

米非司酮联合利凡诺和哌替啶在疤痕子宫中期妊娠引产中的临床应用

邓选碧,陈云梅,李桦志(重庆市永川区中医院妇产科 402160)

【摘要】 目的 探讨米非司酮联合利凡诺、哌替啶用于疤痕子宫中期妊娠引产的临床效果及安全性。**方法** 将 94 例身体健康、自愿要求引产的疤痕子宫中期妊娠孕妇分为观察组(48 例)和对照组(46 例)行羊膜腔内注射利凡诺 100 mg,同时口服米非司酮 75 mg,间隔 12 h 再追加 75 mg;出现规律宫缩后肌肉注射哌替啶 100 mg。对照组单纯行羊膜腔内注射利凡诺 100 mg 引产。**结果** 观察组与对照组在引产有效率、总时间、并发症等方面差异有统计学意义。**结论** 米非司酮联合利凡诺、哌替啶用于疤痕子宫中孕引产,临床效果及安全性显著增加,缩短了引产总时间,可减轻患者痛苦和减少并发症,值得临床推广。

【关键词】 米非司酮; 利凡诺; 哌替啶; 妊娠中期; 引产; 疤痕子宫
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)17-2118-02

随着剖宫产率增加,疤痕子宫引产率也明显增加。本院于 2007 年 2 月至 2010 年 12 月,采用米非司酮联合利凡诺、哌替啶终止疤痕子宫中期妊娠 94 例,效果较好,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 2 月至 2010 年 12 月自愿到本院要求终止妊娠的疤痕子宫孕妇 94 例,均身体健康,第一次剖宫产术后至本次妊娠时间最短 8 个月,最长 7 年,孕周 15~28 周,平均年龄 27.5 岁。所有孕妇无生殖道畸形,彩超提示排除胎盘前置及胎盘附着于子宫疤痕处。94 例孕妇随机分为两组,观察组 48 例,对照组 46 例。两组在年龄、孕次、产次、孕周方面无明显差异,具有可比性。

1.2 方法 患者引产前进行全身体格检查、妇科检查及辅助检查,无引产禁忌,所有对象均无利凡诺、米非司酮、哌替啶使用禁忌。观察组行羊膜腔内注射利凡诺 100 mg,同时口服米非司酮 75 mg,12 h 后再口服 75 mg。服药前后各禁食 2 h,出现规律宫缩后肌肉注射哌替啶 100 mg。对照组单纯行羊膜腔内注射利凡诺 100 mg 引产。两组均在产后第 2~5 天根据孕周大小常规清宫,如胎盘滞留或胎盘、胎膜残留、出血多者及时清宫。

1.3 观察指标 (1)用药后至宫缩发动时间;(2)宫缩发动时宫颈成熟情况;(3)产程时间;(4)引产并发症,包括子宫疤痕破裂、宫颈裂伤,产后 2 h 出血;(5)疼痛情况。按世界卫生组织疼痛标准分为四级:I 级为无疼痛,安静合作;II 级为轻度疼痛,即有疼痛,但日常生活和睡眠不受影响,可合作;III 级为中度疼痛,即疼痛明显,呻吟不安,合作欠佳;IV 级为重度疼痛,日常生活和睡眠受到严重影响,不能忍受。

1.4 效果评定 成功:无子宫破裂,用药后 72 h 内娩出胎儿、胎盘。失败:用药后 72 h 内未娩出胎儿、胎盘,有子宫破裂。

1.5 统计学处理 采用 *t* 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组引产前宫颈成熟及引产效果等比较 见表 1。观察组宫颈成熟好,引产成功 100%,宫缩发动时间及产程时间明显少于对照组;而对照组宫颈成熟差,引产效果 93.5%,宫缩发动时间及产程时间明显延长。两组比较差异有统计学意义。

2.2 两组引产并发症及疼痛情况比较 见表 2。观察组无宫颈裂伤及子宫破裂,产后 2 h 出血少于对照组,疼痛轻微,产程中情绪稳定。对照组宫颈裂伤及子宫破裂各 1 例,产后 2 h 出

血多于观察组。疼痛剧烈,情绪不稳,两者比较差异有统计学意义。

表 1 两组引产前宫颈成熟及引产效果等比较

组别	<i>n</i>	宫颈[n(%)]		引产效果 [<i>n</i> (%)]	宫缩发动时间 ($\bar{x}\pm s$,h)	产程时间 ($\bar{x}\pm s$,h)
		成熟	未成熟			
研究组	48	30(62.5)	18(37.5)	48(100.0)	22.17 $\pm$ 1.42	4.62 $\pm$ 1.38
对照组	46	20(43.5)	26(56.5)	43(93.5)	38.32 $\pm$ 8.46	9.86 $\pm$ 1.36
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01

表 2 两组引产并发症及疼痛情况比较

组别	<i>n</i>	宫颈裂伤 [<i>n</i> (%)]	子宫破裂 [<i>n</i> (%)]	产后 2 h 出血(mL)	疼痛等级			
					I	II	III	IV
研究组	48	0(0.0)	0(0.0)	89.0 $\pm$ 26.0	17	25	6	0
对照组	46	1(2.2)	1(2.2)	117.0 $\pm$ 58.0	4	19	24	12
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

单用利凡诺引产是临床上常用的主要引产方法,利凡诺是一种强力杀菌剂,其引产原理为:利凡诺注入羊水中不仅对子宫肌肉有兴奋作用,引起子宫收缩,而且可引起子宫蜕膜组织坏死及胎儿死亡,从而直接或间接产生内源性前列腺素,诱发子宫收缩^[1]。其缺点是所引起的宫缩不是自发的,易发生不协调性宫缩和强直性宫缩,同时中期妊娠宫颈成熟度差,可使宫缩痛加剧,产程延长。持续强烈的宫缩作用于未成熟的宫颈,可导致宫颈裂伤甚至子宫下段破裂而危及生命。

米非司酮是一种受体水平的抗孕激素药物,口服 1 h 后血中米非司酮水平达高峰,半衰期为 25~30 h^[2]。Keirse^[3]认为宫颈情况是引产成功的主要决定因素。米非司酮使宫颈胶原纤维降解,宫颈变软,易于扩张,说明米非司酮能引起与足月分娩自然生理过程相似的宫颈成熟扩张变化^[4]。据文献报道,米非司酮用药后 36~48 h 最有效^[5]。本文利用利凡诺羊膜腔内注药的同时口服米非司酮 75 mg,间隔 12 h 追加 75 mg,米非司酮与利凡诺的协同作用可增加内源性前列腺素的释放,缩短注药后宫缩出现时间。当宫缩出现后,宫颈已处于成熟状态,规律宫缩便与宫颈口扩张同步进行,明显降低了宫颈扩张的阻力,使产程进展加快。孕妇疼痛减轻,避免了引产并发症,从而提高了疤痕子宫引产的安全性和有效率。

哌替啶是一种人工合成镇痛药,激动中枢阿片受体,产生镇痛,其镇痛作用持续 2~4 h,可兴奋平滑肌,松弛宫颈,但不能对抗催产素兴奋子宫的作用,用于分娩止痛并不延长产程^[6],临床产科常用于不协调性子宫收缩过强。故当引产中出现规律宫缩后肌肉注射哌替啶 100 mg,常常能使患者疼痛减轻,情绪稳定,又不影响子宫正常收缩,有效避免了宫颈裂伤、子宫破裂等并发症发生。

本组资料表明,两组引产有效率差异有统计学意义($P < 0.05$);两组注药后宫缩发动时间、宫颈成熟度、整个产程时间及产后出血量比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。对照组由于宫颈不成熟,宫缩发动及产程时间长,孕妇疼痛剧烈,有 12 例采用干预措施;观察组因宫颈成熟好,宫缩发动时间短,产程中宫缩与宫颈扩张同步进行,从而使产程明显缩短,孕妇无剧烈疼痛及并发症发生。因此米非司酮联合利凡诺、哌替啶终止疤痕子宫中、晚期妊娠明显增加了引产的安全性和有效性。

参考文献

- [1] 王春波,郭新华,刘静. 妇产科用药速查[M]. 北京:科学技术出版社,2006:288.
- [2] 李春玲. 米非司酮配伍利凡诺用于中孕引产的疗效分析[J]. 实用诊断与治疗杂志,2005,19(2):903-904.
- [3] Keirse M. Induction of labor; special issues[J]. Excerpt Med Tokyo,1999,8:104-112.
- [4] 黄露. 米非司酮用于足月妊娠引产的疗效观察[J]. 中华现代中西医杂志. 2004,2(8):750-751.
- [5] 张莉嘉,韩学军,苏慧. 米非司酮在利凡诺引产中的应用[J]. 中国计划生育学杂志,1998,6(8):363-364.
- [6] 丁全福. 药理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:89.

(收稿日期:2011-03-10)

• 临床研究 •

微创手术治疗基底节区脑出血 40 例疗效观察

谢家洪(重庆市万州区中西医结合医院脑外科 404000)

【摘要】 目的 观察微创手术治疗高血压脑出血的有效性和疗效。**方法** 对 40 例急诊入院的高血压基底节区脑出血患者,采用一次性颅脑血肿穿刺粉碎针抽吸技术抽吸、引流血液及血凝块,观察治疗效果。**结果** 术后及出院随访 3 个月,治愈 10 例,好转 27 例,死亡 3 例(其中合并消化道大出血 2 例,急性肾衰竭 1 例),无颅内感染、气颅、脑脊液漏、再出血等并发症发生,术后 1 个月内 CT 复查示血肿大部分消失,所剩余血肿可以自行吸收,无复发。**结论** 微创手术治疗高血压基底节区脑出血疗效显著。

【关键词】 脑出血; 基底神经节疾病; 外科手术,微创性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)17-2119-02

随着人们生活水平的不断提高,我国高血压患者呈不断上升趋势。高血压脑出血为高血压的严重并发症之一,具有起病急、发展迅速,发病率、病死率、致残率高等特点。基底节区脑出血是高血压脑出血最常见的部位^[1]。本院 2009 年 1 月至 2011 年 5 月对急诊收入院的 40 例高血压基底节区脑出血患者进行了微创穿刺抽取血液及血凝块治疗,效果满意。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2009 年 1 月至 2011 年 5 月急诊收入院的高血压基底节区脑出血患者 40 例,男 24 例,女 16 例,年龄 41~70 岁,平均 59.6 岁。40 例患者在入院时神志呈深昏迷 7 例,浅昏迷 24 例,嗜睡者 9 例。入院检查皆有血压升高。双侧瞳孔散大、对光反射消失 6 例,单侧瞳孔散大 15 例,所有患者均经头颅 CT 检查示基底节区脑出血,出血量在 20~80 mL,发病 6 h 内手术 24 例,发病 6 h 后手术 16 例。

1.2 治疗方法 以 CT 所示血肿中心为靶点,2%利多卡因局部麻醉,WTF-1 型一次性颅脑血肿穿刺针刺破硬脑膜,避开皮层血管,行血肿穿刺,成功后抽吸血肿,并给予 3~5 mL 血肿液化剂,1~3 d 复查 CT,根据血肿引流情况适当调整引流管位置。(2)手术前后常规给予止血药物、抗生素、脱水剂及 H₂ 受体阻滞剂,并注意调整血压,维持水电解质和酸碱平衡。根据患者 CT 检查定位穿刺点,避开皮层大血管和重要功能区,了解血肿距颅骨的距离,材料选用北京福特有限公司生产的

WTF-1 型一次性颅脑血肿穿刺针,明确穿刺进针的深度;进入血肿腔中心拔出针芯后用空针抽吸出血凝块或液体状血液。术后通过引流管注入血肿液化剂(含尿激酶 1~5 万单位溶于 3~5 mL 生理盐水中,经引流管注入血肿区,液化剂注入后再注入 1.5 mL 生理盐水,夹管 4 h 后开放,并低负压引流,24 h 内药物注射 3~4 次,以后每日 1~2 次,3~5 d 内根据病情拔针,原则上留针时间不超过 7 d,术后第 1、3、5、7 天复查头部 CT,血肿清除 80%以上即可拔针。

2 结果

治愈 10 例,好转 27 例,死亡 3 例(其中合并消化道大出血 2 例,急性肾衰竭 1 例),无颅内感染、气颅、脑脊液漏、再出血等并发症发生。术后 1 个月内 CT 复查示血肿大部分消失,所剩余血肿可以自行吸收,无复发。

3 讨论

3.1 高血压基底节区脑出血的机制 基底节区由豆纹动脉供血,豆纹动脉由大脑中动脉垂直发出,受血流动力学的影响,豆纹动脉易发生动脉硬化出血,故高血压脑出血多发生在大脑基底节区和丘脑^[2]。一般高血压脑出血在 30 min 内自行停止,形成血肿,较大血肿可以引起脑组织受压、缺血、水肿或坏死,导致颅内压增高,造成各种严重的神经功能障碍甚至形成脑疝,不及时处理将危及生命。高血压脑出血一直是神经外科、神经内科治疗的重点和难点^[3-4]。高血压脑出血的治疗分非手术治疗和手术治疗两种,外科手术是治疗高血压脑出血的重要