

醉作用时间均较差,但若能在此基础上复合有效麻醉药物则可弥补其不足。舒芬太尼是普外科常用的麻醉药物,属强效、中长效阿片受体激动药物,无明显呼吸抑制,且主要作用于 μ 阿片受体,通过抑制自主神经、中枢神经功能来实现改善机体应激反应的目的,且舒芬太尼易透过血脑屏障,具有强效镇痛作用^[5]。

本研究结果显示,两组 T_2 、 T_3 时点 CRP、TNF- α 、血浆皮质醇均较 T_1 时点明显升高,且研究组 T_3 时点 CRP、TNF- α 、血浆皮质醇均明显低于对照组, $P<0.05$ 。提示舒芬太尼联合硬膜外麻醉具有更强的应激反应抑制作用。此外,呼吸、循环系统功能稳定是手术能否顺利进行的保证,而动脉血气指标可反映上述系统的功能变化,这对麻醉安全具有重要意义^[6]。本研究结果显示,组各时点 PaO_2 、

$PaCO_2$ 、pH 值比较均未见显著性差异, $P>0.05$ 。说明该麻醉方案可保持呼吸、循环功能稳定,具较高安全性。综上所述,腹腔镜子宫切除术患者进行舒芬太尼联合硬膜外麻醉应激反应较小,相对更安全。

参考文献

[1]谢燕斌,陈平,陈龙平,等.舒芬太尼联合硬膜外麻醉在妇科腹腔镜手术中的应用价值研究[J].中国医药导刊,2015,17(6):599-601
[2]武长君,钱鹏.舒芬太尼复合丙泊酚对腹腔镜下胆囊切除术患者血流动力学及应激反应的影响[J].海南医学院学报,2014,20(2):273-275
[3]汤远霞,李有长.异丙酚复合舒芬太尼麻醉对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者应激反应及胃肠动力的影响[J].中国妇幼保健,2017,32(14):3348-3350
[4]刘海强.瑞芬太尼与舒芬太尼联合对老年患者围术期应激反应及术后疼痛的影响[J].河北医学,2015,21(7):1139-1142
[5]先见,刘文丰.咪唑安定与小剂量氯胺酮、舒芬太尼联合辅助硬膜外麻醉下剖宫产术的观察[J].重庆医学,2012,41(7):726
[6]张建国.舒芬太尼联合丙泊酚在妇科腹腔镜手术中的麻醉效果观察[J].实用中西医结合临床,2017,17(11):73-74

(收稿日期:2018-07-20)

米非司酮联合阴超引导下清宫术治疗瘢痕妊娠的临床价值

陈金梅¹ 谢志莲¹ 王晓霞²

(1 甘肃省定西市通渭县人民医院妇产科 通渭 743300; 2 甘肃省妇幼保健院内分泌科 兰州 730000)

摘要:目的:探讨米非司酮联合阴超引导下清宫术治疗瘢痕妊娠的临床价值。方法:选取我院 2016 年 5 月~2017 年 7 月收治的瘢痕妊娠患者 48 例,采用随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组 24 例。对照组单纯予以阴超引导下清宫术治疗,观察组术前给予米非司酮口服 3 d 后进行阴超引导下清宫术治疗。对比治疗后两组临床疗效,同时比较两组患者术中出血量、手术时间以及住院天数,治疗后 2 个月进行门诊复查,比较两组患者阴道流血时间以及术后月经首次来临间隔时间。结果:观察组显效率明显高于对照组, $P<0.05$;观察组术中出血量、手术时间、住院天数、阴道流血时间以及术后月经首次来临间隔时间均显著低于对照组, $P<0.05$ 。结论:米非司酮联合阴超引导下清宫术治疗瘢痕妊娠疗效显著,可显著降低患者术中出血量,减少手术时间,术后恢复快,值得临床推广。

关键词:瘢痕妊娠;米非司酮;经阴道 B 超;清宫术

中图分类号:R714.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.047

瘢痕妊娠是指剖宫产术后再次妊娠时,受精卵及滋养叶细胞在剖宫产术后瘢痕处着床,且周围围绕着瘢痕纤维组织及子宫肌纤维,属异位妊娠,该病较少见,但危险度极高,为剖宫产术后较严重的并发症,常可诱发患者出现子宫破裂、大出血以及周围脏器损伤等情况,严重时可直接威胁产妇生命安全^[1]。据临床报道^[2],近年来剖宫产比例呈上升趋势,故该病发病率越来越高,瘢痕妊娠一经确认,需及时终止妊娠,降低子宫切除风险,保障患者生命安全。目前临床上治疗该病多无标准化治疗方式,且疗效不确切^[3]。本研究将米非司酮联合阴超引导下清宫术用于瘢痕妊娠治疗,取得一定疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 5 月~2017 年 7 月收治的 48 例瘢痕妊娠患者为研究对象,随机分为对照组与观察组,每组 24 例。对照组年龄 21~37

岁、平均年龄 (31.96 ± 2.91) 岁,产次 1~4 次、平均 (1.68 ± 0.69) 次,剖宫产次数 1~2 次、平均 (1.07 ± 0.26) 次,距上次剖宫产 1~7 年、平均 (4.12 ± 0.67) 年。观察组年龄 23~41 岁、平均年龄 (32.12 ± 3.08) 岁,产次 1~3 次、平均 (1.52 ± 0.46) 次,剖宫产次数 1~3 次、平均 (1.21 ± 0.30) 次,距上次剖宫产 1~7 年、平均 (4.32 ± 0.52) 年。两组患者年龄、产次、剖宫产次数及距上次剖宫产时间等一般资料比较,差异不显著 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 纳入标准^[4]:经超声检查可发现既往剖宫产瘢痕处有混合型包块或妊娠囊,且宫腔未探及有妊娠囊;停经时间 30~60 d;患者及其家属均知晓并了解本次研究,且签署知情同意书。排除标准:对研究药物过敏或伴有吸收障碍者;伴有严重心、肝、肾等重要脏器损害者;伴有免疫功能缺陷者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 行阴超引导下清宫术:完善术前检查,各项指标均符合手术指征即可进行手术,超声诊断仪选用 SSA-240A 型(日本东芝公司生产,探头频率为 3.5MHz);协助患者取膀胱截石位,采用硬膜外麻醉,进行消毒、铺巾,使用宫颈钳夹住宫颈前唇并向外牵拉,保证子宫倾向于水平位;选用 7 号吸管沿患者宫腔吸刮 2 圈(顺、逆时针方向各 1 圈),若未清理干净,可使用小号刮匙进行吸刮,直至超声显示视野内未见宫内残留物,术毕将刮出物送往病理科进行检查。

1.3.2 观察组 米非司酮联合阴超引导下清宫术治疗:术前服用米非司酮(国药准字 H10950003),1 片/次,2 次/d,连续服用 3 d 后采取手术,术前准备及手术方式同对照组。

1.4 观察指标 (1)对比两组临床疗效;(2)比较两组术中出血量、手术时间及住院天数;(3)比较治疗后两组阴道流血时间及术后月经首次来临间隔时间。疗效判定^[9]:患者宫腔内及瘢痕妊娠处无胚胎组织残留,临床症状及体征消失,血 HCG 显著下降并在 10 d 内达到正常水平,为显效;患者宫腔内及瘢痕妊娠处无胚胎组织残留,临床症状及体征明显改善,血 HCG 明显下降并在 30 d 内达到正常水平,为有效;患者宫腔内及瘢痕妊娠处可见胚胎组织残留,临床症状及体征无改善或有所加重,血 HCG 无明显变化,为无效。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较进行 t 检验;计数资料以百分比表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组显效率明显高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]				
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效
对照组	24	16(66.67)	8(33.33)	0(0.00)
观察组	24	22(91.67)*	2(8.33)*	0(0.00)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组术中出血量、手术时间及住院天数比较 治疗后,观察组术中出血量、手术时间及住院天数均显著低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组术中出血量、手术时间及住院天数比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	术中出血量(ml)	手术时间(min)	住院天数(d)
对照组	24	136.32± 2.79	32.37± 3.26	17.29± 3.67
观察组	24	70.23± 2.09	27.91± 2.87	8.62± 3.70
<i>t</i>		92.88	5.03	8.15
<i>P</i>		0.00	0.00	0.00

2.3 两组阴道流血时间、术后月经首次来临间隔时间比较 治疗后,观察组阴道流血时间、术后月经首次来临间隔时间均显著低于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组阴道流血时间、术后月经首次来临间隔时间比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	阴道流血时间	术后月经首次来临间隔时间
对照组	24	8.62± 1.27	67.29± 4.92
观察组	24	5.13± 1.06	32.17± 4.70
<i>t</i>		10.34	25.29
<i>P</i>		0.00	0.00

3 讨论

瘢痕妊娠是指受精卵着床于剖宫产术后瘢痕处,是一种危险度极高、较少见的异位妊娠^[9]。随着剖宫产比例的上涨,二孩政策的放宽,该病发病率呈上升之势。瘢痕妊娠具有病程长、发病快等特点,由于其无明显临床症状,确诊前极易被忽视,随着妊娠时间延长,可增加患者子宫破裂,诱发大出血的风险,严重者需进行子宫切除^[7]。

目前治疗瘢痕妊娠有多种方式,但各个治疗方式疗效不一,其中以阴超引导下清宫术较为常见^[8]。该术式主要在超声引导下进行,若超声显示未清理干净,则选用小号刮匙再次进行刮宫,清除胚胎组织。有研究报道^[9],单纯采用清宫术进行治疗可引发患者出现大出血,术前采用药物干预进行预处理,可降低出血风险,改善预后。米非司酮属甾体类药物,为孕酮受体拮抗剂,可与糖皮质激素受体结合,发挥强大的抗孕酮作用,诱使妊娠绒毛组织及蜕膜变性,刺激前列腺素释放,促使机体内促黄体生成素降低、黄体溶解,使依赖黄体发育的胚胎坏死;同时米非司酮可抑制滋养叶细胞增生,诱使宫颈软化,促进清宫术的顺利进行^[10]。本研究结果显示,观察组治疗显效率高于对照组,术中出血量、手术时间、住院天数、阴道流血时间及术后月经首次来临间隔时间均低于对照组。表明,进行清宫术前给予米非司酮治疗安全性较高,且可促进患者较快恢复。综上所述,米非司酮联合阴超引导下清宫术治疗瘢痕妊娠疗效显著,可显著降低患者术中出血量,减少手术时间,术后恢复快,值得临床推广。

参考文献

[1]郑棘,薛勤,杨飞飞.经阴道超声在剖宫产术后瘢痕妊娠诊治中的价值[J].实用临床医药杂志,2016,20(17):128-130
[2]屈在卿,马润玖,杜明钰,等.剖宫产瘢痕子宫妊娠孕中期引产方法的探讨[J].实用妇产科杂志,2016,32(1):77-79
[3]叶育芳,林霞,栾峰,等.阴式子宫瘢痕妊娠病灶清除术治疗剖宫产术后疤痕妊娠的效果分析研究[J].中国性科学,2017,26(2):96-99
[4]陈灼英,赵林桦,董蓉蓉.剖宫产疤痕妊娠几种不同治疗方法的疗效

比较分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(21):4899-4900

[5]任冉.剖宫产切口瘢痕妊娠患者行宫腔镜联合子宫动脉栓塞术治疗的临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2016,31(23):4992-4995

[6]周亚芸.瘢痕子宫妊娠经阴道试产的可行性分析[J].实用中西医结合临床,2017,17(12):130-131,136

[7]陈欢,洛若愚,陈晓琦,等.剖宫产疤痕妊娠的诊断及介入治疗的研究进展[J].中国性科学,2018,27(1):88-91

[8]李阳,岑秀雅,高源统,等.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊断:阴道彩超与 MRI 比较[J].中国医学计算机成像杂志,2015,21(1):53-56

[9]刘丽,刘钰,张虹.子宫动脉灌注甲氨蝶呤栓塞联合清宫术应用于剖宫产瘢痕妊娠的疗效[J].国际生殖健康 / 计划生育杂志,2016,35(6):476-479

[10]宋志超,李燕,靳琦琛,等.米非司酮对胚胎生长及 TNF- α 、TGF- β 表达及性激素浓度的影响分析[J].中国性科学,2017,26(1):92-94

(收稿日期: 2018-07-20)

早期药物干预降低 GBS 带菌孕妇胎膜早破、早产的效果分析

李超华 贾冬丽

(河南省漯河市中心医院妇产科 漯河 462300)

摘要:目的:分析早期药物干预在降低 B 族链球菌(GBS)带菌孕妇胎膜早破、早产发生率的作用。方法:对 2016 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的 135 例 GBS 带菌孕妇进行回顾性分析,根据是否接受早期药物干预治疗分为治疗组(95 例)和对照组(40 例)。对照组给予围产期常规干预,治疗组根据药敏试验予以抗生素早期干预。观察两组妊娠结局、新生儿不良事件发生率、新生儿阿氏(Apgar)评分及新生儿体质量。结果:治疗组胎膜早破、产褥感染及产后出血发生率均明显低于对照组($P<0.05$);治疗组新生儿不良结局发生率明显低于对照组($P<0.05$);治疗组新生儿 Apgar 评分及新生儿体质量均明显高于对照组($P<0.05$)。结论:为 GBS 带菌孕妇提供早期药物干预,可以显著降低不良妊娠结局发生率,改善母婴结局,且具有较高的安全性,值得临床推广应用。

关键词:GBS 感染;带菌孕妇;早期干预;妊娠结局

中图分类号:R378.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.048

因无乳链球菌细胞壁中多糖物质属于抗原构造分类中的 B 族,故目前一般称其为 B 族链球菌(GBS)^[1]。GBS 正常寄居于阴道和直肠,它是一种条件致病菌,一般正常健康人群感染 GBS 并不致病。但孕妇感染可诱发多种疾病,如菌血症、泌尿系统感染、胎膜感染、子宫内膜感染以及创伤感染等^[2]。据统计^[3],我国约有 15%~30%的孕妇感染 GBS,其中至少 40%在分娩过程中会传递给新生儿,新生儿感染 GBS 能够导致败血症、肺炎和脑膜炎,发病率和病死率较高,也可能遗留长期病理状态如耳聋、发育障碍以及脑瘫等。鉴于此,重视 GBS 带菌孕妇感染情况,并积极给予早期治疗对改善妊娠结局和新生儿质量有着重要意义。本研究旨在探讨早期药物干预在降低 B 族链球菌(GBS)带菌孕妇胎膜早破、早产发生率的作用。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 对 2016 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的 135 例 GBS 带菌孕妇进行回顾性分析,根据是否接受早期药物干预治疗分为治疗组(95 例)和对照组(40 例)。治疗组年龄 25~35 岁,平均年龄(28.64 ± 3.16)岁;孕周 20~30 周,平均孕周(25.67 ± 2.61)周。对照组年龄 26~36 岁,平均年龄(28.37 ± 3.22)岁;孕周 22~30 周,平均孕周(26.12 ± 2.34)周。两组孕妇年龄、孕周等一般资料比较,差异无统计学

意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)均在本院完成妊娠期所有检查和病历建档,妊娠 28~32 周行 GBS 培养显示阳性;(2)入组前 1 个月内未接受抗感染治疗;(3)均经 B 超检查为单体活胎;(4)孕妇及家属均自愿签署知情同意书。排除标准:(1)其他致病菌导致的感染;(2)羊水重度污染者;(3)合并妊娠期高血压等妊娠期严重并发症者;(4)合并严重肝肾功能不全者。

1.3 治疗方法 对照组给予围产期常规干预,如补充营养和保持个人清洁等。同时给予叶酸片(国药准字 H36020872)口服,1 片/次,1 次/d,连续服用至预产期前 1 周;复合维生素 B 片(国药准字 H53020951)口服,2 片/次,3 次/d,连续服用至预产期前 1 周。治疗组在对照组基础上予以早期干预:分娩前根据孕妇药敏试验,服用克林霉素、阿莫西林等,持续用药 2 周;在产前或破膜后予以青霉素(国药准字 H12020467)500 万 U 加入 0.9%氯化钠注射液 250 ml 稀释后静脉滴注,然后每 4 小时 250~300 万 U 静脉滴注,直至分娩;对青霉素过敏者予以克林霉素(国药准字 H20041124)9 g 加入 0.9%氯化钠注射液 250 ml 稀释后静脉滴注,每隔 8 小时 1 次,直至分娩。

1.4 观察指标 (1)统计两组孕妇胎儿窘迫、胎膜