

米非司酮联合利凡诺尔终止中期妊娠 120 例的护理

郑聪霞 杨春仙 郑颖

中图分类号: R473.71 文献标识码: B 文章编号: 1007-0931 (2007) 09-0062-02

中期妊娠引产是指怀孕 14~27 周之间终止妊娠的方法^[1]。是因多种本身及社会原因而选择引产的一群特殊患者,她们心情非常复杂,加之对引产手术的恐惧和担心,她们对产时的疼痛比正常足月分娩的产妇更加敏感,耐受性更差。针对这种情况,我院自 2003 年 1 月起对怀孕 14~27 周中孕引产者,在行利凡诺尔羊膜腔内注射后予米非司酮片口服,促进产程进展,缩短住院日期,取得了满意的效果,同时引产时我们施以密切的观察和精心的护理,保证了孕妇安全,减少并发症的发生,提高了患者对医疗和护理的满意度,现报告如下。

临床资料

1 一般资料 选择 2003~2006 年孕 14~27 周凭有关证明来院终止妊娠的孕妇 220 例,其中死胎引产 46 例,妊娠合并疾病引产 6 例,胎儿畸形引产 29 例,其他引产 139 例。根据孕妇意愿分为观察组 120 例与对照组 100 例,年龄最大 40 岁,最小者 18 岁,初产妇 88 例,经产妇 132 例,所有孕妇均无米非司酮、利凡诺尔用药禁忌。两组孕妇年龄、孕周、产次无明显差别。

2 治疗方法 观察组 120 例,常规消毒后经腹壁向羊膜腔内注射利凡诺尔 100mg,随即给予米非司酮 150mg 顿服,服药前后 2h 禁食。对照组:100 例,利凡诺尔用量用法同观察组,不加用米非司酮。两组自应用利凡诺尔后计算引产开始时间。

3 观察指标 胎儿、胎盘娩出时间、总产程、清宫率、引产成功率及产后出血时间。

4 治疗结果 观察组从引产开始至胎儿娩出时间、总产程均短于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。产后出血量观察组较对照组少 ($P < 0.01$),差异有显著性意义,见表 1。

5 清宫率 产后常规检查胎盘、胎膜是否完整,对胎盘、胎膜残留者行清宫术,对照组清宫率 69% (69 例),观察组清宫率 19.2% (23 例)。两组清宫率比较差异有显著意义 ($\chi^2 = 55.6, P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组引产情况比较

组别	例数	分娩出时间	总产程	引产成功	产后出血量
		(h)	(h)	率 (%)	(ml)
对照组	100	44.28 ± 6.53	13.23 ± 3.54	100.0	126.35 ± 36.42
观察组	120	30.72 ± 5.36	5.98 ± 2.16	100.0	106.26 ± 34.18
P		< 0.01	< 0.01		< 0.01

护 理

1 心理护理 中孕引产者中有一部分为未婚先孕,部分为违反计划生育政策,部分为产检时发现胎儿异常或有继续妊娠禁忌疾病,以及死胎等,她们有着多种复杂的心理。她们都不同程度的存在恐惧疼痛、焦虑的心理^[1],我们热情接待孕妇,主动帮助生活照顾,理解她们的心情,多关心、陪伴她们,向她们介绍引产全过程,告之下腹一阵一阵的胀痛是子宫收缩,要引产成功必须要有规律的宫缩,要勇敢地正视宫缩疼痛。并解释宫缩的性质、规律。对不配合的孕妇要耐心劝说,采用暗示、分散、鼓励等综合护理方法,消除其恐惧心理,使情绪稳定下来,积极配合。

2 药物应用护理 (1) 向孕妇讲解应用利凡诺尔的目的和意义,口服米非司酮的药理作用,米非司酮为受体水平抗孕激素,与孕酮竞争受体而达到拮抗孕酮的作用,使胶原分解加强,扩张和软化宫颈^[2],米非司酮直接作用于子宫螺旋动脉上的雌孕激素受体,影响子宫螺旋动脉的供血功能,使胎盘供血不足,影响了妊娠的维持^[3]。(2) 向孕妇讲清服药的注意事项:于利凡诺尔羊膜腔注入后即刻口服米非司酮片 150mg,交待服药后 2h 内禁食,1 周内禁用阿司匹林和其它非甾体类抗生素,以免药物产生相互作用,而影响其治疗效果。(3) 服药后密切观察宫缩情况,注意观察药物的不良反应,询问患者有无恶心、呕吐、眩晕、乏力和下腹痛等情况,有无出现皮疹,并注意阴道出血情况,发现异常及时向医生报告,并予以对症处理。(4) 向孕妇讲清米非司酮联合利凡诺尔终止中期妊娠能缩短引产和总产程时间,有效减少胎盘、蜕膜残留,降低清宫率^[4],缩短住院时间,使孕妇易于接受。

3 减轻疼痛的护理 指导孕妇进行呼吸技巧的训练,使其通过学习的过程,减轻患者焦虑程度,转移对疼痛的注意力,提高对疼痛的耐受力,指导进行适度的放松肌肉可以减轻宫缩时胎儿对盆腔底的压迫感,从而减少大脑皮质对疼痛冲动的感应,提高产妇的疼痛阈值。(下转第 65 页)

作者单位:丽水市妇幼保健院,浙江 丽水 323000

参考文献

- [1] Buzby J C, Roberts T. Economic costs and trade impacts of microbial foodborne illness [J]. World Health Stat Q, 1997, 50: 57~66.
- [2] Alexander R, Karin K, Johan H, et al. Repeated treatment with antibody-targeted supracantigens strongly inhibits tumor growth [J]. Int J Cancer, 1998, 76: 274~283.
- [3] 鲍行豪, 胡海军, 陈建立, 等. 金黄色葡萄球菌滤液制剂中肠毒素的检测研究 [J]. 微生物学杂志, 2004; 24, 4: 56~60.
- [4] Rowe C A, Scruggs S B, Feldstein M J, et al. An array immunosensor for simultaneous detection of clinical analyte [J]. Anal Chem, 1999, 71: 433~439.
- [5] Tim Alefantis, Paul Grewal, John Ashton, et al. A rapid and sensitive magnetic bead-based immunoassay for the detection of staphylococcal enterotoxin B for high-through put screening [J]. Mol Cell Probes, 2004, 18, 6: 376~382.
- [6] Luo L R, Zhang Z J, Chen L J, et al. Chemiluminescent imaging detection of staphylococcal enterotoxin C1 in milk and water samples [J]. Food Chem, 2006, 97: 355~60.
- [7] K Gilligan, M Shipley, T Stiles, et al. Identification of Staphylococcus aureus enterotoxins A and B genes by PCR-ELISA [J]. Mol Cell Probes, 2000, 14: 71~78.
- [8] Avraham Rasooly, Rebekah S Rtlsooly. Derection and analysis of Staphylococcal enterotoxin A in food by Western immunoblotting [J]. Int J of Food Microbiol, 1998, 41: 205~112.
- [9] Johnson W M, Tyler S D, Ewan, E P, et al. Detection of genes for enterotoxins exfoliative toxin and toxic shock syndrome toxin I in Staphylococcus aureus by the polymerase chain reaction [J]. J Clin Microbiol, 1991, 29: 426~430.
- [10] Mantynen V, Niemel S, Kajjalainen S, et al. MPN-PCR-quantification method for staphylococcal enterotoxin C1 gerie from fresh cheese [J]. Int J of Food Microbol, 1997, 36: 135~143.
- [11] Gao Z X, Chao F H, Chao Z, et al. Deteedon of staphylococcal enterotoxin C2 employing a piezoelectric crystal immunosensor [J]. Sens Actuators B, 2000, 66: 193~96.
- [12] Huei-Cing Lin, Wen-Chi Tsai. Piezoelectric crystal immunosensor for the deteedon of staphylococcal enterotoxin B [J]. Biosens Bioelectron, 2003, 18, 12. 15: 14769~1483.
- [13] Dong S Y, Luo G A, Feng J, et al. Immunoassay of staphylococcal enterotoxin C1 by FTIP spectroscopy and electrochemical gold electrode [J]. Electroanalysis, 2001, 13, 1: 30~33.
- [14] Keeley D King, George P Anderson, Karen E Bullock, et al. Detecting staphylo cocal enterotoxin B using an automated fiber optic biosensor [J]. Biosens Bioelectron, 1999, 14, 2: 163~170.

(收稿日期: 2006-10-26)

(上接第 61 页)

2.2 保持外阴清洁 每日 0.5% PVP 碘溶液消毒尿道口及外阴 2 次, 动作轻柔, 更换尿袋每周 2 次, 以防上行感染^[2]。术后导尿管插入后, 保证了外阴皮肤的清洁干燥, 乙蔗酚软膏涂擦患处, 外阴皮炎逐日好转。该患者经过上述护理, 术后无尿频尿急症状出现, 洁尿培养亦无细菌生长。

2.3 术后饮食 术后 6d 内于流食、半流食, 注意加强营养, 除医院伙食外, 自行增加鱼汤、肉汤, 蔬菜水果等, 每日喝蜂蜜 5~10ml。术后第 4d 自行排大便, 以后隔日大便 1 次, 无便秘现象。

(上接第 62 页)

4 产程观察 (1) 根据初产妇和经产妇的特点, 严密观察产程进展。对疤痕子宫的孕妇和宫缩强的孕妇, 更要密切地观察有无疤痕处剧痛及病理缩复环出现。根据宫缩情况进行产程处理, 必要时应用镇静药。(2) 产程较长者, 注意排空膀胱。指导孕妇宫缩间隙时间充分休息, 鼓励进食, 必要时补液, 增加能量, 保持足够精力完成分娩。(3) 视产程进展及时做好接生准备, 避免急产和并发症。接生时注意保护会阴, 减少会阴裂伤的发生。胎儿娩出后及时应用宫缩剂, 不宜过早牵拉脐带, 因中孕脐带较细易发生断裂或胎盘早剥而致出血。胎盘娩出后仔细检查娩出是否完整、有无残留、阴道流血多少。若残留、阴道流血又多, 应报告医生进行清宫产术。若胎盘 30min 不能娩出, 应行徒手剥离胎盘术, 同时检查软产道, 有裂伤时及时缝合。

2.4 卧位 术后尽量采取平卧位, 减少修补组织浸泡于尿液中的时间。但是, 又考虑到患者老年瘦弱, 易患褥疮, 所以, 让患者常辅以短时间侧卧位。每日保持床单位整洁干燥, 勤换衣裤, 无褥疮发生。

参考文献

- [1] 乐杰, 谢幸, 丰有吉. 妇产科学 [M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 375.
- [2] 陈培红, 一次性集尿袋更换时间的探讨 [J] 护理学杂志, 2002.17 (3): 171~172.

(收稿日期: 2006-12-26)

5 产后护理 (1) 产后 24h, 尤其是产后 2h 内, 容易发生产后大出血, 我们要严密观察生命体征、宫缩及阴道流血情况, 若发生产后大出血, 应积极配合医生进行产后出血的抢救。

参考文献

- [1] 何主编. 妇产科护理学 [M]. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 2005.230.
- [2] 王晨虹. 米非司酮在引产中的作用 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2002. 18 (5): 267.
- [3] 罗晓青, 王自能, 叶涛. 米非司酮对胎盘激素的影响 [J]. 实用妇产科杂志, 2000, 16 (5): 254.
- [4] 王海云, 吴学浙, 王晨一, 等. 米非司酮对依沙丫啶中期妊娠引产影响的临床研究 [J]. 中国计划生育学杂志, 2004, 12 (2): 102.

(收稿日期: 2006-12-27)