

抑制细菌生长的作用,利于创面愈合^[6]。同时,VSD 引流管较常规引流管粗,可有效避免引流管堵塞,耐弯曲,保证引流过程畅通,且可延缓 $\text{I}\kappa\text{B}\alpha$ 钙磷化,降低创面水肿程度。另外,向引流管内灌注抗生素,抗生素直达腔内病灶,可有效提高感染控制率^[7]。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组,治疗 7 d 后可溶性血管细胞黏附因子 -1 水平低于对照组,随访 1 年后 Baird-Jackson 评分高于对照组 ($P<0.05$)。可溶性血管细胞黏附因子 -1 为血管内皮细胞炎性损伤的主要血清学指标^[8],结合本研究结果,提示 VSD 技术的应用对开放性骨折术后创面感染的治疗效果显著。综上所述,对胫腓骨开放性骨折术后创面感染患者应用 VSD 技术治疗,可有效促进创面愈合,提高总有效率,抑制炎症反应,促进关节功能的恢复,临床应用价值显著。

参考文献

[1]胡浩,曹开学,王景,等.负压封闭引流技术治疗胫腓骨骨折内固定术后感染 16 例疗效分析[J].临床急诊杂志,2015,16(6):451-453.

[2]吴然.庆大霉素持续灌洗与负压封闭引流术对胫腓骨骨折患者内固定术后抗感染的临床疗效评价[J].抗感染药学,2016,13(6):1343-1345.
[3]朱艳丽,俞翔英,夏晶晶,等.老年开放性胫腓骨骨折术后感染应用负压引流技术联合干预效果研究[J].中华医院感染学杂志,2018,28(17):2635-2637,2641.
[4]罗明华,杨华,吕志华,等.负压封闭引流对胫腓骨开放性骨折术后感染患者微循环和 Th1/Th2 的影响[J].中华医院感染学杂志,2020,30(14):2192-2196.
[5]董红,何杨,张平方,等.胫腓骨开放性骨折术后并发感染的病原菌分布、耐药性及影响因素分析[J].现代生物医学进展,2019,19(9):1743-1747,1781.
[6]易秋良,鄂兰秀.VSD 联合钢板内固定治疗下肢严重开放性粉碎性骨折的疗效及对创面组织感染的影响[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(S1):9-11.
[7]赵赞栋,秦妮,齐亮.VSD 负压引流联合有限固定对Ⅲ度开放性骨折患者感染控制的影响[J].海南医学,2019,30(18):2360-2363.
[8]张琼美,张秀军.血流变学指标及血清可溶性细胞间黏附分子 1、可溶性血管细胞黏附分子 1、胰岛素样生长因子、血小板衍生生长因子水平在骨折延迟愈合患者中的临床意义[J].中国医药导报,2013,10(27):43-45.

(收稿日期: 2020-08-21)

亮丙瑞林联合米非司酮对子宫内膜异位症患者血清性激素水平及子宫内膜厚度的影响

李红

(河南省淮滨县人民医院妇产科 淮滨 464400)

摘要:目的:研究亮丙瑞林联合米非司酮对子宫内膜异位症患者血清性激素水平及子宫内膜厚度的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2019 年 1 月收治的子宫内膜异位症患者 98 例为研究对象,依据不同治疗方式分为对照组和研究组,各 49 例。对照组给予亮丙瑞林治疗,研究组给予亮丙瑞林、米非司酮联合治疗。对比两组疗效以及治疗前后血清性激素(促黄体生成素、促卵泡生成素、雌二醇)水平、子宫内膜厚度。结果:研究组总有效率 97.96%(48/49)高于对照组的 83.67%(41/49),差异有统计学意义 ($P<0.05$);治疗后,研究组血清促卵泡生成素、雌二醇水平低于对照组,促黄体生成素高于对照组 ($P<0.05$);两组子宫内膜厚度均小于治疗前,且研究组小于对照组 ($P<0.05$)。结论:亮丙瑞林、米非司酮联合治疗子宫内膜异位症效果确切,可明显改善性激素水平和子宫内膜厚度。

关键词:子宫内膜异位症;亮丙瑞林;米非司酮

中图分类号:R711.71

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.041

子宫内膜异位症属于妇科临床常见良性疾病,临床表现为痛经、性交痛、不孕、月经不调等,其发病率呈逐年上升趋势,且多为 25~45 岁育龄期女性,患病率占育龄期女性 10%~15%^[1-2]。临床主要治疗方式为手术,但效果不显著,需辅以药物治疗以降低复发率,改善预后,而常用辅助药物包括达那唑、孕三烯酮、促性腺激素释放激素激动剂等。其中最为常用的是亮丙瑞林,属于促性腺激素释放激素激动剂的一种,具有高生物活性,可刺激垂体释放促性腺激素,加快生殖器合成类固醇速度,进而改善症状,但存在较多不良反应。本研究选取我院子宫内膜异

位症患者 98 例,旨在探讨亮丙瑞林、米非司酮联合治疗对血清性激素水及子宫内膜厚度的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2019 年 1 月收治的子宫内膜异位症患者 98 例为研究对象,依据不同治疗方式分为对照组和研究组,各 49 例。对照组年龄 26~45 岁,平均年龄 (35.51 ± 4.72) 岁;病程 2~6 年,平均病程 (4.13 ± 0.96) 年;病理类型:26 例巧克力囊肿,23 例子宫腺疾病。研究组年龄 26~46 岁,平均年龄 (35.97 ± 4.96) 岁;病程 2~7 年,平均病程

(4.48± 1.22)年;病理类型:24 例巧克力囊肿,25 例子宫腺疾病。两组一般资料(年龄、病程、病理类型)均衡可比($P>0.05$)。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入标准及排除标准 (1)纳入标准:经超声、查体、病史等检查确诊为子宫内膜异位症;患者及家属知情本研究并签署知情同意书;具有腹泻、腹痛、周期性回肠出血、痛经、性交痛、腰骶疼痛、直肠痛、便秘、周期性直肠出血症状中 1 项或多项;临床资料完整。(2)排除标准:对本研究药物过敏;3 个月采用孕激素、孕三烯酮等激素类药物治疗;合并严重心、肝、肾等脏器疾病严重;哺乳期或妊娠期。

1.3 治疗方法 对照组给予注射用醋酸亮丙瑞林缓释微球(国药准字 H20093809)治疗。于月经开始第 1~5 天,皮下注射,3.75 mg/ 次,每 4 周 1 次。研究组给予亮丙瑞林、米非司酮片(国药准字 H20033551)联合治疗。亮丙瑞林用药方式、剂量与对照组相同。米非司酮,口服,1 次 /d,12.5 mg/ 次。两组持续治疗 1 个月。

1.4 血清性激素水平检测 取>12 h 未进食时肘静脉血 5 ml,离心(4 000 r/min)5 min,取血清,利用电化学发光法对血清雌二醇 (E_2)、促黄体生成素(LH)、促卵泡生成素(FSH)水平。

1.5 疗效评估标准 盆腔包块等体征消失,临床症状已全部消失记为治愈;盆腔包块较治疗前缩小>50%,仍存有局部体征,临床症状已基本消退记为显效;盆腔包块较治疗前缩小 30%~50%,停药 3 个月症状未加重,并得到缓解记为有效;不符合上述标准记为无效。总有效为有效、显效、治愈之和。

1.6 观察指标 (1)对比两组临床疗效。(2)对比两组治疗前后血清性激素水平,即血清 E_2 、LH、FSH 水平。(3)对比两组治疗前后子宫内膜厚度。

1.7 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组临床总有效率为 97.96%,高于对照组的 83.67%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	无效	有效	显效	治愈	总有效
研究组	49	1 (2.04)	9 (18.37)	14 (28.57)	25 (51.02)	48 (97.96)
对照组	49	8 (16.33)	7 (14.29)	19 (38.78)	15 (30.61)	41 (83.67)
χ^2						4.405
<i>P</i>						0.036

2.2 两组治疗前后血清性激素水平比较 治疗前,两组血清 FSH、LH、 E_2 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,研究组血清 FSH、 E_2 水平低于对照组,血清 LH 水平高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血清性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)					
时间	组别	n	FSH(μ g/L)	LH(U/L)	E_2 (pmol/L)
治疗前	研究组	49	9.45± 1.78	7.56± 1.48	290.54± 48.71
	对照组	49	9.51± 1.27	7.69± 1.62	281.93± 51.47
	t		0.192	0.415	0.851
治疗后	研究组	49	6.89± 1.03	12.48± 0.84	196.23± 40.34
	对照组	49	8.23± 1.24	10.93± 1.49	250.52± 43.48
	t		5.819	6.343	6.407
	P		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组治疗前后子宫内膜厚度比较 治疗前,两组子宫内膜厚度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组子宫内膜厚度均小于治疗前,且研究组小于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后子宫内膜厚度比较(mm, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
研究组	49	41.19± 10.72	20.01± 8.67	10.753	<0.001
对照组	49	40.23± 10.25	32.51± 9.08	3.946	<0.001
t		0.453	6.970		
P		0.652	<0.001		

3 讨论

子宫内膜异位症属于临床多发性疾病,是以慢性盆腔痛、月经失调、痛经等为主要临床症状,严重时可导致不孕,对女性健康、生活质量造成严重影响^[3]。目前关于发病机制尚未明确,有学者提出其属于性激素依赖性疾病,与卵巢激素分泌具有密切联系^[4]。在治疗中主要是以降低雌激素水平为主。临床主要治疗手段为手术治疗,受病灶大小、粘连等因素影响,术后具有较高复发率。临床研究证实,术后 3~6 个月辅以药物治疗,可改善微小病变组织,缓解病情发展,还可有效抑制或者延缓复发^[5]。

亮丙瑞林属于促黄体生成素所释放的激素类似物,具有高生物活性,长时间使用可阻滞垂体释放促性腺激素,减缓卵巢对甾类物质的生成,缩小子宫内膜病灶,缓解症状,已在性激素依赖性疾病的治疗中广泛应用,但亮丙瑞林含有生物不稳定性,故而在用药途径具有一定局限性^[6]。米非司酮属于新型抗孕激素药,通过阻滞孕激素和其受体结合,起到阻断孕激素效果,抑制卵巢功能,对卵巢周期性排卵有直接影响,同时降低性激素受体的含量,减缓内膜增生,使异位内膜退化,最终达到提高治疗效果目的^[7-8]。本研究结果显示,研究组临床总有效率为 97.96%,高于对照组的 83.67%,治疗后血清 FSH、 E_2 水平低于对照组,LH 高于对照组,子宫内膜厚度小于对照组

($P<0.05$), 表明亮丙瑞林、米非司酮联合治疗效果确切, 可明显改善性激素水平和子宫内膜厚度。综上所述, 子宫内膜异位症患者采用亮丙瑞林、米非司酮联合治疗效果明显, 可显著改善性激素水平以及子宫内膜厚度, 具有较高临床运用价值, 值得推广。

参考文献

[1]黄志欣,李隽,黄博,等.腹腔镜联合促性腺激素释放激素激动剂治疗子宫内膜异位症伴不孕症的疗效观察[J].现代生物医学进展,2017,17(1):70-72.
[2]张黎,吴忠新.GnRH-a 联合雌孕激素反向添加疗法治疗重度子宫内膜异位症患者疼痛及远期复发率随访[J].临床和实验医学杂志,2017,16(13):1325-1327.
[3]冯利,赵玉玲,滕婧,等.雷公藤多苷联合孕三烯酮对子宫内膜异位症卵巢功能及血清 IL-6,TNF- α ,hs-CRP,VEGF 及 APN 的影响[J].

现代生物医学进展,2017,17(15):2892-2895.
[4]俞琳,王慧,赵晓丽.p53、p21、MDM2 蛋白在卵巢子宫内膜异位症病人血清、异位及在位内膜组织中的表达及相关性[J].安徽医药,2019,23(5):955-958.
[5]邵婕.米非司酮联合 GnRH-a 对子宫内膜异位症患者血清 IGF-1、HMGB1 水平的影响[J].中国妇幼保健,2019,34(7):1485-1487.
[6]章琼,滕慧,胡玉利,等.注射用醋酸亮丙瑞林微球联合腹腔镜对子宫内膜异位症患者血清 TIMP-1 MMP-9 水平及受孕率的影响[J].河北医学,2019,25(5):726-732.
[7]胡洋.子宫内膜异位症患者经米非司酮治疗后内膜组织及血清 HtrA3 水平变化及临床意义[J].解放军预防医学杂志,2019,37(3):117-119.
[8]文玉玲,吴世栋.米非司酮对子宫内膜异位患者 SOCS-3、Bcl-2、Bax、caspase-3 水平的影响[J].医学分子生物学杂志,2018,15(5):348-351.

(收稿日期: 2020-03-20)

卡前列素氨丁三醇联合宫腔纱条填塞在产后出血中的应用

郭丽鹤

(河南省许昌市立医院产一科 许昌 461000)

摘要:目的:探讨卡前列素氨丁三醇联合宫腔纱条填塞应用于产后出血患者的效果。方法:回顾性分析 2017 年 11 月~2019 年 7 月收治的胎盘前置剖宫产后出血高危患者 87 例,采用卡前列素氨丁三醇联合宫腔纱条填塞治疗的患者 48 例为试验组,采用缩宫素联合宫腔纱条填塞患者 39 例为对照组,比较两组止血时间,产后 2 h 及 24 h 出血量,治疗前后心率、血氧饱和度、血压及不良反应发生率。结果:试验组止血时间较对照组短,产后 2 h、24 h 出血量较对照组少($P<0.05$);治疗前后两组心率、血氧饱和度、血压比较无明显差异($P>0.05$);试验组不良反应发生率 12.50%(6/48)与对照组的 10.26%(4/39)相比较,无明显差异($P>0.05$)。结论:卡前列素氨丁三醇联合宫腔纱条填塞应用于胎盘前置剖宫产后患者,可缩短止血时间,减少出血量,安全性较高。

关键词:产后出血;宫腔纱条填塞;卡前列素氨丁三醇

中图分类号:R714.461

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.042

胎盘前置是导致产后出血的重要原因,发病率约为 0.24%,临床对胎盘前置产妇行剖宫产术有助于保障母婴安全,但术后易出现产后出血,威胁产妇生命安全^[1]。临床治疗剖宫产后出血多以宫腔纱条填塞结合注射缩宫素为主,有助于促进子宫收缩,减缓血流速度^[2]。但缩宫素半衰期较短,且药物饱和后增加药物剂量无效,对部分出血量较大患者效果有限。卡前列素氨丁三醇可改善患者凝血功能,刺激平滑肌关闭血窦,达到止血效果,且半衰期较长,效果较持久^[3]。本研究回顾性分析我院胎盘前置剖宫产后出血高危患者 87 例,分组探讨卡前列素氨丁三醇联合宫腔纱条填塞的应用效果,为产后出血止血方案改善提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院 2017 年 11 月~2019 年 7 月收治的胎盘前置剖宫产后出血高危患者 87 例,采用卡前列素氨丁三醇联合宫腔纱条填塞治疗的患者 48 例为试验组,采用缩宫素联合宫腔纱条填塞患者 39 例为对照组。对照组年龄 25~33 岁,

平均(28.89 $\pm$ 1.75)岁;孕周 36~41 周,平均(38.31 $\pm$ 1.15)周;初产妇 24 例,经产妇 15 例。试验组年龄 24~34 岁,平均(29.18 $\pm$ 1.82)岁;孕周 35~40 周,平均(37.94 $\pm$ 1.09)周;初产妇 30 例,经产妇 18 例。两组基线资料(年龄、孕周等)均衡可比($P>0.05$)。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:B 超检查确诊为胎盘前置;均行剖宫产;术前判定为产后出血高危人群。(2)排除标准:临床资料不完善;肝肾功能异常;凝血功能异常;过敏体质、贫血。

1.3 治疗方法 (1)试验组:胎儿娩出后给予卡前列素氨丁三醇(国药准字 H20094183),宫体注射 0.25 mg,若出血量过大则再次注射,总剂量 $\leq$ 2 mg;缝合胎盘剥离面出血点,查看阴道出血情况,将消毒处理的 2 cm $\times$ 8 cm 纱布置入宫腔,自宫底由上至下呈 Z 字形,确保填塞紧密,勿留死腔,关闭子宫切口,于 24 h 后取出。(2)对照组:胎儿娩出后给予缩宫素(国药准字 H33021019),先宫体注射 20 U,然后静脉滴注 10 U;宫腔纱条填塞如试验组。纱条取出后实施细菌培养及药敏试验,根据结果给予抗生