

局部血管,发挥止血作用。本研究结果显示,联合组总有效率较常规组高,治疗后中医主症、次症评分均较常规组低,提示中药封包外敷辅助柴胡疏肝散合桃红四物汤加味内服治疗可有效改善气滞血瘀型乳腺增生患者临床症状,增强疗效。分析原因:中药外敷可使药物有效进入人体皮肤,利用物理加热使药物具有较高亲和力,促进药物性状发生改变^[6],从而加速乳腺组织血液循环,快速缓解临床症状,且内服外敷同步治疗,可平衡激素水平,降低药物毒性,治疗效果显著。

综上所述,中药封包外敷辅助柴胡疏肝散合桃红四物汤加味内服治疗气滞血瘀型乳腺增生,有助于减轻临床症状,提高疗效,值得临床应用推广。

参考文献

[1]黎金凤,王培,李敏,等.加減柴胡疏肝散结合推拿疗法对乳腺增生症患者疼痛及负性情绪的影响[J].贵州医药,2018,42(9):1105-1107.
 [2]马薇,金泉秀,吴云飞,等.乳腺增生症诊治专家共识[J].中国实用外科杂志,2016,36(7):759-762.
 [3]国家中医药管理局医政司.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2017.131.
 [4]王本忠,金功圣.乳腺增生症的诊断与治疗[J].中华全科医师杂志,2017,16(12):910-912.
 [5]叶先文,夏澜婷,任洪民,等.白芍炮制的历史沿革及化学成分、药理作用研究进展[J].中草药,2020,51(7):1951-1969.
 [6]赵立娜,祝东升,翟臻,等.中药外治乳腺增生病的临床研究概况[J].世界中西医结合杂志,2018,13(12):1761-1763,1767.

(收稿日期: 2021-01-14)

宫腔镜下输卵管插管疏通术对输卵管堵塞患者 输卵管复通率及妊娠率的影响

付改英

(河南省濮阳市中原油田医疗卫生服务中心濮阳东医院妇产科 濮阳 457000)

摘要:目的:分析宫腔镜下输卵管插管疏通术对输卵管堵塞患者输卵管复通率及妊娠率的影响。方法:选择2017年1月~2018年5月收治的82例输卵管堵塞患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各41例。对照组采取常规输卵管疏通术治疗,观察组采用宫腔镜下输卵管插管疏通术治疗。术后12个月随访,对比分析两组患者输卵管复通率和妊娠率情况。结果:观察组输卵管复通率为94.83%,高于对照组的80.36%($P < 0.05$);术后6个月,观察组妊娠率为48.78%,高于对照组的29.27%,组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后12个月,观察组妊娠率为95.12%,高于对照组的78.05%($P < 0.05$)。结论:对输卵管堵塞患者施行宫腔镜下输卵管插管疏通术,输卵管复通率和妊娠率均较高,效果显著。

关键词:输卵管堵塞;宫腔镜;输卵管插管疏通;妊娠率

中图分类号:R711.76

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.067

输卵管堵塞是造成女性不孕的重要原因,占30%左右,大部分输卵管疾病是因感染引起,盆腔炎是主要病因之一^[1]。因输卵管既是卵巢和子宫连接通道,也是排卵、输精、贮卵和精卵结合的部位,更是完成最后着床受孕的必经通道,故输卵管堵塞可导致女性不孕^[2]。不孕不仅影响患者身心健康,更波及患者家庭幸福,加重社会负担,因此需对输卵管堵塞患者进行及时有效的治疗。宫腔镜下输卵管插管疏通术是在宫腔镜下探查输卵管端口,插入特制导管并推入药剂判断输卵管通畅度或插入导丝疏通治疗输卵管堵塞的方法,具有创伤小、术后恢复快等优点^[3]。本研究分析宫腔镜下输卵管插管疏通术对输卵管堵塞患者输卵管复通率及妊娠率的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017年1月~2018年5月我院收治的82例输卵管堵塞患者,根据随机数字表法

分为观察组和对照组,各41例。对照组年龄25~38岁,平均年龄(31.25±3.62)岁;病程1~8年,平均(4.22±2.20)年;单侧26例,双侧15例,共56条输卵管。观察组年龄27~39岁,平均年龄(32.01±3.96)岁;病程2~9年,平均(5.13±2.35)年;单侧24例,双侧17例,共58条输卵管。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),有对比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 纳入标准:输卵管堵塞;具备随访条件;患者及家属知情并签署知情同意书。排除标准:急性妇科炎症患者;输卵管结核患者;输卵管积水患者;存在其他宫腔镜下输卵管插管疏通术禁忌证者;存在其他可影响本研究结果的疾病或缺陷者。

1.3 治疗方法 两组患者均在月经净后3~7d施行手术,术前均接受全身妇科检查和全身检查,并经实验室指标检测核定有无手术禁忌证。对照组采取

常规输卵管疏通术治疗,取膀胱截石位,消毒铺巾,局麻;子宫探针沿着子宫方向探查患者宫腔轴向和深度;沿着宫腔轴进一步将通液导管放入宫颈管并固定;将 0.9%氯化钠注射液 20 ml 和抗生素混合液注入宫颈导管,抗生素混合液成分:5 mg 醋酸地塞米松注射液(国药准字 H51020723)、4 000 U 注射用糜蛋白酶(国药准字 H31022112)和 8 万 U 硫酸庆大霉素注射液(国药准字 H32022538);观察液体回流和阻力情况。观察组采用宫腔镜下输卵管插管疏通术治疗,术前 1 h 给予患者 0.4 mg 米索前列醇片(国药准字 H20073696)进行软化扩张宫颈,局麻,消毒铺巾,然后选用阴道内窥镜将宫颈扩张;使用探针测量宫腔深度,并注入 5%葡萄糖溶液进行膨宫操作,宫腔镜放入输卵管口;在宫腔镜下,行硅胶导管插入操作,插入至患者输卵管间质部 3~5 mm,再将 20 ml 0.9%氯化钠注射液和混合液注入阻塞输卵管中,混合液成分:5 mg 地塞米松、5 ml 2%盐酸利多卡因注射液(国药准字 H32023420)、8 万 U 庆大霉素、0.5 ml 亚甲蓝液注射液(国药准字 H11020704)。两组随访时间为 12 个月。

1.4 观察指标 (1)输卵管复通率。术后 3 个月复查,比较两组输卵管复通情况,通畅:注液无阻力,无回流,注液顺畅;通而不畅:注液存在阻力,加压后阻力减小,无回流;阻塞:难以注液,加压后仍有较大阻力。复通=通畅+通而不畅。(2)妊娠率。比较两组术后 6 个月和术后 12 个月妊娠例数。

1.5 统计学方法 采用 SPSS23.0 统计学软件分析处理数据,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组输卵管复通情况比较 观察组输卵管复通率为 94.83%,高于对照组的 80.36% ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组输卵管复通情况比较

组别	n	输卵管数量(条)	通畅 [例(%)]	通而不畅 [例(%)]	阻塞 [例(%)]	复通 [例(%)]
对照组	41	56	32(57.14)	13(23.21)	11(19.64)	45(80.36)
观察组	41	58	45(77.59)	10(17.24)	3(5.17)	55(94.83)
χ^2						5.538
P						0.019

2.2 两组妊娠情况比较 术后 6 个月两组妊娠率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);术后 12 个月观察组妊娠率为 95.12%,高于对照组的 78.05% ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组妊娠情况比较[例(%)]

组别	n	术后 6 个月	术后 12 个月
对照组	41	12(29.27)	32(78.05)
观察组	41	20(48.78)	39(95.12)
χ^2		3.280	5.145
P		0.070	0.023

3 讨论

输卵管堵塞主要致病因素包括妇科炎症、人工流产、长期阴道出血、不洁性生活等,其中输卵管炎症是导致输卵管堵塞的常见原因之一,可致黏膜粘连,导致输卵管堵塞。随着宫内侵入式手术逐渐增加以及剖宫产率的递增,输卵堵塞发病率逐年上升。目前,药物和手术是输卵管堵塞的主要治疗手段,其中手术是最直接有效的治疗方法。输卵管堵塞患者一般无不适症状,最常见表现为不孕,少数患者可出现小腹下坠、腰骶骨疼痛等症状^[4]。不孕不仅影响患者身心健康,更波及其家庭生活质量,因此及时对输卵管堵塞患者采取高效治疗方案,对提高输卵管复通率和妊娠率具有重要意义。

临床中较常见的输卵管疏通术包括经宫颈输卵管疏通术、宫腔镜输卵管疏通术等^[5]。随着宫腔镜使用技术的不断完善,宫腔镜下输卵管插管疏通术已取得较好的应用效果。本研究结果显示,观察组术后 3 个月输卵管复通率和术后 12 个月妊娠率均明显比对照组高,说明在宫腔镜下输卵管插管疏通术的疏通效果明显优于常规输卵管疏通术,且可提高妊娠率。原因在于宫腔镜可利用镜体进入宫腔,放大需治疗部位,利于医师对子宫内病变进行准确诊断和治疗^[6]。在宫腔镜下输卵管插管疏通术中,手术视野清晰,操作医师可直接观察插管疏通情况,确认输卵管堵塞情况和粘连程度,最大限度减少对子宫内膜及周围组织的损伤,医师在此基础上,可以良好控制手术力度,进而降低盲目操作造成的穿孔出血等风险^[7]。本研究观察组手术过程中,医师在宫腔镜帮助下迅速找到输卵管口,行插管和注液操作,注射混合液中含有利多卡因,一定程度上可减少输卵管痉挛造成的假梗死,根据注液时产生的阻力大小和宫腔是否出现逆流状态作出准确评估,为下一步治疗提供可靠依据^[8-9]。宫腔镜下输卵管插管疏通术可有效改善患者不孕症状,疏通输卵管,增加妊娠可能性。同时相关大量研究表明,因宫腔镜具有损伤小且安全性高,已广泛应用于妇科疾病诊疗中,并取得了良好的应用效果^[10]。本研究在随访期间并未发现观察组患者出现任何并发症,因此宫腔镜下输卵管插管疏通术安全性较高,具有良好的临床应用价值。

综上所述,对输卵管堵塞患者施行宫腔镜下输卵管插管疏通术,输卵管复通率和妊娠率均较高,效果显著。

参考文献

[1]Rudic B E,Vasiljevic M,Rakic S,et al.Unilateral agenesis of the right ovary and fallopian tube in an infertile patient with a normal uterus [J].Vojnosanit Pregl,2017,76(6):113.

[2]林姬,林立恒.输卵管堵塞导致的不孕症患者行输卵管通液术的疗效观察[J].中国妇幼保健,2016,31(21):4521-4522.

[3]李文香,安新涛,焦守凤,等.宫腔镜下输卵管插管通液治疗不孕不育的临床疗效[J].中国性科学,2016,25(9):110-112.

[4]陈志霞,陈桂芳,黄健玲,等.黄健玲教授治疗输卵管阻塞性不孕经验[J].湖南中医药大学学报,2016,36(3):53-55.

[5]李佃芹.宫腔镜输卵管疏通术对输卵管阻塞所致不孕症的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(5):1108-1111.

[6]吴翠杰,崔静雯.宫腔镜下输卵管插管疏通术联合穴位注射治疗不孕症疗效分析[J].世界中西医结合杂志,2015,10(8):1125-1127.

[7]高世华.宫腔镜下输卵管插管疏通术治疗输卵管堵塞的临床效果[J].现代诊断与治疗,2016,27(15):2868-2869.

[8]侯红红,李淑女,魏伟,等.宫腔镜插管术结合深部热疗对输卵管阻塞性不孕症患者血清 IL-6、TNF-α 的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(26):2899-2901.

[9]陶雪峰,侯俊霞,崔世红,等.宫腔镜下输卵管插管通液术在输卵管阻塞性不孕患者治疗中的优势[J].中国临床研究,2016,29(1):92-94.

[10]卢巧玲,袁晓岚,张维丽,等.宫腔镜联合腹腔镜手术治疗输卵管堵塞性不孕的临床效果[J].实用临床医药杂志,2018,22(19):112-114.

(收稿日期: 2021-03-10)

大剂量阿芬太尼复合丙泊酚麻醉用于无痛人流术的麻醉效果分析

黄海

(河南省开封新区圣玛妇产医院麻醉科 开封 475000)

摘要:目的:探讨大剂量阿芬太尼复合丙泊酚麻醉用于无痛人流术的麻醉效果。方法:选择 2020 年 4 月~2021 年 1 月行无痛人流术患者 90 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 45 例。观察组使用大剂量阿芬太尼复合丙泊酚麻醉,对照组使用小剂量阿芬太尼复合丙泊酚麻醉。比较两组麻醉效果、镇痛效果,围术期不同时间点心率、平均动脉压水平,不良反应发生情况。结果:观察组丙泊酚总用量低于对照组,起效时间、清醒时间、意识恢复时间短于对照组,镇痛总有效率较对照组高,差异有统计学意义 ($P<0.05$);两组 T1~T3 时心率、平均动脉压较 T0 时明显降低,观察组 T1~T3 时心率高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),两组 T1~T3 时平均动脉压比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论:无痛人流术中使用大剂量阿芬太尼复合丙泊酚麻醉起效时间短,镇痛效果较高,能维持生命体征稳定,减少丙泊酚总用量,缩短术后恢复时间。

关键词:无痛人流术;丙泊酚;阿芬太尼;麻醉

中图分类号:R614

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.068

无痛人流术是指静脉麻醉下进行的人工流产,是解决意外妊娠的常用术式,手术用时短,但患者术后需尽快苏醒,手术刺激较大,对镇痛要求高^[1-2]。因而选择适宜的麻醉方式,是手术成功实施的重要环节。丙泊酚具有清醒彻底、可控性强等优点,是无痛人流术常用的麻醉药物,但其镇痛作用一般,常需配伍其他镇痛药物^[3-4]。阿芬太尼具有起效迅速、单次注射使用、持续时间短等优点,是门诊小手术时常用麻醉药物,但其复合丙泊酚麻醉的用药最佳剂量尚无统一定论。本研究分析大剂量阿芬太尼复合丙泊酚麻醉用于无痛人流术的麻醉效果,旨在为临床选择适宜麻醉方式提供参考依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2020 年 4 月~2021 年 1 月我院行无痛人流术患者 90 例,按随机数字表法分为观察组和对照组,各 45 例。观察组年龄 21~34 岁,平

均年龄 (28.48± 2.45) 岁;妊娠时间 42~64 d,平均妊娠时间 (56.65± 3.18) d;体质量 45~68 kg,平均体质量 (54.65± 3.49) kg。对照组年龄 20~35 岁,平均年龄 (28.65± 2.37) 岁;妊娠时间 41~65 d,平均妊娠时间 (56.76± 3.12) d;体质量 44~69 kg,平均体质量 (54.73± 3.40) kg。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:经 B 超检查确诊为宫内早孕;ASA 分级: I~II 级;自愿加入本研究,并签署知情同意书;非过敏体质;认知功能正常。排除标准:肝肾等重要脏器功能不全;合并高血压及糖尿病;近期存在上呼吸道感染史;精神病史。

1.3 治疗方法 术前,两组均需禁食 8 h、禁饮 6 h。入室后开放静脉,面罩吸氧 3 L/min,输注 5 ml/min 复方乳酸钠,常规监测心率 (HR)、平均动脉压 (MAP)、心电图 (ECG)、脉搏血氧饱和度 (SpO₂)。观