

米索前列醇在人流术前的应用

郎巧儿

(浙江省桐庐县中医院 桐庐 311500)

关键词:人工流产术;米索前列醇;宫颈软化

中图分类号:R 169.42

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0058-02

笔者根据米索前列醇具有抑制宫颈胶原组织合成、软化宫颈、诱导宫缩的作用^[1],于人流前 2 h 给患者口服米索前列醇,并与对照组进行比较。现将结果报告如下:

1 对象和方法

1.1 对象 2007 年 5~12 月来本院妇科门诊自愿行人流术终止妊娠的病例 150 例,患者平时月经规律,停经时间 45~70d,年龄 17~45 岁,平均 33.12 岁,尿妊娠试验阳性,妇科及 B 超检查子宫大小与停经月份相符,无人工流产禁忌证。随机分成实验组与对照组各 75 例,两组年龄、体重、孕产次、孕龄、子宫大小分布情况差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 实验组在人流术前 2 h 口服米索前列醇 0.4mg,服药前后 1h 禁食。对照组术前予 1%利多卡因 5mL,行宫旁神经阻滞麻醉。术中分别观察测量两组患者宫颈软化扩张程度、术中人流综合征发生情况、手术时间、手术出血以及术后并发症。其中,宫颈扩张程度:宫颈内口能顺利通过 7.5 号宫颈扩张器,无需再扩张宫颈即可行人工流产术为显效;顺利通过 6.0 号宫颈扩张器,有时仍需扩张宫颈方可实施人工流产为有效;宫颈仍坚硬,不能顺利通过 5.5 号宫颈扩张器为无效。手术时间:从探针探测宫腔开始到术毕探宫腔为止。出血量:将负压吸引瓶中的液体过滤后用量杯测量。

1.3 统计学分析 计数资料用 χ^2 检验,计量资料采用配对 t 检验。

6g、制元胡 18g,加入适量生姜及大枣,水煎服,日 1 剂(服药 6d 停药 1d),早晚分服,24 剂为 1 个疗程,连续服用 3 个疗程。

1.3 疗效标准 痊愈:症状全部消失,功能恢复正常;显效:主要症状基本消失,关节功能基本恢复正常者;有效:症状减轻,功能未完全恢复者;无效:治疗后未见好转者。

1.4 结果 经 3 个疗程的治疗,痊愈 39 例,占 63.9%;显效 12 例,占 19.7%;有效 6 例,占 9.8%;无效 4 例,占 6.6%;总有效率 93.4%。

2 典型病例

患者,女,30 岁,2007 年 11 月 19 日顺产一女。产后调摄不慎,自 12 月初出现双膝关节疼痛,屈伸不利,足跟痛,活动及受凉后加剧,得热后稍缓解。二便正常,舌淡,苔薄白,脉沉细。查抗“O”、类风湿抗体、血沉均正常,双膝关节 X 线片正常。中医诊断:产后身痛。治宜补气养血,祛风散寒,通络止痛。给予黄芪桂枝五物汤加减,每日 1 剂。服药 24 剂后,患者自觉双膝关节疼痛明显减轻,但仍感足跟痛,加炒续断 15g、川牛膝 18g,以培补肝肾,扶正祛邪。又服药 48 剂后临床症状消失。

3 讨论

产后身痛是产后常见疾病,近年来因夏季使用空调、人流术后护理不当、休息不足等原因,导致本病发病率升高。本

2 结果

两组宫腔深度、吸出组织重量等方面经统计学处理差异无显著性($P>0.05$)。两组宫颈软化扩张程度经统计学处理有显著性差异($P<0.01$),见表 1。两组术中出现人流综合征经统计学处理差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。手术时间、出血量经统计学处理差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 1 两组宫颈扩张程度比较 例					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
实验组	75	52	21	2	73
对照组	75	4	20	51	24

表 2 术中出现人流综合征的比较 例					
组别	<i>n</i>	无	轻	中	重
实验组	75	71	4	0	0
对照组	75	57	12	5	1

表 3 两组手术时间和出血量的比较 ($\bar{X} \pm S$)			
组别	<i>n</i>	手术时间(min)	出血量(mL)
实验组	75	4.5± 0.91	9± 1.38
对照组	75	8.0± 1.45	14± 2.11

3 讨论

药物流产因痛苦小、操作方便、价格适中易被广大患者所接受,同时药物流产也具有许多副作用,如胃肠道反应,药流后出血时间长、出血量大,有发生休克、贫血的危险性以及宫腔残留组织多易引起感染等并发症。米索前列醇属于前列腺素 E 类,直接作用于子宫肌细胞膜的前列醇素受体使子宫肌兴奋,同时,还抑制宫颈胶原组织合成^[1],具有扩张和软化病的发生主要是产后营血亏虚,经脉失养或风寒湿邪乘虚而入,稽留关节、经络所致。

产后多虚多瘀,素体血虚,产时产后失血过多,阴血亏虚,四肢百骸筋脉关节失养,则肢体麻木酸痛。产后瘀血留滞于经络筋骨之间,气血运行受阻,故使身痛。《叶天士女科》云:“产后遍身疼痛,因气血走动,升降失常,留滞于关节间,筋脉引急,或手足拘挛不能屈伸,故遍身关节走痛。”产后正气不足,腠理疏松,易于感受外邪,《灵枢·五变篇》“内不坚,腠理疏,则善病风。”风、寒、湿邪乘虚而入,留着经络、关节,使气血运行受阻,瘀滞而作痛。《经效产宝·产后中风方论》指出其因“产伤动血气,风邪乘之”所致。本病之病变核心为产后“多虚多瘀”、“不荣则痛”、“不通则痛”,治疗以补气血、活血通络止痛为主。

方中黄芪补气固卫;桂枝通阳蠲痹;当归、白芍、鸡血藤养血活血通络;川乌、羌活、独活祛风除湿,散寒止痛;忍冬藤、通草清热利湿;制乳没、制元胡活血止痛;制香附、陈皮行气止痛;细辛辛温,能开能散,通彻表里,载诸祛风散寒、除湿止痛之药,由表及里,由里达表,逐客邪无藏身之地,故奏效迅速;生姜、大枣调和营卫。全方共奏养血益气、理气通络、祛风除湿止痛之效,故产后身痛者用之皆效。

(收稿日期: 2008-07-24)

113 例新生儿窒息产科原因分析

马莉

(江西省赣州市妇幼保健院 赣州 341000)

摘要:目的:探讨新生儿窒息的原因及其预防措施。方法:采用回顾性分析法,对 113 例新生儿窒息进行产科原因分析。结果:新生儿窒息的前三位原因分别是脐带因素(30.97%)、早产(19.47%)和过期妊娠(9.73%)。胎儿窘迫与新生儿窒息密切相关。结论:做好产前保健,规范产程管理,预防并及时处理有关并发症,重视产前、产时电子监护及 B 超监测,及时处理胎儿窘迫,可预防新生儿窒息。

关键词:新生儿窒息;危险因素;产科

中图分类号:R 722.12

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0059-02

新生儿窒息是围生儿死亡的主要原因,是产科最常见的新生儿危象,其发生率与孕期保健、产科及新生儿处理质量密切相关。本研究通过对 113 例新生儿窒息发生的产科原因进行分析,旨在探讨新生儿窒息的预防措施,降低新生儿窒息的发生率,提高围产期保健质量。

1 资料与方法

1.1 资料来源 2006 年 1 月~2007 年 12 月我院收住妊娠 28~43 周孕妇分娩新生儿 3 236 例,发生新生儿窒息 113 例。孕妇年龄 18~41 岁,平均年龄 30.1 岁。

1.2 方法 新生儿窒息判定标准:新生儿出生后 1~5 min Apgar 评分≤7 分为窒息,4~7 分为轻度窒息,≤3 分为重度窒息。

2 结果

2.1 新生儿窒息在不同孕周的发生率 与足月妊娠比较,早产、过期产的新生儿窒息率差异有显著性($P<0.05$),而早产的重度窒息率最高,与足月妊娠比较差异有显著性($P<0.05$)。见表 1。

表 1 新生儿窒息情况及孕周分布 例					
孕周	同期新生儿数	新生儿窒息		窒息率(%)	重度窒息率(%)
		轻度	重度		
< 37	249	14	8	8.84	3.21
37~40 ⁶	2 568	50	14	2.49	0.54
41~41 ⁶	346	13	3	4.62	0.87
>42	73	9	2	15.07	2.74
合计	3 236	86	27	3.49	0.83

2.2 新生儿窒息的产科原因 脐带因素、早产、过期妊娠及羊水过少为主要原因,而重度窒息中,以产前出血、有妊娠合并症、早产居前三位,再次为羊水过少等。见表 2。

2.3 新生儿窒息与胎儿宫内窘迫的关系 113 例研究对象中有 42 例胎心改变延续为新生儿窒息,轻度窒息 30 例,占 71.43%;重度窒息 12 例,占 28.57%。羊水污染占窘迫总数 75.64%,胎心基线变异占窘迫总数 87.18%。见表 3。

宫颈的作用,使宫口松弛。且米索前列醇口服 15~60min 血浆浓度迅速上升达峰值,2 h 左右平均血浓度降至较低水平,然后维持一个低水平^[2]。依据这些原理,术前 2h 使用米索前列醇可软化扩张宫颈,避免和减轻扩宫的机械性损伤和牵拉刺激,降低受术者的痛苦,缩短手术时间,减少出血。本临床观察结果表明两组宫颈软化扩张总有效率实验组明显高于对照组,人流综合征发生率实验组低于对照组,手术时间和出血量实验组少于对照组。与国内报道人流手术前 48h 口服米非司酮 150mg^[3]相比较,人流术前 2 h 口服米索前列醇 0.4mg

表 2 新生儿窒息的产科原因分析 例				
产科原因	新生儿窒息		窒息率(%)	重度窒息率 (%)
	轻度	重度		
过期妊娠	9	2	9.73	18.18
脐带因素	32	3	30.97	8.57
羊水过少	8	3	9.73	27.27
第二产程过长	7	2	7.96	22.22
产前出血	3	3	5.31	50.00
胎膜早破	6	2	7.08	25.00
早产	14	8	19.47	36.36
有妊娠合并症	4	3	6.19	42.86
巨大儿	3	1	3.54	25.00
合计	86	27	100	23.89

表 3 新生儿窒息与胎儿宫内窘迫的关系 例						
新生儿窒息	胎儿窘迫	胎心改变	羊水污染			胎心基线变异
			I 度	II 度	III 度	
轻度	58	30	5	16	19	30
重度	20	12	2	3	14	12
合计	78	42	7	19	33	42

3 讨论

窒息是新生儿常见的急症和主要的死亡原因之一,凡能使血氧浓度减低的任何因素都可引起胎儿和新生儿窒息。世界卫生组织机构将新生儿窒息定义为新生儿血液缺氧、碳酸增多及酸中毒^[1]。新生儿窒息一般医院发生率约为 5%^[2],本组资料中新生儿窒息发生率为 3.49%。

脐带绕颈是产科常见并发症,发病率为 20%~25%^[3]。本组资料显示新生儿窒息的产科相关因素中,第一位是脐带因素,占 30.97%。脐带过短、缠绕或脱垂、受压、扭转、打结均可使脐动静脉受压,出现胎儿一胎盘循环障碍,引起胎儿缺血缺氧。临床上表现为胎心改变,羊水不同程度污染,胎心监护出现变异减速,并可发展为迟发减速。因此,应加强围产期保健,有条件医院产前尽可能行脐血流图及彩色多普勒或 B 超检查,有脐带异常者应对胎儿重点监护,尽可能行胎心电子监护。变异减速提示脐带受压、胎儿血循环受阻或胎头受压,当变异减速程度加重或合并其他异常心率图型如基线变异

明显缩短了术前用药时间,而且药物剂量非常小,价格便宜,效果可靠,副反应及并发症少,患者易于接受,具有显著优越性,尤其适用于基层医院。

参考文献

[1]吴熙瑞.药物性流产[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):579
[2]邵庆翔.米非司酮及配伍前列腺素应用于终止早孕的药代动力学[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):582
[3]周霞平.米非司酮在吸宫流产术前的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):627

(收稿日期:2008-06-11)