗效观察

2.1 疗效判断标准 治愈:患者经治疗后,无下腹部坠胀、疼痛及腰骶部酸痛等自觉症状,妇科内诊子宫无活动受限或粘连固定,子宫两侧无条索状物、无压痛等症,结合 B 超检查盆腔子宫附件无积水或囊肿;好转:经治疗后,上述自身感觉症状明显减轻,B 超检查示输卵管积水或囊肿明显缩小但未消失;无效:形成输卵管或输卵管卵巢囊肿,经治疗后上述检查无改变。

2.2 治疗结果 86 例中,治愈者 56 例,占 65.1%;好转者 24 例,占 27.9%;无效者 6 例,占 7.0%。其中 8 例有肿块者:3 例显著缩小,5 例效果较差。86 例患者中,平均治疗 27 次,治愈病例的平均次数为 28 次,好转病例的平均次数为 22 次,无效病例的平均次数在 30 次以上。

3 讨论

慢性盆腔炎患者常为急性盆腔炎未能彻底治疗,病程迁延而来。女性正常情况下有需氧菌与厌氧菌寄存于阴道内,形成正常的阴道菌群。需氧菌包括:阴道杆菌、棒杆菌、非溶血性链球菌、肠球菌、表皮球菌、大肠杆菌等。厌氧菌包括消化球菌、消化链球菌等,还有支原体及念珠菌等病原体。女性由于盆底肌的作用,阴道口闭合,阴道前后壁紧贴,可以防止外界的污染;阴道上皮在卵巢分泌的雌激素

影响下增生变厚,增加对病原体侵入的抵抗力,同时上皮细胞含有丰富糖原,在阴道杆菌的作用下分解为乳酸,维持阴道的正常酸性环境,使适应弱碱性环境中繁殖的病原体受到抵制;宫颈黏膜分泌黏液形成黏液栓,堵塞宫颈管,有利于防止病原体侵入;成年妇女子宫内膜周期性剥脱,也是消除宫腔感染的有利因素;输卵管黏膜上皮细胞的纤毛向子宫腔方向摆动、输卵管的蠕动,均可有效阻止病原体的侵入。当机体抵抗力较强时,阴道与这些菌群保持一种平衡状态;当机体免疫力低下时,正常菌群便会破坏阴道的防御屏障而成为致病菌。同样,机体免疫力下降时,外来的病原体也容易侵犯机体。当患者产后或流产后,或行宫腔内手术操作后,致病菌易经外阴、阴道、宫颈及子宫创伤处的淋巴管侵入盆腔结缔组织及内生殖器而致病;病原体还可侵入外阴、阴道后,沿黏膜面经宫颈、子宫内膜输卵管黏膜至卵巢及腹腔而致病。此外,腹腔中其他脏器感染后,病原体也可直接蔓延内生殖器而致病。当患者出现慢性输卵管炎与输卵管积水,输卵管卵巢炎及输卵管卵巢囊肿,有的形成慢性结缔组织炎,患者多数身体素质较差,单纯运用西药抗生素治疗收效甚微。因炎症相对局限在盆腔,盆腔多有充血、瘀血,患者常出现腹痛、腰酸、腰痛等症状。通过运用中药调理患者的气血不足,促进血液循环,增强机体抵抗力,使气血调和;再通过穴位注射药物,以利炎症消散和吸收;艾条温针治疗使机体经络通畅,冲任自调。针灸通过临症加减或补泻手法可兼顾病人的个体差异,同时也大大减少了药物的不良反应。伴有子宫粘连者,加针中脘;伴有气虚无力者,加针列缺;伴有气血虚者加针足三里;有腰痛、腰疼者可加肾俞、次髎,均能收到较好疗效。如确有输卵管积水或输卵管卵巢囊肿,经上述治疗无效时可行手术治疗以彻底治愈。经过临床治疗、观察及回顾性分析,慢性盆腔炎经过中西医综合治疗,均能收到良好的治疗效果。

参考文献

- [1]乐杰.妇产科学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,1994.263-266
[2]石学敏.实用针灸学[M].第11版.北京:中国中医药出版社,2006.268-270

(收稿日期:2013-11-08)

葡萄糖酸钙联合碳酸氢钠防治自然分娩产后出血的疗效

杨玉英

(河南省辉县市第四人民医院 辉县 453600)

关键词:自然分娩;产后出血;葡萄糖酸钙;碳酸氢钠

中图分类号:R714.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.031

产后出血指娩出胎儿 24 h 内出血量 >500 mL,为分娩期严重并发症,是导致产妇死亡的重要原因。产后出血多由软产道裂伤、子宫收缩乏力、凝血功能障碍、胎盘因素等所致,选取有效方案进行针

对性预防,是提高产科分娩质量、降低自然分娩产后出血的关键^[1]。本组选取相关病例,就常规处理与加用葡萄糖酸钙与碳酸氢钠联合防治自然分娩产后出血的效果展开探讨。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 1 月~2014 年 1 月收治的 100 例自然分娩产妇作为研究对象, 年龄 20~42 岁, 平均(27.9± 6.1)岁, 孕周平均(38.3± 2.6)周, 孕次平均(1.6± 1.0)次, 胎儿体重平均(3 159.3± 387.2) g, 产程平均(8.3± 6.1) h。患者均自愿签署知情同意书, 排除子痫前期、妊娠期糖尿病及有妊娠合并症者。所有患者随机分为观察组和对照组各 50 例, 组间一般情况比较无明显差异($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 防治方法 两组均开放静脉通道, 对照组应用对症支持、密切观察等常规防治方案。观察组采用葡萄糖酸钙与碳酸氢钠联用防治, 在产妇宫口>3 cm 时, 取 10%葡萄糖酸钙 10 mL 和 10%葡萄糖 100 mL 混合液, 10%葡萄糖 100 mL, 5%碳酸氢钠 100 mL, 依次静滴, 30~40 min 滴完。胎儿娩出后, 两组均取 1%缩宫素 500 mL 静脉滴注。

1.3 观察指标 应用一次性计血量纸, 在产后 2 h、产后 24 h 记录出血量, 记录产后 24 h 血红蛋白下降值。

1.4 统计学分析 统计学软件采用 SPSS13.0 版, 计量资料采用($\bar{X} \pm S$)表示, 行 t 检验, 计数资料行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组产后 2 h、产后 24 h 出血量明显少于对照组, 产后 24 h 血红蛋白下降值明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 ($\bar{X} \pm S$) mL

组别	n	产后 2 h 出血量	产后 24 h 出血量	血红蛋白下降(g/L)
观察组	50	148.4± 102.5*	230.8± 142.4*	1.3± 1.0*
对照组	50	229.3± 114.2	305.9± 132.6	2.1± 1.1

注: 对照组比较, * $P<0.05$ 。

3 讨论

产后出血多由子宫收缩乏力、软产道损伤、胎盘因素、凝血功能障碍所致, 临床多由两种以上因素引起, 相互促进, 互为因果, 故需全面检查, 确定出血的原因, 以制定合理有效的治疗方案^[1]。子宫收

缩乏力为最常见引发产后出血原因, 子宫肌收缩和缩复在胎儿娩出后, 对肌束间血管可有效压迫, 凡对子宫缩复和收缩功能造成影响的因素, 均可致子宫收缩乏力性产后出血, 临床需引起高度重视。临床实践表明, 产后子宫平滑肌收缩乏力, 易导致子宫无法有效缩复, 胎盘于子宫壁处附着的血窦关闭不佳, 进而引发产后出血^[1]。钙离子是保证平滑肌细胞收缩的重要条件, 其进入并与肌细胞内的肌球蛋白、肌动蛋白结合, 可使缩宫素在子宫平滑肌的敏感性增强, 且作为凝血因子 IV, 可发挥其凝血机制。随着胎儿生长发育, 妊娠期对钙的需求明显增加, 母体尿量增加、血容量增加, 增多钙排泄量, 且雌激素对母体吸收钙产生抑制, 使孕妇出现低钙, 在妊娠晚期更为严重, 同时妊娠期坚持补充钙剂和常规产检的孕妇较少, 且孕期多有偏食, 使缺钙程度加重, 故取葡萄糖酸钙在胎儿娩出前宫口>3 cm 时静滴, 可使产妇钙浓度提高, 对子宫收缩乏力导致的产后出血有预防作用^[1]。

此外, 产妇临产时生理性疼痛增多, 孕妇恐惧不安、精神紧张, 易致睡眠状况不佳, 食欲受到影响, 营养储备欠缺。临产时过度换气, 易致呼吸性碱中毒和代谢性酸中毒, 对子宫平滑肌收缩产生干扰。取 5%碳酸氢钠 100 mL 静脉滴注, 可迅速纠正产妇产中毒状态, 为子宫平滑肌收缩提供条件。

本次研究结果显示, 5%碳酸氢钠联合 10%葡萄糖酸钙防治自然分娩产后出血, 可显著降低产后出血几率, 减少出血量, 产后 24 h 血红蛋白下降量明显减小。与常规应用缩宫素的患者比较, 操作相对简单, 药物无明显副作用, 效果更为显著, 对保障患者生命安全有非常重要的意义。

参考文献

[1] 谢秀敏, 郭丽璇, 陈晓敏, 等. 葡萄糖酸钙与碳酸氢钠联合应用防治自然分娩产后出血的临床疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(8): 1 373-1 374

[2] 于合珍, 完颜亚丽. 5%碳酸氢钠联合缩宫素静脉滴注在分娩中的应用[J]. 中国医药导报, 2012, 9(17): 30-31

[3] 严俊汝. 临产后静脉滴注葡萄糖酸钙与 5%碳酸氢钠防治产后出血的临床观察[J]. 山西医药杂志(下半月), 2011, 55(5): 497

(收稿日期: 2014-02-20)

(上接第 28 页)

参考文献

[1] 杨路昕, 蔡辉. 原发性骨质疏松症的中医病因病机研究进展[J]. 河北中医, 2009, 31(3): 467-469

[2] 王文华, 董春英, 陈文君, 等. 绝经后妇女骨质疏松治疗方法的探讨[J]. 河北医学, 2009, 15(9): 1 041-1 043

[3] Bonnick S, Saag KG, Kiel DP, et al. Comparison of weekly treatment of postmenopausal osteoporosis with alendronate versus risedronate over two years[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2006, 91(7): 2 631-2 637

[4] 李渊贞, 许丛辉, 尹华. 中西药治疗骨质疏松症的研究进展[J]. 医药导报, 2010, 29(1): 68-70

[5] 金珉廷, 郑洪新, 朱辉. 补肾中药对骨质疏松症大鼠下丘脑 BMP-4、Smad6 mRNA 及蛋白表达的影响[J]. 中国骨质疏松杂志, 2008, 14(8): 556-560

[7] 赵旭, 高泓, 代平, 等. 补肾法防治骨质疏松症的研究现状述评[J]. 中国现代医生, 2009, 47(14): 27-28

[8] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 1 719

(收稿日期: 2014-01-18)