

表 2 两组治疗前后内分泌激素水平、子宫内膜厚度、卵泡直径比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时期	卵泡直径(mm)	子宫内膜厚度(mm)	LH(IU/L)	T(nmol/L)
中西医组	75	治疗前	12.32±1.73	4.51±1.59	14.24±1.72	1.92±0.42
		治疗后	21.31±3.68 ^a	13.31±2.32 ^a	6.11±0.71 ^a	0.51±0.26 ^a
对照组	75	治疗前	12.41±1.91	4.40±1.46	14.25±1.16	1.93±0.43
		治疗后	17.52±2.89 ^a	9.81±1.31 ^a	12.15±1.29 ^a	1.21±0.32 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^a $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应发生率比较 中西医组不良反应发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应发生率比较

组别	n	恶心(例)	体重增加(例)	呕吐(例)	总发生[例(%)]
对照组	75	4	3	4	11(14.67)
中西医组	75	1	1	0	2(2.67)
χ^2					7.083
P					0.008

3 讨论

西医治疗内分泌失调性不孕症多采用激素疗法,但副作用较多且效果有限^[4]。中医学认为内分泌失调性不孕症的发生和胞宫无法摄精、脏腑功能失调、冲任气血失调、肾气不足有关,在治疗上须遵循疏肝解郁、养血益气、滋补肝肾、行滞化湿、活血化瘀等原则,以纠正内分泌失调,促进患者受孕能力的增强^[5-6]。本研究中中医治疗方法根据月经周期辨证给予中药治疗:月经期采用牛膝、香附、泽兰、柴胡等药物,可发挥调补冲任之功;经间期给予枸杞子、仙茅、续断、菟丝子、淫羊藿等药物,可发挥活血化瘀之功;经后期给予菟丝子、女贞子、山楂、熟地黄、山药、山茱萸、当归和覆盆子等药物,可发挥补肾益气等目的,促进盆腔血液循环的改善,并改善卵巢和输卵管功能,促进排卵前期血清雌激素水平升高,对黄体 and 卵泡发育发挥促进作用,还可促进子宫内膜增生加厚,对机体免疫力进行调节,有助于受精卵着床^[7-8]。

本研究中对照组单纯予西医疗法,中西医组予

中西医结合疗法。结果显示,中西医组内分泌失调性不孕症治疗效果显著优于对照组 ($P<0.05$);治疗前两组内分泌激素水平、子宫内膜厚度、卵泡直径比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);治疗后中西医组内分泌激素水平、子宫内膜厚度、卵泡直径显著优于对照组 ($P<0.05$);中西医组不良反应发生率显著低于对照组 ($P<0.05$)。综上所述,中西医结合治疗内分泌失调性不孕症的临床效果确切,可有效改善患者内分泌水平,增加其子宫内膜厚度、卵泡直径,减少不良反应的发生,提高其受孕和妊娠质量。

参考文献

- [1]秦霞.观察中西医结合治疗内分泌失调性不孕症的临床效果[J].中国保健营养,2012,22(16):3519
- [2]魏冰,刘屹嵩.内分泌失调性不孕症利用中西医结合治疗的效果观察[J].中国保健营养,2014,24(2):470-471
- [3]王云凤.中西医结合治疗内分泌失调性不孕症患者的疗效观察[J].中医临床研究,2014,6(35):87-88
- [4]卞晓阳.中西医结合治疗内分泌失调性不孕症的疗效分析[J].河南医学研究,2014,23(4):76-78
- [5]杨萍.中西医结合治疗内分泌失调性不孕症分析[J].国际医药卫生导报,2015,21(18):2769-2770
- [6]许静.联合用药治疗内分泌失调性不孕症的临床分析[J].中国保健营养,2014,24(2):277-278
- [7]刘媛媛,刘永兵.中西医结合治疗内分泌失调性不孕症的价值分析[J].中国当代医药,2014,21(34):120-121,124
- [8]管舒婷.中西医结合治疗内分泌失调性不孕症的疗效及护理体会[J].实用妇科内分泌电子杂志,2015,2(6):70-71

(收稿日期:2017-03-01)

宫颈钳夹术联合药物治疗对产后宫缩乏力出血的疗效观察

邓明

(广东省雷州市人民医院 雷州 524200)

摘要:目的:观察宫颈钳夹术联合药物治疗对产后宫缩乏力出血的治疗效果。方法:选取2015年4月~2016年10月在我院分娩后出现产后宫缩乏力出血患者92例,按照临床治疗方法的不同分成对照组和观察组,每组各46例。对照组进行单纯药物治疗,观察组采用宫颈钳夹术联合药物治疗,对比两组的临床效果。结果:观察组产后2h、2~4h和6~24h出血量均比对照组少,治疗有效时间比对照组短,且产后24h的血红蛋白水平比对照组更高,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用宫颈钳夹术联合药物治疗对产后宫缩乏力出血进行治疗,能够减少产后出血量,缩短治疗有效时间,并提高血红蛋白水平。

关键词:产后出血;宫缩乏力;宫颈钳夹术;治疗效果

中图分类号: R714.46

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.014

产后出血是一种产科严重并发症,指胎儿娩出之后产妇出血量大于500 ml,具有较高发生率和死亡率。宫缩乏力、胎盘因素和软产道损伤等均易引

起产后出血,产后宫缩乏力引起的出血最常见,临床需采取有效的应对措施^[1-3]。本研究对2015年4月~2016年10月我院收治的产后宫缩乏力出血

的 92 例患者分别实施不同治疗方案,并对治疗效果进行分析比较。现报告如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 4 月~2016 年 10 月在我院分娩后出现产后宫缩乏力出血患者 92 例,按照临床治疗方法的不同分成对照组和观察组,每组各 46 例。对照组患者年龄 24~33 岁,平均年龄 (26.60±2.05) 岁;孕周 38~42 w,平均 (38.50±2.45) w;初产妇 30 例,经产妇 16 例。观察组患者年龄 24~32 岁,平均年龄 (26.63±2.06) 岁;孕周 38~41 w,平均孕周 (38.49±2.43) w;初产妇 28 例,经产妇 18 例。两组的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。本研究方案均得到我院医学伦理委员会的批准,患者均自愿签署同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:无药物过敏史者;无手术禁忌症者。排除标准:合并肝肾心功能严重不全者;存在精神障碍者;由于其他因素引发的产后出血患者;妊娠合并症者。

1.3 治疗方案 对照组进行单纯药物治疗,开通患者静脉通道,静脉滴注 20 U 缩宫素,于阴道后穹隆位置入 1 mg 卡孕栓。观察组在此基础上行宫颈钳夹手术治疗:产后 0.5 h 阴道的流血量大于 300 ml 的患者立即开通静脉通道,暴露软产道,排除胎盘残留、凝血障碍和产道裂伤;导尿将膀胱排空,左手伸进阴道握宫颈钳和后唇,同时右手持卵圆钳于左手引导下沿 9、12、3 点方向对宫颈至子宫下段进行钳夹,抵膀胱腹膜后返折,距离为 0.5 cm,查看未钳夹的膀胱组织,合钳一齿,并向肛门内置入 1 mg 卡前列栓,在转移入病房前 15 min 将钳放开。

1.4 观察指标 观察比较两组产后 (2 h、2~4 h 和 6~24 h) 出血量、治疗有效时间和产后 24 h 的血红蛋白水平。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS21.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产后出血量比较 观察组产后 2 h、2~4 h 和 6~24 h 的出血量均较对照组少,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组产后出血量比较 (ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	产后 2 h	产后 2~4 h	产后 6~24 h
对照组	46	102.35±35.26	85.45±21.32	66.35±16.30
观察组	46	63.28±19.20	50.40±18.20	40.20±10.08
t		6.6001	8.4804	9.2543
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组治疗有效时间和血红蛋白水平比较 观察组的治疗有效时间较对照组短,产后 24 h 的血红蛋白水平高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗有效时间和血红蛋白水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗有效时间 (h)	产后 24 h 的血红蛋白 (g/L)
对照组	46	5.95±3.52	7.60±2.30
观察组	46	3.20±1.10	10.85±3.56
t		5.0575	5.2007
P		<0.05	<0.05

3 讨论

产后宫缩乏力出血的临床发生率较高,在产后出血中所占比例约为 70%~80%,临床一般进行单纯药物治疗,但疗效欠佳。近年来,随着研究的不断深入,药物和手术联合治疗的方法得到普遍推广,且效果满意^[4-5]。

为探究单纯药物治疗和药物治疗联合宫颈钳夹手术的治疗效果,本研究对 2015 年 4 月~2016 年 10 月我院收治的产后宫缩乏力出血的 92 例患者分别实施不同治疗方案,并对治疗效果进行分析比较。结果显示,观察组产后 2 h、2~4 h 和 6~24 h 出血量均比对照组少,治疗有效时间比对照组短,且产后 24 h 的血红蛋白水平比对照组更高,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。说明对产后宫缩乏力出血者行宫颈钳夹手术和药物联合治疗临床效果显著,有利于减少患者的产后出血量,缩短治疗有效时间,并优化血红蛋白水平。

宫颈钳夹术可通过机械刺激将宫颈神经冲动向下丘脑与垂体后叶传递,释放内源性缩宫素,以促进子宫收缩。而且,对患者子宫下段的机械压迫能够使下段的平滑肌生成紧张性或者持续性的收缩,使子宫在收缩过程中产生张力,能为子宫运动提供所需动力,实现子宫平滑肌的快速收缩,从而在短时间内成功止血,减少患者的产后出血量^[6]。宫颈钳夹术在操作时,应考虑钳夹方向和患者宫颈血管的分布交叉,以实现通过机械压迫止血和借助钳夹来减慢患者血管的血流速度,并导致血栓形成,止血效果更佳。宫颈钳夹术通过机械牵张的刺激作用能够对平滑肌的肌膜上的机械门控钙通道起到激活作用,并通过通道内流钙离子引起动作电位,而子宫下段的平滑肌对于机械刺激比较敏感,牵张刺激能够引起收缩反应,达到有效的止血效果,缩短临床治疗有效时间。

观察组采用宫颈钳夹手术联合药物治疗能够弥补临床作用靶体是宫体、药物存在半衰期及受体数

量存在限制等缺陷,并将化学与物理方法充分结合而实现宫缩目的,缓解患者的宫缩乏力,从而减少患者的产后出血量,提高产后 24 h 的血红蛋白水平。受外部环境和研究时间等因素制约,本研究中应用药物和手术联合方案治疗后的安全性有待临床补充。综上所述,采用宫颈钳夹术联合药物治疗对产后宫缩乏力出血进行治疗,能够减少产后出血量,缩短治疗有效时间,并提高血红蛋白水平。

参考文献

[1]侯红梅.卡前列素氨丁三醇治疗产后宫缩乏力出血的临床观察

[J].临床合理用药杂志,2016,9(20):74-75

[2]戴彬.宫颈局部缝扎加双侧子宫动静脉钳夹术治疗难治性宫缩乏力性产后出血的疗效观察[J].国际医药卫生导报,2014,20(4):482-484

[3]杨茵梅,廖丹.卡前列素氨丁三醇注射液应用于宫缩乏力产后出血的临床分析[J].中国医药导报,2015,12(18):58-61

[4]杨欣.卡贝缩宫素预防宫缩乏力性产后出血的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(17):1901-1902

[5]贾艳华.米索前列醇配伍缩宫素在治疗产后宫缩乏力性出血中的效果观察[J].临床医学研究与实践,2016,1(16):52

[6]程腊花,邹卫,缪丽珍,等.宫颈钳夹术联合欣母沛治疗顽固性宫缩乏力产后出血的临床观察[J].江西医药,2014,49(2):160-161

(收稿日期:2017-04-06)

腹腔镜输卵管开窗取胚术和腹腔镜输卵管切除术治疗宫外孕的效果对比

巩萃菊

(广东省深圳市深圳仁爱医院妇产科 深圳 518000)

摘要:目的:探讨腹腔镜输卵管开窗取胚术和腹腔镜输卵管切除术治疗宫外孕的效果。方法:选取 2014 年 5 月~2016 年 1 月我院收治的宫外孕患者 72 例为研究对象,按照入院顺序将其分为实验组和对照组各 36 例。对照组接受腹腔镜输卵管切除术,实验组接受腹腔镜输卵管开窗取胚术治疗,比较两组患者的手术时间、术中出血量,术后 1 h、3 h、12 h 血 β -HCG 水平,宫内孕发生率及异位妊娠复发率。结果:实验组与对照组的术中出血量平均分别为 (977.33 ± 111.44) ml 和 (1322.88 ± 311.01) ml,两组比较差异显著($P < 0.05$);两组患者的手术时间及住院天数比较无显著差异($P > 0.05$);术后各个观察时间点组间血 β -HCG 水平比较均无显著差异($P > 0.05$);实验组和对照组宫内孕发生率分别为 50.00% 和 25.00%,两组比较差异显著($P < 0.05$),异位妊娠复发率分别为 8.33% 和 11.11%,组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:腹腔镜输卵管开窗取胚术治疗宫外孕,术后出血量少,能够显著提高患者宫内孕的发生率。

关键词:宫外孕;输卵管开窗取胚术;输卵管切除术;腹腔镜

中图分类号: R714.22

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.015

输卵管妊娠是较为常见的一种异位妊娠,严重者可导致孕妇死亡的危险,患者主要临床表现是停经、阴道不规则流血以及腹痛。目前医学诊断技术可以在输卵管妊娠流产或者破裂之前进行诊断。随着医学腔镜技术的发展,腹腔镜的应用最为多见,其在输卵管妊娠手术中的应用也较多,发挥出了重要的作用^[1]。输卵管妊娠传统的治疗方法是腹腔镜输卵管切除术,但由于该种手术对患者造成的创伤较大,目前临床上应用逐渐减少。输卵管开窗取胚术是一种全新的手术方式,不需要切除输卵管,更容易被患者接受^[2]。笔者对腹腔镜输卵管开窗取胚术与传统腹腔镜输卵管切除术治疗输卵管妊娠的效果差异作了探讨。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 5 月~2016 年 1 月我院收治的宫外孕患者 72 例为研究对象,均经医院伦理委员会批准。按照入院顺序将其分为实验组和对照组各 36 例。其中,实验组年龄 25~41 岁,平均 (35.7 ± 3.3) 岁;停经天数平均 (38.7 ± 5.2) d;术前血 β -HCG

平均为 (2214.28 ± 121.47) IU/L;妊娠部位峡部 5 例,间质部 4 例,壶腹部 27 例。实验组年龄 25~40 岁,平均 (34.9 ± 4.0) 岁;停经天数平均 (37.1 ± 4.9) d;术前血 β -HCG 平均为 (2228.33 ± 128.51) IU/L;妊娠部位峡部 4 例,间质部 3 例,壶腹部 29 例。以上两组患者均满足入组条件,且一般资料比较无显著差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 (1)生命体征平稳,没有活动性出血;(2)无严重盆腔粘连存在;(3)妊娠包块直径 < 5 cm,未破裂。

1.3 方法 两组患者均接受异丙酚静脉注射麻醉。麻醉成功后,实验组腹腔镜下于输卵管妊娠最为突出的位置作 1~1.5 cm 的切口,将妊娠物使用无损伤钳夹出或将其挤出,病灶清除之后,使用足量生理盐水进行冲洗,经过电凝止血之后,在患侧输卵管近端切口位置给予 30 mg 甲氨蝶呤局部注射,以预防持续性宫外孕。对照组确认患者对侧输卵管正常之后,在腹腔镜下行输卵管切除处理,电凝止血后逐层缝合。

1.4 观察指标 记录两组患者的手术时间、术中出