

米索前列醇不同给药方式联合宫腔吸引管在剖宫产术后无痛人流中的应用

陈金美*,李悦,吴烈(大冶有色金属集团控股有限公司总医院,湖北黄石 435005)

中图分类号 R711 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2015)33-4631-03

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2015.33.08

摘要 目的:探讨米索前列醇不同给药方式联合宫腔吸引管在剖宫产术后无痛人流中的应用。方法:214例剖宫产术后无痛人流患者随机分为A组(71例)、B组(71例)、C组(72例)。所有患者均给予常规静脉麻醉后,A组患者术前2h给予米索前列醇0.6mg,口服;B组患者术前3h给予米索前列醇片0.2mg,研粉后置入阴道后穹窿;C组患者不给予相关药物。各组患者均使用一次性宫腔吸引管。观察各组患者的镇静效果、宫颈扩张效果、手术时间、术中出血量、苏醒时间、异丙酚用量、并发症发生情况及不良反应发生情况。结果:A组患者手术时间、术中出血量<B组<C组,差异有统计学意义($P>0.05$),A组患者苏醒时间、异丙酚用量<B、C组,差异均有统计学意义($P<0.05$),但B、C两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);A、B组患者镇静、宫颈扩张总有效率显著高于C组,差异有统计学意义($P<0.05$),但A、B两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);A组患者并发症发生率<B组<C组,差异有统计学意义($P<0.05$)。各组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);结论:口服或阴道给予米索前列醇联合宫腔吸引管治疗剖宫产术后无痛人流的疗效和安全性均相当,但口服给药可减少麻醉药物用量,减少术中出血量,缩短手术时间。

关键词 米索前列醇;无痛人流;宫腔吸引管;剖宫产

Adhibition of Misoprostol Combined with Palace Cavity Attraction Tube in the Treatment of Painless Abortion after Cesarean Section

CHEN Jin-mei, LI Yue, WU Lie (General Hospital of Daye Non-ferrous Metals Group Holding Co., Ltd., Hubei Huangshi 435005, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To study the adhibition of misoprostol combined with palace cavity attraction tube in the treatment of painless abortion after cesarean section. METHODS: 214 patients who received painless abortion after cesarean section were randomly divided into group A (71 case), group B (71 case) and group C (72 case). After all patients were given conventional intravenous anesthesia, Group A was given misoprostol 0.6 mg for oral administration in preoperative 2 h. Group B was given Misoprostol tablet 0.2 mg abrasive powder put in posterior fornix in preoperative 3 h. Group C did not give any drugs. All the groups used disposable suction curettage tube. The efficacies of sedation and cervical dilatation, operation time, intraoperative blood loss, recovery time, dosage of propofol and incidences of complications and adverse reactions in the 3 groups were observed. RESULTS: The operation time, intraoperative blood loss in group A were lower than group B and lower than group C, the differences were statistically significant ($P<0.05$); recovery time and dosage of propofol in group A were lower than group B and C, the differences were statistically significant ($P<0.05$), however, there was no significant difference between group B and C ($P>0.05$). The total effective rates of sedation and cervical dilatation in group A and B were significantly higher than group C, and the difference was statistically significant ($P<0.05$), however, there was no significant difference between group A and B ($P>0.05$). The incidence of complications in group A was lower than group B and lower than group C, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions among 3 groups ($P>0.05$). CONCLUSIONS: The efficiency and safety of misoprostol for oral administration or medicated vaginal suppository combined with palace cavity attraction tube in the treatment of painless abortion after cesarean section is similar, but oral administration can reduce the dosage of anesthetics, operation time and smaller intraoperative blood loss volume.

KEYWORDS Misoprostol; Painless abortion; Palace cavity attraction tube; Cesarean section

- 药,2014,36(7):1 050.
- [12] 何丽,杨俊毅,张静,等.益母草注射液与缩宫素联合应用预防产后出血的临床疗效[J].中国妇幼保健,2010,25(11):1 571.
- [13] 张桂欣.益母草注射液联合缩宫素预防产后出血的循证医学[J].中国妇幼保健,2014,29(21):3 526.
- [14] 马静.益母草注射液联合缩宫素在预防剖宫产出血的应用价值[J].中国医药导报,2014,11(17):73.

(收稿日期:2015-02-25 修回日期:2015-09-16)

(编辑:刘柳)

* 主治医师。研究方向:促进自然分娩。E-mail:634387187@qq.com

剖宫产是解决难产及抢救产妇、胎儿的有效措施,但不是分娩的捷径。近年来,我国剖宫产率不断上升,自然分娩率持续下降,且剖宫产术后并发症日益严重。研究发现,剖宫产术后疤痕子宫患者,如需再次终止妊娠,该类患者的手术难度和术后并发症明显增加,是严重威胁患者生命的危险因素^[1-2]。由于剖宫产术后子宫有疤痕,宫颈狭长且宫颈内口较紧,在进行人工流产时,可因机械性扩宫而导致剧烈疼痛,甚至发生组织损伤、子宫穿孔等严重并发症^[3]。无痛人流术与传统人流术相比具有无痛记忆的特点,但麻醉用药剂量的增大可引发呼吸、循环抑制^[4]。米索前列醇片可软化和扩张宫颈,明显减少麻醉用药剂量。为此,在本研究中笔者观察了米索前列醇不同给药方式联合宫腔吸引管治疗剖宫产术后无痛人流的疗效和安全性,以为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取2012年1月—2014年8月我院收治的剖宫产术后要求行无痛人流的患者214例。纳入标准:(1)经妇科检查、B超确诊为宫内早孕;(2)年龄18~40岁。排除标准:(1)妊娠期内服用过米索前列醇;(2)严重心、肝、脾、肺、肾疾病史、生殖系统感染等手术禁忌症。按随机数表法将所有患者分为A组(71例)、B组(71例)、C组(72例)。A组年龄(29.0±10.5)岁,孕周(7.2±2.4)周;B组年龄(29.4±10.9)岁,孕周(7.3±2.7)周;C组年龄(29.8±11.4)岁,孕周(7.5±2.5)周。各组患者年龄、孕周等基本资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究方案经我院医学伦理委员会批准,所有患者均签署了知情同意书。

1.2 给药方法

所有患者均进行心电图、血常规、白带常规等检查,术前禁食禁水6h。全身麻醉状态下进行无痛人流,建立静脉通道,静脉注射芬太尼1 μg/kg、异丙酚1 mg/kg,待患者意识完全消失后进行手术,手术过程中根据实际情况追加或维持麻醉。A组患者术前2h给予米索前列醇(浙江仙琚制药股份有限公司,规格:0.2 mg/片)0.6 mg,口服。B组患者术前3h给予米索前列醇0.2 mg,研粉后置入阴道后穹窿。C组患者不给予相关药物。各组患者均使用一次性宫腔吸引套管。

1.3 观察指标

观察各组患者手术时间、术中出血量、苏醒时间、异丙酚用量,并发生情况及不良反应发生情况。

1.4 疗效判定标准

1.4.1 镇静效果判定标准^[5] 显效:患者进入深睡眠,无肢体活动,无痛觉;有效:患者有轻微肢体活动,睡眠不深,可见牵扯感,但不影响手术进行;无效:患者浅睡眠,不能安静,肢体活动幅度大,无法进行手术,需加大麻醉药物用量。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4.2 宫颈扩张效果判定标准^[6] 显效:宫颈扩张器顺利进入宫腔,无阻力;有效:宫颈扩张器进入宫腔有阻力但可进入;无效:宫颈扩张器不能进入宫颈,需扩宫。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.5 统计学方法

采用SPSS 18.0统计软件对数据进行分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者手术时间、苏醒时间、术中出血量、异丙酚用量比较

A组患者手术时间、术中出血量<B组<C组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$);A组患者苏醒时间、异丙酚用量<B、C组,差异有统计学意义($P<0.05$),但B、C两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),详见表1。

表1 各组患者手术时间、苏醒时间、术中出血量、异丙酚用量比较($\bar{x} \pm s$)

Tab 1 Comparison of operation time, recovery time, intra-operative bleeding volume and the dosage of propofol among 3 groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间,min	苏醒时间,min	术中出血量,ml	异丙酚用量,ml
A组	71	7.5±1.5*	9.0±1.6*	14.8±3.6*	7.9±1.1*
B组	71	8.5±1.9	15.4±1.5	25.5±3.8	14.5±1.3
C组	72	13.8±2.7	15.5±2.8	32.6±7.4	14.6±2.7

注:与B、C组比较,* $P<0.05$

Note: vs. group B and C, * $P<0.05$

2.2 各组患者镇静效果比较

A、B组患者镇静总有效率显著高于C组,差异有统计学意义($P<0.05$),但A、B两组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),详见表2。

表2 各组患者镇静效果比较[例(%)]

Tab 2 Comparison of efficacy of sedation among 3 groups [case(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率,%
A组	71	36(50.70)	23(32.39)	12(16.90)	83.10*
B组	71	36(50.70)	24(33.81)	11(15.49)	84.51*
C组	72	16(22.22)	24(33.33)	32(44.44)	55.56

注:与C组比较,* $P<0.05$

Note: vs. group C, * $P<0.05$

2.3 各组患者宫颈扩张效果比较

A、B组患者宫颈扩张总有效率显著高于C组,差异有统计学意义($P<0.05$),但A、B两组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),详见表3。

表3 各组患者宫颈扩张效果比较[例(%)]

Tab 3 Comparison of efficacy of cervical dilatation among 3 groups [case(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率,%
A组	71	38(53.52)	23(32.39)	10(14.08)	85.92*
B组	71	35(49.30)	25(35.21)	11(15.49)	84.51*
C组	72	4(5.56)	9(12.50)	59(81.94)	18.06

注:与C组比较,* $P<0.05$

Note: vs. group C, * $P<0.05$

2.4 各组患者并发症发生率比较

A组患者并发症发生率<B组<C组,差异有统计学意义

($P < 0.05$), 详见表4。

表4 各组患者并发症发生率比较[例(%)]

Tab 4 Comparison of incidences of complications among 3 groups [case(%)]

组别	n	宫腔宫颈黏连	月经变化	人流综合征	总发生率, %
A组	71	2(2.81)	3(4.23)	5(7.04)	14.08*
B组	71	3(4.23)	5(7.04)	8(11.27)	22.54
C组	72	4(5.56)	7(9.72)	11(15.28)	30.56

注:与B、C组比较, * $P < 0.05$

Note: vs. group B and C, * $P < 0.05$

2.5 不良反应

A组患者出现1例腹泻、1例恶心, 不良反应发生率为2.82%; B组患者出现1例轻度稀便, 不良反应发生率为1.41%; C组患者未见不良反应发生。各组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

由于社会观念变化等多种因素的影响, 人工流产率不断上升, 而剖宫产术后由于意外妊娠导致的人工流产患者也不断增加^[7-8]。无痛人流作为终止妊娠的方式已成为一种常规术式, 在避孕失败的补救措施中占有重要地位^[9]。对于停经70 d以内的妊娠可采用负压吸宫术终止妊娠, 具有手术时间短、清宫效果好、术后出血少等优点, 已成为临床上早期终止妊娠的方法^[10]。其操作要点是适度扩张宫颈, 但由于剖宫产术后形成的疤痕子宫具有宫颈内口紧、宫颈狭长、质地韧硬等特点, 若强行机械性扩张, 强烈疼痛刺激可引发患者发生不自主的扭动, 影响手术操作, 致使子宫穿孔、漏吸、残留等风险增加, 且易损伤宫颈, 发生宫颈宫腔黏连^[11-12]。

本研究结果显示, A组患者手术时间、术中出血量 < B组 < C组, 苏醒时间、异丙酚用量 < B、C组, 差异均有统计学意义。这提示, 术前口服米索前列醇可减少异丙酚用量, 减轻其对子宫的影响, 使宫颈扩张较好, 缩短手术时间和苏醒时间, 而阴道后穹窿置入可松弛宫颈, 缩短手术时间, 但对异丙酚用量影响不大, 因此口服给药效果较好, 可显著提高宫颈扩张程度, 有利于手术顺利进行, 减少因扩宫导致的不良反应; 也提示米索前列醇可能具有收缩子宫, 减少出血的作用^[13-14]。A、B组患者镇静、宫颈扩张总有效率显著高于C组, 差异均有统计学意义。这说明, 米索前列醇可松弛宫颈, 减少因扩宫导致的机体扭动。此外, A组患者并发症发生率 < B组 < C组, 差异有统计学意义。提示, 米索前列醇对宫颈细胞有刺激作用, 可提高弹性蛋白酶的活性, 促进子宫颈的成熟, 使宫颈扩张、软化, 阻断宫颈口神经末梢反应, 使迷走神经兴奋性降低, 从而减少人工流产综合征等并发症发生率^[15]。

综上所述, 口服或阴道给予米索前列醇联合宫腔吸引管治疗剖宫产术后无痛人流的疗效和安全性均相当, 但口服给药可减少麻醉药物用量, 减少术中出血量, 缩短手术时间。

参考文献

[1] Agaoglu AR, Aslan S, Emre B, et al. Clinical evaluation

of different applications of misoprostol and aglepristone for induction of abortion in bitches[J]. *Theriogenology*, 2014, 81(7):947.

[2] Jha T, Das A, Bhattacharya AR, et al. Comparison of two doses of oral misoprostol with one, after mifepristone in early abortion[J]. *J Indian Med Assoc*, 2013, 111(12): 826.

[3] Quan ZF, Tian M, Chi P, et al. Effective analgesic dose of dexamethasone after painless abortion[J]. *Int J Clin Exp Med*, 2014, 7(8):2 144.

[4] 陆丽娟, 周燕, 雷美珍, 等. 米索前列醇在早孕无痛人流流产中的应用[J]. *中国医药指南*, 2013, 11(12):658.

[5] Dickinson JE, Jennings BG, Doherty DA. Mifepristone and oral, vaginal, or sublingual misoprostol for second-trimester abortion: a randomized controlled trial[J]. *Obstet Gynecol*, 2014, 123(6):1 162.

[6] Sak ME, Soyuncu HE, Evsen MS, et al. Which factors may influence the duration of misoprostol-induced abortion in the second trimester?[J]. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2013, 40(3):356.

[7] 李沁, 陈继明, 高红艳, 等. 不同人流方式在初孕妇女无痛人流的对比分析[J]. *中国妇幼保健研究*, 2012, 23(4): 495.

[8] Kumar R. Misoprostol and the politics of abortion in Sri Lanka[J]. *Reprod Health Matters*, 2012, 20(40):166.

[9] 胡晓冬, 陈茹. 丙泊酚复合舒芬太尼用于无痛人流的临床应用[J]. *中国实用医药*, 2012, 07(8):184.

[10] Bhadra B, Deb T. Role of oral misoprostol for treatment of incomplete abortion[J]. *J Indian Med Assoc*, 2013, 111(10):689.

[11] 吴东方, 宣秀芳. 早期终止剖宫产瘢痕妊娠12例临床分析[J]. *中国基层医药*, 2013, 20(4):540.

[12] Behnamfar F, Mahdian M, Rahimi F, et al. Misoprostol abortion: ultrasonography versus beta-hCG testing for verification of effectiveness[J]. *Pak J Med Sci*, 2013, 29(6): 1 367.

[13] 刘小红. 丙泊酚联合米索前列醇用于剖宫产后无痛人流临床观察[J]. *求医问药: 学术版*, 2012, 10(7):178.

[14] Pena M, Dzuba IG, Smith PS, et al. Efficacy and acceptability of a mifepristone-misoprostol combined regimen for early induced abortion among women in Mexico city[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2014, 127(1):82.

[15] 郝玉凤, 张桂荣, 王雪冬, 等. 剖宫产术后再次妊娠人工流产方法的临床观察[J]. *中国伤残医学*, 2014, 22(5):92.

(收稿日期:2015-05-25 修回日期:2015-09-19)

(编辑:陈宏)