

米索前列醇、利多卡因局部应用于初孕人工流产的效果观察

徐世维

(浙江省永康市第二人民医院 永康 321307)

关键词:米索前列醇;利多卡因;初孕;人工流产

中图分类号:R 714.21

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0060-02

安全无痛、有效的早孕人工流产术为广大妇产科医师及患者所关注。米索前列醇、利多卡因现已广泛应用于临床。2005 年 2 月~2005 年 6 月,我院在初孕人工流产中局部应用米索前列醇及利多卡因,获得了满意的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择门诊孕 6~8 周,经 B 超证实为正常宫内早孕,自愿选用负压吸宫术终止妊娠而无手术及米索前列醇、利多卡因等使用禁忌的初孕妇 120 例,年龄在 18~29 岁之间,随机分成 3 组:Ⅰ组为米索前列醇加利多卡因组,Ⅱ组为利多卡因组,Ⅲ组为对照组,全部手术为同一人操作。

1.2 方法 Ⅰ组术前半小时,米索前列醇片 200μg 浸湿后置入阴道后穹窿,术前宫颈消毒后,用 2%盐酸利多卡因 2mL 分别在宫颈 3 点及 9 点距宫颈口外缘约 0.5cm 处刺入 1cm 回抽无血各注入 1mL,并以 5mL 通过双腔管注入宫腔,等待 3min 后行人工流产手术。Ⅱ组仅用利多卡因宫颈注射,方法同Ⅰ组,不作宫腔封闭。Ⅲ组常规操作。

1.3 观察项目及评定标准

手术后,在严密监护下行保守治疗。

1.2 治疗方法 米非司酮 50mg,每 12 小时 1 次,服药前后 2h 禁食,连服 3d,第 4 天开始服中药异位妊娠方加味:丹参、赤芍、天花粉各 15g,三棱、莪术、桃仁、元胡各 10g,随证加减,每日 1 剂,连用 7d。治疗期间病人卧床休息,避免活动,禁止性生活,防止输卵管妊娠流产或破裂。

1.3 检测指标 所有患者用药后每天测血压、脉搏及观察腹痛、阴道流血及肛门坠胀等表现,治疗的第 4 天和第 7 天测血 β-hCG 1 次,如果呈下降趋势,以后每周测血 β-hCG,复查阴道 B 超和血常规,同时记录患者的副反应。

2 疗效观察

2.1 疗效评价 符合以下三项标准者为治愈:(1)血 β-hCG 转阴;(2)盆腔包块缩小或消失;(3)腹痛、阴道流血症状消失。凡符合其中之一标准者为失败:(1)血 β-hCG 不降或上升;(2)盆腔包块不缩小或增大;(3)出现内出血征象。

2.2 治疗效果 59 例患者中,6 例用药 7d 后血 β-hCG 下降不理想,盆腔包块缩小不明显,要求手术治疗。其中 2 例血 β-hCG 大于 10 000U/L,包块直径大于 4cm,B 超示胚胎存活;1 例有明显内出血征象,血压下降,急诊手术;其余 3 例治疗后血 β-hCG 持续不降或上升,盆腔包块增大而手术治疗。其余 53 例治疗 1 周血 β-hCG 下降≥15%,盆腔包块未增大,缩小>50%,继续监测血 β-hCG 直至降到正常或接近正常出院,治愈率达 89.8%。查血常规、肝肾功能正常。

3 讨论

异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一,发病率为 1%,但

1.3.1 镇痛效果评定 设三级:一级为表情自如;二级为孕妇诉轻微胀痛,表情略显痛苦;三级为明显腹痛或呻吟。

1.3.2 宫颈松弛程度 以能否一次顺利通过 6 号吸管为判定宫颈松弛程度的标准。

1.3.3 人工流产综合征(RAAS)的诊断标准 (1)在人工流产术中,心率降至 60 次/min 以下,或心率下降超过 20 次/min,并伴有恶心呕吐、心悸胸闷、头晕、面色苍白及出冷汗五项中三项以上者。(2)术中血压降至 10.7/8.0kPa 以下,或收缩压下降 2.67kPa 以上且有三项全身反应者^[1]。

1.3.4 平均出血量 出血量以量杯测量计算。

1.4 统计学方法 采用 χ² 检验及 t 检验。

2 结果

2.1 镇痛效果 一级Ⅰ组为 87.5%,Ⅱ组为 40.0%,Ⅲ组为 50%,Ⅰ组效果最佳,与Ⅱ、Ⅲ组比较有显著性差异(P<0.01);Ⅱ组次之,与Ⅲ组比较也有显著性差异(P<0.01),见表 1。

2.2 宫颈松弛情况 Ⅰ组效果最佳,Ⅱ组次之。Ⅰ组与Ⅱ、Ⅲ近年来其发生率有逐渐上升的趋势。随着快速敏感的血 β-hCG 检测技术及 B 超技术的发展,相当部分的异位妊娠在早期即可获得明确诊断,为临床药物治疗创造了良好的条件。本组病例中早期明确诊断后采用米非司酮和中药合用,其治愈率达 89.8%。

米非司酮为甾体类,与孕酮的化学结构相似,是作用于受体水平的抗孕酮药物,能抑制孕酮活性,引起绒毛及蜕膜组织变性,导致出血和体内 hCG 水平急剧下降。它与孕酮受体结合能力为孕酮 3~5 倍,可与孕激素竞争受体,阻断了孕酮与孕酮受体结合和孕激素活性的出现^[2]。异位妊娠的胚胎组织得不到孕激素有效支持而枯萎。中药以活血化瘀、消症杀胚为主,丹参、赤芍、天花粉、三棱、莪术、桃仁、元胡可以调节机体的免疫功能,改善局部血液循环,阻止滋养细胞和胚胎的生长,使异位妊娠病灶加快坏死、吸收。中西医结合治疗异位妊娠,目的是双重阻断胚胎发育,从而达到较好的治疗效果。其优点是可减少输卵管组织的破坏,保持其完整性,且经济简捷,患者易于接受,不增加副作用,二者结合起到了协同和互补作用,缩短了杀胚所需时间,加速病灶吸收,值得推广使用。

参考文献

[1]卞度宏.异位妊娠的非手术治疗进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(4):201
[2]乐杰.妇产科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.398

(收稿日期:2006-10-11)

芬太尼、丙泊酚在无无痛人流中的应用

杨丽英 潘吉宝
(浙江省丽水市第二人民医院 丽水 323000)

摘要:目的:比较丙泊酚、芬太尼联合应用与宫旁注射利多卡因在人工流产中的效果。方法:将本院妇科人工流产患者 180 名随机分为 2 组。I 组静脉注射丙泊酚+芬太尼,II 组宫旁注射利多卡因,观察 2 组患者疼痛程度、宫颈松弛度、人流综合反应。结果:I 组在镇痛效果、宫颈松弛度、发生人工流产综合反应方面与 II 组相比均有显著差异。结论:芬太尼+丙泊酚应用于人工流产:(1)镇痛效果好,显效快;(2)宫颈松弛度好,易于操作;(3)可消除患者紧张情绪,防止人流综合反应。

关键词: 丙泊酚;芬太尼;人工流产;无痛

中图分类号:R 714.21

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)03-0061-02

我院妇科自 2003 年 5 月~2005 年 5 月,使用丙泊酚+芬太尼用于无痛人流产术,取得良好的效果。报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2003 年 5 月~2005 年 5 月我院妇科行人工流产者共 180 例,年龄 17~43 岁,妊娠时间:45~70d,要求终止妊娠而无手术禁忌证者,随机分为 2 组,经统计学分析,2 组患者年龄、孕产次、妊娠天数均无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 2 组患者均取膀胱截石位,按操作程序吸宫,吸宫时负压控制在 400~500mmHg。I 组患者术前 4h 禁食、禁水,选择 7 号针建立静脉通道,输入生理盐水,给予心电、血压、血氧饱和度监护,给予氧气吸入。然后静脉推入芬太尼 0.5~1mg/kg+ 丙泊酚 1~2mg/kg,注射 30~40s 后患者入睡,常规进行负压吸引人工流产术。II 组在宫颈旁 4 点及 8 点处各注射 1%利多卡因 2mL,2min 后常规行负压吸引人工流产术。

1.3 镇痛效果评定标准 分 4 级:0 级:无痛,安静合作;I 级:轻度疼痛,易忍受,可合作;II 级:中度疼痛难忍受,呻吟不安,合作欠佳;III 级:重度疼痛不能忍受,不能合作。

1.4 宫颈扩张评定标准 以宫颈口可直接进入 6 号扩宫器组比较, P 值均 <0.001 ,II 组与 III 组比较, $P<0.001$,三者之间有极显著性差异,见表 1。

2.3 RAAS 发生率 I 组发生率最低,II 组次之,I 组与 II 组比较有显著性差异($P<0.05$),I 组、III 组比较有极显著性差异($P<0.001$),II 组、III 组比较亦有显著性差异($P<0.05$)。

2.4 平均出血量 经 t 检验处理,I、II、III 组间相互比较 P 值均 >0.05 ,无显著性差异。

表 1 3 组流产效果比较 ($\bar{X} \pm S$) 例

组别	n	镇痛			宫颈松弛	RAAS	出血量(mL)
		一级	二级	三级			
I	40	35	4	1	38	1	12.5± 6.5
II	40	16	14	10	21	8	11.8± 7.3
III	40	2	11	27	3	18	13.2± 5.2

3 讨论

大多数患者在行人工流产手术时,由于扩张宫颈及搔刮宫壁的机械刺激,都会有不同程度的下腹坠胀、疼痛不适,尤其是初孕妇,宫口紧,扩张困难,疼痛刺激更明显,更易出现人工流产综合征。宫颈内膜含有丰富的神经末梢,而支配子宫的神经穿过子宫肌层,进入子宫内膜、黏膜下层,含有穿透纤维的神经丛,占内膜基底层的 1/3^[2],故患者不仅在扩张宫

为松弛,宫颈口须用 5 号以下扩宫器递增扩张为不松弛,介于两者之间为较松弛。

1.5 统计学方法 所有结果采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 疼痛缓解效果 I 组患者在用药 30~40s 后均能进入睡眠状态。醒后询问患者均无痛苦,不知道手术过程。II 组患者,0 级及 I 级疼痛 58 例(64.4%),II 级疼痛 30 例(33.3%),III 级疼痛 2 例(2.2%)。镇痛效果 2 组比较有显著差异($P<0.01$),见表 1。

表 1 镇痛效果比较 例(%)

组别	n	0 级	I 级	II 级	III 级
I 组	90	90(100)			
II 组	90	18(20.0)	40(44.4)	30(33.3)	2(2.2)

2.2 宫颈口松弛情况 宫颈松弛、较松弛:I 组 86 例(95.6%),II 组 58 例(64.4%),2 组比较有显著差异($P<0.01$)。

表 2 宫颈松弛度相比较 例(%)

组别	n	宫颈松弛	宫颈较松弛	宫颈未松弛
I 组	90	50(55.6)	36(40.0)	4(4.4)
II 组	90	18(20.0)	40(44.4)	32(35.6)

2.3 人工流产综合反应 I 组 0 例,II 组 28 例(31.1%)。

颈时觉难以忍受,就是在刮宫时也会觉得疼痛不适。

米索前列醇为前列腺素 E₁ 衍生物,阴道给药经黏膜吸收后,直接作用于靶器官,使宫颈胶原纤维分解,数量减少,排列松散,水分增加,宫颈变软,宫口松弛。利多卡因是酰胺基类中效局麻药,局部应用起效快、弥散广、穿透性强,能有效减轻疼痛和扩张宫颈口,无明显扩张血管的作用,浸润麻醉 1 次极量为 400mg 即 2%利多卡因 20mL,故使用 2%利多卡因 7mL 为安全剂量,用药前后需注意观察呼吸、脉搏、心率有无异常,有无头昏、心慌、呼吸困难等症^[3]。

米索前列醇与利多卡因联合应用,既能有效扩张宫颈,又能避免机械刺激带来的副反应,且安全有效,价格低廉,无明显毒、副作用,值得基层医院临床推广使用。

参考文献

[1]王淑贞.妇产科理论与实践[M].第 2 版.上海:上海科学技术出版社,1991.889
[2]刘新民,宋玉琴.现代妇产科疾病诊断与治疗[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2004.36
[3]谭齐川.利多卡因宫颈局部麻醉对人工流产的镇痛效果[J].实用妇产科杂志,1999,15(6):325

(收稿日期:2006-12-26)