

本科室临床资料可知,深静脉全血置换较保守治疗能更快的降低总胆红素水平,缩短住院时间,虽然全血置换后仍发生贫血,血源感染,反应张力差等不良反应,但都是可逆的,换血后通过治疗可完全恢复,而保守治疗易导致惊厥留下不可逆的后遗症,甚至死亡<sup>[4]</sup>。

全血置换的注意事项如下:①严格无菌操作,防止感染。②严格控制速度,使进出血量保持一致,防止心衰及缺血损伤。③掌握血源比例,AB型血浆、O型红细胞悬液按照 1/3 到 1/2 的比例配制,防止发生贫血。④血液中抗凝剂枸橼酸钠可与血中游离钙结合,使血钙下降,故在换血过程中每输入 100ml 血补充 10%葡萄糖酸钙 1ml 以防止低钙抽搐。⑤密切监测呼吸、心率、血压、血氧饱和度、体温等生命体征。⑥密切随访胆红素、血色素、血糖及电解质等内环境变化。

综上所述,全血置换治疗新生儿重症黄疸安全有效,值得临床广泛推广。

#### 参考文献

- [1] 蒋永江,陈继昌. 新生儿高胆红素血症换血治疗研究新进展[J]. 中国实用医药,2007,2(1):44-45
- [2] 中华医学会儿科学分会新生儿学组. 全国新生儿黄疸与感染学术研讨会纪要(附新生儿黄疸干预推荐方案). 中华儿科杂志,2001,39:185-186
- [3] 金汉珍,黄德珉,官希吉. 实用新生儿学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2003.308-309
- [4] 赵小朋,宋燕燕,李坚,等. 新生儿换血不良结局相关因素分析[J]. 中国妇幼保健杂志,2008,23(6):797-798

作者单位:610031 成都市妇幼保健院新生儿科

## 药物流产与人工流产在终止早期妊娠的对比分析

陈朝秀

【中图分类号】R169.4

【文献标识码】A

【文章编号】1672-6383-(2011)01-0023-02

**【摘要】目的:**观察药物流产与人工流产在终止早期妊娠的临床比较。**方法:**选择 450 例育龄妇女妊娠 8 周内要求终止妊娠的孕妇,随机分成甲、乙两组。甲组用药物流产,乙组用负压吸宫流产。**结果:**甲组完全流产 207 例,完全流产率 92%,乙组安全流产 219 例,完全流产 97.3%,两组完全流产率经统计学处理无显著性差异。甲组阴道流血天数 12.73±4.46 天,乙组 11.62±5.93 天,经统计学处理无显著性差异,阴道流血量;甲组 78±15.14ml,乙组 72.67±9.98ml,流血量经统计学处理,有显著性差异。**结论:**两组完全流产效果及流血天数均无显著性差异。药物流产简单易行,局部无创伤,能避免子宫穿孔,宫腔内感染,宫腔粘连等危险因素,是一种较为简便,安全有效的理想方法。

**【关键词】**药物流产;人工流产;终止妊娠

Medical abortion and induced abortion in the termination of early pregnancy comparative analysis

Chen Zhao-xiu

**【Abstract】Objective:** The goal observation medicine miscarriage and the induced abortion clinical compare in the termination early time pregnancy. The method chooses the pregnant woman who in 450 example woman of child-bearing age pregnancy 8 weeks requests the termination pregnancy, divides into the armor, the second grade two groups stochastically. The starting team miscarries with the medicine, second grade group attracts the palace miscarriage with the negative pressure. Finally the starting team miscarries completely 207 examples, the complete rate of abortion 92%, the second grade group security miscarries 219 examples, miscarries completely 97.3%, two groups of complete rates of abortion process the non-significance difference after statistics. The starting team vagina bleeds the number of days 12.73±4.46 day, the second grade group 11.62±5.93 day, processes the non-significance difference after statistics, the vagina bleeds the quantity; The starting team 78±15.14 milliliter, the second grade group 72.67±9.98 milliliter, bleeds the quantity after statistics processing, has the significance difference. The conclusion two groups miscarry completely the effect and bleed the number of days not to have the significance difference. The medicine miscarries easy and feasible, does not have the wound partially, can avoid the womb perforation, in the palace cavity infects, the palace cavity adhesion and so on the dangerous factor, is one kind simpler, the safe effective ideal method.

**【Key words】** Medicine miscarriage Induced abortion Termination pregnancy

人工流产是避孕失败后要求终止妊娠的补救措施,不是终止妊娠的主要手段,易给孕妇带来许多不健康因素,为探讨一种较为简便,安全有效的方法,本文对 450 例育龄妇女妊娠 8 周内要求终止妊娠的孕妇,随机分成甲、乙两组,分别用药物流产和负压吸宫流产进行临床比较,现报告如下:

### 1 资料与方法

1.1 资料:450 例均为要求终止妊娠,年龄 16~40 周岁,体重 42~65 公斤,停经 8 周内,尿 HCG(+),妇科检查,B 超检查提示宫内妊娠,并与孕周相符,无内外科疾病史和人工流产禁忌症者。

1.2 资料:450 例早孕妇女,分甲、乙两组,甲组 225 例,米非司酮片上午 8:00 口服 50mg,下午 8:00 口服 25mg,每日 2 次,连服 2 天,服药

前、后 2 小时禁食,第三天阴道后穹窿放置米索前列醇 0.4mg,卧床休息 2 小时,观察 4~6 小时,并于胚囊排除 24 小时内加服米非司酮片 50mg。乙组 225 例,采用负压吸引流产方法终止妊娠。

### 2 临床结果

2.1 完全流产:自胚囊排除二十天内无阴道流血,尿 HCG 转阴性,至月经来潮后仍不需清宫者。甲组 207 例,完全流产率 92%,乙组 219 例,完全流产率 97.3%。

2.2 不完全流产:因阴道流血较多和阴道流血超过 20 天,尿 HCG 仍为阳性,B 超检查示宫内残留>1.0cm 者。甲组 18 例,不完全流产率 8%,乙组 6 例,不完全流产率为 2.7%。

2.3 两组中不完全流产均行清宫术,清除残留组织。

2.4 出血时间: 阴道持续出血天数, 甲组平均出血时间为 12.73 ± 4.46 天, 乙组平均出血时间为 11.62 ± 5.93 天。

2.5 出血量: 甲组为 78 ± 15.14ml, 乙组 72.67 ± 9.98ml。

两组完全流产率及阴道流血天数经统计学处理 ( $P > 0.05$ ), 无显著性差异。流血量经统计学处理 ( $P < 0.05 > 0.01$ ) 有显著性差异。(见表)

表 两组临床资料比较

| 组别            | 完全流产  |      | 不完全流产 |     | 出血时间<br>( $\bar{x} \pm S$ ) 天 | 流血量<br>( $\bar{x} \pm S$ ) ml |
|---------------|-------|------|-------|-----|-------------------------------|-------------------------------|
|               | n     | %    | n     | %   |                               |                               |
| 甲组<br>(n=225) | 207   | 92   | 18    | 8   | 10.73 ± 4.46                  | 78 ± 15.14                    |
| 乙组<br>(n=225) | 219   | 97.3 | 6     | 2.7 | 11.62 ± 5.93                  | 72.67 ± 9.88                  |
| P 值           | >0.05 |      | >0.05 |     | >0.05                         | <0.05>0.01                    |

### 3 讨论

人工流产是避免失败后的补救措施, 不是节制生育的主要手段, 近 20 年来, 世界各国采用最广泛的终止早期妊娠的方法是负压吸宫术, 是一种比较安全、有效的措施, 但仍有一定的危险性与并发症, 技术要求高。近年来人们寻求一种较安全、简便的药物来终止早期妊娠, 即药物流产, 当前以米非司酮与前列腺素联合应用是一种较好的药物终止早期妊娠的最佳方案。米非司酮为一种受体水平抗孕激素, 与内源性孕酮竞争受体, 主要作用于子宫内膜受体, 从而引起蜕膜和绒毛变性坏死, 导致出血, 阻止胚胎发育, 同时能使子宫内膜释放前列腺素 (PG), 促进宫颈软化及子宫收缩, 有利于孕产物排除<sup>[1]</sup>。米索前列醇为 PGE1 类似物, 对妊娠子宫有明显收缩作用, 米非司酮与米索前列醇联合运用, 有协同作用, 促进孕产物排除。

药物流产后阴道流血时间延长是药物流产存在的主要问题, 而蜕膜和绒毛的残留是产后出血的主要原因, 故促使妊娠产物排除是缩短产后出血的关键。药物流产后加服米非司酮, 维持有效血药浓度, 可明显缩短流产后阴道流血时间<sup>[2]</sup>。

米非司酮的药物半衰期为 20~34 小时, 最小有效剂量 25mg, 本研究采用中小剂量每 12 小时服 1 次, 共 4 次, 并于次日阴道后穹窿放置米索前列醇, 两药协同作用, 目的在于促进宫颈成熟, 增强子宫收缩, 有利于胚囊排除, 胚囊排除后 24 小时加服米非司酮是维持有效血药浓度, 促进残留妊娠物的排除。

本资料 450 例早孕终止妊娠, 两组完全流产率及阴道流血时间无显著性差异。药物流产操作简便, 对组织创伤极小, 痛苦小, 孕妇容易接受。乙组操作较复杂, 对组织创伤大, 技术要求高, 给孕妇带来很大的痛苦, 并且术中必须认真仔细地操作, 否则易出现子宫穿孔、人工流产综合反应、吸宫不全、漏吸、宫颈粘连、宫腔内感染、空气栓塞等危险因素。

综上所述, 笔者认为, 药物流产与吸宫流产终止早期妊娠方法, 完全流产率无显著性差异, 甲组操作简单, 简便易行, 对组织几乎无创伤性, 孕妇痛苦小, 易接受, 是一种较为理想安全有效的终止早期妊娠的方法, 值得临床推广。

### 参考文献

- [1] 丰有吉等主编. 妇产科学. 7 年制规划教材, 406—408
- [2] 王冬梅. 药物流产后加服米非司酮对缩短阴道出血时间的临床观察. 中国现代药物应用期刊, 2008, 01: 25

作者单位: 657100 云南省鲁甸县中医院妇产科

## LEEP 联合阴道镜在宫颈疾病中的诊治价值

林 华

【中图分类号】R737.33

【文献标识码】A

【文章编号】1672-6383-(2011)01-0024-02

【摘要】目的: 探讨 LEEP 联合阴道镜在宫颈疾病中的诊治价值。方法: 分析 2007 年 2 月至 2010 年 10 月我院 155 例行阴道镜活检和进行宫颈 LEEP 术的临床资料, 对阴道镜活检结果和 LEEP 术后病理结果进行比较。结果: 在行 LEEP 术的 155 例病例资料中, 阴道镜活检病理与 LEEP 术后病理结果符合率 68.49% (100/146), LEEP 术后病理较阴道镜病理程度加重的 14.38% (21/146), 17.1% (25/146) 较阴道镜活检病理程度轻。另外 9 例细胞学 ≥ ASCUS, 行阴道镜检查不满意的, LEEP 术后病理诊断 2 例为慢性宫颈炎, 6 例为 CIN I 级, 1 例为 CIN II 级。结论: LEEP 联合阴道镜在宫颈疾病中, 尤其对于宫颈上皮内瘤样病变和宫颈癌的早期诊断, 早期治疗有重要价值。

目前宫颈疾病是妇产科常见病, 宫颈疾病尤其是宫颈上皮内瘤样病变的早期发现和治疗越来越引起大家的重视。目前诊治宫颈疾病的方法很多, 近年来阴道镜及宫颈 LEEP 术越来越显示出其临床价值, 两者联合应用, 互相弥补, 大大降低了宫颈癌前病变及宫颈早期浸润癌漏诊率。本文分析了 155 例 LEEP 联合阴道镜诊治宫颈疾病的临床资料, 以讨论 LEEP 联合阴道镜在宫颈疾病中的诊治价值。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料: 选择了 2007 年 10 月至 2010 年 2 月在本院因宫颈疾病行阴道镜检查及行 LEEP 术 155 例。年龄 25~67 岁, 平均 38.2 岁, 均有性生活史。其中包括慢性宫颈炎及 CIN I 级自愿要求行 LEEP 的 105 例, CIN II 级 33 例, CIN III 级 8 例, 宫颈 TCT 提示 ≥ ASCUS, 但阴道镜检查不满意的 9 例。

1.2 手术指征: ①慢性宫颈炎 (宫颈中重度糜烂合并囊肿, 宫颈息肉, 宫颈增生)。②宫颈上皮内瘤样病变 (CIN) I 级、II 级、III 级。③三

阶梯技术诊断结果不一致。

1.3 手术方法: 采用的仪器是美国生产的 WALLACH 仪器, 选择在月经干净 3~7 天手术。在阴道镜指导下做碘试验, 根据宫颈病变的情况选择不同型号的 LEEP 刀头, 切除病变组织。慢性宫颈炎病例: 根据其面积大小决定切割宽度超过病区外缘 3mm, 深度达 4mm。对于 CIN 病例: 锥底至病灶边缘外侧 3~5mm 处, 不同级别 CIN 的 LEEP 切除深度和宽度不同, 切除深度为 5~8mm, 锥顶可达 2~2.5cm。如有出血, 选择针形或球形电极止血, 切除组织分环切及补切两瓶送病检。术后给予抗生素及止血药, 禁止剧烈运动 4 周, 禁止性生活 3 月。

1.4 术后随访: 对于慢性宫颈炎患者术后随访 6 个月。CIN 患者术后密切随访, 随访时间 6~24 个月。治疗术后 2 年内, 每 3~6 月随访一次, 以后每年一次。行宫颈 TCT, 阴道镜, 及 HPV-DNA 检查。对于异常发现的患者行阴道镜活检。

### 2 结果