

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<sup>[1-3]</sup>。笔者结合自身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( $26.38 \pm 4.90$ )岁,平均产次( $1.5 \pm 0.5$ )次,乙组 15 例孕妇平均年龄( $26.84 \pm 4.56$ )岁,平均产次( $1.5 \pm 0.5$ )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,没有术中开转开腹者。

**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  $\chi^2$  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

的差异不明显,  $P>0.05$ ; 乙组孕妇产后出血量、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,  $P<0.05$ 。见表 1、表 2。

表 1 甲组与甲 A 组孕妇产后结果情况比较

组别	n	引产成功率 (%)	胎盘残留率 (%)	出血量 (ml)	按摩子宫率 (%)	应用促宫缩药率 (%)
甲组	18	100.0	22.2	98.3± 35.1	11.1	33.3
甲A组	15	100.0	20.0	85.6± 34.3	6.7	26.7

表 2 乙组与乙 A 组孕妇产后结果情况比较

组别	n	引产成功率 (%)	胎盘残留率 (%)	出血量 (ml)	按摩子宫率 (%)	应用促宫缩药率 (%)	纱条填塞率 (%)	介入治疗率 (%)
乙组	15	100.0	33.3	480.3± 250.2	26.7	66.7	20.0	6.7
乙A组	15	100.0	26.7	118.5± 69.3	13.3	26.7	6.7	0.0

### 3 讨论

本研究结果表明, 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取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中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<sup>[4-9]</sup>。

前置胎盘中期妊娠引产如何减少及避免产后出血<sup>[10-12]</sup>是临床医生目前面临的比较棘手的问题。传统的方式以剖宫取胎为主, 剖宫取胎对患者损伤大, 使患者面临子宫切除的风险及术后至少避孕 2 年以上等问题, 选择既安全有效, 对再次妊娠又有利的终止妊娠方式对患者及其家庭意义重大。因此, 探讨前置胎盘患者安全引产的方法非常必要。我院在孕周较大的中央性前置胎盘患者引产中, 首先宫内注射利凡诺使胎儿死亡而减少胎盘循环, 再口服米非司酮软化宫颈, 引产期间出血量大时可以钳夹胎盘,

减少出血, 从而避免了剖宫取胎, 减少了孕妇损伤。

#### 参考文献

- [1]黄选志,杨琳.子宫动脉栓塞术在中期妊娠完全性胎盘前置引产中的应用[J].当代医学,2013,19(22):100-101
- [2]胡浩梅,杨华,楚素炜.中期妊娠并边缘性胎盘前置患者的引产方法及效果[J].山东医药,2013,53(27):65-67
- [3]王芬.不同引产方法对中期妊娠不同孕周并边缘性胎盘前置的效果对比[J].大家健康(学术版),2014,8(6):229-230
- [4]林芝,王雪春,潘勉.子宫动脉栓塞术在 11 例中期妊娠胎盘前置状态引产中的应用[J].福建医药杂志,2014,36(4):33-36
- [5]李晓翠,徐蓓芬,方爱华.107 例胎盘前置状态中期妊娠终止方法探讨[J].生殖与避孕,2011,31(11):780-785
- [6]黄毓媛,杨红梅,刘鹏.子宫动脉栓塞术在中期妊娠胎盘前置状态引产前的应用分析[J].中国医学创新,2012,9(11):126-127
- [7]钱丹.介入治疗在中期妊娠胎盘前置状态中的应用[J].中国实用医药,2012,7(16):115-116
- [8]施素华,凌利,朱珠,等.子宫动脉栓塞术在中期妊娠胎盘前置状态引产中的应用[J].皖南医学院学报,2012,31(3):204-206
- [9]王蕴慧.中期妊娠引产胎盘前置的处理[J].中国实用妇科与产科杂志,2012,28(9):663-666
- [10]黄碧云.动脉栓塞术治疗中期妊娠前置胎盘产前大出血的临床治疗及其护理研究[J].吉林医学,2014,35(32):7257-7258
- [11]肖建英,郭久柏.子宫动脉栓塞术在中期妊娠合并胎盘前置中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2014,7(33):96-97
- [12]张文森,李云云,陈淑娟,等.动脉栓塞术治疗中期妊娠胎盘前置状态引产中阴道流血 14 例分析[J].实用妇产科杂志,2009,25(5):301-303

(收稿日期: 2015-02-28)

## 瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式的临床效果观察

漆满华

(江西省宜春市宜丰县中医院妇产科 宜丰 336300)

**摘要:**目的:对瘢痕子宫再次妊娠孕妇采用不同的分娩方式的妊娠结局进行对比研究。方法:将我院 2012 年 1 月~2014 年 11 月收治的 98 例瘢痕子宫再次妊娠者,根据其具体情况选择经阴道分娩或剖宫产分娩,分为对照组(剖宫产分娩)和观察组(经阴道分娩),其中剖宫产 43 例,经阴道分娩 55 例。对比两种分娩方式的妊娠结局。结果:两种分娩方式的新生儿感染、窒息及颅内出血的发生率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),经阴道分娩的观察组产后出血、产褥感染及子宫内膜异位的发生率均显著低于剖宫产分娩的对照组, $P<0.05$ ,差异均具有统计学意义。结论:对于剖宫产后再次妊娠产妇,如果符合阴道分娩标准,应尽量选择阴道分娩的方式,此分娩方式的安全性比较高,值得临床推广应用。

**关键词:**瘢痕子宫;妊娠;分娩方式

中图分类号:R719

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.020

瘢痕子宫是子宫有较大瘢痕,会对怀孕及分娩造成影响,容易引发宫外孕,甚至会对孕妇的生命健康造成影响<sup>[1]</sup>。因此,对于瘢痕子宫再次妊娠患者选择适当的分娩方式具有十分重要的价值。为了更好地

地对瘢痕子宫再次妊娠者的分娩方式进行分析探讨,笔者对我院 2012 年 1 月~2014 年 11 月收治的 98 例瘢痕子宫再次妊娠者的临床资料进行回顾性分析。现总结报道如下: