

吸、血氧饱和度比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组产妇生命体征比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	脉搏(次/min)	呼吸(次/min)	血氧饱和度(%)
观察组	43	78.32±5.48	24.35±4.07	93.21±4.12
对照组	43	76.24±6.13	23.51±3.82	94.43±4.28
t		1.515	0.987	1.378
P		0.134	0.327	0.172

2.3 两组产妇不良反应发生情况比较 对照组出现恶心呕吐 1 例, 寒战 2 例, 不良反应发生率为 6.98%(3/43); 观察组出现恶心呕吐 2 例, 寒战 1 例, 头晕头痛 2 例, 腹泻 1 例, 不良反应发生率为 13.95%(6/43), 两组比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

3 讨论

剖宫产分娩可有效解决胎儿窘迫、胎位异常、脐带脱垂及妊娠期高血压综合征等问题, 确保母婴安全。但剖宫产属于创伤性手术, 术中出血量较大, 且产后子宫平滑肌收缩乏力, 易导致产后出血^[3]。因此, 增强产妇产后子宫收缩能力是减少剖宫产产妇出血的重要手段。

米索前列醇为前列腺素衍生物, 可通过与钙离子结合活化宫颈纤维组织细胞, 软化宫颈, 兴奋子宫平滑肌, 增强平滑肌张力, 增加子宫内部压力, 加速宫腔已开放血窦闭合, 减少血窦出血, 达到有效止血的目的, 但对术中出血无效。研究发现^[4], 通过术前向产妇静脉推注葡萄糖酸钙可有效减少术中出血。葡萄糖酸钙为钙强化剂, 可增加血液钙离子含量, 钙离子不仅可组成凝血因子, 增加血管致密度, 降低血

管通透性, 加快血栓形成, 促进凝血; 还可引起子宫平滑肌有效动作电位, 通过与肌球蛋白及肌动蛋白结合, 增强细胞中 ATP 酶活性, 促进子宫平滑肌收缩, 压迫子宫壁血管, 实现有效止血。但妊娠晚期产妇血液中钙离子含量较少, 不能刺激子宫平滑肌进行有效动作电位, 因此提高产妇血液中钙离子含量可大大减少术中出血^[5]。

研究结果显示, 观察组产妇术中出血量、术后 2 h 出血量、术后 24 h 出血量均低于对照组 ($P<0.05$); 两组产妇生命征及不良反应发生情况比较无显著差异 ($P>0.05$)。说明, 米索前列醇联合葡萄糖酸钙可有效减少产妇术中出血, 预防和降低产后出血; 经直肠及舌下给药吸收较快, 可避过门脉循环, 有效减少药物副作用。综上所述, 米索前列醇联合葡萄糖酸钙疗效确切, 具有较高的有效性及安全性。

参考文献

- [1] 郑疆, 陆莹. 卡前列素氨丁三醇注射液和米索前列醇预防产后出血的临床对比分析[J]. 中国计划生育学杂志, 2015, 23(1): 48-50
- [2] 韩文莹, 柳伟伟, 孙屹梅, 等. 益母草注射液联合缩宫素和米索前列醇治疗宫缩乏力性产后出血的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2015, 30(12): 1515-1518
- [3] 付冲, 郭娟. 米索前列醇预防产后出血的效果分析[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(6): 824-826
- [4] 冯咏梅, 程敏. 米索前列醇联合葡萄糖酸钙对剖宫产术中、产后出血的影响分析[J]. 临床研究, 2016, 24(2): 53-54
- [5] 何国梅. 缩宫素与米索前列醇对自然分娩产妇产后出血的预防作用[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(22): 4721-4723

(收稿日期: 2017-05-09)

宫外孕Ⅱ号方加味联合米非司酮治疗流产不全 36 例分析

郭兰英 谈海东

(广东省佛山市南海区妇幼保健院妇科 佛山 528200)

摘要: 目的: 探讨应用中药宫外孕Ⅱ号方加味联合米非司酮保守治疗流产不全的临床疗效。方法: 选取 2014 年 3 月~2016 年 3 月我院接诊的流产不全患者 72 例, 随机分为观察组和对照组各 36 例。观察组给予宫外孕Ⅱ号方加味联合米非司酮治疗, 对照组给予五加生化胶囊治疗, 比较两组临床疗效、恢复情况及不良反应发生情况。结果: 观察组临床疗效显著高于对照组 ($P<0.05$); 观察组阴道出血时间、月经复潮时间及 HCG 检测转阴时间均明显低于对照组 ($P<0.05$); 两组不良反应发生情况比较无显著性差异 ($P>0.05$)。结论: 宫外孕Ⅱ号方加味联合米非司酮治疗流产不全, 具有活血化瘀、消癥杀胚的作用, 利于宫腔残留妊娠组织的软化及脱落排出, 值得临床推广应用。

关键词: 流产不全; 宫外孕Ⅱ号方加味; 米非司酮; 治疗

中图分类号: R714.21

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.091

流产不全包括药流不全、人流不全或自然流产不全等, 常导致阴道流血时间长、出血量多、腹痛等, 极易发生感染, 清宫术是临床治疗该病的主要方式^[1]。但其操作易引发出血量多、损伤、感染、穿孔及宫腔粘连等手术相关并发症, 且近期有剖宫产手术史或行二次清宫的患者风险更大, 因而根据病情选

择中西药物保守治疗不失为可取之举^[2]。目前, 临床保守治疗流产不全的药物多为五加生化胶囊。研究表明, 米非司酮治疗流产不全效果显著, 同时在此基础上联合中药或西药的疗效更为显著^[3]。鉴于此, 本研究应用宫外孕Ⅱ号方加味联合米非司酮保守治疗流产不全, 取得较好的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 3 月~2016 年 3 月我院接诊的流产不全患者 72 例为研究对象,随机分为观察组和对照组各 36 例。所有患者年龄 18~46 岁;临床表现为阴道流血但量不多,伴或不伴轻度下腹痛;辅助检查:尿 HCG 或血 HCG 阳性,B 超提示宫内强回声或混合性回声直径 ≤ 3 cm、周边见或不见血流信号。两组一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。纳入标准:经临床症状及 B 超检查确诊为流产不全;所有患者均签署知情同意书^[4]。

1.2 方法

1.2.1 观察组 给予宫外孕 II 号方加味联合米非司酮治疗。方药组成:三棱 10 g、莪术 10 g、赤芍 15 g、桃仁 10 g、丹参 15 g、全蝎 10 g、蜈蚣 3 条、天花粉 15 g、紫草 15 g、枳壳 10 g、益母草 15 g;若气血不足、脾虚纳差,可加黄芪 15 g、党参 15 g、白术 10 g、陈皮 10 g;瘀血明显可酌加三七 10 g、蒲黄 10 g;热象明显可加败酱草 10 g、蒲公英 10 g、红藤 10 g。煎服,1 剂/d,治疗 7 d。同时服用米非司酮,100 mg/d,用药 3 d。1 周后复查 B 超及血 HCG。

1.2.2 对照组 给予 2.5 g 五加生化胶囊治疗,2 次/d,持续用药 14 d。14 d 后复查 B 超及 HCG 情况。

1.3 疗效标准 治愈:服药 1 周后 B 超提示宫内异常回声消失、HCG 转阴性,无阴道流血及腹痛;有效:服药 1 周后 B 超提示宫内异常回声缩小、HCG 下降,阴道流血、腹痛症状轻或无,可继续服药治疗;无效:服药 1 周后 B 超提示宫内异常回声无改变或增大、HCG 无下降,阴道流血、腹痛症状无改善,改行清宫术。总有效=治愈+有效。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS17.0 统计软件,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者临床疗效显著高于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	n	治愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
观察组	36	25	7	4	32(88.9)
对照组	36	11	8	17	19(52.8)
χ^2					11.36
P					<0.05

2.2 两组患者恢复情况比较 观察组患者阴道出血时间、月经复潮时间及 HCG 检测转阴时间明显低

于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者恢复情况比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	阴道出血时间	月经复潮时间	HCG 检测转阴时间
观察组	36	9.2 $\pm$ 2.5	27.3 $\pm$ 4.3	20.0 $\pm$ 5.2
对照组	36	13.5 $\pm$ 4.7	33.6 $\pm$ 5.5	22.6 $\pm$ 5.4
t		4.85	5.41	2.08
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者不良反应比较 治疗期间,观察组出现轻度恶心 2 例,月经量减少 3 例,宫腔检查结果显示无粘连,无腹痛或肝功能异常;对照组腹痛 4 例,月经量减少 1 例,宫腔检查结果显示无粘连。两组比较无显著差异, $P>0.05$ 。

3 讨论

中医认为流产不全属“胎堕不全、产后恶露不净、产后腹痛”等范畴,病机关键在于胚胎堕而未尽、瘀阻胞宫、癥积宫内,治疗应活血化瘀、消癥杀胚,以达下胎益母之功^[5]。宫外孕 II 号方加味以丹参、赤芍、桃仁、益母草、三棱、莪术、蜈蚣、全蝎、紫草、枳壳、天花粉组成。其中,三棱、莪术消癥散结,丹参、赤芍、桃仁、益母草活血化瘀、祛瘀生新,蜈蚣、全蝎、紫草破血通络、杀胚消癥,天花粉杀胚养阴,枳壳理气宽中、行滞消胀、促血药运行。诸药共奏活血化瘀、消癥生新之效。随证加味,灵活增效。

米非司酮治疗流产不全时,与孕激素竞争受体、拮抗孕激素,解除孕激素对子宫的抑制作用,收缩子宫,抑制滋养叶细胞增生,促进滋养叶细胞凋亡,使残留绒毛组织变性、坏死,蜕膜退化剥脱,并可释放内源性前列腺素,软化和扩张宫颈,达到杀胚、促进残留妊娠组织排出的目的,可谓“药物性清宫”。据报道^[6],米非司酮可有效治疗宫腔残留,降低再次清宫率。研究表明^[7],常规治疗加用米非司酮治疗药流不净时,可有效排出蜕膜组织残留。

研究结果显示,观察组患者临床疗效显著高于对照组,且观察组阴道出血时间、月经复潮时间及 HCG 检测转阴时间均明显低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生情况比较无显著性差异($P>0.05$)。说明,宫外孕 II 号方加味联合米非司酮治疗流产不全,疗效显著,可明显改善患者临床症状,安全可靠。综上所述,应用宫外孕 II 号方加味具有活血化瘀、消癥杀胚之效,联合米非司酮治疗流产不全,可加速宫腔残留妊娠组织的死亡、软化及脱落排出,促进子宫内膜修复,临床应用价值较高。

参考文献

- [1]李淑心.中医治疗药物流产后出血和不全流产的治疗效果[J].临床医学研究与实践,2016,1(12):105
- [2]黄琼.戊酸雌二醇联合醋酸甲羟孕酮治疗流产不全的临床疗效分

析[J].中外医疗,2014,33(25):56-57

[3]徐红云.保守治疗药物流产不全的临床观察[J].中国社区医师:医学专业,2013,15(10):76

[4]季晓峰,李玲玲,苏丽萍.米非司酮及清宫术治疗人工流产不全的疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2015,24(14):1528-1530

[5]张玥红,李莉,蔡杰.米非司酮联合五加生化胶囊治疗人工流产不

全效果评价[J].世界中医药,2016,11(7):1227-1229

[6]曹江燕,林明理.米非司酮治疗人流术后宫腔残留的临床观察[J].中国妇幼保健,2011,26(8):1188-1189

[7]毛晓红,张易,刘淑华.米非司酮治疗药物流产不净[J].现代中西医结合杂志,2006,15(2):217

(收稿日期:2017-05-10)

不同孕周给予胰岛素治疗妊娠期糖尿病的临床疗效观察

杨成刚

(广东医科大学附属佛山禅城医院 佛山 528000)

摘要:目的:探讨不同孕周给予胰岛素治疗妊娠期糖尿病(GDM)的临床疗效。方法:选取2015年10月~2016年9月我院收治的GDM孕产妇90例,根据首次使用胰岛素孕周分为对照组(孕周>32周)和观察组(孕周<32周)各45例。在饮食控制和适量运动的基础上给予胰岛素治疗,比较两组孕产妇血糖变化、不良妊娠结局及新生儿并发症发生情况。结果:两组孕产妇初诊时餐后2h及空腹血糖比较无显著性差异($P>0.05$);分娩前1周,观察组餐后2h及空腹血糖水平明显低于对照组($P<0.05$);观察组不良妊娠结局及新生儿并发症发生情况明显低于对照组($P<0.05$)。结论:孕32周前及时给予胰岛素可有效控制孕产妇血糖水平,改善母婴结局。

关键词:妊娠期糖尿病;胰岛素;孕周

中图分类号: R714.2

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.092

妊娠期糖尿病(GDM)是指孕妇体内抗胰岛素样物质在妊娠期间增加,导致胰岛素分泌不足,进而发生糖耐量异常或血糖升高^[1]。近年来,GDM发病率不断上升,严重威胁母婴健康,尽早采取措施控制血糖在正常范围内,可大大降低并发症的发生。目前临床控制GDM产妇血糖主要使用胰岛素,但对胰岛素的首次使用时间尚有争议。本研究旨在探讨不同孕周给予胰岛素治疗GDM的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年10月~2016年9月我院收治的GDM孕产妇90例,均符合相关诊断标准,根据首次使用胰岛素孕周分为对照组(孕周>32周)和观察组(孕周<32周)各45例。观察组:年龄22~35岁,平均年龄(30.5±3.6)岁;平均孕次(2.2±0.6)次;平均产次(1.4±0.3)次;平均孕周(38.5±1.2)周。对照组:年龄23~36岁,平均年龄(30.8±3.2)岁;平均孕次(2.5±0.6)次;平均产次(1.5±0.2)次;平均孕周(38.3±1.2)周。两组产妇年龄、产次、孕次、孕周等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法 所有孕产妇确诊后均按严格标准计算摄入热量,指导进行适量运动及饮食控制,整个孕期监测血糖水平及胎儿生长情况。血糖下降不明显者给予诺和灵R基础用量,以4~6单位按4:2:3:1的比例分别于三餐前及睡前皮下注射。观察组于孕32周前给予干预,对照组于孕32周后给予干预。

1.3 观察指标 观察两组孕产妇血糖变化(初诊时、分娩前一周的餐后2h血糖和空腹血糖)、不良妊

娠结局及新生儿并发症发生情况。

1.4 统计学方法 数据处理采用SPSS15.0统计软件,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组孕产妇血糖变化比较 两组孕产妇餐后2h及空腹血糖比较差异无统计学意义, $P>0.05$;分娩前1周,观察组餐后2h及空腹血糖水平明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表1。

表1 两组孕产妇血糖变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	餐后2h血糖		空腹血糖	
		初诊	分娩前1周	初诊	分娩前1周
观察组	45	13.41±2.13	7.08±1.05	7.15±1.53	5.22±1.24
对照组	45	13.28±2.15	7.68±1.63	7.22±1.45	5.79±1.02
t		0.29	-2.08	-0.22	-2.38
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组孕产妇不良妊娠结局比较 观察组早产、高血压综合征、死产、产后出血及感染率明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义;两组剖宫产率比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表2。

表2 两组孕产妇不良妊娠结局比较[例(%)]

组别	n	早产	高血压综合征	死产	产后出血及感染	剖宫产
观察组	45	3(6.7)	6(13.3)	1(2.2)	2(4.4)	25(55.6)
对照组	45	12(26.7)	15(33.3)	6(13.3)	8(17.8)	30(66.7)
χ^2		14.38	11.19	8.62	9.10	2.59
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

2.3 两组新生儿并发症发生情况比较 观察组新生儿并发症发生情况明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表3。