

3组麻醉镇痛效果的比较详见表1, 麻醉起效及恢复时间详见表2, 麻醉诱导前后平均收缩压, 舒张压和心率的变化详见表3, 对呼吸的影响详见表4。

表1 麻醉镇痛效果比较

组别	n	I级	II级	III级
A	100	96	4	0
B	100	98	2	0
C	100	98	2	0

3组镇痛效果比较均无明显差异($P > 0.05$)

表2 麻醉起效及恢复时间

组别	n	入睡时间(s)	清醒时间(min)	离院时间(min)
A	100	47.6±8.4	8.1±1.5	34.8±6.0
B	100	46.1±6.1	8.4±1.3	34.2±2.2
C	100	46.3±6.2	8.8±1.5	32.4±4.4

3组麻醉起效恢复时间比较均无明显差异($P > 0.05$)

表3 麻醉诱导前后平均收缩压, 舒张压和心率的变化

	n	诱导前	诱导后	手术结束
平均收缩压 (mmHg)	A组 100	118.3±9.6	93.8±8.2 ¹⁾	120.4±10.5
	B组 100	11.4±9.7	110.6±8.7	114.2±9.3
	C组 100	118.6±9.2	112.2±8.3	116.4±10.1
平均舒张压 (mmHg)	A组 100	74.7±9.6	56.7±8.1 ¹⁾	73.4±9.7
	B组 100	72.4±8.5	68.1±8.9	71.3±8.2
	C组 100	73.1±8.9	69.9±8.9	72.3±9.1
心率 (次/min)	A组 100	83.6±8.1	70.2±8.4 ¹⁾	80.9±8.7
	B组 100	83.5±9.2	81.4±8.3	87.4±8.5
	C组 100	83.1±9.6	80.1±9.2	94.4±8.9

与诱导前比较, 1) $P < 0.01$

表4 麻醉前后对呼吸的影响

组别	n	麻醉前 血氧饱和度	用药后最低 血氧饱和度	呼吸 抑制	呼吸 停顿
A	100	0.972±0.021	0.885±0.051	43 ¹⁾	1
B	100	0.971±0.014	0.950±0.026	6	1
C	100	0.974±0.010	0.947±0.036	7	1

与B、C两组比较, 1) $P < 0.05$

3 讨论

大量临床研究证实异丙酚具有明确的镇痛作用, 它作为快速、有效的静脉麻醉药物, 具有起效快, 麻醉操作简单, 麻醉过程相对平稳, 术后保护性反射, 定向力及精神运动能迅速恢复的特点, 成为目前较满意的手术麻醉用药, 异丙酚镇痛效果与给药量有明显相关性, 而单独用药又具有一定循环呼吸抑制作用。血压下降与其周血管扩张和对心肌的直接抑制有关, 心率减慢是中枢性迷走神经相对亢进的表现。在本文A组中单独使用异丙酚达3 mg/kg, 手术中病人有肢体活动, 需追加20~50 mg至病人安静, 才能顺利完成手术。由表3、表4可得出A组病人术中平均收缩压、平均舒张压及心率、血氧饱和度均明显降低, 且呼吸抑制发生率、呼吸暂停发生率明显高于B、C组, 故认为目前尚无一种静脉麻醉药单独应用可达到理想状态, 临床上常推荐联合用药。

在配伍药物中, 我们选择了麻黄碱及芬太尼分别与异丙酚联合应用, 我们用麻黄碱0.08 mg/kg加入异丙酚中用于人工流产术的麻醉, 取得良好效果。麻黄碱是肾上腺素能受体激动药, 直接发挥拟肾上腺素作用, 明显降低异丙酚的呼吸循环作用。据有关报道, 在异丙酚中加入麻黄碱可以防止插管时的低血压, 最佳剂量为0.1 mg/kg, 而芬太尼属于阿片类镇痛药, 与异丙酚联合应用, 明显增强镇痛作用, 减少异丙酚用量, 维持麻醉平稳, 从而减轻呼吸循环抑制^[2]。本文B、C组, 病人联合用药分别使用异丙酚用量降至2.5 mg/kg及1.5 mg/kg, 而镇痛效果与单独使用无差异, 对呼吸循环抑制作用较单独用药明显减轻。

综上所述, 在人工流产中, 使用异丙酚配伍芬太尼或麻黄碱效果较单纯用异丙酚更安全理想, 方便可行, 手术应常规吸氧, 全程监测。

参考文献:

- [1] 曾静影. 利多卡因对人工流产镇痛效果的临床观察[J]. 实用妇产科杂志, 1991, 7(4): 210.
- [2] 刘存明, 张国楼. 异丙酚加小剂量芬太尼麻醉在门诊短小手术中的应用[J]. 临床麻醉学杂志, 1998, 14(2): 95.

(编辑 张恩健)

我院20年间硫酸镁与安定类药物治子痫临床疗效比较

周沫¹, 刘美霞²

(1. 广东省人民医院妇产科, 广东广州 510100; 2. 深圳市龙岗中心医院, 广东深圳 518116)

摘要:【目的】比较硫酸镁和地西洋类镇静药处理子痫临床效果。【方法】把我院20年来51例子痫病例分成硫酸镁组与地西洋类组(对照组)进行临床资料比较和分析。【结果】硫酸镁组患者痉挛复发、心肺疾病等并发症率较低; 硫酸镁组比对照组新生儿Apgar评分较高。【结论】用硫酸镁治疗子痫, 在临床上对母婴更有利。

收稿日期: 2002-06-12

作者简介: 周沫(1955-), 女, 北京人, 副主任医师, 产科主任。

关键词: 硫酸镁; 地西洋; 子痫

中图分类号: R714.431

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0076-02

子痫是产妇及围生儿死亡的主要原因之一, 处理子痫的主要目的是阻止痉挛, 及预防复发, 控制血压, 纠正电解质平衡, 及时终止妊娠, 降低, 围生儿发病率及死亡率。虽然目前国内外临床经常使用的药物为硫酸镁和地西洋类镇静药或兼用, 但其对母婴的影响有待进一步观察。本文通过总结我院 20 年子痫治疗经验, 对上述问题进行临床分析。

1 资料与结果

1.1 病例来源

我院产科自 1980 年至 1999 年收住入院前已发生子痫及入院后发生子痫的孕产妇共 51 例。1980 年至 1990 年在子痫处理上不用硫酸镁, 而 1990 年后的子痫病人绝大多数采用硫酸镁解痉, 或辅以少量地西洋类药。我们利用这一特点, 把病人分成两组: 以用硫酸镁为主一组, 其中可能会有少量镇静类药辅助治疗; 另一组为对照组, 用地西洋、氯丙嗪、哌替啶、异丙嗪为主, 没有用硫酸镁治疗。新生儿评分是根据当时是轻度青紫窒息或重度苍白窒息加上当时记载资料如哭声大小、有否进行人工呼吸和新生儿的处理上是否用过阿托品、洛贝林等, 用 Apgar 评分重新评定。孕周少于 28 周和产后子痫入院的病例不选。

1.2 用药方法

硫酸镁组按常规用法先用硫酸镁 5 g 加入 50 g/L 葡萄糖液 100 mL 静脉滴注, 1 h 内滴完, 然后维持量用 1~1.5 g/h, 使 24 h 总量达 24~30 g, 病情稳定后减量, 少数病人夜间再用硫酸镁 5 g 加入 10 g/L 普鲁卡因 2 mL, 深部臀部每侧肌注 2.5 g。对照组, 地西洋 10 mg 慢速度静推以终止痉挛, 痉挛复发时重复使用。或用冬眠 1 号(哌替啶 100 mg, 氯丙嗪 50 mg, 异丙嗪 50 mg) 半量肌肉注射, 每 6~8 h 1 次, 也可同时半量加入 50 g/L 葡萄糖溶液 500 mL 内静脉滴注。

1.3 统计学处理

计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 *u* 检验。

2 结果

2.1 一般情况

硫酸镁组 28 例, 对照组 23 例, 平均年龄硫酸镁组为 25 岁, 对照组为 23 岁, 入院时平均动脉压、入院时蛋白尿等重要的特征方面, 两组情况相似, 具有可比性。

2.2 孕产妇并发症比较

治疗后孕产妇并发症比较详见表 1。

大多数产妇剖宫产分娩, 产后出血合并症在本资料产妇中不明显, 故没列出, 表中列出昏迷合并症, 是指包括了无抽搐型子痫及有抽搐型子痫, 产妇丧失意识呈全昏迷状态子痫。孕产妇总的并发症, 硫酸镁组 11 例(39%), 对照组 14 例(60%), 两组比较, 有统计学差异($P < 0.05$)。

2.3 围产儿结局比较

硫酸镁组孕妇 28 人, 其中 3 例双胞胎, 共 31 名围生儿; 地西洋组孕妇 23 人, 其中 2 例双胞胎, 共 25 名围生儿, 两组围产儿结局比较详见表 2。

表 1 孕产妇并发症比较

	例	
	硫酸镁组(28 例)	对照组(23 例)
子痫复发	1(3.5%)	2(8.6%)
产妇死亡	1(3.5%)	2(8.6%)
肾衰或血透	2(7%)	4(17%)
胎盘早剥	3(10%)	2(8.6%)
昏迷	2(7%)	1(4.3%)
DIC	2(7%)	1(4.3%)
肺炎	0	2(8.6%)
合计	11(39%) ¹⁾	14(60%)

与对照组比较, 1) $P < 0.05$

表 2 围产儿结局比较

	例	
	硫酸镁组(31 例)	对照组(25 例)
Apgar 评分		
出生 1 min < 7	12(39%) ¹⁾	11(44%)
出生 5 min < 7	6(19%) ¹⁾	8(32%)
分娩时胎儿情况		
死胎	3	1
死产	0	1
活胎	28(90%)	23(93%)
气管插管	8(25%) ¹⁾	11(44%)
转 ICU	17(54%)	16(64%)
早期新生儿死亡	2(6%)	3(12%)
极低体重儿	5(16%)	3(12%)

与对照组比较, 1) $P < 0.05$

3 讨论

有国外学者提出, 当患者不宜用硫酸镁或疗效不佳时, 才用冬眠合剂。据介绍, 在美国子痫的病例也是将硫酸镁作为首选药物而不用镇静药^[1]。我院病例的分析结果支持上述论点和做法。

地西洋具有镇静、松弛肌肉和抗惊厥的作用, 对胎儿和新生儿的影响相对比冬眠药物小, 且可减少体内儿茶酚胺的分泌有助于子宫收缩, 促进宫口扩张, 对产前及产程中的子痫尤为适用。而对产时产后的子痫产妇, 冬眠药物更让其迅速安静下来, 制止抽搐, 减少耗氧量, 防止产妇由于抽搐或抽搐复发造成脑水肿、脑溢血, 但冬眠药物又可使其血压骤降致使胎盘血供不足。本文有一例地西洋类组产妇用冬眠后胎心突然减慢, 剖宫产分娩新生儿重度窒息, 插管抢救后死亡。故使用地西洋药物易致胎儿窒息, 或宫内死胎, 亦可使孕产妇肝功受损电解质紊乱, 如果产妇合并有 hellp 综合症, 再用地西洋类来抗子痫, 会造成病情加速恶化甚至死亡。且用药后产妇常进入深昏状态, 不利于观察病情。本文结果显示此类药会增加痉挛后合并肺炎和其他呼吸道病机率。且用药剂量既制止抽搐, 又不可抑制太深, 尤其是呼吸肌的抑制, 这在业务繁忙、病种复杂的产科, 其监护工作是相当不

容易的,稍不注意就出问题。另随之而来的新生儿呼吸浅、呼吸困难、肌张力低,无自主呼吸吞咽呛咳反射减弱,这些都是造成低 Apgar 评分的原因,并可能使早期新生儿低体温、嗜睡等后果。故用此类药,尤其是大剂量使用时应将上述副作用加以考虑。

硫酸镁经实践证明是解痉首选药物。该药治疗妊高症已有 60 多年的历史^[2], Chesly 等采用单纯硫酸镁治疗先兆子痫,子痫,并根据血清镁离子浓度提出硫酸镁负荷剂量治疗子痫方案。本资料产妇产应用硫酸镁基本采用先冲击量 4~5 g,硫酸镁快速提升血镁浓度后再维持每小时 1~1.5 g 的剂量静脉给药。效果相当好,尤其对伴有严重头痛,视物不清随后进入子痫的患者。硫酸镁对颅内血管、肾血管和子宫肌层内血管平滑肌具有直接解痉作用。不仅降低颅内压,消退水肿,还能增加肾小球滤过率,增加尿量,由于改善了子宫胎盘血流量对胎儿相对有利,可延长胎龄。因为镁离子对中枢神经细胞有麻醉作用,降低中枢神经细胞兴奋性可很快使子痫的病人停止抽搐^[3]。当血清镁浓度达 2.5~3 mmol/L 时,临床上即有明显效果,表现尿量增多,尿蛋白消失,水肿消退,自觉症状好转,当血清镁浓度达 4~5 mmol/L,膝反射会消失,应即时停药,当血清镁达 6.0~7.5 mmol/L,可使心脏完全停滞,心跳可突然骤停^[4,5],临床上曾有由此造成心跳骤停的病例。故应随时监测血清镁浓度,以防高血镁症。然而硫酸镁没有强烈镇静作用,与地西洋类相比,作用较慢,不达饱和量,很难控制抽搐,需配合少量镇静剂,才能控制抽搐。本文结果表明单用硫酸镁难以达到控制抽搐的效果。但在维持抽搐后的病情方面较地西洋类安全,持久,

并可随时检测血镁浓度以调整剂量。本资料硫酸镁组孕妇产并发症率明显降低,尤其肺炎并发症,子痫复发及产妇产死亡都低于对照组。

硫酸镁组新生儿只要注意高血镁症就可较少发生由于呼吸抑制而造成的低 Apgar 评分,这一点与地西洋类组有明显区别。另有担心使用硫酸镁产后宫缩受影响,出现产后出血,我们在分析时也注意到此问题,但没有显示上述情况,多数病例产后都有用催产素肌注或静滴,并未因此而造成产后出血率增高现象。也没有因肌肉注射硫酸镁而引起臀部脓肿。另外硫酸镁组的孕妇可以比地西洋类组较明显观察到胎动次数。

通过我院 20 年共 51 例子痫临床资料分析,结果提示临床使用硫酸镁治疗子痫,相对比地西洋类药物的疗效显著、安全,对母婴更有利。

参考文献:

[1] 费雷德里-克林莱 H L. 美国最新临床医学问答[M]. 第 2 版,北京:科文(香港)出版有限公司,1999. 308~320.
 [2] 张光玎. 产科急症[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1992. 189~205.
 [3] 刘棣临,周邮隆. 实用围产医学手册[M]. 第 2 版,上海:上海科技教育出版社,1995. 221~241.
 [4] 郑穗瑾,章小东. 产前子痫 50 例临床综合分析[J]. 中华综合医学杂志,2001,2(9): 796.
 [5] 丁红,王蕴慧,刘颖琳. 产后期子痫的发生特点及防治对策[J]. 广东医学,2000,21(10): 856.

(编辑 张恩健)

宫颈妊娠 15 例临床分析

林荣春, 张建平

(中山大学附属第二医院妇产科, 广东 广州 510120)

摘要:【目的】了解宫颈妊娠的临床特点,提高对本病的诊治水平。【方法】通过分析我院住院的宫颈妊娠 15 例临床表现、诊断及处理。【结果】15 例宫颈妊娠占同期异位妊娠的 1.9%,本组中 13 例保守治疗病例均成功,但单纯用 MTX 治疗的阴道流血时间长,持续 7~30 d,7 例在宫腔镜下行钳刮术,镜下清楚见到胚胎组织种植部位,清除胚胎组织,术后阴道流血 3~7 d,恢复快。2 例行经腹全子宫切除术。【结论】宫腔镜下钳刮清除胚胎组织可能是治疗宫颈妊娠的一种有价值新方法。

关键词: 妊娠, 异位; 流产, 人工; 治疗

中图分类号: R714.22 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0077-02

宫颈妊娠是一种极罕见而危险的异位妊娠,因其术前不易诊断,术时又易发生大出血,处理不当或抢救不力,可危及患者生命或丧失生育功能。我院 1991 年 1 月至 2001 年 1 月间收治宫颈妊娠患者共 15 例,占同期异位妊娠的 1.9%。为提高对宫颈妊娠的认识和诊治水平,探讨病因、诊断及治疗方法,将 15 例病例的临床资料作了统计分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

我院住院的 789 例异位妊娠中 15 例宫颈妊娠,年龄 20~30 岁 11 例,30~40 岁 4 例初次妊娠 1 例,1 次人工流产 1 例,2 次或 2 次以上人工流产 9 例,剖宫产 1 例,正常分娩 3 例。均有停经史,停经 5~8 周 9 例,8~10 周 6 例。6 例诊断为早孕行药物流产后持续阴道流血,3 例诊断为早孕行人工流产持续大出血,6 例停经后无痛性阴道流血。

1.2 检查

妇科检查: 8 例宫颈管增粗,如桶状。7 例宫颈口松,无

收稿日期: 2002-07-25

作者简介: 林荣春(1967-),男,广东揭阳人,医师。