

见表 2。

表 2 两组患者临床症状评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	阴道出血量(ml)	恶露消失时间(d)	子宫复旧情况(分)
实验组	30	83.6± 10.5*	4.4± 2.7*	0.68± 0.32*
对照组	30	105.2± 9.7	6.9± 1.9	1.48± 0.23

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

产后恶露不绝是妇产科临床常见病、多发病,“恶露不尽”一词首见于汉代《金匱要略·妇人产后病脉证治》,曰:“产后七八日,无太阳证,少腹坚痛,此恶露不尽……”,论述了产后瘀血内阻恶露不尽兼阳明腑实的证治。中医认为产后恶露不绝与血行障碍、瘀血内阻及气虚摄血无力等相关,而西医则认为产后恶露不绝发生的主要原因是产后子宫复旧不良、感染、胎盘胎膜残留(胞衣不下)所致,相当于西医的晚期产后出血。1990 年中日友好医院许润三教授在《中国中医药报》上首次提出用缩宫逐瘀汤治疗产后恶露不绝并取得了较好的疗效。王少明^[6]采用暖宫贴治疗 60 例产后恶露不绝患者,经治疗后总有效率为 91.67%,说明暖宫贴治疗产后恶露不绝疗效确切。近年来有研究发现采用中西医结合治疗产后恶露不绝能够取得较满意的临床疗效。张华^[6]对 36 例气虚血瘀型产后恶露不绝患者在西药治疗基础上,加用中药生化汤合补中益气汤治疗,临床治疗总有效率高达 91.7%,说明生化汤合补中益气汤治疗气

虚血瘀型产后恶露不绝的临床效果较好。

本研究采用缩宫逐瘀汤(许润三)加减联合暖宫贴、缩宫素治疗产后恶露不绝患者,经治疗后,实验组的阴道出血量、恶露消失时间及子宫复旧评分均优于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$;实验组治疗的总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。说明采用缩宫逐瘀汤(许润三)加减联合暖宫贴、缩宫素治疗产后恶露不绝较单纯使用缩宫素治疗能够更好、更快地促进子宫复旧、蜕膜组织及残留的胎膜组织排出,从而减少患者阴道出血量,有效改善患者的临床症状,有助于减轻对患者的身心伤害;并且具有使用方便、副作用少、能够门诊用药等优势,具有良好的社会效益,值得临床推广应用。

参考文献

[1]李海英.新生化颗粒治疗产后恶露不尽 100 例临床分析[J].内蒙古中医药,2014,33(9):40-41
[2]陈梅.益宫颗粒治疗产后恶露不绝(气血亏虚挟瘀证)63 例临床观察[J].中国实用医药,2010,5(11):182-183
[3]胡克勤,刘柯彤.葆宫止血颗粒治疗产后恶露不绝的临床观察[J].中国药房,2014,25(44):4182-4184
[4]李小叶,金季玲.中西医结合治疗气虚血瘀型产后恶露不绝 34 例[J].福建中医药,2011,42(1):45
[5]王少明.暖宫贴治疗产后恶露不绝的临床观察[J].中国实用医药,2009,4(8):138-139
[6]张华.生化汤合补中益气汤治疗气虚血瘀型产后恶露不绝 36 例[J].山西中医,2010,26(7):24-25

(收稿日期: 2015-03-23)

中西医结合治疗陈旧性宫外孕疗效观察

胡月香

(江西省万安县人民医院 万安 344800)

摘要:目的:分析探讨中西医结合治疗陈旧性宫外孕的疗效。方法:选取 2013 年 2 月~2014 年 2 月在我院接受陈旧性宫外孕治疗的 46 例患者,随机分为对照组和试验组,每组 23 例。对照组采用甲氨蝶呤 50 mg 单次肌肉注射疗法,试验组在对照组治疗基础上加用口服中药。比较两组患者的血绒毛膜促性腺激素(β -HCG)水平以及经 B 超监测盆腔包块水平。结果:对照组有效率为 65.22%,试验组有效率为 91.30%,两组有效率比较差异明显,具有统计学意义($P<0.05$)。结论:甲氨蝶呤联合中药治疗陈旧性宫外孕效果明显,能够最大限度地保留病变部位的功能,值得在临床推广应用。

关键词:陈旧性宫外孕;中西医结合疗法;治疗效果

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.018

宫外孕是指受精卵在子宫腔以外的部位着床的病症。根据着床部位不同,宫外孕又分为输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠以及子宫残角妊娠等,以输卵管妊娠最为常见^[1]。陈旧性宫外孕是指输卵管妊娠流产或破裂后,反复出现内出血导致盆腔血肿未消散,造成血肿机化变硬并且与周围组织粘连的病症,B 超检测可发现附件有包块,经尿妊娠试验结果显示为阴性。陈旧性宫外孕严重威胁患者

的身体健康,目前随着诊疗技术手段的提高,可以实现破裂之前进行诊断,做到早发现早治疗,保障患者的生命健康。我院通过对 23 例患者实施甲氨蝶呤联合中药治疗陈旧性宫外孕的研究,以期获得治疗陈旧性宫外孕的良好方法。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 2 月~2014 年 2 月在我院接受陈旧性宫外孕治疗的 46 例患者,随机分为

对照组和试验组，每组 23 例。对照组年龄 21~37 岁，平均年龄 (27.6± 1.2) 岁；平均妊娠时间为 (45.6± 8.2) d, 平均包块直径为 (3.45± 0.72) cm; 试验组年龄 20~38 岁，平均年龄 (26.4± 1.4) 岁；平均妊娠时间为 (42.1± 5.2) d, 平均包块直径为 (3.65± 0.61) cm。两组患者的年龄、包块大小等情况比较差异不显著，无统计学意义 ($P>0.05$)。46 例患者均符合以下条件：(1) 发生异位妊娠保守治疗后血 β -HCG 值持续上升；(2) 患者的肝肾功能正常；(3) 患者宫外孕未出现破裂；(4) 患者无生育史。

1.2 治疗方法 对照组患者单次肌肉注射甲氨蝶呤 50 mg, 1 周后若血 β -HCG 值未发生明显下降，则再次注射甲氨蝶呤 50 mg。试验组治疗方法：单次肌肉注射甲氨蝶呤 50 mg, 同时水煎服用中药，药方组成：炙黄芪 10 g、赤芍 12 g、当归 10 g、桃仁 9 g、川芎 5 g、红花 9 g、地龙 12 g、水蛭 10 g；若患者发生腰酸现象，则加用杜仲 10 g；若患者发生气滞现象，则加用川楝子 10 g。持续服用直至血 β -HCG 值恢复正常。比较两组患者的血压、脉搏以及腹痛、阴道流血情况，患者治疗后第 4、7 天各观察 1 次血 β -HCG 值，若血 β -HCG 值呈下降趋势，则以后每周各检测 1 次血 β -HCG 值、B 超、血常规以及肝肾功能^[2]。在治疗期间，医护人员在提供药物治疗的基础上还应加强心理护理、健康教育等，使患者获得全方位的治疗服务，提高其治疗效果以及治疗满意度。首先应加强对患者的心理护理，一般陈旧性宫外孕患者多出现紧张、焦虑等消极情绪，不仅加重了患者的心理负担，也严重影响患者的治疗过程。因此护理人员应在日常护理中加强对患者陈旧性宫外孕知识的宣传，促使患者掌握一定的疾病知识，正确认识陈旧性宫外孕病症，减轻患者的心理压力。患者治疗期间护理人员要及时叮嘱患者多卧床休息，多喝开水，多食用水果蔬菜，保持大便通畅。日常护理中还应加强观察，特别是观察腹痛、阴道流血等指标，若腹痛加剧应及时进行手术治疗。

1.3 评定标准 血 β -HCG 值连续下降或下降幅度 $\geq 15\%$ 、治疗 2 周后 B 超检查包块缩小 $\geq 30\%$ 、子宫直肠窝积液消失或减少 $> 50\%$ 为有效；血 β -HCG 值不断下降或持续升高，患者腹痛加剧、B 超检查包块增大或孕囊破裂导致腹腔出血增多为无效。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件进行分析，计数资料采用卡方检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

1.5 治疗结果 对照组有效率为 65.22%，试验组有效率为 91.30%，两组有效率比较差异明显，具有

统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较

组别	n	有效(例)	无效(例)	有效率(%)
对照组	23	15	8	65.22
试验组	23	21	2	91.30

2 讨论

陈旧性宫外孕是输卵管妊娠流产或破裂后，出现反复内出血症状，导致盆腔内肿不消散，血肿机化变硬并与周围组织发生粘连现象。陈旧性宫外孕是流产型宫外孕，具有发病急、病程长等特点。陈旧性宫外孕发病时阴道流血发生率高，在进行腹部检查时，患者下腹部有明显压痛及反跳痛现象，下腹部可触及软性包块，反复出血容易导致肿块增大变硬。陈旧性宫外孕患者体征变化也较为明显，患者一般呈急性贫血外貌，大量出血时面色苍白、四肢湿冷、脉搏快且细弱。陈旧性宫外孕的发病原因较多^[3]，一般由生殖道感染如输卵管炎症等引起，有腹部外科手术史的患者也容易发生宫外孕，因剖腹产导致的异位妊娠也是引起宫外孕发生的原因。此外若避孕方法不正确也会引起宫外孕，长期服用避孕药物会影响雌、孕激素的水平，影响输卵管的蠕动，若激素失调，则受精卵就不能完全到达子宫内，造成宫外孕。

中医认为陈旧性宫外孕的发病原因为血瘀、气滞、冲任不调。受精卵在异常位置着床，易导致患者出现血虚现象，若长期孕育，则会造成胞脉破损，导致血瘀症的发生，因此中医认为治疗陈旧性宫外孕需要采用消癥散结、活血化瘀的治疗方法。本组试验中采用的炙黄芪具有益气补中作用，可有效改善患者气虚乏力；赤芍活血化瘀，清热解毒，起到消肿作用；当归补气活血，起到调经、润肠作用；川芎活血祛瘀；红花活血通经，散瘀止痛；地龙清热通络。现代医学研究显示，炙黄芪能够抗菌、抑制病毒，可增强网状内皮体系的吞噬功效，增加白血球以及多核白血球数量，增强体液免疫以及细胞免疫功能；赤芍具有抗血小板作用，可以有效抑制痢疾杆菌、伤寒杆菌以及溶血性链球菌等；当归能有效改善患者体内微循环，抑制血小板的凝聚^[4]，增加血管的通透性，促进体内新陈代谢，有利于包块的吸收；地龙可以起到抗凝和纤溶作用，延长凝血活酶的时间，增强纤溶酶原激活物的活性。甲氨蝶呤是一种抗代谢疗法的药物，具有对滋养细胞高度敏感的特征，其作用机制主要是通过抑制二氢叶酸还原酶的抑制起到阻碍肿瘤细胞 DNA 的合成，抑制滋养细胞的生成，促使胚胎停止发育。综上所述，甲氨蝶呤联合中药治疗陈旧性宫外孕效果明显，能够最大限度地保留病变部位的功能，

值得临床推广使用。

参考文献

[1]戴海清,张艳丽,陈姚宇.综合疗法治疗陈旧性宫外孕 25 例观察[J].实用中医药杂志,2014,30(3):245-246
[2]毛亚芬,许克仙.中西医结合治疗宫外孕疗效观察[J].实用中医药杂

志,2008,24(5):297
[3]朴云鹤.中西医结合治疗陈旧性宫外孕疗效观察[J].中国保健营养,2012,22(6):1644-1645
[4]魏秀珍,刘向蕊,苗凤台.中西医结合治疗陈旧性宫外孕 20 例[J].河南中医,1999,34(4):424-426

(收稿日期: 2015-03-13)

中期妊娠并胎盘前置(中央性)患者的引产方法及效果分析

陈颖文

(广东省中山市小榄人民医院 中山 528415)

摘要:目的:通过观察不同孕周的中期妊娠并胎盘前置(中央性)孕妇的引产方式与引产效果,探讨中期妊娠并胎盘前置(中央性)孕妇引产的科学有效方法。方法:将我院妇产科 2009 年 1 月~2014 年 6 月期间接收进行引产手术治疗的 33 例中期妊娠并胎盘前置(中央性)孕妇作为手术研究对象,将孕周在 14~17 周的 18 例孕妇设为甲组,将孕周在 18~27 周的 15 例孕妇设为乙组;分别选择年龄、孕次、孕周等匹配的中期无胎盘前置妊娠孕妇患者各 15 例作为对照组(分别命名为甲 A 组与乙 A 组)。甲组与甲 A 组孕妇采用米索前列醇与米非司酮联合引产,乙组与乙 A 组孕妇均采用腔内注射利凡诺羊膜与米非司酮联合引产。观察对比四组孕妇引产效果,包括孕产的成功率、产后出血方式、子宫出血量、胎盘残留率以及引产并发症等。结果:甲组与甲 A 组孕妇均无需进行宫腔填塞处理与介入治疗,引产后各项指标差异不明显, $P>0.05$;乙组与乙 A 组孕妇在引产成功率、胎盘残留率方面的差异不明显, $P>0.05$;乙组孕妇子宫出血量、按摩子宫率、应用促宫缩药率、纱条填塞率和介入治疗率均高于乙 A 组,差异明显, $P<0.05$ 。结论:在中期妊娠并胎盘前置(中央性)孕妇的引产中,根据孕妇孕周不同分别采用米索前列醇与米非司酮联合引产和腔内注射利凡诺羊膜与米非司酮联合引产,均有较高的引产成功率,引产安全性良好。在中期妊娠引产手术前应当了解是否存在胎盘中央性前置、胎盘植入以及子宫瘢痕妊娠,引产手术期间做好介入治疗、药物促宫缩、子宫切除以及宫腔填塞等工作对于提高引产质量极为关键。

关键词:中期妊娠并胎盘前置;引产方法;效果分析

中图分类号:R714.44

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.019

孕妇在妊娠 13~27 周时可能会出现中期妊娠胎盘前置状况,该病症主要特点是胎盘发生移动,逐渐依附在子宫下段,甚至胎盘下部能达到覆盖宫颈内口的程度,中期妊娠并胎盘前置种类繁多,又易引发大出血的可能,临床一般采用引产方式进行手术处理^[1-3]。笔者结合自己多年妇产科临床引产经验,通过观察不同孕周的中期妊娠并胎盘前置孕妇的引产方式与引产效果,探讨中期妊娠并胎盘前置(中央性)孕妇引产的科学有效方法。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2009 年 1 月~2014 年 6 月我院妇产科接收进行引产手术治疗的 33 例中期妊娠并胎盘前置(中央性)孕妇作为手术研究对象,将孕周在 14~17 周的 18 例孕妇设为甲组,将孕周在 18~27 周的 15 例孕妇设为乙组;分别选择年龄、孕次、孕周等匹配的中期无胎盘前置妊娠孕妇患者各 15 例作为对照组(分别命名为甲 A 组与乙 A 组)。甲组 18 例孕妇平均年龄(26.38 ± 4.90)岁,平均产次(1.5 ± 0.5)次,乙组 15 例孕妇平均年龄(26.84 ± 4.56)岁,平均产次(1.5 ± 0.5)次。甲组与甲 A 组,乙组与乙 A 组孕妇在年龄、产次、胎盘前置类型以及病情等方面的差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 引产方法 甲组与甲 A 组孕妇采用常规米索前列醇与米非司酮联合引产,乙组与乙 A 组孕妇均采用腔内注射利凡诺羊膜与米非司酮联合引产。甲组与甲 A 组孕妇入院后即开始米非司酮口服,75 mg/次,分 2 次服,连服 2 d,第 3 天口服 0.6 mg 的米索前列醇 q 3 h,观察孕妇阴道、子宫状况出现有规律的宫缩,直到胎儿排出。乙组与乙 A 组腔内注射利凡诺羊膜进行引产手术,同时按上述方法服用米非司酮,至出现有规律宫缩。引产手术期间出血量大时用钳夹取出胎盘,乙组孕妇只有 1 例出血超过 1 000 ml,最后行子宫动脉栓塞止血,没有术中转开腹者。

1.3 观察指标 引产成功率、胎盘残留率、出血量、按摩子宫率、促宫缩药应用率、纱条填塞率和介入治疗率。

1.4 统计学分析 采用 SPSS22.0 数学统计软件进行统计,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

甲组与甲 A 组孕妇均无需进行宫腔填塞处理与介入治疗,引产后各项指标差异不明显, $P>0.05$ 。乙组与乙 A 组孕妇在引产成功率、胎盘残留率方面