维普资讯 http://www.cqvip.com

·经验交流·

利凡诺联和米非司酮用于中孕引产的临床观察

Induction of labor in midpregnancy by Rivanol and Mifepristone

符 伟 （达州市中心医院妇产科，四川 达州 635000）

[关键词] 引产；利帆诺；米非司酮
[中图分类号] R719.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0100-02

利凡诺羊膜腔内注射终止中期妊娠是目前常规采用的方法，但这种方法所致产程较长、胎盘残留率高、阵痛剧烈、产后出血量较多、产后一般需常规清宫术。为选择一种安全、有效、减少术后并发症、减轻孕妇痛苦的终止中期妊娠方法，我院从2001年1月至2001年12月对来我院要求终止中期妊娠的健康妇女126例采用利凡诺羊膜腔内注射联合米非司酮终止妊娠，其效果满意，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组孕妇126例。年龄14～40岁，平均25.3岁。初孕者27例，经产妇99例，其中瘢痕子宫6例。孕周16～27周，B超检查除外完全性胎盘前置状态，无引产和米非司酮用药禁忌症。126例对象随机分为实验组和对照组，每组63例，两组年龄孕次、产次比较差异无显著性（$P<0.01$）。

1.2 方法

实验组：第1天上午10:00口服米非司酮50 mg，间隔12 h重复1次。在距第2次口服米非司酮12 h后，在无菌操作下行经腹羊膜腔内注射利凡诺。受术者排空膀胱，取仰卧位，常规消毒腹部皮肤，铺无菌巾，于宫底下二横指腹中线旁开1～2 cm，选择子宫壁最柔软、囊性感最强的薄弱处、胎儿肢体侧为穿刺点用7～9号腰穿针垂直刺入腹壁，经子宫前壁至羊膜腔内，拔除针芯见羊水流出，将利凡诺100 mg用生理盐水稀释后经穿刺针注入羊膜腔内，注药完毕插入针芯，拔出穿刺针，消毒纱布覆盖穿刺点，胶布固定。对照组利凡诺用法及用量同实验组，观察出现规律宫缩时间、阵痛程度、胎儿胎盘娩出时间、产后出血量。

1.3 疗效判定标准

1.3.1 引产结果 ①完全成功：胎儿及胎盘在羊膜腔内注射后72 h内自然娩出。②部分成功：胎儿排除，胎盘胎膜部分残留或滞留需行清宫术。③失败：利凡诺羊膜腔内注射后72 h内仍未发动宫缩者。

1.3.2 阵痛程度 ①重度疼痛：疼痛难以忍受并伴有恶心、呕吐或大声呻吟者；②中度疼痛：勉强忍受伴有轻微呻吟者；③轻度疼痛：轻微疼痛可忍受及自觉疼痛者。

1.4 统计学处理

所有数据采用χ^2检验和t检验。

[收稿日期] 2005-10-10 [修回日期] 2006-01-05

2 结果

2.1 引产效果

引产效果见表1和表2。

表1 引产成功率（n，%）

组别	完全成功	不完全成功	失败	总有效
实验组	34(53.96)	29(46.04)	0	63(100)
对照组	6(9.52)	57(90.48)	0	63(100)

表2 用药后产程进展及分娩情况（h，$\bar{x}\pm s$）

	注射至出现缩宫时间	宫缩至胎盘排除时间
实验组	11.20±6.14*	6.95±4.99*
对照组	20.69±8.10	13.65±8.59

*：与对照组比较，$P<0.01$

2.3 两小时出血量

用统一型号的计血量纸（带有弹簧称）将收集的血量称重，按血1.05比重计算出血毫升数，产后阴道出血量实验组为（105.00±38.58）ml、对照组为（152.00±47.71）ml，两组比较均有显著差异（$P<0.01$）。

2.4 阵痛程度

实验组轻度40例、中度20例、重度3例；对照组轻度3例、中度28例、重度32例，两组有显著差异（$P<0.01$）。

2.5 用药期间副作用

实验组服米非司酮后7例孕妇出现轻微恶心、头晕等不良反应均能自行缓解，不需特殊处理。

3 讨论

目前临床上中期妊娠多采用利凡诺羊膜腔注射，其作用机制利凡诺是一种杀菌防腐剂，引起胎盘和蜕膜组织的变性而产生内源性前列腺素PGS[1]，从而诱发子宫平滑肌收缩，PGS可软化宫颈、加强宫缩，当胎盘机能受损后，血中孕酮、雌激素和人绒毛膜促性腺激素（HCG）迅速下降，破坏了内分泌平衡而终止妊娠。中期妊娠利凡诺引产所致的宫缩和生理性宫缩不同，其特点是所引起宫缩不是自发宫缩，且中期妊娠的宫颈成熟度差，宫颈扩张的潜伏期长，子宫伴随收缩过程而宫颈扩张相对缓慢，从而使产妇阵痛剧烈、产程延长、产后出血量增多，其引产成功率值在95%以上[1]。米非司酮为作用于受体水平的新

维普资讯 http://www.cqvip.com

型抗孕酮药物,在分子水平与内源性孕酮竞争受体而达到拮抗作用,是妊娠绒毛组织与蜕膜发生变性坏死,释放内源性前列腺素,促进子宫收缩;并通过提高雌激素比例,引起宫颈胶原纤维降解,基质成分和酸性粘多糖增加,导致宫颈管成熟和软化,从而减少生殖道的损伤。米非司酮还可明显提高妊娠子宫对前列腺素的敏感性[2],临床结果表明给药后实验组胎儿排出时间较对照组明显缩短,实验组病例在引产过程中宫缩协调缓和、产程中宫缩和宫颈扩张同步进行,从而缩短了产程,减轻了体力消耗,使得产妇产后宫缩乏力减少,从而减轻了产后出血,并为瘢痕子宫中期引产的有效性和安全性提供了依据[3]。

本项临床观察表明,利凡诺联合米非司酮用于中孕引产较利凡诺单独应用可减缓宫缩程度、缩短产程、减轻产妇痛苦、减少产后出血及胎盘胎膜残留等,从而清宫率明显降低,此法简便、有效、安全、痛苦小,值得推广。

[参考文献]

[1] 王淑珍.实用妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1989.969.
[2] 朱关珍.实用妇产科药物手册[M].上海:上海科学技术出版社,2001.64-65.
[3] 闻立红,李巧云,颜秋梅.米非司酮配伍米索前列腺中止瘢痕子宫中期妊娠的临床观察[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(12):763-756.

(编辑:兰阳军)

陈旧性会阴撕裂伤37例临床分析

Clinical analysis of old perineum laceration in 37 cases

安玉波,王瑗瑗 (汤原县计划生育服务站,黑龙江 汤原 154700)

[关键词] 产道损伤;会阴;撕裂伤
[中图分类号] R714.464 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0101-02

会阴部撕裂伤是最常见的分娩并发症[1],几乎每例足月初产妇都会发生不同程度的会阴撕裂伤,由于不及时缝合及修补,严重影响妇女的正常生活。及时正确地诊断和处理软产道损伤是围产保健中的重要环节之一,也是提高产科质量的重要课题。本文对2001年1月至2004年1月住站的陈旧性会阴撕裂伤病例进行分析,探讨其预防措施。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组陈旧性会阴撕裂伤共37例,年龄25~64岁,平均29.9岁。分娩1胎8例,分娩2胎14例,分娩3胎11例,分娩4胎4例,平均产次2.5次。陈旧性会阴Ⅱ度裂伤32例,Ⅲ度裂伤5例。同时伴子宫Ⅰ度脱垂10例,Ⅱ度脱垂5例,阴道前壁膨出8例。患病时间1年至21年。

1.2 治疗方法

手术方法参考《妇科手术学》[2]。单纯会阴修补术32例,Ⅲ度会阴撕裂伤修补术5例,阴道前壁膨出修补术8例。术后留置尿管24~48 h,阴道放置凡士林纱布卷,24 h取出。术后5 d会阴拆线。

2 结果

本组37例手术后均愈合,经术后42 d复查,3个月随访,临床症状均治愈或好转,术后半年均无症状。

3 讨论

3.1 发病原因

陈旧性会阴撕裂伤37例,其中Ⅱ度撕裂伤32例,Ⅲ度裂伤5例。全部为乡村医院接生或旧法接生,本文病史中尿频、尿痛、生殖道感染达85%以上,性交痛、性功能障碍也占一定比例,所有症状经手术治疗后均治愈或好转。由于盆底撕裂,肛提肌的两侧分离,未修补时不能将撕裂的筋膜层及肛提肌缝合好,会引起阴道前壁膨出及子宫脱垂。女性自然防御机能丧失,生殖道感染率上升,盆底肌松弛,继发尿失禁及大便失禁[1,3]。造成陈旧性会阴撕裂伤的原因有:①医疗卫生条件差,多数为乡村助产人员未经培训,旧法接生技术不当造成。②胎儿分娩时会阴的伸展程度超过了生理限度,或其过程太快,没能使会阴进行生理性的伸展造成。

3.2 会阴裂伤的诊断及处理

如阴道流持续鲜红的血液,子宫收缩良好,应考虑软产道裂伤。及时修补是预防产后出血、感染及盆底组织松弛的有效方法[3]。修补时要组织对合整齐,恢复原解剖关系,妥善止血,预防感染。术后注意伤口护理,保持大便通畅,鼓励患者进行肛收缩。

3.3 预防

为预防和减少会阴裂伤的发生应注意以下几点:①加强对基层妇幼保健人员的培训及孕产期保健知识宣传,到医院分娩,杜绝无证接生及多胎生育。②指导产妇分娩时正确用力,防止婴儿分娩过快。③及时发现会阴、阴道异常,选择适宜的分娩方式。④提高接生技术,正确保护会阴。

陈旧性会阴撕裂伤均有不同程度影响妇女的身心健康,严重的可影响母体的正常生理功能,其不良后果可能终生难以纠治。性生活是提高人类生活质量中不可缺少的一项要求,近年来,性教育已普遍深入群众,不再是难言之隐。因此,保护好生殖道,使之处于良好的功能状态,是近年来对妇科医生的新要求。及时处理软产道损伤,加强妇幼保健和计划生育技术服务结构的建设,大力开展人员培训,提高干部队伍素质,才能满足人民不断增长的生殖保健需求。

[收稿日期] 2005-09-30 [修回日期] 2005-12-31