

药物流产后加服产后逐瘀片对减少阴道出血的探讨

曾 倩 郭洪英 张红霞 赵新然 孙敬之 崔萧华

【中图分类号】R714, R169.42

【文献标识码】E

【文章编号】1672-6383-(2011)01-0026-02

米非司酮配伍米索前列醇终止早孕,由于其安全、有效、方便,在临床上广泛采用,其完全流产率达93%以上^[1]。然而药物流产仍然存在不可忽视的问题,其中主要是药物流产后阴道出血时间长,出血量偏多,不仅给妇女生活、工作等带来痛苦和不便,而且还可以诱发子宫内膜炎,导致继发不孕等,为此,我院采用药物流产后加服产后逐瘀片在减少阴道出血量及缩短阴道出血时间等方面取得了明显的效果,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择2008年1月至2009年12月两年内要求药物流产的健康妇女180例,年龄19~40岁,平均28岁,平素月经周期正常,近半年内无流产史,停经35~49天,尿HCG(+),B超确定宫内孕,妊娠囊直径 ≤ 2 cm,妇检子宫 ≤ 7 周大小,非带器妊娠,无药物流产禁忌症,出现异常就诊方便及愿意随访的妇女,将其随机分为两组,治疗组90例,取肌注缩宫素者90例为对照组,两组在年龄、孕产次、停经天数、子宫位置、B超下孕囊大小等方面差异均无显著性($P>0.05$),且有可比性。

1.2 药物组成及治疗方法

1.2.1 药物:产后逐瘀片(烟台大洋制药有限公司生产)主要由当归、川芎、炮姜、益母草等4味中药所组成,每盒24片。

1.2.2 用法:两组患者服米非司酮和米索前列醇的方法一致:第1第2天晨服米非司酮50mg,12小时后再服25mg,服药前后2小时空腹,第3天晨空腹服米索前列醇600 μ g,服药后留院观察。所有观察对象均为服米索前列醇后当日排出胎囊,治疗组于胎囊排出后加服产后逐瘀片3片/次,每天3次,共服7天。对照组在胎囊排出后肌注缩宫素10u,每天2次,持续3~5天,两组同时口服抗生素。药流后8天、15天、30天及月经来潮第1天来院复诊,由专人统一负责。

1.3 观察内容及评价标准

1.3.1 观察内容:两组流产后阴道出血持续时间(阴道流血开始到阴道流血完全停止为持续的天数;阴道出血量比较(与自身月经量比较);常规B超检查了解宫内情况;第1次月经复潮时间、行经天数;刮宫及组织学改变。

1.3.2 疗效判定标准:①完全流产:自胎囊排出至月经复潮后不需要刮宫者;②不完全流产:因出血而行刮宫者或阴道反复出血达3W或B超示宫内残留 >1.0 cm

1.4 统计学方法:计数资料采用 χ^2 检验

2 结果

2.1 临床效果:治疗组完全流产率为(88/90)97.98%,对照组完全流产率为(88/90)88.89%,两组比较差异显著($P<0.05$)见表1

表1 两组流产结果比较 例(%)

组别	例数	完全流产	不全流产
治疗组	90	88(97.78)	2(2.22)
对照组	90	80(88.89)	10(11.11)

2.2 出血时间:阴道持续出血天数,治疗组平均出血时间(10.15 $\pm$ 4.37)天,其中7天以内停止者占64.44%,出血时间 >14 天者仅占5.56%;而对照组平均出血时间(17.02 $\pm$ 10.56)天,其中7天以内停止者占38.89%,出血时间 >14 天者占17.78%。治疗组出血时间明显短于对照

组,两组比较差异非常显著($P<0.01$),两组均无大出血病例出现,见表2

表2 两组患者阴道出血时间比较 例(%)

组别	例数	平均出血时间 ($\bar{x}\pm S$,天)	≤ 7 天	8~14天	>14 天
治疗组	90	10.15 $\pm$ 4.37	58(64.44)	27(30)	5(5.56)
对照组	90	17.02 $\pm$ 10.56	35(38.39)	39(43.33)	16(17.78)

2.3 阴道出血量比较:治疗组患者阴道出血量少于月经量及近似月经量者共82例(91.11%),对照组共72例(80%),阴道出血量多于月经量治疗组及对照组分别为8例(8.89%)及18例(20%),两组比较有显著性差异($P?0.05$)见表3。

表3 两组患者阴道出血量比较 例(%)

组别	例数	少于月经量	近似月经量	多于月经量
治疗组	90	58(64.44)	24(26.67)	8(8.89)
对照组	90	41(45.56)	31(34.44)	18(20)

2.4 B超检查结果:于药物流产后第8天及第15天分别行B超检查,结果药流后第8天治疗组80%的病例B超图像显示正常,而对照组有42.22%的超声图像显示正常,两组比较有显著性差异($P<0.01$)。药物流产后第15天复查超声显示宫腔内异常回声者,阴道出血时间多 >14 天,见表4

表4 两组患者B超检查结果比较 例(%)

组别	例数	药流后8天药		药流后15天	
		正常	异常	正常	异常
治疗组	90	72(80)	18(20)	16(17.78)	2(2.22)
对照组	90	38(42.22)	52(57.78)	42(57.78)	10(11.11)

2.5 月经恢复情况:治疗组与对照组第1次月经复潮时间及行经天数大致相同,两组间差异无显著性($P>0.05$)

2.6 刮宫情况及组织学表现:所有观察对象中有12例行刮宫术,刮宫率为6.67%,其中治疗组有2例,刮宫率为2.22%;对照组有10例,刮宫率为11.11%,两组间有极显著性差异($P<0.01$),所有刮宫者刮出宫内组织均送病理检查,结果组织学表现为治疗组有1例,对照组有8例为退变绒毛加蜕膜,治疗组有1例为增殖子宫内膜,对照组有3例为退变蜕膜。

3 讨论

米非司酮的主要作用^[2]是使蜕膜血管水肿变性,使胚囊失去滋养的土壤而从子宫壁上脱落,加上米索前列醇刺激子宫收缩后得以排胎,故米非司酮配伍米索前列醇终止早孕疗效肯定,完全流产率高,完全可避免因人工流产手术所致的子宫穿孔、刮宫过深致内膜基底层损伤、宫腔粘连等并发症,特别对那些子宫过度前后屈、宫颈硬、疤痕子宫妊娠、双角子宫妊娠等病人较为合适。但是药物流产后阴道出血时间长、出血量多一是影响进一步推广应用的主要问题。药流后阴道出血的原因很多,主要是绒毛、蜕膜残留,其次是子宫收缩不良、子宫内膜修复障碍、宫腔感染、凝血功能障碍、种族和个体差异^[3]。所以缩短药物流产后阴道出血持续时间的关键是使孕产物尽早、完全的排出,而常用的子宫收缩药引起的宫缩力量不能将绒毛及蜕膜全部排出而导致出血量增多、出血时间长,而本文通过随机分组对比研究治疗组药流后加服产后逐瘀片阴道出血量明显少于对照组,出血时间也较之为短,完全流

产率也高于对照组,两组对比差异性显著,刮宫率对照组高于治疗组,两组比较有显著性差异,所以说明了药物流产后加服产后逐瘀片有减少阴道出血、缩短阴道出血时间、降低刮宫率、增加完全流产率的作用,在临床上有应用价值。

药物流产后阴道出血属于中医的“产后恶露不绝范畴”,因病因多为冲任受损、气滞血瘀所致。“虚”和“瘀”是病机的要点^[4],临床上应采用扶正固本、气血双补、化瘀生新的治疗原则,而产后逐瘀片则具有活血化瘀、温经止痛、调整气血等作用,经药物药理研究证实其中的益母草、当归、炮姜等有效成分均有降低血液粘稠,抑制血小板聚集,扩张微血管、改善机体微循环等,具有活血化瘀作用,能有效松解蜕膜与子宫壁的黏连,同时益母草、炮姜又具有兴奋子宫平滑肌的作用,当归、川芎具有对抗子宫平滑肌痉挛的作用,综合作用可增加子宫收缩频率,并提高其张力,以促进残留的绒毛蜕膜组织排出,减少阴道出血时间及出血量,益母草还具有较强升高红细胞聚集指数的作用,能纠正已失调的免疫机能,恢复常态平衡作用。益母草、当归还含有大量的铁、锌等微量元素能促进红细胞生成和释放从而起到补血功效,所以对产后瘀血不净、产后出血有很好的治疗作用,四种有效成分还均有一定的抗菌消

炎作用,能有效预防产后各类炎症,全方位综合作用具有加速宫腔内残留组织排出、促进子宫复旧、去腐生肌、增强凝血机制及抗感染等作用,是治疗和预防产后瘀血不净的首选良方,是治疗药物流产后阴道出血的理想药物,由于是中药制剂,不含激素,无毒副作用,服用便捷,且安全、有效,值得临床推广。

参考文献

- [1] cheng L medical abortion in early pregnancy: experience in china [J] contraception, 2006, 74: 61-65
- [2] 赵东霞. 米非司酮合并前列腺素终止早孕安全性和有效性的临床随机比较试验. 生殖与避孕, 1994, (1): 4
- [3] 朱慧玲, 程利南. 药物流产后阴道出血后原因分析和治疗现状 [J] 中国计划生育杂志, 2006, 131(9), 39: 9-42
- [4] 郝先萍. “太子产宁”对药物流产后阴道出血临床观察实验研究, 上海中医药杂志 1999, 3, 26-28

作者单位: 061000 河北省沧州市中西医结合医院东院区妇产科

产后出血 126 例临床分析

张 捷

【中图分类号】R714.461

【文献标识码】A

【文章编号】1672-6383-(2011)01-0027-02

【摘要】目的:探讨产后出血的原因、危险因素与防治措施。**方法:**回顾分析我院 3 年来收治的 126 例产后出血患者的分娩方式、出血原因及抢救措施。**结果:**出血原因中宫缩乏力占 73.02%, 胎盘因素占 15.87%, 软产道损伤占 9.52%, 凝血功能障碍占 1.59%。影响产后出血的危险因素主要是分娩中的损伤、妊娠并发症和人流引产史。**结论:**产后出血是多种原因和多种危险因素所致, 应针对具体病因综合应用药物, 进行各种保守性手术是治疗产后出血的有效措施。

【关键词】产后出血; 相关因素; 预防措施

产后出血是产科常见而严重的并发症之一, 也是导致产妇死亡的重要原因之一, 在我国居产妇死亡原因的首位^[1]。回顾分析我院 3 年来收治的 126 例产后出血患者的临床资料, 以探讨产后出血的原因、危险因素与预防措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 2007 年 1 月至 2009 年 12 月在我院住院分娩 5942 例产妇, 其中阴道分娩 4680 例, 剖宫产 1262 例, 诊断产后出血 126 例, 发生率 2.12%。其中阴道分娩 88 例, 剖宫产 38 例; 年龄 18~35 岁, 平均 25.6 岁; 孕周 36+5~42+3 周, 平均 38.6 周; 初产妇 79 例, 经产妇 47 例; 有人工流产、引产史者 46 例。

1.2 诊断标准: 产后出血指胎儿娩出后 24h 内失血量 > 500ml^[2]。失血性休克指低血容量致血压下降、面色苍白、皮肤湿冷、头晕、脉搏微弱, 严重时伴有心慌及不同程度的意识障碍、尿量减少等临床表现。

1.3 方法: 测量产后出血主要用容积法及称量法。①阴道分娩的产妇在胎儿娩出后即臀部放置塑料聚血盆, 胎盘娩出、会阴伤口处理完毕后产妇用面积法计算血纱布及血染产单上的血量。会阴垫用称重法计算出血量。②剖宫产分娩切开子宫壁后先吸尽羊水弃之, 然后用负压瓶收集血, 其他出血测量方法与阴道分娩相似。

2 结果

2.1 基本情况及出血量: 126 例产后出血产妇中最小年龄 18 岁, 最大 35 岁。初产妇 79 例, 经产妇 47 例; 孕周 36+5~42+3 周。出血量 ≥ 500~1000ml 62 例, > 1000~2000ml 47 例, > 2000~3000ml 15 例, > 3000ml 2 例。

2.2 初产妇与经产妇发生产后出血情况: 初产妇 3962 例, 发生产后出血 79 例, 发生率 1.99%; 经产妇 1980 例, 发生产后出血 47 例, 发生率 2.37%。两者比较 $P < 0.01$ 。

2.3 产后出血与分娩方式关系: 阴道分娩 4680 例, 发生产后出血 88 例, 发生率 1.88%; 剖宫产 1262 例, 发生产后出血 38 例, 发生率 3.01% ($P < 0.01$)。

2.4 单胎妊娠与多胎妊娠发生产后出血情况: 单胎妊娠 5879 例, 发生产后出血 121 例, 发生率 2.06%; 多胎妊娠 63 例, 发生产后出血 5 例, 发生率 7.94% ($P < 0.01$)。

2.5 发生产后出血时间: 本组资料中发生在产后 2h 的有 86 例, 占 68.25%, 2~24h 内 40 例, 占 31.75%。

2.6 产前因素: 本组资料中有 104 例产后出血的产妇孕期存在不同程度的高危因素, 占出血人数的 82.54%。其中有流产、引产史 46 例 (44.23%), 巨大儿 14 例 (13.46%), 妊娠高血压 12 例 (11.54%), 前置胎盘 12 例 (11.54%), 过期妊娠 8 例 (7.69%), 双胎 5 例 (4.81%), 羊水过多 3 例 (2.88%), 胎位异常 4 例 (3.85%)。

2.7 产后出血的原因

2.7.1 产后宫缩乏力 92 例, 占 73.02%。其中巨大儿 14 例, 妊娠高血压 10 例, 羊水过多 3 例, 产程延长 36 例, 双胎妊娠 5 例, 胎盘早剥 4 例, 前置胎盘 8 例, 其他因素 12 例。

2.7.2 胎盘因素 20 例, 占 15.87%。其中胎盘黏连、滞留 12 例, 前置胎盘 8 例; 有 2 次以上妊娠史 18 例, 占胎盘因素出血人数的 90%。

2.7.3 软产道损伤 12 例, 占 9.52%。其中宫颈裂伤 9 例, 阴道壁及