

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 组阴道流液、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液、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液及流血量, 缩短阴道流液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)

托里消毒散及其汤剂预防尖锐湿疣复发的疗效对比观察

宫少波¹ 杜锡贤²

(1 山东中医药高等专科学校 莱阳 265200; 2 山东中医药大学附属医院 济南 250012)

摘要:目的:对比观察托里消毒散及其汤剂预防尖锐湿疣复发的疗效和费用。方法:将 60 例符合观察标准的尖锐湿疣患者随机分成 2 组,先以微波除去疣体及亚临床感染的皮损后,分别给予散剂及汤剂内服治疗。连续观察 3 个月以判定疗效。结果:散剂组复发率(20.00%)略高于汤剂组复发率(16.67%),两者复发率差异无显著性意义($P>0.05$)。结论:托里消毒散对预防尖锐湿疣复发有效,副作用小,且费用低,值得临床使用。

关键词:托里消毒散;微波;尖锐湿疣;预防;复发

中图分类号:R 572.53

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0029-02

我们采用托里消毒散及其汤剂治疗微波后尖锐湿疣,明显降低了尖锐湿疣的复发率,取得了较满意的疗效。现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 所有病例均为 2004 年 3 月~2005 年 3 月间我院皮肤性病科门诊患者,参照《性病诊断标准及治疗方案》^[1]中有尖锐湿疣的诊断标准,确诊的尖锐湿疣患者共 60 例,不合并其他性病或严重的系统性疾病,不含妊娠或哺乳期妇女,随机分为散剂组和汤剂组。散剂组:男 20 例,女 10 例,年龄 18~45 岁,平均 25.7 岁,病程 2 周~17 个月,平均 2.5 个月;汤剂组:男 19 例,女 11 例,年龄 17~47 岁,平均 27.4 岁,病程 2 周~20 个月,平均 2.7 个月。2 组患者的一般情况,如性别、年龄、病程及皮损分布等资料比较,经 χ^2 检验无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 2 组患者均先用微波治疗(每次复诊时,有复(75.12±28.76)mL,清宫 18 例(14.40%)。对照组引产开始至胎儿娩出时间最短 30h,最长 72.5h,平均(44.88±5.49)h,其中 3 例 72h 无任何分娩症状,改用其他方法引产,成功率 97.69%,产后出血量(82.69±29.26)mL,清宫 108 例(83.08%)。2 组比较,观察组自引产开始至胎儿娩出时间较对照组短,差异有显著性意义($P<0.01$);产后出血量观察组少于对照组,但差异无显著性意义($P>0.05$);清宫数 2 组相比,差异有显著性意义($P<0.01$)。

3 讨论

利凡诺尔是一种强力杀菌剂,注入羊膜腔后,对子宫有明显的兴奋作用,能刺激子宫肌肉收缩,使子宫“紧张度”增加;药物的毒性作用于胎儿,使引产的胎儿大部分死亡,引起流产,因其安全范围大,引产成功率高,在临床广泛应用。但由于中期妊娠宫颈成熟度差,宫颈扩张的潜伏期长,持续强烈的宫缩作用于未成熟的宫颈,可导致宫缩乏力、产程延长,而引起胎盘残留、产后大出血和继发感染。另外,胎儿及附属物经未充分扩张的宫颈强行排出,易造成宫颈撕裂、后穹窿裂伤^[2]。本研究结果显示,单纯利凡诺尔羊膜腔注射引产时间长,因此宫颈成熟度成为引产成功的关键。

过去认为宫颈在分娩过程中处于被动地位,即子宫收缩使宫颈被动的扩大回缩,然而免疫组化研究表明,宫颈在妊娠期并非静止,而是在多种因子调节下进行同期变化,包括宫颈变短、消失、软化^[3]。正常宫颈组织主要由结缔组织组成,且胶原纤维为其主要成分^[4]。米非司酮为受体水平拮抗孕激

发者均用微波处治),去除肉眼可见到的疣体及亚临床感染的皮损,然后,再给予内服药物治疗。散剂组,用托里消毒散(党参、黄芪、白术、茯苓、白芍、当归、川芎、金银花各 10g,白芷、甘草、桔梗、皂刺各 5g,共为细粉),9g/次,2 次/d;汤剂组,用其水煎服,日 1 剂,共煎液 250mL,分 2 次服。2 组均饭后半小时用药。所有患者治疗期间禁酒及少食辛辣、肥甘之品,2 月内避免性生活,2 个月后戴避孕套。2 组患者治疗均于 4 周末结束。

1.3 观察方法 于治疗开始后 7d、15d、1 个月、2 个月、3 个月复查,7d、3 个月复查时并做醋酸白试验。观察有无复发及药物的不良反应。

1.4 疗效判断 痊愈:治疗后 3 个月内无复发,醋酸白试验阴性;复发:3 个月内有新疣体出现,醋酸白试验阳性。

2 结果

2 组患者均未出现明显的药物不良反应,2 组患者临床素的一种药物,其作用是对抗孕酮,降低孕酮的活性,并加强宫颈胶原纤维分解,从而引起蜕膜退化剥落、子宫收缩和宫颈张力下降,扩张和软化宫颈,促进宫颈成熟,更有利于终止妊娠^[5]。中期妊娠时米非司酮直接作用于子宫螺旋动脉上的雌激素受体和孕激素受体,影响子宫螺旋动脉胎盘血供,且可使内源性前列腺素合成增加^[6],导致蜕膜组织变性、水肿、出血、坏死,滋养细胞凋亡,蜕膜与绒毛膜板分离,胎盘、胎膜易于完全剥离,影响妊娠的维持^[7]。

本研究采用利凡诺尔羊膜腔注射,同时加服米非司酮,使子宫收缩频率、幅度及张力增加与宫颈软化扩张相互协调。结果表明两者联用能有效促进宫颈成熟,明显缩短引产时间,有效减少胎盘胎膜残留,降低了清宫率,避免了诱发宫腔感染的机会,减轻了引产患者的痛苦,并缩短住院时间,使患者易于接受,因此值得临床推广应用。

参考文献

- [1]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.1 004
- [2]潘明明,张振钧.分娩动因研究的进展[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(2):75~77
- [3]翁梨驹,焦丽娅,唐小奈.米非司酮伍前列腺素终止早孕过程中宫颈组织学变化[J].中华妇产科杂志,2000,35(9):522~524
- [4]黄紫蓉,杜明昆.米非司酮配伍前列腺素中期引产问题[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):587
- [5]罗晓清,王自能,叶涛.米非司酮对胎盘激素的影响[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(4):254~255
- [6]王晨虹.米非司酮在引产中的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2002,18(5):267

(收稿日期:2007-02-19)