

表 1 两组患者术后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	3 h	6 h	12 h	24h
单纯组	3.63± 0.74	4.84± 0.62	3.95± 0.73	2.89± 0.83
联合组	3.45± 0.66	2.48± 0.43	2.13± 0.84	2.02± 0.55
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 术后镇静评分比较 联合组术后 6 h、12 h 和 24 h 的 Ramesay 评分均明显小于单纯组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者术后 Ramesay 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	3 h	6 h	12 h	24h
单纯组	2.36± 0.43	2.50± 0.52	2.66± 0.63	2.89± 0.75
联合组	2.33± 0.46	2.26± 0.23	2.19± 0.47	2.03± 0.36
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 不良反应 联合组术后仅 2 例患者发生恶心(1 例)、呕吐(1 例)不良反应, 不良反应发生率为 6.7%; 单纯组术后 7 例患者发生头晕(1 例)、恶心(3 例)、呕吐(3 例)不良反应, 不良反应发生率为 23.3%: 两组不良反应发生率比较差异显著, $P<0.05$ 。

3 讨论

开腹手术由于创伤大, 术后疼痛剧烈, 可诱发一系列神经内分泌和机体代谢反应, 导致多种并发症发生, 严重影响患者术后恢复。良好的术后自控静脉镇痛可有效缓解术后疼痛, 降低术后并发症发生率, 并可在一定程度上降低术后病死率^[1]。但随着

PCIA 应用的不断增加, PCIA 配方也不断增多。

舒芬太尼是临床中常用的强效阿片类镇痛药物, 是芬太尼的衍生物, 但与芬太尼相比, 具有更强的亲脂性, 易与 μ 受体结合, 对镇痛较呼吸抑制具有更高的选择性, 镇痛效果显著^[2]。但临床应用发现单独将舒芬太尼应用于 PCIA 会发生恶心、呕吐等多种不良反应, 患者耐受性较差, 在一定程度上限制了其临床应用。地佐辛是国内新上市的一种 K 受体激动剂, 并具有部分 μ 受体激动作用, 但不会产生典型的 μ 受体依赖, 可松弛胃肠平滑肌, 降低恶心、呕吐的发生率^[3]。由本研究可知, 联合应用地佐辛和舒芬太尼于开腹手术术后 PCIA, 其术后镇痛和镇静效果均明显优于单纯应用舒芬太尼的单纯组, 且联合组不良反应发生率明显小于单纯组, $P<0.05$, 这一结果与闫诺等^[4]研究结果一致, 提示地佐辛和舒芬太尼联合应用于开腹术后 PCIA 具有良好的镇痛和镇静效果, 可降低不良反应发生率, 麻醉效果满意, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]师爱青,张威虎,王学磊.地佐辛联合舒芬太尼用于术后自控静脉镇痛的临床效果[J].中国医学创新,2013,10(26):32-33
[2]王纯辉,沈启英,李珏,等.地佐辛联合舒芬太尼用于术后静脉镇痛的效果观察[J].安徽医科大学学报,2012,47(8):1003-1004
[3]岳修勤.地佐辛与芬太尼应用于术后静脉镇痛的临床效果比较[J].中国疼痛医学杂志,2010,16(4):255
[4]闫诺,杨程,陈宁.地佐辛联合舒芬太尼用于术后自控静脉镇痛效果观察[J].海南医学院学报,2011,17(3):403-405

(收稿日期:2014-11-14)

人工流产术后即时放置吉妮致美与 Tcu220 效果观察

胡春香

(海南省保亭黎族苗族自治县计划生育服务站 保亭 572300)

摘要:目的:观察人流术后即时放置不同结构宫内节育器(IUD)的效果。方法:选择人流术后自愿即时放置宫内节育器的育龄妇女,随机分为两组,其中放置吉妮致美者 386 例(吉妮组),放置 Tcu220 者 352 例(Tcu220 组),记录两组术后一年带器妊娠、脱落、因症取出等情况。结果:吉妮组与 Tcu220 组人流术后放置失败率分别为 0.78%和 0.57%,两组比较无显著差异($\chi^2=0.01, P>0.05$)。随访 1 年,两组带器妊娠率分别为 0.26%和 1.42%($\chi^2=4.62, P<0.05$),两组比较存在显著差异;因症取出率分别为 1.30%和 8.24%($\chi^2=18.60, P<0.01$),两组比较存在显著差异;脱落率为 0.78%和 3.98%($\chi^2=6.99, P<0.01$),两组比较存在显著差异;续用率分别为 96.89%和 85.80%($\chi^2=31.37, P<0.01$),两组比较存在显著差异。结论:人流术后即时放置吉妮致美宫内节育器,比 Tcu220 更为高效、安全。

关键词:人工流产;宫内节育器;临床效果

中图分类号:R169.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.030

人工流产是避孕失败的一种补救措施,重复性人工流产对妇女身心带来不同程度的影响,危害妇女的生殖健康^[1]。全世界每年约有 2 千万不安全流产发生,其中 95%出现在发展中国家。据统计,每年

约有 8 万妇女死于不安全流产引起的并发症, 占全世界孕产妇死亡总数的 13%^[2]。本研究通过比较人工流产后即时放置宫内节育器 (intrauterine device, IUD) 的效果,旨在降低重复人工流产率,提高广大

女性的生殖健康。现总结如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月~2011 年 12 月在我院计划生育门诊人流术后自愿放置宫内节育器的妇女 738 例(均已签署知情同意书),所有妇女身体健康,无内外科合并症。吉妮组 386 例,年龄 20~45 岁,于人流术后即时放置吉妮致美宫内节育器(自费);Tcu220 组 352 例,年龄 22~46 岁,于人流术后即时放置 Tcu220(免费)。两组患者年龄、孕次及术后宫腔深度比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者基本情况比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	平均年龄(岁)	孕次(次)	术后宫腔深度(cm)
吉妮组	386	32.91± 2.41	3.08± 1.31	9.2± 0.7
Tcu220 组	352	32.62± 2.96	2.89± 1.56	9.1± 0.8
t		1.45	1.78	1.80
P		>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法 人流术前完善各种检查(血常规、尿常规、白带常规、乙肝表面抗原、妇科检查、B 超),确定为宫内妊娠(孕 6~10 周),行负压吸宫术,至宫腔感觉粗糙,确认为完全流产。根据要求放置不同类型的宫内节育器。吉妮组:首先探查宫腔深度,调整旋转器上的定位阀(比宫腔深度长 1 cm),左手执钳下拉宫颈,右手将装有节育器的套管送入宫底,使其顶部紧抵宫底,将手柄稍用力向前推进节育器约 1 cm,把顶端吉妮小结置入宫底肌层 0.8~1 cm,有针刺肌肉的感觉。轻轻牵拉尾丝,确认是否固定后,在宫颈口内减去剩余尾丝,放置完毕。Tcu220 组:探查宫腔深度,根据宫腔形状选择适当型号,先将 Tcu220 两根横臂折叠插入放置管内 4~6 mm,再将折叠好的 Tcu220 送入宫底,固定推进杆,缓慢后撤放置管,确保节育器放置到宫底,最后将放置管完全撤出并剪短竖臂上多余尾丝(宫口外 1.5 cm 左右)。如感觉子宫软可置器前肌注缩宫素 10 单位。

1.3 术后处理 常规抗生素及益母草加强宫缩减少出血。术后交待注意事项,写随访卡,并于术后 1 个月、3 个月、6 个月、12 个月进行随访,了解有无疼痛、出血、脱落及带器妊娠等情况,妇科检查尾丝状况,B 超了解 IUD 放置位置。

1.4 统计学方法 应用 SPSS12.0 统计分析软件。计量资料用均数± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组放置后失败率无显著性差异($\chi^2=0.01, P>$

0.05)。随访 1 年,吉妮组放置后带器妊娠率、脱落率和因症取出率均显著低于 Tcu220 组,差异有统计学意义(χ^2 值分别为 4.62、6.99、18.60,均 $P<0.05$)。吉妮组 5 例因症取出,其中 2 例经期延长、3 例阴道淋漓出血伴下腹疼痛,Tcu220 组 29 例因症取出,其中 16 例经期延长伴下腹疼痛、8 例阴道淋漓出血、4 例因经期下腹疼痛放射至大腿根部或会阴部(不能耐受)、1 例节育器单侧横臂嵌顿在子宫肌层,吉妮组续用率显著高于 Tcu220 组,两组比较存在显著差异($\chi^2=31.37, P<0.01$)。见表 2。

表 2 两组宫内节育器放置结果比较[例(%)]						
组别	n	失败	带器妊娠	脱落	因症取出	续用
吉妮组	386	3(0.78)	1(0.26)	3(0.78)	5(1.30)	374(96.89)
Tcu220 组	352	2(0.57)	5(1.42)	14(3.98)	29(8.24)	302(85.80)
χ^2		0.01	4.62	6.99	18.60	31.37
P		>0.05	<0.05	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

3.1 人工流产后即时放置宫内节育器优势 育龄妇女是重复人工流产的主要人群,其可能产生诸多近期和远期并发症^[1]。督促落实可靠的避孕措施,是防范其重复人工流产的关键。人流术后即时放置宫内节育器不增加穿孔和盆腔感染等并发症的发生率,是安全的宫内节育器放置时点^[4]。首先增加了长效避孕措施,降低了再次人工流产风险。其次减少二次宫腔操作(放环术),且此时宫口已扩张,便于术者操作,节育器更易放置到理想位置,提高放置成功率。两种手术合二为一,简化了手术程序,值得推广。再者由于流产对妇女心理及经济都有一定影响,此时对避孕有强烈的愿望,有意愿即时放置宫内节育器^[5]。

3.2 吉妮致美 IUD 优点 吉妮致美能够固定于宫底肌层,保持高位释放铜离子,使避孕效果得到良好保障。因其固定且不受宫腔及宫口大小的限制,去除了人流术后因个体差异和技术原因造成的宫内节育器选择不准确性。且吉妮致美占据空间较小,可以降低对患者子宫内膜的刺激性,减少子宫的排异反应。吉妮致美含吲哚美辛,据资料显示,放置节育器后的子宫出血也与子宫收缩合成前列腺素增多有关。吲哚美辛能有效抑制前列腺素的合成,它的缓慢释放大大减少了放置宫内节育器初期月经量增多的症状。且吲哚美辛为非甾体类药物,具有抗炎解热镇痛的作用,从而也相应地减轻了下腹疼痛等一系列不良反应^[6]。

本组资料显示,Tcu220 组因症取出率及脱环率、带器妊娠率均较吉妮组高,因此续用率相对较

低。究其原因,可能与下列因素有关:非固定式节育器受宫口松弛和人流术后宫腔大小及子宫收缩情况等影响,部分患者与常规不符,宫内节育器与子宫实际产生差异,不能适应其动态变化,造成宫内节育器下移、脱落、嵌顿以及患者阴道淋漓出血和带器妊娠。本研究随访 1 年结果显示,吉妮组与 Tcu220 组相比较,其脱环率、因症取出率、带器妊娠率均有明显降低,续用率大幅提高,放置吉妮致美是人工流产术后的首选,值得推广。人流术后经过吸宫或刮宫,造成患者子宫内膜薄化,适宜放置吉妮。但因吉妮致美为自费项目,限制了其使用的广泛性。建议计生部门本着以人为本的服务理念,尽早解决相关费用问题。

用问题。

参考文献

[1]张淑婷,李雅文,陈粮,等.育龄女性重复人工流产原因分析[J].中国妇幼保健,2013,28(1):112
[2]Ceylan A,Ertem M,Saka G,et al.Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use [J].BMC Public Health,2009,9:20
[3]张冬梅.人工流产并发症及防治[J].中国实用医药,2010,5(1):54-55
[4]Grimes D,Schulz k,Stanwood N.Immediate postabortal insertion of intrauterine devices [J].Cochrane Database Syst Rev,2004,4:CD001777
[5]方爱华.流产后即时放置宫内节育器[J].实用妇产科杂志,2012,28(4):245-247
[6]王莉,李清华,魏欣,等.人工流产后即时放置吉妮宫内节育器效果观察[J].实用医学杂志,2008,24(6):969-970

(收稿日期:2014-11-10)

加味逍遥散治疗更年期功能性子宫出血临床观察

马玉桂¹ 张聘年²

(1 甘肃省古浪县人民医院妇科 古浪 733100;

2 甘肃省天祝藏族自治县疾病预防控制中心 天祝 733299)

关键词:更年期功能性子宫出血;中西医结合疗法;加味逍遥散

中图分类号:R711.52

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.031

更年期功能性子宫出血是在绝经过渡期,卵巢功能不断衰退,卵巢对垂体促性腺激素反应性低下,卵泡发育受阻而不能排卵,导致子宫内膜受单一雌激素刺激且无孕酮对抗而发生的雌激素突破性出血或撤退性出血^[1]。自 2014 年以来,笔者对 30 例更年期功能性子宫出血患者给予西医基础治疗联合中药加味逍遥散内服治疗,疗效好,疗程短,无不良反应。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 60 例,随机分为治疗组和对照组各 30 例,均除外异常妊娠或妊娠并发症、生殖器肿瘤、生殖器感染、激素或药物使用不当、全身性疾病等原因引起的子宫出血。治疗组 30 例,年龄 45~55 岁,平均 50.2 岁;对照组 30 例,年龄 47~54 岁,平均年龄 51.1 岁。两组患者一般情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。两组子宫附件彩超提示:子宫大小正常,子宫内膜增厚 8~15 mm,中医辨证均属肝郁血虚或肝郁生热证型。

1.2 诊断标准 (1)更年期妇女,月经淋漓不断,时有时无;(2)排除内、外生殖器官的器质性病变、妊娠、流产、炎症、激素使用不当、避孕措施缘由或全身因素导致的出血^[2]。(3)辅助检查:B 超:子宫内膜增厚;双

侧附件区无明显异常,子宫内膜取样检查阴性。

1.3 治疗方法 更年期功能性子宫出血治疗以(1)止血;(2)调整周期,减少出血;(3)防止子宫内膜病变为目的^[3]。急则治标,缓则治本,阴道流血量较多,B 超提示子宫内膜增厚 12 mm 以上时先给予清宫。对照组:给予清宫、止血、激素等基础治疗。治疗组:在对照组治疗基础上,加用中药内服,基础方为加味逍遥散^[4]:柴胡、茯苓、白术、甘草、当归、白芍,有虚热者加生地,口渴加生地、麦冬,出血量较多者加丹皮炭、栀子炭、荆芥炭,失血量多者加阿胶,有血块加益母草、玄参。每日 1 剂,连服 5 剂。

1.4 疗效标准 根据《常见疾病的诊断依据与疗程判断标准》^[5]制定。痊愈:阴道流血停止,月经周期恢复正常,经量少。好转:阴道流血停止,月经周期恢复正常,月经量较多,经期 7 d 左右。无效:阴道仍有不规则流血,周期不规则。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件对数据进行统计分析。计数资料采用率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

1.6 治疗结果 治疗组总有效率为 93.33%,明显高于对照组的 80.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。