

中西医结合治疗药物流产后阴道出血的临床效果观察

马申

(浙江省宁波市海曙区鼓楼医院 宁波 315000)

摘要:目的:观察中西医结合治疗方法对药物流产后阴道出血的疗效。方法:将 51 例药物流产后阴道持续出血者随机分为 2 组,观察组 30 例治疗:(1)雌-孕激素序贯疗法(苯甲酸雌二醇 2mg,Bid× 3d,肌注;第 4 天黄体酮 20mg,qd× 3d,肌注);(2)雌-孕激素停药后立即服用生化汤,每天 1 剂,连用 5~7 剂。对照组 21 例,服用安宫黄体酮 10mg,qd× 7d。结果:观察组有 27 例(90.00%)宫内残留物完全排出,阴道出血在残留物排出后 1 周内停止,B 超复查示宫腔内清晰,无组织物残留,与对照组比较差异有显著意义。结论:中西医结合治疗药物流产后阴道顽固性出血效果满意。

关键词:阴道出血;药物流产后;中西医结合疗法;苯甲酸雌二醇;黄体酮;生化汤

中图分类号:R 711.73

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0027-02

出血时间延长是药物流产尚未解决的问题,目前临床主要治疗方法为常规宫缩药、止血药加抗生素,必要时还需诊刮治疗,增加了医疗费用及流产者的痛苦。我院采用中西医结合方法治疗本病,取得满意效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003 年 1 月~2005 年 6 月共接诊药物流产后阴道出血时间延长者 51 例,均为宫内妊娠 49d 以内在本院或外院行药物流产后阴道出血持续 20~40d 者,经常规应用宫缩药和止血药治疗无效而就诊。全部病例经 B 超检查显示宫腔内有混合回声光带或光团,最大直径 <1.5cm,体征平稳,无内科合并症,血红蛋白≥90g/L,患者年龄 20~36 岁。

1.2 方法 所有病例给予抗炎治疗,贫血者给予抗贫血治疗。在此基础上将患者随机分为 2 组:观察组 30 例,(1)雌-孕激素短期序贯药物刮宫:苯甲酸雌二醇 2mg,Bid× 3d,肌注,第 4 天黄体酮 20mg,qd× 3d,肌注;(2)中药生化汤:雌-孕激素停药后立即服用,每天 1 剂,分 2 次水煎服,连用 5~7 剂。生化汤配方:当归 20g、川芎 10g、桃仁 15g、炮姜 9g、天花粉 30g、蒲公英 30g、蒲黄 10g、益母草 30g、甘草 4.5g。对照组 21 例,服用安宫黄体酮 10mg,qd× 7d。2 组治疗后均观察阴道出血及 B 超复查情况,阴道排出物病理检查。

2 结果

2.1 阴道出血及残留物排出情况 观察组 30 例经中西医结合治疗有 27 例(90.00%)阴道流出物中有黑色渣滓状物,最早于服中药后 3d 排出,最迟 7d,阴道出血在残留物排出后 1 周内停止;仅 3 例病人出血持续不净,B 超复查原宫腔声影存在或减少,行清宫术后血止。对照组 21 例中仅 11 例(52.38%)服药后阴道有膜样组织排出,阴道出血在残留物排出后 7d 干净;其余 10 例阴道出血持续存在,行诊刮术后血止。2 组比较,差异有显著意义($\chi^2=9.20$ 、 $P<0.005$)。

2.2 病理及 B 超检查 病理检查:黑色渣滓状物和膜样组织均为变性的蜕膜组织和无定型组织,并见白细胞浸润。B 超:观察组 27 例、对照组 11 例阴道流血停止后 B 超复查,均宫腔内清晰,无组织残留。

3 讨论

米非司酮配伍米索前列醇终止孕 7 周内的早孕成功率一般可达 93%~95%^[1],是一种安全、有效、简便易行的方法,但存在阴道出血多、出血时间较长的问题。这与药物流产后雌激素上升缓慢,导致子宫蜕膜绒毛剥脱缓慢、不全,子宫内

膜复旧欠佳及米非司酮影响凝血功能有关^[2-3]。药流后因蜕膜残留出血的临床特点是:(1)无痛性出血;(2)血量不定,时多时少,时有时无,淋漓不断;(3)一般宫缩药和止血药治疗无效;(4)临近下一个月经周期常发生出血过多,甚至大出血。

安宫黄体酮为孕激素药,大剂量孕激素作用使子宫内膜明显增厚,突然停药,子宫内膜缺乏外援孕激素支持,导致撤退性出血,子宫内膜功能层剥脱,起到药物刮宫作用。但是,当宫内有残留物、反复阴道出血、病程长、残留物及周围组织反复感染、炎性渗出物包裹机化,使残留物变得坚韧并与宫壁致密粘连的情况下,单纯应用孕激素,子宫敏感性和收缩作用不理想,从而影响残留物的排出效果。笔者采用中西医结合的治疗方法,让患者在口服抗生素抗感染的同时运用短期雌-孕激素序贯疗法,使部分子宫内膜得以修复,阴道出血减少,增加了患者治疗信心,同时也软化了机化坚韧的残留组织,增加了子宫平滑肌的敏感性。在雌-孕激素药物刮宫的基础上,服用中药生化汤,配方中天花粉使宫内残留物变异坏死,当归、川芎、炮姜、桃仁、蒲黄等又能活血化瘀、软坚,有效地松解蜕膜与子宫的粘连,同时益母草能增强宫缩,以促进残留物短期内剥脱排出,减少出血时间。本研究观察组患者有 27 例(90.00%)宫内残留物完全排出,阴道出血在残留物排出后 1 周内停止,与对照组相比差异有显著意义($P<0.005$)。

[2] 尹礼成. 产后尿潴留防治体会[J]. 浙江预防医学,2002,14(8): 63

[3] 董海燕,魏玉玲,刘翠芝. 浅谈中西医结合治疗产后尿潴留[J]. 中华现代妇产科学杂志, 2005,2(4): 939

[4] 魏明华,池爱红,卢爱金,等. 中西医结合治疗产后尿潴留[J]. 浙江中西医结合杂志,2005,15(6): 380~381

(收稿日期: 2006-05-08)

参考文献

[1] 王义梅,曲凡会. 中西医结合治疗顽固性产后尿潴留 56 例[J]. 中华实用中西医杂志,2003,16(4): 487

无痛人流流产术的临床研究

罗冬玲

(浙江省台州市路桥区妇幼保健所 台州 318050)

摘要:目的:提高计划生育手术质量,减轻受术者的痛苦。方法:将 600 例自愿要求无痛人流流产术的孕妇分成 2 组,一组用异丙酚静脉麻醉,另一组用仕泰栓于手术前 30min 塞肛,另选择 200 例孕妇对照。结果:异丙酚静脉麻醉用于门诊无痛人流术,完全无痛有效率达 100%,无人工流产综合征发生。结论:无痛人流技术的使用,解除了广大受术者的痛苦,值得在临床推广应用。

关键词:异丙酚;静脉麻醉;无痛人流术;临床分析

中图分类号:R 719.31

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0028-02

在我国,人工流产作为避孕失败的补救措施,早已被广泛接受。但随着人们生活水平的提高及医疗条件的改善,如何在施术时提高镇痛技术,减免孕妇的痛苦显得极为必要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 妊娠 10 周内孕妇 800 例,超声显示宫内妊娠。将 800 例孕妇随机分为异丙酚组 300 例、仕泰组 300 例和对照组 200 例。3 组术前各项常规检查均正常,均无手术禁忌证,3 组年龄、体重及体质等可比性较好 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 异丙酚组 术前禁食 6h,禁饮 4h。术前首先建立静脉通路,受术者取膀胱截石位,双合诊查清子宫位置后,术前消毒铺巾。入室后行心电图监测血压、血氧饱和度、心率、呼吸,由麻醉师静脉推注异丙酚 2.5mg/kg,1~2min 推注完毕,睫毛反射消失,受术者迅速进入睡眠状态后进行手术操作。如术中患者出现肢体不自主扭动或手术时间延长,追加异丙酚 2~3mL。

1.2.2 仕泰组 受术者术前用仕泰栓 1 枚塞入肛门内,30min 以后即可进行手术。

1.2.3 对照组 采用传统扩宫法,即不用任何药物进行人流术,术中观察受术者血压、脉搏变化及宫口松弛程度(以能否顺利通过 6 号吸管为判定宫口松弛程度的标准)。并注意有无恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗、胸闷、腹痛等人工流产综合征反应。观察术中及术后半小时阴道出血情况。

1.3 疼痛分级标准 参考 McGill^[1]疼痛调查表中疼痛分级,根据患者的自我感觉和表现分为 4 级。I 级为受术者自我感觉平静、无痛,处于熟睡状态,无痛苦表情。II 级为受术者感觉轻微的疼痛,能够耐受,可有皱眉、肢体活动,能配合手术。III 级为受术者感觉严重疼痛,以下腹坠胀为主,可有呻吟、躁动、出汗、面色苍白。IV 级为受术者感觉剧烈疼痛,不能耐受手术,要求终止或暂停手术。

1.4 统计分析方法 采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 结果

2.1 术中镇痛效果比较 见表 1。



综上所述,我院采用中西医结合方法治疗药物流产后因蜕膜残留而顽固性出血患者,收到了满意的效果,值得临床推广。

参考文献

[1]经小平,翁梨驹.米非司酮配伍米索前列醇终止早孕的剂量探讨[J].中华妇产科杂志,1995,30(1):38

表 1 3 组术中镇痛效果比较 例(%)

组别	n	分级			
		I 级	II 级	III 级	IV 级
异丙酚组	300	300(100)	0	0	0
仕泰组	300	0	195(65)	90(30)	15(5)
对照组	200	0	40(20)	120(60)	40(20)

3 组镇痛有效率比较,以异丙酚组最高,仕泰组次之,对照组最低,差异均有非常显著性意义 ($P<0.01$)。

2.2 3 组术中、术后情况比较 见表 2。

表 2 3 组术中、术后情况比较 ($\bar{X}\pm S$) 例

组别	n	顺利通过 6 号吸管		人流综合征	阴道出血量(mL)	手术时间(min)
		能	不能			
异丙酚组	300	300	0	0	11.5 $\pm$ 2.6	3.5 $\pm$ 0.6
仕泰组	300	280	20	12(4.0)	9.5 $\pm$ 2.1	3.2 $\pm$ 0.5
对照组	200	150	50	41(20.5)	9.3 $\pm$ 2.0	3.7 $\pm$ 0.8

3 组术中宫口松弛程度异丙酚组宫口完全松弛能够顺利通过 6 号吸管占 100%,仕泰组占 93.3%,对照组占 75.0%,差异均有显著性意义 ($P<0.05$)。3 组中人工流产综合征发生率异丙酚组和仕泰组与对照组比较,差异有非常显著性意义 ($P<0.01$)。出血量及手术时间比较,差异无显著性意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

人工流产术时传统的扩张宫口方法对宫颈的牵拉疼痛及对宫壁的刺激,引起迷走神经反射性兴奋,从而出现一系列不良反应。仕泰组直肠给药后,通过抑制前列腺素合成而起到镇痛、抗炎、解热作用。异丙酚是一种短效静脉麻醉药,具有起效快、恢复迅速、苏醒后意识完全恢复且对手术无记忆、无明显积蓄现象等优点^[2],同时可以抑制迷走神经反射,有明显的剂量依存性,术中个别患者可能出现无意识肢体扭动及呼吸暂停。有文献报道,异丙酚注射时间为 20~40s,呼吸暂停发生率达 23%^[3]。因此,在注射异丙酚时,一定要在 1~2min 时间注完,必须有专人看管,麻醉师监护,以保证手术顺利进行。术后患者完全清醒后方可离院。

异丙酚的使用,避免了牵拉和扩张宫颈的机械刺激及其对子宫可能造成的损伤,降低了人工流产综合征及其他不良反应的发生率。本研究结果异丙酚组效果确切,完全无痛有



[2]陆野燕,王艳军.药物流产后阴道出血 90 例临床观察[J].实用妇产科杂志,1996,12(3):156

[3]董丽颖,周兰建,范正红,等.RU486 对早孕妇女蜕膜组织雌激素受体含量及血清激素水平的影响[J].中国临床药理杂志,1990,6(2):65

(收稿日期: 2006-04-03)