

单纯硬膜外麻醉与腰硬联合麻醉为腹腔手术常见麻醉方式。硬膜外麻醉是指将局麻药注入硬膜外腔,阻滞脊神经根,暂时使其支配区域产生麻痹的麻醉方式。其麻醉以脊麻为主,但脊柱神经被神经鞘包裹,硬膜外麻醉无法完全将其阻滞,因此麻醉起效慢,且由于其阻滞不完全性,可能导致器官出现牵拉反应^[4]。腰硬联合麻醉是指从腰部棘突之间的空隙进入,直接在蛛网膜下腔注射麻醉药物进行麻醉。由于直接作用于蛛网膜下腔,腰硬联合麻醉起效时间短,镇痛松弛肌肉效果明显,且联合麻醉药物用量小,术后药物不良反应概率小^[5]。本研究结果显示,T1、T2 时,两组 MAP、HR 较 T0 时下降,但观察组 MAP、HR 高于对照组;T3 时两组 MAP、HR 较 T1 时上升,但观察组 MAP、HR 低于对照组($P<0.05$)。这表明腰硬联合麻醉较硬膜外麻醉对患者血流动力学控制的效果更佳,稳定性高,可能与联合麻醉药物用量小、阻滞完全性较高有关。且观察组麻醉起效时间、完全阻滞时间均短于对照组($P<0.05$),说明

腰硬联合麻醉起效更快,阻滞效果好,这可能与腰硬联合麻醉直接作用于蛛网膜下腔有关。此外,观察组麻醉后 3 h 内的药物不良反应发生率低于对照组,但组间比较无显著差异($P>0.05$),这可能与本研究样本数量较小有关。综上所述,腰硬联合麻醉较硬膜外麻醉对腹式子宫肌瘤切除术患者血流动力学的控制更稳定,麻醉起效时间更短,阻滞效果更好,值得临床推广。

参考文献

[1]刘红霞,吴海燕,陈林静,等.腹腔镜下复杂性子宫肌瘤剔除术的临床应用效果[J].安徽医学,2019,40(8):909-912.
[2]崔满华,许天敏,孙大伟,等.子宫肌瘤手术治疗适应证及手术范围选择[J].中国实用妇科与产科杂志,2011,27(7):488-491.
[3]孙莉,杨波,梁磊,等.阴式子宫肌瘤剔除术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除术临床效果研究[J].临床误诊误治,2019,32(7):69-72.
[4]高宝峰,赵志涛,肖珂青.硬膜外麻醉下妇科腹腔镜手术对机体呼吸、循环系统和氧耗量的影响[J].中国医刊,2019,54(10):1102-1105.
[5]魏福生.腰硬联合麻醉和持续硬膜外麻醉在子宫肌瘤手术中的效果对比研究[J].中国医学装备,2014,11(11):119-121.

(收稿日期:2020-07-22)

夫精宫腔内人工授精妊娠失败的影响因素分析

陈平

(河南省信阳市罗山县人民医院生殖科 罗山 464000)

摘要:目的:探讨夫精宫腔内人工授精妊娠失败的影响因素,以期为提高夫精宫腔内人工授精妊娠率提供参考。方法:选择2018年2月~2019年8月就诊的500例夫精宫腔内人工授精患者为研究对象,随访至夫精宫腔内人工授精后5周,记录患者妊娠结局,并统计患者体质量指数、年龄、不孕类型、不孕时间、授精时机、治疗方式等信息,分析夫精宫腔内人工授精后妊娠失败的影响因素。结果:500例患者中行夫精宫腔内人工授精后妊娠成功70例,妊娠成功率为14.00%。单因素分析结果显示,夫精宫腔内人工授精妊娠失败不受体质量指数的影响,差异无统计学意义($P>0.05$);可能受年龄、不孕类型、不孕时间、授精时机及治疗方式的影响,差异有统计学意义($P<0.05$)。多因素 Logistic 回归分析结果显示,年龄大、原发性不孕、不孕时间长、排卵前与排卵后单次授精、自然周期治疗均为影响夫精宫腔内人工授精后妊娠失败的影响因素($OR>1, P<0.05$)。结论:年龄大、原发性不孕、不孕时间长、排卵前与排卵后单次授精、自然周期治疗均为夫精宫腔内人工授精妊娠失败的影响因素,临床可据此进行合理干预以提高夫精宫腔内人工授精妊娠成功率。

关键词:不孕;夫精宫腔内人工授精;妊娠失败
中图分类号:R711.6 **文献标识码:**B

夫精宫腔内人工授精(IUI)是选择丈夫精液中的优质精子注入女性宫腔内以协助女性受孕的助孕方式^[1]。IUI 具有创伤小、安全性高等优势,被广泛应用于受孕困难的夫妇,但妊娠失败率较高,易增加女性患者心理压力,影响家庭幸福^[2]。故积极探讨 IUI 后妊娠失败的影响因素显得至关重要。本研究主要探讨 IUI 妊娠失败的影响因素,以便采取针对性措施提高 IUI 妊娠率。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 2 月~2019 年 8 月于我院就诊的 500 例 IUI 患者为研究对象。所有患者

年龄 23~42 岁,平均年龄(33.85 ± 2.39)岁;不孕时间 1~10 年,平均不孕时间(5.43 ± 1.17)年;体质量指数(BMI)19~26 kg/m²,平均 BMI(22.55 ± 2.15) kg/m²;原发性不孕 220 例,继发性不孕 280 例。本研究经医院医学伦理委员会批准后开展。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:至少有一侧输卵管通畅;月经周期规律,且可自然排卵;可正常沟通交流;男方精液至少有 1 000 万活精子,且精子畸形率 $\leq 96\%$ 。患者及家属均自愿签署知情同意书。(2)排除标准:合并恶性肿瘤;存在肝功能异常、心血管等系统障碍;合并传染性疾病;生殖系统异常;合并

染色体异常;合并免疫系统疾病。

1.3 研究方法 所有患者均进行 IUI 助孕,IUI 后 14~16 d 查尿或血人绒毛膜促性腺激素,阳性者则为生化妊娠,IUI 后 5 周经超声检查发现宫内妊娠囊,则为妊娠成功。记录 IUI 后临床妊娠结局,列出可能影响患者妊娠失败的危险单因素: BMI、年龄、不孕类型(原发性不孕、继发性不孕)、不孕时间、授精时机(排卵前单次授精、排卵后单次授精、排卵前后双次授精)、治疗方式(自然周期、促排卵周期)。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件进行数据处理,以 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料,组间比较用独立样本 *t* 检验,计数资料用 % 表示,采用 χ^2 检验,IUI 患者妊娠失败的影响因素采用多项 Logistic 回归分析检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 妊娠结局 500 例患者中行 IUI 后妊娠成功 70 例,占比 14.00%。

2.2 IUI 妊娠失败单因素分析 IUI 妊娠失败不受 BMI 的影响,差异无统计学意义 ($P>0.05$);可能受年龄、不孕类型、不孕时间、授精时机及治疗方式的影响,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 IUI 妊娠失败单因素分析($\bar{x} \pm s$)					
因素	<i>n</i>	妊娠成功 (<i>n</i> =70)	妊娠失败 (<i>n</i> =430)	<i>t</i> / χ^2	<i>P</i>
BMI(kg/m ²)		22.38± 2.03	22.58± 2.14	0.730	0.466
年龄(岁)		27.83± 2.29	34.83± 2.41	22.689	<0.001
不孕类型[例(%)]				19.028	<0.001
原发性	220	14(20.00)	206(47.91)		
继发性	280	56(80.00)	224(52.09)		
不孕时间(年)		2.74± 0.52	5.87± 1.27	20.331	<0.001
治疗方式[例(%)]				33.200	<0.001
自然周期	293	19(27.14)	274(63.72)		
促排卵周期	207	51(72.86)	156(36.28)		
授精时机[例(%)]				54.267	<0.001
排卵前单次授精	163	7(10.00)	156(36.28)		
排卵后单次授精	160	11(15.71)	149(34.65)		
排卵前后双次授精	177	52(74.29)	125(29.07)		

2.3 IUI 后妊娠失败的多因素 Logistic 回归分析以 IUI 后妊娠情况为因变量 (1= 妊娠失败,0= 妊娠成功),以表 1 中差异有统计学意义的因素为自变量并进行赋值。见表 2。经 Logistic 回归分析结果显示,年龄大、原发性不孕、不孕时间长、排卵前与排卵后单次授精、自然周期治疗均为影响 IUI 后妊娠失败的影响因素($OR>1, P<0.05$)。见表 3。

表 2 自变量赋值		
自变量	变量说明	赋值
年龄	连续变量	
不孕类型	分类变量	1= 原发性不孕;0= 继发性不孕
不孕时间	连续变量	
授精时机	分类变量	1= 排卵前与排卵后单次授精;0= 排卵前后双次授精
治疗方式	分类变量	1= 自然周期;0= 促排卵周期

表 3 IUI 后妊娠失败的多因素 Logistic 回归分析						
因素	B	标准误	Wald	<i>P</i>	OR	95%置信区间
年龄	0.563	0.065	76.136	0.000	1.756	1.548~1.993
原发性不孕	1.303	0.314	17.206	0.000	3.679	1.988~6.807
不孕时间	2.215	0.244	82.345	0.000	9.162	5.678~14.793
排卵前与排卵后单次授精	1.953	0.293	44.312	0.000	7.049	3.966~12.527
自然周期	1.551	0.287	29.217	0.000	4.715	2.687~8.272

3 讨论

生育年龄的推迟、环境的恶化、性传播疾病的蔓延导致受孕困难的家庭越来越多,进而导致多数患者需通过辅助生殖技术助孕^[1]。IUI 作为临床常用的助孕方式,可有效解决患者受孕困难的问题,但成功率较低,若 IUI 妊娠失败次数较多,不仅会影响受孕困难夫妇的生活质量,还可能引起心理障碍,影响患者家庭幸福^[4-5]。因而寻找 IUI 妊娠失败因素对提高 IUI 的妊娠成功率具有重要意义。

本研究经初步单因素分析与进一步多项 Logistic 回归分析结果显示,年龄大、原发性不孕、不孕时间长、排卵前与排卵后单次授精、自然周期治疗均为影响 IUI 后妊娠失败的影响因素。随着女性年龄增加,卵子质量及子宫系统功能降低,且内分泌功能减退,可导致卵巢储备功能下降,难以适应妊娠,生育能力明显降低,且年龄越大胎儿畸形的发生率也相对较高^[6-7]。部分女性患者因初期不孕并未重视,导致不孕时间延长,不孕程度也会随之加重,且不孕时间越长,患者心理压力日益加重,易增加 IUI 妊娠失败率^[8]。因而受孕困难夫妇需早早就医治疗,以增加 IUI 妊娠成功率。原发性不孕患者可能存在卵子结构缺陷或卵子与精子结合障碍等因素,影响 IUI 妊娠成功率,而继发性不孕患者精子与卵子结合障碍较低,女性患者若只是存在排卵障碍,则 IUI 妊娠成功率较高^[9-10]。精子在女性生殖道内可存活 2 d 左右,卵子在排出后 12 h 内受精能力较强,故授精时间在排卵前后 24 h 内成功率较高^[11]。因而临床可根据经阴道超声检查卵泡大小及尿 LH 试纸并结合患者月经周期确定排卵时机,并建议患者接受排卵前后双次授精,从而提高妊娠成功率。自然周期进行 IUI 患者可能存在排卵障碍、卵泡数量较少、卵泡质量不佳等问题,导致受孕概率降低。因而可建议 IUI 患者接受促排卵药物促排卵帮助患者获得 2~3 枚成熟卵泡,改善卵泡质量,增加雌激素水平和子宫内膜厚度,从而增加妊娠成功率。

综上所述,年龄越大、原发性不孕、不孕时间越长、排卵前与排卵后单次授精、自然周期治疗均为影响 IUI 后妊娠失败的影响因素,临床可据此进行合理干预以提高 IUI 妊娠成功率。

参考文献

[1]王苗苗,仲纪祥,薛惠英.腹腔镜联合夫精宫腔内人工授精治疗子宫内
膜异位症伴不孕症临床疗效观察[J].中国性科学,2018,27(5):90-92.
[2]王娟,孟敏华,李明杰.不同促排卵方案对宫腔内人工授精妊娠结局
影响研究[J].中国妇幼保健研究,2017,28(5):565-566.
[3]邢慧琴,李艳梅,孔庆萍,等.宫腔内夫精人工授精不孕患者自然周
期与促排卵周期临床妊娠结局分析[J].山西医药杂志,2018,47(23):
2848-2849.
[4]李斯晨,吴乙璇,刘见桥,等.夫精宫腔内人工授精手术时机和妊娠
相关性分析[J].国际生殖健康 / 计划生育杂志,2016,35(6):463-465.
[5]王馥新,张艳,许咏乐,等.不同促排卵方案对不明原因不孕患者行
宫腔内人工授精结局的比较[J].生殖医学杂志,2017,26(12):1187-1191.
[6]贺玲,刘霓,黄雪坤,等.3180 个 IUI 周期中影响妊娠结局的女方因

素分析[J].重庆医学,2020,49(1):106-110.
[7]朱娟,马燕琳,黄元华,等.2140 例不孕患者夫精宫腔内人工授精的
临床效果及其影响因素[J].山东医药,2017,57(19):1-4.
[8]谷保霞,郭海彬,张合龙,等.影响夫精宫腔内人工授精妊娠成功率
相关因素分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2019,33(4):340-342.
[9]李颖,王慧春,刘慧文,等.夫精人工授精影响因素分析[J].生殖医学
杂志,2016,25(6):499-504.
[10]仲波,夏飞.探讨影响夫精宫腔内人工授精临床妊娠率的相关因
素[J].中国妇幼保健研究,2017,28(S4):385-386.
[11]刁艳霞,王慧春,刘慧文,等.授精周期数和时机对宫腔内人工授精
妊娠率的影响[J].中国优生与遗传杂志,2019,27(1):109-111.

(收稿日期: 2020-06-22)

地佐辛、芬太尼与羟考酮在 HCC 患者射频消融术中
麻醉诱导的临床效果与安全性对比

殷小坤

(河南省安阳市肿瘤医院 安阳 455001)

摘要:目的:分析地佐辛、芬太尼与羟考酮在肝癌射频消融术中麻醉诱导的临床效果与安全性。方法:选取 2017 年 1 月~2020 年 1 月行肝癌射频消融术的 75 例患者,按随机数字表法分为 A 组 24 例、B 组 24 例和 C 组 27 例,A 组采用地佐辛进行麻醉诱导,B 组采用芬太尼进行麻醉诱导,C 组采用羟考酮进行麻醉诱导。比较三组临床效果及安全性。结果:三组麻醉诱导前、诱导中、诱导后、手术结束退针时、苏醒时的平均动脉压、心率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。三组苏醒时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。A 组、C 组苏醒时、苏醒 1 h 疼痛评分低于 B 组($P<0.05$),但 A 组、C 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。三组头晕发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);C 组恶心呕吐发生率低于 A 组、B 组($P<0.05$);A 组、C 组体动、呼吸抑制发生率均低于 B 组($P<0.05$)。结论:地佐辛、羟考酮在肝癌射频消融术中麻醉诱导的临床效果与安全性要高于芬太尼,且与地佐辛相比,羟考酮还可降低患者恶心呕吐发生率。

关键词:肝癌;射频消融术;麻醉诱导;地佐辛;芬太尼;羟考酮;安全性

中图分类号:R735.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.05.053

肝癌(HCC)射频消融术主要通过射频电极针产生局部高温使癌组织凝固坏死而达到治疗目的^[1]。HCC 射频消融术适用于早期 HCC,治疗 A 级 HCC 可以完全治愈,达到与手术相同的效果,在治疗过程中,为避免患者因疼痛而产生体动等干扰手术的现象发生,常需要对患者进行麻醉镇痛。而目前临床麻醉药种类繁多,麻醉镇痛效果及安全性也各具差异。为了给 HCC 射频消融术患者提供更好的麻醉效果,本研究对比了地佐辛、芬太尼与羟考酮三种麻醉药物的麻醉效果与安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月~2020 年 1 月在我院行肝癌射频消融术的 75 例患者,按随机数字表法分为 A 组 24 例、B 组 24 例和 C 组 27 例。三组性别、年龄、体质量、美国麻醉医师协会(ASA)分级等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。本研究经医院医学伦理委员会批

准。

表 1 三组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男(例)	女(例)	年龄(岁)	体质量(kg)	I 级(例)	II 级(例)
A 组	24	14	10	48.45±12.24	61.24±8.88	11	13
B 组	24	13	11	47.88±12.36	61.45±9.36	12	12
C 组	27	13	14	48.11±11.89	62.14±7.99	12	15

1.2 纳入标准 确诊为 HCC^[2];Child-Pugh 分级为 A 级;肿瘤直径不超过 3 cm;肿瘤数目不超过 3 个;患者签署知情同意书。

1.3 排除标准 对本研究药物过敏;近期服用过本研究药物或药理作用相似的药物;伴凝血功能异常;伴呼吸系统异常;伴严重心血管疾病。

1.4 麻醉方法 三组患者术前禁食 8 h,建立静脉通路,进行常规生命体征监测,包括平均动脉压(MAP)、心率(HR)及呼吸频率等,进行面罩吸氧,氧流量 3 L/min。A 组静脉滴注地佐辛注射液(国药准字 H20080329)0.1 ml/kg,15 min 内完成;B 组静脉滴注枸橼酸芬太尼注射液(国药准字 H20113508)