

# 米非司酮配伍米索前列醇加清宫终止 11~16 周妊娠 30 例疗效分析

代江琴

(江西省庐山人民医院 庐山 332900)

关键词:米非司酮;米索前列醇;清宫;终止妊娠

中图分类号:R 681.5<sup>+</sup>3

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0030-02

米非司酮配伍米索前列醇已广泛用于终止早孕,成功率达 90%,但孕 11~16 周单纯药物引流产有一定的并发症,行宫颈插管钳刮或利凡诺引产亦有许多不足。本院对 30 例要求终止 11~16 周妊娠的患者进行药物引流产配合当时清宫,效果好,痛苦少,成功率高,为临床终止 11~16 周妊娠提供了一种最佳方法。

## 1 资料与方法

1.1 对象 自 2000 年 1 月~2002 年 3 月,要求终止 11~16 周妊娠的健康妇女 30 例,采用药流配合当时清宫进行引流产。(1)年龄 20~29 岁,平均 24.5 岁;(2)均为未产妇;(3)停经 11~16 周,其中 11~12 孕周以内 17 例,12~14 孕周 8 例,14~16 孕周 5 例;(4)经妇科检查确诊后常规作阴道清洁度,血、尿常规,凝血酶原时间,血小板检查;(5)无药物禁忌症,无生殖道畸形及急、慢性病史;(6)B 超示宫内妊娠;(7)自愿要求行药流+清宫进行引流产。

1.2 给药方法 (1)孕 11~16 周,第 1、2 天口服米非司酮 50mg,每日 2 次,连服 2d,第 3 天晨服米索前列醇 3 片(600 $\mu$ g),3h 后无反应加服 2 片。(2)孕 13~16 周,米非司酮 50mg,1d 2 次,连服 3d;第 4 天晨口服米索前列醇 3 片(600 $\mu$ g),3h 后无反应加服 2~3 片(总量不超过 1 600 $\mu$ g)。

1.3 注意事项 (1)给药时注意凉开水送服,要求空腹或餐后 2h 服;(2)用药后出现轻度头昏、恶心、下腹痛等可不做处理,对出现皮疹严重者给维生素 C 与葡萄糖酸钙静注或静滴,呕吐者可给予肌注胃复安注射液 10mg,止吐效果好;(3)发生突然大量活动性阴道出血者均密切观察,随时清宫;(4)服用米索前列醇阴道开始出血后,每次大、小便或阴道排出物均应排在专用便盆或痰盂内,以便观察出血量及组织排出情况,注意腹痛情况及妊娠物排出时间;(5)清宫后均常规给予抗炎治疗,术后 3d 行 B 超检查,出院后嘱患者有情况随诊,40d 复诊记录出血天数及月经恢复情况。

## 2 结果

2.1 流产情况 30 例病例中,妊娠物完整排出者 19 例;不完全排出者 10 例(均为胎盘未排出,8 例堵塞在宫颈口),清宫时均完整钳出;无任何妊娠物排出而行钳刮清宫者 1 例。出血少于 50mL 者 8 例,50~100mL 者 19 例,100~200mL 者 2 例,200~250mL 者 1 例,300mL 者无。服用米索前列醇后妊娠物排出时间最长 12h,最短 2h。

30 例病中,29 例均在密切观察腹痛、出血、妊娠物完全或部分排出后行清宫术,其中 1 例孕 16 周服药后 4h 出血较多,约 200~250mL,即行钳刮清宫,因宫口已扩张,基本完

整钳出胎儿、胎盘及蜕膜,清宫时出血少,术后 3d 复查 B 超宫内有残留物,而行第 2 次清宫。术后阴道出血时间平均为 6d,最长 10d,最短 3d,量少,无腹痛。30 例病例中除 1 例随访时闭经外,都已恢复月经,平均为(32 $\pm$ 5)d,第 1 次月经量与往日月经量相比无明显差异。1 例闭经者为 2 次清宫者,45d 来月经。

2.2 副作用 服药后仅 3 例出现恶心、呕吐,给予肌注胃复安注射液 10mg 症状缓解。

## 3 讨论

3.1 米非司酮配伍米索前列醇已广泛用于终止早孕,成功率达 90.91%。米非司酮是作用于受体水平的新型抗孕酮药物,在分子水平与内源性孕酮竞争结合受体产生较强的抗孕酮作用,使妊娠的绒毛组织蜕膜化,并释放内源性前列腺素;促使宫颈软化,子宫收缩。米索前列醇是一种新合成的前列腺素 E 类似物,可使子宫颈纤维组织软化,胶原降解,也可以引起子宫平滑肌收缩。二者配伍更加发挥了前列腺素的作用,促使宫内妊娠物排出。米非司酮配伍米索前列醇用于 11~16 孕周引流产易造成不全流产、出血稍多或流产后出血时间较长等缺点,本院采用妊娠物排出后及时清宫这一方法,解决了以上问题,而且当时宫颈是扩张的,采用低负压清宫,患者无明显腹痛,具有明显的实用性和可靠性。

3.2 孕 11~16 周引流产,以往多采用宫颈插管钳刮或利凡诺膜内、膜外引产,宫颈插管钳刮时妊娠物往往不能完整钳出,易钳碎,造成出血较多或一次不易钳干净等缺点,且负压要求偏高。负压越高对子宫内损伤越大,对以后妊娠的自然流产率和产后出血、前置胎盘、胎盘粘连、残留等发生率明显偏高。且有时宫颈扩张不理想而需人工扩张宫颈,由于宫颈受扩张、牵拉的刺激,引起迷走神经兴奋而致血压、心率下降,并出现恶心、呕吐、心悸、胸闷、头晕、面色苍白、出冷汗等一系列症状,患者痛苦明显增大。虽然近年有异丙酚用于人工流产及钳刮可获得理想镇痛效果的报道<sup>[1]</sup>,但要进行麻醉监测,而且异丙酚具有一定循环、呼吸抑制作用。利凡诺早期妊娠引产较中孕效果差,有时一次用药无反应而行再次用药,而且利凡诺可使子宫内膜的蜕膜细胞发生严重破坏,蜕膜细胞变性坏死<sup>[2]</sup>,易造成胎盘粘连,出血较多而常规清宫,有时一次清宫不易清干净而行再次清宫。

3.3 本组 30 例引流产避免了钳刮术及利凡诺引产的缺点,患者痛苦小,对子宫内膜损伤轻。而且清宫时妊娠物往往能完整钳出,出血少,一般不需 2 次清宫,安全性大,术后恢复好,40d 内来月经,且量不多,患者和医生易接受,不失

# 安桃乐气体用于分娩镇痛临床分析

翟庆美 汤庆林

(山东省鱼台县人民医院妇产科 鱼台 272300)

**关键词:** 镇痛;分娩;安桃乐气;临床分析

**中图分类号:** R 714.3

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1671-4040(2003)04-0031-01

随着医学的发展和人民生活水平的提高,对无痛分娩的要求越来越高,同时分娩过程中疼痛对产妇造成痛苦,并引起神经、内分泌变化,影响分娩和胎儿供氧。我们自 2000 年至今应用安桃乐气体进行分娩镇痛,现将疗效报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 取 2000~2002 年在我院住院的拟经阴道分娩的正常足妊初产妇 400 例,随机分为观察组和对照组,每组 200 例。2 组产妇骨盆正常,年龄、孕周、身高、体重无统计学差异。

1.2 方法 观察组用急救镇痛气体供应装置,将安桃乐气体(50%氧气+50%氧化亚氮)装入钢瓶,连一个带能随呼吸自动启闭的活瓣面罩,可自控吸入性供气,流量为 4~7L/min。在产妇宫口开大 2~3cm 时自控吸入安桃乐气体,在预计宫缩到来前 30s 教产妇手持面罩紧贴口鼻,做深呼吸 3~5 次,待下次宫缩前再吸入,反复数次,至产妇宫口开大 8~10cm 时停药。对照组除不吸安桃乐气体外,其他产科处理同观察组。

1.3 疼痛分级 按 Mulleert 阵痛强度评分法进行分级:无痛 0 分;轻痛,易耐受 1 分;中度疼痛,耐受 2 分;强痛、难忍 3 分;极痛,不能忍受 4 分。

1.4 观察指标 观察镇痛效果、产程进展、分娩方式、胎儿及新生儿情况,产后出血量、产妇呼吸、血压、脉搏及其他情况。

1.5 统计方法 用  $t$  检验和  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

2.1 止痛疗效 观察组吸入前产痛 2 分 118 例,3 分以上 82 例,吸入后 0~1 分 184 例(92%);对照组 2 分以上 190 例,0~1 分 10 例(5%);2 组比较,差异显著( $P < 0.01$ )。

2.2 产程时间 观察组 192 例经阴道分娩,总产程 7h ( $20 \pm 30$ ) 分;对照组 185 例经阴道分娩,总产程 9h ( $40 \pm 35$ ) 分。观察组产程明显短于对照组( $P < 0.01$ )。

2.3 分娩方式 观察组 8 例因产科指征行剖宫产术,18 例行会阴侧切胎吸术,174 例顺产,难产率 13%;对照组 15 例行剖宫产术,17 例行会阴侧切胎吸术,难产率 16%。2 组难产率无显著差异( $P > 0.05$ )。

2.4 产后出血量 观察组 ( $190 \pm 30$ ) mL,对照组 ( $180 \pm 35$ ) mL,2 组产后出血量无差异( $P > 0.05$ )。

2.5 胎儿及新生儿情况 观察组胎儿宫内窘迫 22 例,占 11%;对照组 36 例,占 18%。2 组比较无差异( $P > 0.05$ )。观察组新生儿体重 ( $3550 \pm 200$ ) g,对照组 ( $3600 \pm 200$ ) g,2 组比较无差异。Apgar's 新生儿评分:1 分钟,观察组 ( $9.2 \pm 1.4$ ),为终止 11~16 孕周妊娠的较佳方法。

## 参考文献

[1]王之丹,王苑,周惠文,等.不同剂量异丙酚麻醉对人工流产中血压和呼吸的影响及比较[J].实用妇产科杂志,2001,

对照组 ( $9.1 \pm 1.5$ ),2 组比较无差异( $P > 0.05$ )。

2.6 副作用 观察组呼吸、血压、脉搏正常,6 例头晕,2 例嗜睡,停吸后 5min 症状消失。

## 3 讨论

3.1 理想的分娩镇痛 目前认为必须具备下列特点:(1)对母婴无影响;(2)易于给药,起效快,作用可靠,能满足整个产程需要;(3)避免运动阻滞,不影响分娩过程;(4)产妇清醒,可参与分娩过程;(5)必要时可满足手术的需要;(6)方法简单易行,创伤小,产科医生易掌握。

我院采用第一产程阶段性吸入安桃乐气体,达到有效镇痛,作用迅速,不影响宫缩,能缩短产程,产妇可自己操作;并且药物作用失效快,对产妇、胎儿、新生儿的副作用小;对经阴道不能顺利分娩的产妇,必要时可行剖宫产结束分娩。

3.2 安桃乐气体的作用机理 安桃乐气体为 50%氧气+50%氧化亚氮的混合气体。氧化亚氮为毒性最小的吸入镇痛麻醉剂,无色,味甜,不易燃烧,不易爆炸,对呼吸道无刺激,不与血红蛋白结合,对心、肝、肾无不良作用,而且显效快,30~50s 产生作用,终止吸入后能较快从肺泡呼出,镇痛好,麻醉弱。氧化亚氮通过抑制中枢神经系统兴奋性神经递质的释放和神经冲动的传导,及改变离子通道的通透性而产生药理作用。当浓度大于 80%时,才有麻醉作用。因此安桃乐气体可作为分娩镇痛的理想药物。

3.3 优势 安桃乐分娩镇痛在新生儿 Apgar's 评分、产妇产后出血量、分娩方式上与对照组无明显差异,对血压、呼吸、脉搏无影响。由于镇痛后精神好,宫缩协调,产妇配合,使产程加快,短于对照组。安桃乐气体安全、有效,无异味,副作用小,产妇易接受,可以自己掌握吸入或停吸,无须麻醉师看管。仅有少数产妇感头晕、乏力、嗜睡,停吸后症状消失。安桃乐吸入不失为一种分娩镇痛的较佳方式。

3.4 注意事项 (1)使用中吸入不要超过 50h;(2)镇痛有 30~40s 的潜伏期,应在宫缩前 30s 使用;(3)对氧化亚氮的敏感性和耐受性有差异,如有头晕、嗜睡、不合作等应减少吸入量和次数,确保安全。

## 参考文献

[1]程国梅,张曦,翟子江,等.吸入异氟醚用于分娩镇痛对新生儿血气的影响[J].实用妇产科杂志,1998,14(2):96

[2]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1997.225,272

(收稿日期:2003-03-31)

17(3):169~170

[2]李练兵,马明福.利凡诺引产与安全性研究[J].实用妇产科杂志,1992,8(5):247~248

(收稿日期:2003-04-03)