

米索前列醇用于人工流产术的疗效观察

徐彩凤, 杨文颖, 施湫歆, 黄迎春, 雷美珍, 陆丽娟

(广西医科大学第三附属医院妇产科, 广西 南宁 530031)

【摘要】 目的 探讨米索前列醇用于人工流产术的疗效。方法 将我院妇科门诊早孕而自愿终止妊娠的160例妇女作为研究对象,随机分为观察组和对照组各80例,观察组术前1h阴道置米索前列醇0.2mg,对照组直接手术,比较两组的宫颈软化度、疼痛度、手术时间、出血量、人流综合征发生率、子宫穿孔发生率。结果 两组间宫颈软化度、疼痛度、手术时间、出血量、人流综合征发生率的差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组无子宫穿孔发生,对照组子宫穿孔1例,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 米索前列醇用于人工流产术前宫颈处理疗效好,可以明显降低患者疼痛,缩短手术时间,减少术中出血,减少人流综合征的发生。

【关键词】 米索前列醇;人工流产;人流综合征

【中图分类号】 R169.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)10-069-02

人工流产是避孕失败的一种补救措施,虽然方法简单,手术时间短,但还是给患者带来一定的痛苦,特别是初孕妇,常常因为扩宫困难而引起疼痛过度,使患者身心受到创伤。而无痛人流虽然在一定程度上解决了疼痛的问题,但因其对医院的麻醉水平有要求,且费用高,基层医院无法开展。笔者将米索前列醇应用于人工流产术,取得良好疗效,现总结报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011年1~6月我院妇科门诊自愿要求人工流产术的早孕妇女160例,孕周6~8周,年龄18~40岁,所有患者均无心肺、肝等基础疾病,无哮喘、青光眼等米索前列醇禁忌证,无人流禁忌证。160例患者随机分为观察组和对照组两组,两组在孕周、年龄等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 观察组人流术前1h放置米索前列醇0.2mg,放入前加水混合,抹涂宫颈一周,1h后手术;对照组直接进行手术,必要时于宫颈局部注射利多卡因及阿托品。

1.3 评价标准 ①疼痛以患者术中表现为标准分轻、中、重。患者诉下腹坠胀,便意感,但是能忍受,

表情安静、自然,为轻度;患者诉下腹胀痛明显,能忍受,表情疼痛,能配合手术,为中度;患者诉下腹疼痛难忍,表情疼痛,并挣扎,不能配合手术,为重度。②宫颈松软度以宫颈扩张器进入无阻力为标准,显效为6.5号扩宫器直接进入无阻力;有效为5.5号扩宫器直接进入无阻力;无效为5号扩宫器不能直接进入,需要用小于5号扩宫器逐号扩宫。③手术时间以探针探入宫腔开始计时到吸宫、搔刮完毕所需要的时间。④人流综合征发生是指患者术中或术后出现心动过缓、血压下降、头昏、胸闷、大汗淋漓、呕吐,甚至昏厥、抽搐等迷走神经兴奋的症状,停止手术后多能恢复。⑤出血量以术毕负压瓶收集计量为准。⑥子宫穿孔以术者器械探不到宫底或将腹腔组织吸出为标准。

1.4 统计学方法 采用SPSS13.0软件进行统计学分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛、宫颈松软度及并发症比较 由表1课件,观察组术中中重度疼痛(19/80,23.75%)明显少于对照组(44/80,55%),两组差异有显著统计学意义($P <$

表1 两组患者疼痛、宫颈松软度及并发症比较(例)

组别	疼痛度			宫颈松软度			人流综合征	子宫穿孔
	重度	中度	轻度	显效	有效	无效		
观察组(n=80)	5	14	61	32	40	8	3	0
对照组(n=80)	12	32	36	14	32	34	12	1
P	0.007	0.007	0.044	0.007	0.007	0.007	0.026	0.319

作者简介:徐彩凤(1969—),女,广西玉林市人,主治医师,学士。

0.01); 观察组宫颈松软度有效率(显效及有效)为90.0%(72/80), 明显高于对照组(46/80, 57.5%), 两组差异有显著统计学意义($P < 0.01$); 术中发生人流综合征, 观察组3例, 对照组12例, 两组差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组无子宫穿孔病例发生, 对照组发生子宫穿孔1例, 两组间对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 手术时间及出血量 观察组手术时间为(3.5±0.3) min, 对照组手术时间为(4.9±0.4) min, 两组差异有显著统计学意义($P < 0.01$); 出血量, 观察组(13.2±1.1) ml, 对照组(17.8±1.2) ml, 两组对比差异有显著统计学意义($P < 0.01$), 见表2。

表2 两组患者手术时间及出血量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间(min)	出血量(ml)
观察组(n=80)	3.5±0.3	13.2±1.1
对照组(n=80)	4.9±0.4	17.8±1.2
P	0.001	0.001

3 讨论

人工流产术作为一种避孕失败的补救措施已经广泛被接受, 而怎样选择一种经济、安全、低痛苦的人流方式是医患双方共同关注的问题。宫颈的感觉神经丰富, 尤其是压力感受器。人流术中的疼痛大多是因为扩宫过程中对宫颈的施压、牵拉引起^[1]。除此之外, 牵拉宫颈尚可引起迷走神经兴奋而致患者心动过缓、血压下降、头昏、胸闷、面色苍白、呕吐等症状, 即人流综合征^[2]。所以如果术前能对宫颈进行预处理, 使宫颈软化松弛, 术中无需扩宫和强烈牵拉宫颈就可以达到减轻疼痛、加快手术、减少出血的作用, 同时减少人流综合征发生, 则能大大提高手术安全性。宫颈预处理有器械和药物两种, 器械一般是在宫颈宫腔插入扩张条, 8~12 h后手术, 操作繁琐, 容易逆行感染。在这里我们主要探讨药物的处理。

米索前列醇是人工合成的前列腺E1类似物, 其可以作用于宫颈组织, 抑制宫颈胶原蛋白合成, 有效软化宫颈, 促使宫颈成熟, 宫颈易于扩张^[3]。在米索前列醇的作用下, 患者宫颈对术中操作的刺激敏感性

降低、疼痛耐受性提高, 减少了人流综合征的发生, 有利于手术操作的顺利进行。在本组研究中, 观察组的中、重度疼痛为19例, 占23.75%, 明显低于对照组44例占55.00%, 统计学差异有统计学意义($P < 0.01$)。宫颈松软度有效率(显效及有效)为90.0%, 明显高于对照组57.5%($P < 0.01$); 人流综合征发生率3.75%, 明显低于对照组15.00% ($P < 0.05$)。观察组中无子宫穿孔发生, 而对照组发生1例, 虽然两组差异无统计学意义($P > 0.05$), 而且手术意外的发生与手术医生的经验、操作技巧密切相关, 但这也说明了一个问题, 即宫颈的松软使人流术更加易于操作, 从而可以大大提高手术的安全性。

同时米索前列醇可以作用于子宫内, 与内源性孕酮竞争受体, 起到明显的抗孕酮作用, 使蜕膜组织无法支撑而变性坏死, 绒毛组织受损剥脱, 易于被吸出, 避免了术中对于子宫的反复搔刮、吸宫, 使手术损伤减轻、时间缩短、出血减少。本组观察组手术时间及出血量明显少于对照组, 两组对比差异有显著统计学意义($P < 0.01$)。

米索前列醇用于人流术前宫颈预处理有诸多优点, 但必须指出有小部分人对此过敏, 表现为手心麻痒, 少数有寒战、肌肉酸痛, 一般不需处理。但需密切观察, 必要时给予地塞米松或异丙嗪抗过敏处理即可。

综上所述, 笔者认为米索前列醇用于人工流产术前宫颈处理疗效好, 可以明显缓解患者疼痛, 缩短手术时间, 减少术中出血, 减少人流综合征发生, 大大提高手术安全性, 与现行的无痛人流可以完美结合, 值得临床推广, 也适合于尚未开展无痛人流的基层医院使用。

参考文献

[1] 曹菊, 李岚, 葛海涛. 微电脑疼痛治疗仪用于人工流产手术镇痛效果观察[J]. 中国计划生育杂志, 2005, 13(3): 181-182.
 [2] 曹泽毅. 中华妇产科学(下册)[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2840.
 [3] 沈霞萍, 冯秀珍. 导乐陪伴及宫颈预处理在人工流产中的应用价值[J]. 重庆医学, 2008, 37(2): 223-224.

(收稿日期: 2012-01-03)