

体高度压缩率、后凸 Cobb 角均低于术前,且 A 组低于 B 组,表明 OVCF 患者采用高黏度骨水泥 PVP 治疗的效果较好,可缓解疼痛,并有效改善患者椎体功能。低黏度骨水泥聚合反应的产热较高,压缩强度较大,且不具有骨传导性,加之单体毒性会造成骨水泥周围发生骨坏死,不利于患者术后椎体功能恢复。而高黏度骨水泥黏和温度相对较低,可瞬间呈高黏合状态,面团期较为持久,在患椎内部产生膨胀,进而达到治疗效果,且其抗扭曲、抗疲劳性较强,具有较好的生物活性,有利于逐渐吸收,能诱导伤口骨组织再生,促进骨和血管的形成,有利于成骨,并与骨结合,有较强的固化作用,可有效预防再次骨折,利于患者术后早日进行功能锻炼,促进椎体功能恢复。同时在注入骨水泥的过程中,高黏度骨水泥专用的曲斜口穿刺针可较好地对骨水泥在患椎内的填充方向进行矫正,更充分地对伤椎前中部位进行填充,利于患椎的矫正,有效改善患者的椎体高度压缩率及后凸 Cobb 角^[8]。

综上所述,高黏度骨水泥 PVP 治疗 OVCF 患者的效果较好,可有效缓解疼痛程度,恢复后凸 Cobb 角,改善椎体功能。但鉴于本研究样本量较小,随访时间较短,后期应扩大样本数量,延长随访时间,进一步

分析不同黏度骨水泥 PVP 对 OVCF 患者的效果。

参考文献

[1]陈诚,张继云,浩浩,等.高黏度骨水泥弥散程度对老年女性骨质疏松椎体压缩性骨折治疗效果的影响[J].中国组织工程研究,2019,23(6):827-832.

[2]杜桂夏,汪来杰,周广伟,等.高黏度骨水泥 PVP 技术与常规 PKP 手术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效对比[J].颈腰痛杂志,2019,40(1):132-133.

[3]王吉博,曾旋,晁晶,等.高黏度骨水泥椎体成形术对骨质疏松伴椎体压缩性骨折患者疼痛 VAS 评分及躯体功能的影响[J].遵义医学院学报,2018,41(5):614-617.

[4]王伟军.高黏度与低黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折有效性的 Meta 分析[J].中华创伤杂志,2018,34(9):806-812.

[5]孙志刚,易小波,张正廉,等.手法复位联合经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性椎体压缩性骨折的临床研究[J].实用中西医结合临床,2018,18(6):128-129.

[6]刘福全,张世民,张德光,等.高黏度骨水泥经皮椎体成形术对老年骨质疏松性脊柱压缩骨折的临床治疗效果[J].中国医刊,2018,53(2):164-168.

[7]陈志鹏,秦毅,王素伟,等.高黏度与低黏度骨水泥椎体成形术治疗骨质疏松椎体压缩性骨折的疗效观察[J].中华生物医学工程杂志,2017,23(5):401-406.

[8]胡婷业,陆玉和,吕维富,等.高黏度骨水泥治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者早期下床活动的效果观察[J].介入放射学杂志,2017,26(8):749-752.

(收稿日期: 2020-06-01)

丙泊酚复合地佐辛对宫腔镜电切术患者术后疼痛及恢复的影响

黄晓晓

(河南省郑州市中牟县妇幼保健院麻醉科 中牟 451450)

摘要:目的:观察丙泊酚复合地佐辛对宫腔镜电切术患者术后疼痛及恢复的影响。方法:选择 2018 年 2 月~2020 年 2 月行宫腔镜电切术治疗的 78 例患者为研究对象,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 39 例。对照组给予丙泊酚麻醉,观察组给予丙泊酚、地佐辛复合麻醉。观察两组血流动力学指标、麻醉效果及不良反应发生情况。结果:两组 T0 时心率水平对比,差异无统计学意义($P>0.05$);T1 时观察组心率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组疼痛评分低于对照组,麻醉起效时间、睁眼时间、意识恢复时间短于对照组,丙泊酚用量少于对照组,不良反应发生率低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:宫腔镜电切术采用丙泊酚、地佐辛复合麻醉镇痛效果确切,有利于稳定患者血流动力学,且术后恢复快速,丙泊酚用量少、不良反应少。

关键词:宫腔镜电切术;丙泊酚;地佐辛;血流动力学;疼痛程度

中图分类号:R713.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.09.053

宫腔镜电切术作为一种微创术式,已成为治疗子宫肌瘤、子宫内膜息肉的重要术式。但宫腔镜电切术中手术操作及宫颈扩张牵拉易导致患者出现剧烈疼痛,造成迷走神经功能兴奋,导致患者血压、心率(Heart Rate, HR)波动,增加手术风险^[1]。丙泊酚是宫腔镜电切术中常用麻醉药物,但单独使用丙泊酚麻醉可能出现镇痛不全或呼吸抑制现象^[2]。地佐辛

作为强效阿片类镇痛药,镇痛作用较强且药效持续时间长,能够发挥持久镇痛效果^[3]。本研究将观察丙泊酚、地佐辛复合麻醉对宫腔镜电切术患者术后疼痛及恢复的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 2 月~2020 年 2 月于我院行宫腔镜电切术治疗的 78 例患者,按随机数字

表法分为观察组和对照组，各 39 例。观察组年龄 25~58 岁，平均年龄(46.97± 4.08)岁；疾病类型：子宫内膜下息肉 17 例，子宫肌瘤 22 例；美国麻醉医师协会(American Society of Anesthesiologists, ASA)分级：I 级 25 例，II 级 14 例。对照组年龄 27~58 岁，平均年龄(47.11± 4.13)岁；疾病类型：子宫内膜下息肉 19 例，子宫肌瘤 20 例；ASA 分级：I 级 22 例，II 级 17 例。两组一般资料相比，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究获医院医学伦理委员会批准。

1.2 入选标准 (1)纳入标准：签署知情同意书；可耐受宫腔镜电切术治疗。(2)排除标准：凝血功能障碍；患有精神疾病，或不具备正常的沟通、交流能力；肝、肾功能不全。

1.3 麻醉方法 术前禁食禁饮 8 h，入室后完成静脉通道建立，监测生命体征，面罩给氧。对照组首先静脉注射 2 mg/kg 丙泊酚乳化注射液（国药准字 H20163406）麻醉，待患者睫毛反射消失后实施手术，术中连续静脉注射 4 mg/(kg·h) 丙泊酚麻醉维持。观察组采用丙泊酚、地佐辛注射液(国药准字 H20193318)复合麻醉，0.2 mg/kg 地佐辛静脉稀释注射麻醉诱导，静脉注射 2 mg/kg 丙泊酚，待睫毛反应消失后实施手术，连续静脉注射 4 mg/(kg·h) 丙泊酚麻醉维持。若患者术中出现肢动、呻吟、皱眉等现象，可适当追加 0.5~1.0 mg/kg 丙泊酚。

1.4 评价指标 (1)血流动力学指标：记录两组入室时 (T0)、扩宫时 (T1)HR、平均动脉压(Mean arterial Pressure, MAP)水平。(2)麻醉效果：麻醉清醒 30 min 后采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者疼痛程度^[4]，共 0~10 分，疼痛程度与评分间呈正相关，记录患者麻醉起效时间、呼之睁眼时间、意识恢复时间、丙泊酚用量。(3)不良反应：体动、呼吸抑制及恶心等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据，计数资料以%表示，用 χ^2 检验；计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，用 t 检验；以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 HR、MAP 水平对比 两组 T0 时 HR 水平对比，差异无统计学意义($P>0.05$)，T1 时观察组 HR 水平高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)；两组 T0、T1 时 MAP 水平对比，差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组 HR、MAP 水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	T0		T1	
		HR(次/min)	MAP(mm Hg)	HR(次/min)	MAP(mm Hg)
对照组	39	78.19± 8.24	89.73± 7.58	69.03± 5.12*	76.82± 4.61*
观察组	39	78.23± 8.30	89.61± 7.83	73.49± 6.25*	77.85± 3.96*
t		0.021	0.069	3.447	1.058
P		0.983	0.945	0.001	0.293

注：与同组 T0 时比较，* $P<0.05$ 。

2.2 两组麻醉效果对比 观察组 VAS 评分低于对照组，麻醉起效时间、呼之睁眼时间、意识恢复时间短于对照组，丙泊酚用量少于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组麻醉效果对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分(分)	麻醉起效时间(min)	呼之睁眼时间(min)	意识恢复时间(min)	丙泊酚用量(mg/kg)
对照组	39	2.74± 0.82	0.86± 0.23	4.18± 1.39	7.06± 1.58	4.31± 0.73
观察组	39	1.96± 0.64	0.59± 0.17	2.26± 0.97	5.32± 1.41	2.17± 0.67
t		4.683	5.896	7.074	5.131	13.488
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组不良反应对比 观察组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应对比[例(%)]

组别	n	体动	呼吸抑制	恶心	呕吐	头痛	总发生
对照组	39	2(5.13)	2(5.13)	4(10.26)	2(5.13)	1(2.56)	11(28.21)
观察组	39	0(0.00)	0(0.00)	1(2.56)	1(2.56)	1(2.56)	3(7.69)
χ^2							4.523
P							0.033

3 讨论

与传统手术相比，宫腔镜电切术具有子宫无切口、不开腹等优点，有利于缓解患者痛苦。尽管宫腔镜电切术作为微创手术，仍会给患者造成剧烈疼痛，损伤子宫内膜，同时由于宫颈部位神经丰富，术中牵拉、扩张时易对迷走神经造成刺激，诱发胃肠道症状，导致 HR 加快，严重时导致晕厥，故手术中实施合理有效的麻醉显得尤为重要^[5]。

丙泊酚属于一种快速、短效静脉麻醉药物，能够对迷走神经反射进行抑制，麻醉起效快速且无药物残留，可控性良好，患者术后恢复快，已被广泛用于危重患者镇静及麻醉诱导、维持^[6]。但经临床实践发现，丙泊酚单独使用时镇痛效果不佳，患者术中易发生体动症状，且可能导致血压、HR 下降，增加药物使用剂量后可能将诱发呼吸抑制。地佐辛属于阿片类镇痛药物，是 μ 受体拮抗剂、 κ 受体激动剂，具有较强的镇痛作用且无剂量依赖性，静脉注射起效快速、药效时间持续长，有利于缓解患者术后疼痛程度^[7-9]。马涛等^[10]研究中显示，丙泊酚、地佐辛复合麻醉对宫腔镜下子宫肌瘤电切术患者呼吸指标影响小，有利

于增强镇痛效果,缩短患者清醒时间,减少丙泊酚用量,临床应用安全有效。本研究结果显示,与对照组相比,观察组 T1 时 HR 水平较高,麻醉起效时间、呼之睁眼时间、意识恢复时间较短,丙泊酚用量较少,VAS 评分、不良反应发生率较低,与上述研究结果较为相似。由此可见,宫腔镜电切术中采用丙泊酚、地佐辛复合麻醉效果优于单独丙泊酚麻醉,能够避免血流动力学大幅度波动,缩短麻醉起效时间,加快患者术后恢复,提升术后镇痛效果,减少丙泊酚用量,降低相关不良反应。

综上所述,丙泊酚、地佐辛复合麻醉更加安全可靠,能够稳定宫腔镜电切术患者血流动力学,减少丙泊酚用量,加快患者术后恢复,患者术后疼痛轻微且不良反应少。

参考文献

[1]黄文杰,胡继红.宫腔镜电切术应用右美托咪定联合七氟烷吸入麻醉的效果观察[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(6):771-773.

[2]陈阳村,雷剑,李军.羟考酮复合丙泊酚用于宫腔镜子宫肌瘤切除术中疼痛管理的有效性和安全性[J].河北医药,2019,41(21):3210-3213,3218.
[3]汪燕,詹莎莎.右美托咪定及丙泊酚联合地佐辛用于宫腔镜手术麻醉的效果观察[J].中国医院用药评价与分析,2017,17(1):39-41.
[4]高建新,易理生.地佐辛与凯纷用于宫腔镜手术的镇痛效果的比较[J].中国医师杂志,2017,19(1):141-143.
[5]黄群,刘静,毛姗姗,等.右美托咪定静脉泵注联合七氟醚吸入麻醉在宫腔镜电切术中的麻醉效果[J].中国医药导报,2018,15(34):106-109.
[6]宋琳,蒋茹,黄咏磊,等.瑞芬太尼和丙泊酚经验性剂量的组合优化用于宫腔镜手术麻醉的探讨[J].实用医院临床杂志,2019,16(6):89-92.
[7]杨玉.丙泊酚、地佐辛联合地塞米松在宫腔镜手术患者中的镇痛效果[J].医学临床研究,2019,36(3):539-541.
[8]修欢欢,张涛,李颖源,等.地佐辛联合地塞米松预先给药对宫腔镜手术患者苏醒质量及术后镇痛效果的影响[J].广东医学,2018,39(1):13-16.
[9]王加仑,李建,林凤颜,等.预先注射地佐辛联合地塞米松在宫腔镜手术中的应用及对患者术后的镇痛效果[J].实用药物与临床,2019,22(4):401-404.
[10]马涛,白文娟.宫腔镜下子宫肌瘤电切术患者地佐辛复合丙泊酚麻醉的应用分析[J].山西医药杂志,2017,46(18):2223-2225.

(收稿日期:2020-06-20)

不同胎盘位置的胎盘早剥对母婴结局的影响分析

王丹

(河南省郑州市第九人民医院妇产科 郑州 450000)

摘要:目的:探讨不同胎盘位置的胎盘早剥对母婴结局的影响。方法:回顾性分析妇产科 2015 年 2 月~2020 年 10 月收治的 30 例胎盘早剥产妇临床资料,将 15 例胎盘早剥位置为子宫后壁的产妇归为对照组,将 15 例胎盘早剥位置为子宫前壁的产妇归为观察组。两组产妇均行剖宫产。对比两组产妇围术期指标、产后并发症发生情况、新生儿一般资料以及新生儿预后情况。结果:与对照组相比,观察组产妇产后出血量及术中输血量均较少,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组产后并发症发生率及新生儿预后比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组新生儿体重及 Apgar 评分对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:胎盘早剥位置为子宫后壁的产妇产后出血量及术中输血量较多,产后并发症发生率略高,且新生儿预后略差,不利于母婴预后,应引起临床足够重视。

关键词:胎盘早剥;子宫后壁;子宫前壁;母婴结局

中图分类号:R714.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.09.054

胎盘早剥为妊娠晚期严重并发症,常发生于妊娠 20 周后以及分娩期,临床表现为阴道出血、腹痛、子宫张力增高、子宫压痛等,若不及时输血或终止妊娠可能造成产妇休克、胎儿窘迫、新生儿窒息甚至死亡,严重影响母婴结局^[1-2]。胎盘早剥临床上以子宫前壁胎盘较为常见,而由于子宫后壁胎盘早剥的临床症状并不显著,常因延误就诊及误诊等导致母婴结局不良。因此不同位置的胎盘早剥可能与母婴结局具有紧密联系。本研究旨在探讨不同胎盘位置的胎盘早剥对母婴结局的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院妇产科 2015 年 2 月~2020 年 10 月收治的 30 例胎盘早剥产妇临床资料,依据胎盘附着位置不同分为对照组与观察组。

对照组年龄 26~37 岁,平均年龄(31.42±2.58)岁;分娩孕周 32~39 周,平均分娩孕周(34.92±1.03)周;诱因:妊娠期高血压 10 例,胎膜早破 3 例,外伤 2 例。观察组年龄 25~36 岁,平均年龄(31.28±2.69)岁;分娩孕周 32~39 周,平均分娩孕周(34.96±1.01)周;诱因:妊娠期高血压 10 例,胎膜早破 3 例,外伤 2 例。两组年龄、分娩孕周及胎盘早剥诱因等一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可对比性。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:符合《妇产科学》^[3]中胎盘早剥相关诊断标准;分娩孕周为孕 32 周及以上;为首次妊娠产妇;术中判断胎盘早剥位置为子宫后壁或子宫前壁;临床资料及产后随访资料完整无缺失。(2)排除标准:多胎妊娠产妇;合并全身免疫系