

康妇特栓联合微波治疗宫颈糜烂疗效观察

吴云 侯金铃 胡萍

(皖北煤电集团总医院毛郢孜煤矿医院 安徽萧县 235292)

关键词: 康妇特栓;微波;宫颈糜烂

中图分类号: R 711.32

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0027-02

宫颈糜烂是已婚妇女的常见病与多发病, 积极防治宫颈糜烂对提高妇女健康水平有重要意义。对于中、重度宫颈糜烂, 临床多采用微波治疗, 但存在术后阴道有多量水样分泌物及长时间出血、创面愈合时间较长的缺点。我科自 2005 年以来采用微波联合康妇特栓治疗中、重度宫颈糜烂, 获得较满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 235 例病例为门诊患者, 均已婚生育, 年龄最大 47 岁, 最小 23 岁, 平均年龄 36.2 岁。按《实用妇产科学》诊断标准^[1], (1)轻度糜烂: 宫颈糜烂面积小于整个宫颈面积的 1/3; (2) 中度糜烂: 宫颈糜烂面积占整个宫颈面积的 1/3~2/3; (3) 重度糜烂: 宫颈糜烂面积占整个宫颈面积的 2/3 以上。再根据糜烂面积的深浅程度分为单纯型糜烂、颗粒型糜烂和乳头型糜烂。中度 173 例, 重度 62 例;单纯型 136 例, 颗粒型 69 例, 乳头型 30 例。

1.2 分组 235 例患者术前均常规给予阴道分泌物检查, 排除霉菌、滴虫、性病等急性炎症, 宫颈细胞学检查及电子阴道镜检查排除宫颈癌。按随机分组的原则, 康妇特栓联合微波组(治疗组)120 例, 宫颈中度糜烂 87 例, 重度糜烂 33 例;单纯型 70 例, 颗粒型 35 例, 乳头型 15 例。单纯微波治疗组(对照组)115 例, 宫颈中度糜烂 86 例, 重度糜烂 29 例;单纯型 66 例, 颗粒型 34 例, 乳头型 15 例。经统计学处理, 2 组间比较年龄、病情无显著差异 $P>0.05$ 。

表 2 2 组宫缩幅度、手术时间、术中出血量及人流并发症发生情况比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	宫缩幅度 /cm	手术时间 /min	出血量 /mL	人流综合征 /例	术后宫颈管粘连 /例
试验组	100	2.83± 0.34	2.7± 2.0	8.45± 5.24	0	0
对照组	100	1.92± 0.21	12.6± 2.7	80.82± 6.25	0	3
P		<0.05	<0.01	<0.01		

3 讨论

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, 如何减少受术者痛苦, 避免并发症的发生显得极为重要。传统人工流产痛苦大, 并发症多, 有人报道人工流产综合征发生率达 10.9%^[2]。药物流产阴道流血量多、时间长, 易发生不全流产、宫腔感染等, 且仅适用于孕期不超过 49d 的孕妇^[3], 影响了药物流产的临床推广, 因而人工流产仍为目前终止早孕的主要手段。无痛人流手术对于避免人工流产综合征确有一定作用, 且无痛苦、苏醒快, 受到自愿终止早孕妇女欢迎, 近年来已在许多医院开展。我们知道, 人工流产手术的困难常常是扩张宫颈的困难, 由于异丙酚为深度镇静剂, 如遇到宫颈条件差特别是初孕妇女, 扩张困难时, 麻醉状态下强制性机械扩张宫颈可导致患者无自觉扭动臀部, 有造成宫颈裂伤、子宫穿孔危险, 因而术前用米索前列醇使宫颈软化和扩张, 对于减少手术并发症, 保证手术安全至关重要。

对照组)115 例, 宫颈中度糜烂 86 例, 重度糜烂 29 例;单纯型 66 例, 颗粒型 34 例, 乳头型 15 例。经统计学处理, 2 组间比较年龄、病情无显著差异 $P>0.05$ 。

1.3 治疗方法 2 组均在月经干净后 3~7d, 采用仪器为国产微波仪, 微波输出功率 40W, 会阴消毒后, 暴露宫颈, 干棉球拭净宫颈及穹隆部的分泌物, 用接触型微波凝固电极与宫颈糜烂面接触, 先从宫颈口内 0.5cm 处开始依次向外烧灼糜烂面, 术后禁止阴道冲洗、坐浴及性生活 2 个月。治疗组术后将康妇特栓(国药准字 H20003347, 规格 50mg), 按使用方法放入阴道, 每晚 1 粒, 6d 为 1 个疗程, 连续使用 3 个疗程;对照组术后创面涂 1%龙胆紫, 每日常规口服氧氟沙星胶囊等抗生素和止血药物。2 组分别每天观察阴道分泌物、出血情况, 于术后 3、4、6、8 周随访观察创面愈合情况。

1.4 统计学处理 计量资料用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, 组间比较用 Ridit 分析。

2 疗效观察

2.1 疗效标准^[2] 痊愈: 子宫颈光滑, 糜烂面消失。显效: 糜烂面积明显缩小 $>50\%$ 或中度好转为轻度、重度好转为中度, 或乳头型变为颗粒型、颗粒型变为单纯型。有效: 糜烂面积缩小 $<50\%$, 但好转不足 I 度, 或颗粒型变为单纯型、乳头型变为

本研究结果显示, 试验组宫颈已扩张、变软, 减少了宫颈扩张时间和难度, 90%可以无阻力通过 7 号扩宫棒, 避免了宫颈内口损伤后遗症、宫颈管粘连, 另外几乎不需扩张宫颈, 可直接吸宫, 缩短了手术时间, 避免了手术损伤, 还可以减少宫颈钳反复钳夹造成宫颈环形撕裂及宫颈扩张棒所致内口撕裂, 同时还可预防子宫内膜异位症的发生^[4]。异丙酚应用人工流产时妊娠月份越大(8~10 周), 吸宫时出血量越多, 这可能与异丙酚静脉麻醉可引起子宫收缩迟缓有关, 术中加入缩宫素后宫缩加强, 术中出血量明显减少。

米索前列醇为前列腺素衍生物, 有促进宫颈软化和宫颈扩张作用。术前口服米索前列醇, 避免了宫颈损伤, 减少了并发症发生, 缩短了手术时间, 术中使用缩宫素加强子宫收缩, 减少了出血量, 提高了手术的安全性和可接受性, 且使用方便, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]王玲,任洪智,叶铁虎,等,异丙酚用于人工流产手术麻醉的临床观察[J].中华麻醉学杂志,1994, 14(2): 90~92
[2]朱红,王志同,顾士忠.全科医生药物手册[M].济南: 山东科学技术出版社,2002.8
[3]罗萍香,梁春燕.异丙酚静脉麻醉下人工流产临床观察[J].中国计划生育学杂志,2001,9(5): 305
[4]乐杰.妇产科学[M].第 6 版.北京: 人民卫生出版社,2004.397~401
[5]丰有吉.妇产科学[M].北京: 人民卫生出版社,2005.417~419

(收稿日期: 2007-04-23)

利凡诺尔联合米非司酮施行中期引产的临床观察

祝春燕 吴伟琴

(浙江省桐庐县第一人民医院 桐庐 311500)

关键词: 中期引产; 利凡诺尔; 米非司酮

中图分类号: R 719.31

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0028-02

计划生育是我国的基本国策, 对于各种原因需终止中期妊娠者, 我院自 2005 年 7 月开始采用利凡诺尔羊膜腔内给药联合米非司酮口服的方法, 取得了良好的效果。现阐述如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2005 年 8 月~2006 年 10 月在本院住院并自愿要求终止妊娠的孕妇 125 例为观察组, 年龄 17~38 岁, 孕周 14~26 周, 初产妇 75 例, 经产妇 50 例, 其中 4 例为疤痕子宫。选择 2004 年 1~12 月在本院住院并自愿要求终止妊娠的孕妇 130 例为对照组, 年龄 19~40 岁, 孕周 14~28 周, 初产妇 68 例, 经产妇 62 例。2 组病例均经 B 超检查确认为宫内妊娠, 妇科检查均排除生殖道畸形及炎症, 无利凡诺尔及米非司酮用药禁忌证。2 组基本情况无明显差异。

1.2 方法 观察组: 经腹壁穿刺向羊膜腔注入利凡诺尔 100mg+ 生理盐水 10mL, 然后口服米非司酮 50mg, 次晨 6 时颗粒型。无效: 糜烂面积无明显变化或有进展。

2.2 结果 2 组疗效及各项指标比较均有显著差异 ($P < 0.01$)。

2.2.1 阴道排液量比较 治疗组 120 例术后阴道排液量少于月经量 116 例 (96.7%); 对照组 115 例术后阴道排液量少于月经量 43 例 (37.4%)。

2.2.2 症状改善情况比较 治疗组术后下腹坠胀、腰痛症状改善 112 例 (93.3%); 对照组术后症状改善 51 例 (44.3%)。

2.2.3 2 组阴道流血的时间比较 治疗组少于 7d 41 例 (34.2%), 7~12d 73 例 (60.8%), 超过 12d 6 例 (5.0%), 平均阴道流血时间 (8.97 ± 2.13)d; 对照组少于 7d 0 例, 7~12d 17 例 (14.8%), 超过 12d 98 例 (85.2%), 平均阴道流血时间 (21.67 ± 3.36)d。

2.2.4 2 组治疗 3 周疗效比较和创面愈合时间比较 治疗组 3 周痊愈 39 例 (32.5%), 显效 59 例 (49.2%), 有效 22 例 (18.3%); 4 周愈合 63 例 (52.5%), 6 周愈合 18 例 (15.0%), 平均愈合时间 (4.51 ± 1.13) 周; 对照组 3 周痊愈 0 例, 显效 32 例 (27.8%), 有效 57 例 (49.6%), 无效 26 例 (22.6%); 4 周愈合 7 例 (6.1%), 6 周愈合 37 例 (32.2%), 8 周愈合 59 例 (51.3%), 超过 8 周愈合 12 例 (10.4%), 平均愈合时间 (7.79 ± 1.32) 周。

3 讨论

宫颈糜烂的治疗有药物、手术及物理等方法, 微波治疗是近年来常用的新技术, 治疗宫颈中、重度糜烂有较高的疗效, 但创面侵蚀大, 局部反应重, 阴道排液、流血时间较长, 待 2~4 周宫颈创面坏死组织脱落, 出现新鲜的肉芽面, 新生的鳞状上皮开始生长, 逐渐将肉芽组织全部覆盖的过程, 约需 6~8 周, 时间较长。

口服米非司酮 50mg, 24h 胎儿未娩出者, 晚 8 时再口服米非司酮 50mg, 总量不超过 150mg。米非司酮均用凉开水送服, 服药前后 2h 禁食。对照组: 经腹壁穿刺向羊膜腔注入利凡诺尔 100mg+ 生理盐水 10mL。2 组均自羊膜腔穿刺注药后开始计算引产时间。用药后测 T、P、R、BP, 2 次 /d, 观察恶心、呕吐、腹痛及胎儿胎盘娩出时间、流产时及流产后 1h 内阴道出血量。胎儿娩出后肌注催产素 20U, 胎盘不能自娩或不完整者即刻行清宫术。

1.3 观察指标 引产成功率、引产总时间、清宫率、产后出血量。

1.4 统计方法 所有资料建立数据库输入 SPSS11.0 进行分析处理, 计数资料用 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验。

2 结果

观察组引产开始至胎儿娩出时间最短 8h, 最长 39h, 平均 (22.25 ± 6.31)h; 引产成功率 100.00%; 产后出血量

康妇特栓由莪术油、冰片、硝酸益康唑组成, 其主要成分莪术提取物莪术油具有广谱抗病原微生物 (真菌、细菌、病毒、支原体) 作用, 并能疏通血液循环, 增加局部血液量及机体免疫能力, 减少渗出, 修复病变组织, 促进创面愈合; 硝酸益康唑抗菌谱广, 对皮肤丝状菌、念珠菌等有抑制和杀灭作用, 同时对革兰氏阳性球菌和杆菌具有较强的抗菌活性; 冰片清凉止痛, 去腐生肌。宫颈中、重度糜烂应用微波治疗后, 阴道纳入康妇特栓, 药物直接作用于宫颈的深组织, 能较快地改善阴道内环境及清洁度, 增强机体免疫功能和抗炎、抗病毒能力, 抑制阴道致病菌生长, 增强新生组织的血供和营养, 降低血管的通透性, 改善血液循环, 减轻创面组织充血、水肿及渗出, 促进宫颈黏膜血管新生及鳞状上皮再生和创面修复, 减少术后排液量、痂皮脱落、出血、阴道及宫颈感染的发生, 加速糜烂面愈合。

临床观察康妇特栓联合微波治疗中、重度宫颈糜烂, 通过 2 组阴道流血、出血、症状改善情况和术后创面愈合时间的比较, 结果显示治疗组阴道流血、流血情况明显减少, 症状改善和术后创面愈合时间有显著差异 ($P < 0.01$), 且治疗中安全、无明显副作用。说明微波治疗后应用康妇特栓治疗中、重度宫颈糜烂具有明显减少术后阴道流血及流血量, 缩短阴道流血流血时间和创面愈合时间, 弥补了单纯应用微波治疗的不足之处, 是治疗宫颈中、重度糜烂较理想的方法, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 王淑贞. 实用妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 567
[2] 钱止维. 人重组 α D 型干扰素治疗宫颈糜烂[J]. 中华妇产科杂志, 1987, 22(6): 335

(收稿日期: 2007-03-02)