

健康安全,急需寻找 PIH 有效治疗方法,以降低不良妊娠结局发生。

硫酸镁具有良好的抗抽搐和抗惊厥效果,可加快与神经肌的接头速度,运动神经纤维冲动得到控制后,肌肉松弛度增加,痉挛解除,同时其可抑制细胞钙离子浓度升高,预防子痫发作<sup>[4]</sup>。硫酸镁还能使拮抗离子有效释放、供氧水平提高,满足孕婴需求,促进氧供组织氧代谢;同时有效控制机体对血管紧张素 II 的敏感性,激发前列环素合成,达到降血压的目的。另外,镁离子可有效控制子痫发作,对中枢神经系统也有抵抗作用。以往多单用硫酸镁治疗 PIH,但其降压速度较慢,长期使用会造成胎儿镁中毒。王利荣的研究指出<sup>[5]</sup>,采用硫酸镁联合拉贝洛尔治疗 PIH 可减少心脏负荷,降低血压,减少心脏耗氧量,改善不良妊娠结局。拉贝洛尔兼有 α 受体和 β 受体阻滞剂作用,α 受体阻滞作用对容量血管、外周阻力血管均有扩张作用,可有效减轻心脏压力;β 受体阻滞作用能延长房室交界区的传导时间,有助于降低心率,控制血压下降引起的反射性心动过速,有效抑制心肌耗氧量。PIH 患者大多会出现头晕、水肿、头痛、蛋白尿等症状,硫酸镁联合拉贝洛尔能有效减轻以上症状,同时减少孕妇产后出血、早产、宫内窘迫等不良结局,而且联合用药可加强药效,延长

药效时间。本研究结果显示,治疗前,两组的 SBP 和 DBP 相比较,差异无统计学意义,  $P>0.05$ ; 治疗后,观察组的 SBP 和 DBP 均低于对照组,差异有统计学意义,  $P<0.05$ ; 观察组妊娠不良结局总发生率为 8.11%,明显低于对照组的 27.03%,差异有统计学意义,  $P<0.05$ 。表明硫酸镁联合拉贝洛尔可有效降低患者血压,减少妊娠不良结局的发生率,有效治疗 PIH,且两种药物相互作用可增强药效,减轻妊娠高血压症状,保证了母婴健康安全。此外,患者应注意摄入蛋白质的同时应控制食盐量,休息、睡眠时选择左侧卧,可使右旋子宫对腹主动脉与下腔静脉的压迫减轻,回心血量的增加也可缓解肾及胎盘血流。综上所述,硫酸镁联合拉贝洛尔可有效治疗 PIH,降低妊娠高血压,改善不良妊娠结局,值得临床推广。

参考文献

[1] 闫士琳.拉贝洛尔对妊娠高血压患者血压及并发症的影响[J].实用心脑血管病杂志,2014,22(7):84-85

[2] 谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.42-61

[3] 蔡珏瑾,沈娟娟.拉贝洛尔治疗妊娠高血压疾病的临床疗效及对免疫球蛋白的影响[J].标记免疫分析与临床,2015,22(11):1116

[4] 李俊菲,邹明英.拉贝洛尔对妊娠高血压患者血压临床效果及分娩结局的影响[J].实用预防医学,2015,22(4):487-489

[5] 王利荣.拉贝洛尔防治妊娠期高血压所致早产的临床观察[J].中国药物与临床,2016,16(7):1037-1038

(收稿日期: 2017-01-16)

## 腹腔镜手术联合中药灌肠及下腹部理疗治疗 输卵管性不孕症的疗效观察

崔秀霞

(河南省鲁山县人民医院妇产科 鲁山 467300)

**摘要:**目的:研究腹腔镜手术联合中药灌肠及下腹部理疗治疗输卵管性不孕症的疗效。方法:选取我院 2013 年 9 月~2016 年 5 月收治的 122 例输卵管性不孕症患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 61 例。对照组予以腹腔镜手术治疗,观察组予以腹腔镜手术+中药灌肠+下腹部理疗治疗。术后随访统计比较两组输卵管再通情况及妊娠情况。结果:术后 6 个月随访,观察组输卵管再通率为 94.74%,明显高于对照组 60.18%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );术后 6 个月随访,观察组妊娠率为 47.54%,明显高于对照组 26.23%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:腹腔镜手术联合中药灌肠及下腹部理疗治疗输卵管性不孕症,能明显提高输卵管再通率,并提高妊娠率。

**关键词:**输卵管性不孕症;腹腔镜手术;中药灌肠;下腹部理疗

中图分类号:R713

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.022

不孕症是指结婚后两年夫妻间有正常性生活,同时未采取任何避孕措施依然不能生育。据世界卫生组织调查报告显示,已婚夫妇中不孕不育者占 10%~15%,其中女性不孕因素占到 25%~36%,目前已成为生殖领域研究的重要课题之一<sup>[1]</sup>。腹腔镜手术具有创伤小、恢复快等优点,已成为输卵管性不孕症患者常用治疗方法<sup>[2]</sup>。但输卵管性不孕患者多数

是由慢性输卵管炎引起,为进一步促使炎症吸收、加快输卵管功能恢复,提高术后受孕率,本研究采用腹腔镜手术联合中药灌肠及下腹部理疗治疗输卵管性不孕症,疗效显著。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2013 年 9 月~2016 年 5 月收治的 122 例输卵管性不孕症患者。均符合《妇

产科学》中输卵管性不孕症相关诊断标准<sup>[3]</sup>。且经输卵管碘油造影检查确诊为输卵管异常者,均签署知情同意书;排除免疫不孕者、排卵障碍者。按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 61 例。观察组年龄 22~39 岁,平均年龄(29.45±4.88)岁;不孕时间 2~5 年,平均(3.45±0.35)年。对照组年龄 21~38 岁,平均年龄(28.77±4.23)岁;不孕时间 2~6 年,平均(3.78±0.76)年。对比两组年龄、不孕时间等基线资料,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 实施腹腔镜手术,患者行全麻,通过阴道将通液管置入患者宫腔,于患者盆腔上作一小孔,经小孔将腹腔镜送入盆腔,观察输卵管病况及盆腔粘连程度。经输液管注入美蓝液,观察输卵管内液体分布情况,并实施盆腔粘连分离术、输卵管伞端造口术、输卵管成形术等。随后再注入美蓝液,若液体从宫腔伞部流出则说明疏通成功。冲洗腹腔、充分止血后关腹,术后常规应用抗生素 7 d。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施中药灌肠+下腹部理疗。(1)中药灌肠方:败酱草、红藤各 30 g,红花、桃仁各 10 g,三枝、香附、皂角刺、元胡、黄芩、莪术、金银花、黄柏各 15 g,苏木、木通各 9 g,用水煎成 150 ml 汤剂,经肛门由导管注入体内,每次注射维持 30 min,1 次/d。根据患者病情治疗 10~20 d。(2)下腹部理疗:采用 WBC-1 体外短波治疗仪,使患者下腹部位于电极中间,利用其产生的透热及电磁波进行理疗,15~20 min/次,至少理疗 2 次,并根据患者病情酌情追加理疗次数。

1.3 观察指标 (1)术后 6 个月后随访,统计对比两组输卵管再通情况。(2)术后不同时间段随访,比较两组妊娠情况。

1.4 统计学方法 用 SPSS21.0 统计软件处理数据,计数资料以%表示,采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组输卵管再通情况比较 术后 6 个月后随访,观察组输卵管再通率为 94.74%,明显高于对照组 60.18%,差异有统计学意义( $\chi^2=38.911, P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组输卵管再通情况比较

组别	n	输卵管总数(条)	输卵管阻塞数量(条)	6 个月后再通率[例(%)]
观察组	61	122	114	108(94.74)
对照组	61	122	113	68(60.18)
$\chi^2$				38.911
P				<0.05

2.2 两组妊娠情况比较 术后 3 个月随访,观察组妊娠率为 14.75%,与对照组 8.20%比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),术后 6 个月随访,观察组妊娠率为 47.54%,明显高于对照组 26.23%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组妊娠情况比较[例(%)]

组别	n	术后 3 个月	术后 6 个月
观察组	61	9(14.75)	29(47.54)
对照组	61	5(8.20)	16(26.23)
$\chi^2$		1.291	5.950
P		>0.05	<0.05

## 3 讨论

输卵管是存放卵子,精卵结合重要器官,并具有输送卵子的功能,因此输卵管无论是器质性病变还是功能性障碍都可使女性不孕。据统计,由输卵管阻塞所致的不孕者占全部女性不孕症约 52.34%,成为女性不孕主要因素<sup>[4]</sup>。输卵管阻塞主要是由炎症引起,炎症沿着子宫内向上延伸,首先造成输卵管黏膜发生炎性变化,输卵管上皮呈退行性改变,并使其大范围脱离,诱发输卵管粘连,继而导致管腔及伞端梗塞。目前手术是治疗输卵管性不孕症主要方法。

腹腔镜手术能辅助医师了解盆腔及输卵管病变情况,具有创伤小、术后并发症少、恢复快等优势,受到临床医师广泛认可。输卵管周围粘连可在腹腔镜辅助下行盆腔粘连分离术、输卵管伞端造口术、输卵管成形术等,腹腔镜的使用有效保障上述手术安全性,使输卵管免受损伤。但腹腔镜手术只是改变盆腔内环境、使盆腔内正常生理解剖结构得到恢复,输卵管得以疏通,未从根本上改善患者盆腔炎症状态,术后输卵管功能未得到有效恢复,使手术后效果不甚理想<sup>[5]</sup>。中医认为输卵管性不孕症是由炎症引起,主要是由气滞血瘀、湿热蕴结、胞脉受阻,致使两精未能相搏而不孕。中药灌肠方中红藤有活血散瘀、清热解毒之功效;败酱草、三枝、莪术等可辅助加强解毒、活血之功效,且具有通经活络、清热燥湿作用;皂角刺有活血消肿之作用,诸药齐用,共奏通利祛湿、清热解毒、化瘀通络、行气活血之功效。现代医学认为其能增强输卵管腔内黏膜上皮纤毛功能,并使纤维疤痕组织得到修复,从而改善输卵管功能。该方以灌肠法给药,药物直达病所,药效更高。此外又配合物理疗法,体外特种光波产生的透热及电磁波,可改善盆腔组织间营养及血液循环,使巨噬细胞吞噬能力增强,机体免疫能力提高,促进炎症吸收,提高输卵管再通率,从而提高妊娠率。本研究结果显示,6 个月后随访,观察组输卵管再通率、妊娠率明显高于对

照组 ( $P < 0.05$ ), 提示腹腔镜手术联合中药灌肠及下腹部理疗治疗输卵管性不孕症, 能明显提高输卵管再通率, 并提高妊娠率。综上所述, 腹腔镜手术联合中药灌肠及下腹部理疗治疗输卵管性不孕症, 能明显提高输卵管再通率, 并提高妊娠率, 值得推广。

参考文献

[1]陶冬梅,刘珍.腹腔镜联合中药治疗输卵管远端梗阻性不孕 60 例疗效观察[J].海南医学,2013,24(9):1352-1353

[2]张丽,李金英,张素英,等.基于宫腹腔镜术与中药灌肠探究丹参注射液灌注治疗输卵管阻塞性不孕症的临床价值[J].解放军预防医学杂志,2016,34(S2):192-193  
[3]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.245-248  
[4]黄秋瑰.腹腔镜手术结合中药灌肠对输卵管伞端粘连不孕的疗效研究[J].河北医学,2015,21(10):1688-1690  
[5]李义平,张明瑛,郑申莉,等.腹腔镜手术联合中药治疗输卵管阻塞性不孕症的疗效观察[J].中华保健医学杂志,2015,17(3):227-228

(收稿日期: 2017-01-07)

# 米索前列醇联合缩宫素对高危产妇剖宫产术后出血量及生活质量的影响

刘亚红

(河南省开封市杞县中心医院妇产科 杞县 475200)

**摘要:**目的:探讨米索前列醇联合缩宫素对高危产妇剖宫产术后出血量及生活质量的影响。方法:选取我院 2014 年 4 月~2016 年 1 月收治的高危妊娠剖宫产手术并伴有潜在出血征兆的产妇 107 例,按治疗方案分为两组。对照组 53 例,给予缩宫素治疗;研究组 54 例,给予米索前列醇联合缩宫素治疗。比较两组术后 2 h、24 h 失血量、不良反应发生情况及生活质量。结果:研究组术后 2 h、24 h 失血量均少于对照组,  $P < 0.05$ , 差异具有统计学意义。治疗前两组生活质量评分比较,  $P > 0.05$ , 差异无统计学意义;治疗后,与对照组比较,研究组情感职能、躯体功能、总体健康生活质量各项评分均较高,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ );两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义,  $P > 0.05$ 。结论:行剖宫产术高危产妇给予米索前列醇联合缩宫素治疗,可明显减少其术后出血量,显著提升生活质量,且安全性较高。

**关键词:**米索前列醇;缩宫素;高危;剖宫产术

中图分类号:R714.46

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.023

产后出血是指产妇于胎儿娩出后 24 h 内阴道流血量超过 500 ml, 为分娩期严重的并发症。据统计, 约 80% 产妇发生产后出血时间为产后 2 h 内, 发生率为 5%~8%<sup>[1]</sup>。剖宫产术后给予积极有效的止血措施, 对挽救高危产妇生命、提高生活质量具有重要意义。本研究选取高危妊娠剖宫产手术并伴有潜在出血征兆的产妇 107 例, 探讨米索前列醇联合缩宫素对高危产妇剖宫产术后出血量及生活质量的影响。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2014 年 4 月~2016 年 1 月收治的高危妊娠剖宫产手术并伴有潜在出血征兆的产妇 107 例, 按治疗方案分为: 对照组 53 例, 年龄 24~42 岁, 平均年龄 (29.14± 3.81) 岁; 其中前置胎盘 6 例, 双胎 11 例, 羊水过多 7 例, 巨大儿 29 例; 研究组 54 例, 年龄 23~41 岁, 平均年龄 (28.41± 3.63) 岁; 其中前置胎盘 5 例, 双胎 12 例, 羊水过多 6 例, 巨大儿 31 例。两组产妇一般资料比较差异无统计学意义,  $P > 0.05$ 。

**1.2 治疗方法** 两组产妇入院后均予以完善术前准备, 采取硬膜外麻醉。在剖宫产术中胎儿娩出后, 对照组给予缩宫素 (国药准字 H34020472) 静滴

(2.5~5 单位加入 5% 葡萄糖溶液 500 ml 中), 滴速为 10~30 滴 /min, 极量一次 20 单位。研究组给予米索前列醇 (国药准字 H2009413) 联合缩宫素治疗, 缩宫素用法、用量与对照组一致, 米索前列醇 0.6 mg 塞肛。

**1.3 观察指标** (1) 观察两组产妇术后 2 h、24 h 失血量。(2) 比较治疗前后两组产妇生活质量, 生活质量评估采用简明 SF-36 量表 (包括情感职能、躯体功能、总体健康三个维度)。(3) 比较两组产妇不良反应发生情况。

**1.4 统计学分析** 通过 SPSS21.0 统计软件分析数据, 计数资料以 % 表示, 采用  $\chi^2$  检验, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用  $t$  检验,  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组产妇术后 2 h、24 h 失血量比较** 研究组术后 2 h、24 h 失血量均少于对照组, 差异具有统计学意义,  $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组产妇术后 2 h、24 h 失血量比较 (ml,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	术后 2 h	术后 24 h
研究组	54	281.29± 46.17	314.08± 50.36
对照组	53	426.12± 54.31	457.27± 56.34
t		14.872	13.867
P		<0.05	<0.05