

· 经验交流 ·

米索前列醇联合盐酸丁卡因胶浆在宫颈癌腔内后装治疗中的应用观察

林高娟, 吴冬梅, 赵慧玲

(广西壮族自治区南溪山医院肿瘤科, 广西桂林 541002)

摘要:目的 观察米索前列醇、盐酸丁卡因胶浆在宫颈癌腔内后装治疗中镇痛、扩张宫颈的效果。方法 将 158 例在该院行腔内后装治疗的宫颈癌患者随机分为 3 组, A 组 54 例后装治疗前 2~3 min 在宫颈口区域注入盐酸丁卡因胶浆; B 组 52 例后装治疗前 3 h 在阴道后穹窿置米索前列醇; C 组 52 例后装治疗前 3 h 在阴道后穹窿置米索前列醇, 后装治疗前 2~3 min 在宫颈口区域注入盐酸丁卡因胶浆。比较 3 组患者在腔内后装治疗操作中镇痛、宫颈软化、宫口扩张、全身不良反应以及并发症的发生率。结果 米索前列醇与盐酸丁卡因胶浆联合用药在镇痛、宫颈扩张软化方面均优于单用药组($P < 0.01$), 全身不良反应的发生率明显减少。结论 米索前列醇、盐酸丁卡因胶浆联合用药在宫颈癌腔内后装治疗中能扩张软化宫颈, 减少不良反应的出现, 止痛效果明显, 方法简单易行, 值得临床推广使用。

关键词:米索前列醇; 盐酸丁卡因胶浆; 宫颈癌; 腔内后装治疗; 镇痛; 扩张宫颈

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.23.035

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)23-2785-02

宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤之一, 放射治疗是宫颈癌的主要治疗手段。目前, 宫颈癌放射治疗主要采用盆腔体外照射配合腔内高剂量率后装治疗, 而腔内后装治疗是一种侵入性操作, 患者会产生焦虑、恐惧、疼痛等反应, 常常影响操作甚至中断治疗。为减少患者的痛苦和损伤, 本科采用小剂量米索前列醇(200 μg)阴道后穹窿给药, 再联合应用盐酸丁卡因胶浆, 达到了有效扩张宫颈、镇痛及减少不良反应的目的, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 4 月至 2012 年 6 月在本院行腔内后装治疗的宫颈癌患者 158 例, 年龄 26~78 岁, 随机分为 3 组, 其中盐酸丁卡因胶浆组(A 组)54 例, 米索前列醇组(B 组)52 例, 联合用药组(C 组)52 例。3 组患者的年龄、病理、临床分期等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 药物 米索前列醇由北京紫竹药业有限公司生产, 200 μg /片; 盐酸丁卡因胶浆由西安利君精华药业有限公司生产, 8 g/支(含盐酸丁卡因 0.08 g)。

1.2.2 药物使用方法 A 组: 后装治疗前 2~3 min 将盐酸丁卡因胶浆 4 g 挤在宫颈口区域, 再将盐酸丁卡因胶浆 1~2 g 涂抹在宫颈扩条前端仔细探查宫腔, 测量出宫腔深度, 然后用盐酸丁卡因胶浆 1~2 g 涂抹宫腔施源器, 沿着探查好的宫腔方向置入宫腔施源器。B 组: 后装治疗前 3 h 将米索前列醇 200 μg 置入阴道后穹窿, 置药后卧床休息至少 30 min, 后装治疗时用宫颈扩条仔细探查宫腔, 测量出宫腔深度, 然后沿着探查好的宫腔方向置入宫腔施源器。C 组: 后装治疗前 3 h 将米索前列醇 200 μg 置入阴道后穹窿, 置药后卧床休息至少 30 min; 后装治疗前 2~3 min 使用盐酸丁卡因胶浆, 使用方法同 A 组。

1.2.3 放射治疗方法 采用 10 MV X 线行盆腔常规体外照射加¹⁹²Ir(铱 192) 高剂量率腔内后装治疗。外照射盆腔平面中心剂量达 30~40 Gy 后, 改行盆腔中央平面挡铅 4 cm 宽, 4 野照射, 追加宫旁剂量 15~20 Gy; 当外照射盆腔平面中心剂量达 24~40 Gy 时同时行腔内后装治疗, 1 次/周, 6~7 Gy/次, 腔内后装治疗 A 点总剂量 36~42 Gy, 腔内后装治疗当日不行盆腔体外照射。

1.3 观察项目及标准

1.3.1 疼痛程度 采用 Stein 设计的线性模拟评分标尺^[1] 计量疼痛程度, 0 分代表无痛; 1~3 分为轻微疼痛, 表情自然; 4~6 分为明显疼痛, 表现为皱眉或轻声呻吟; 7~10 分为严重疼痛, 痛苦面容, 大声呻吟, 面色苍白, 大汗、恶心、呕吐。由患者自己选择一个最能代表其疼痛程度的数字来确定疼痛程度的分值。

1.3.2 宫颈扩张情况 以能一次性通过 5 号宫颈扩条为宫颈松弛标准, 分为有效和无效两级。有效: 能顺利通过 5 号宫颈扩条或宫颈稍紧; 无效: 宫颈坚硬, 需用小号宫颈扩条依次扩张宫颈。

1.3.3 全身不良反应 患者在腔内后装治疗中出现的一系列症状: 如头昏、恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗、胸闷、心率改变(心率下降至 60 次/分以下或心率下降超过后装治疗前 20 次/分)、血压下降等。

1.3.4 并发症 宫颈损伤、子宫穿孔的发生率。

1.4 统计学处理 应用 SPSS16.0 软件对数据进行分析处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 镇痛效果 见表 1。

表 1 3 组患者疼痛程度比较(n)

组别	n	疼痛程度		
		轻度(1~3 分)	中度(4~6 分)	重度(7~10 分)
A 组	54	32	20	2
B 组	52	27	24	1
C 组	52	43	9	0

3 组患者接受腔内后装治疗的镇痛效果, A 组与 B 组比较, 差异无统计学意义($t = 0.513, P = 0.609$), 提示盐酸丁卡因胶浆与米索前列醇在宫颈癌后装治疗中镇痛效果无显著差异, 止痛作用相近; C 组与 A 组、C 组与 B 组比较, 差异均有显著统计学意义($t = 2.862, P = 0.005; t = 3.554, P = 0.001$), 提示米索前列醇和盐酸丁卡因胶浆联合镇痛作用优于单用盐酸丁卡

因胶浆或单用米索前列醇。

2.2 宫颈扩张情况 见表 2。

表 2 3 组患者宫颈扩张情况比较(n)

组别	n	有效	无效
A 组	54	17	37
B 组	52	28	24
C 组	52	43	9

3 组患者用药后接受后装治疗的宫颈扩张情况, B 组与 A 组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.769, P = 0.029$), 提示米索前列醇扩张宫颈作用比盐酸丁卡因胶浆强; C 组与 A 组、C 组与 B 组比较差异均有显著统计学意义($\chi^2 = 16.568, P = 0.000; \chi^2 = 7.295, P = 0.007$), 提示米索前列醇和盐酸丁卡因胶浆联合用药扩张宫颈作用优于单一用药。

2.3 全身情况发生率比较 A 组出现全身情况 2 例占 3.70%, B 组 1 例占 1.92%, C 组 0 例占 0.00%。

2.4 并发症 宫颈损伤、子宫穿孔发生率 A、B、C 3 组均为 0.00%。

3 讨 论

中国是宫颈癌的高发地区, 腔内近距离后装治疗配合盆腔体外照射已成为中晚期宫颈癌放射治疗公认的标准治疗方案。在腔内后装治疗操作中, 当牵拉扩张宫颈、探查宫腔深度时, 往往给受术者带来极大的痛苦, 易发生类似于人流综合征的全身不良反应。由于肿瘤常常侵犯宫颈前后唇及宫旁组织导致宫颈结构不清、子宫移位、宫颈口难以分辨从而使探查宫腔困难, 操作不慎甚至会发生宫颈损伤、子宫穿孔等并发症, 这一棘手的问题常常困扰着医务人员, 而目前解决此问题有效的办法鲜有报道。

米索前列醇为前列腺衍生物, 它同体内分泌的前列腺一样, 能使子宫收缩^[2-3], 其药用机制是使宫颈胶原合成减弱, 分解加速, 使宫颈软化、扩张。米索前列醇常用于口服给药, 在妇科常被用于终止早孕、取环术等操作^[4], 用药后由于宫颈扩张避免了过多刺激, 减轻了患者痛感和人流反应。

由于米索前列醇阴道给药的生物利用度大于口服剂量的 3 倍^[5], 而且经阴道给药消除了口服时的胃肠道刺激, 故不良反应发生率低于其他口服治疗方案^[6]。其使用过程简单, 患者易于接受, 所以, 小剂量米索前列醇片阴道用药近几年也逐步用于取环、引产、终止早孕等妇产科操作及手术^[7-8]。

盐酸丁卡因胶浆为腔道表面润滑麻醉剂, 其主要成分盐酸丁卡因作用于外周神经, 稳定神经组织细胞膜, 减少钠离子内流, 使正常的极化和去极化交替受阻, 神经冲动无法进行, 从而起到止痛作用; 而盐酸丁卡因胶浆的另一成分甲基纤维素是一种骨架材料, 能增加溶液的黏度, 有润滑阴道、宫颈口, 起到扩张宫颈口作用, 经宫颈给药 2 min 就可以发挥药效。目前, 盐酸丁卡因胶浆因其所具有的局部麻醉、镇痛、润滑作用已被广泛应用于泌尿外科、妇产科、纤维内窥镜等检查, 临床上应用安全可靠^[9-12]。

研究结果显示, 在宫颈癌患者腔内后装治疗前应用米索前列醇联合盐酸丁卡因胶浆, 在后装治疗中, 单用盐酸丁卡因胶浆或米索前列醇在止痛效果方面二者比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 二者的止痛作用相近。在扩张宫颈方面, 米索前列醇比盐酸丁卡因胶浆效果好, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 而两种药物联合应用比单用任何一种药物在镇痛及扩

张宫颈方面差异有统计学意义($P < 0.01$), 提示米索前列醇与盐酸丁卡因胶浆 2 药联用有协同作用。

在宫颈癌腔内后装治疗操作过程中, 当宫腔扩条触及宫颈肿瘤时, 由于肿瘤表面血管丰富容易出现出血, 加上宫颈及子宫受到牵扯扩张等刺激可引起迷走神经兴奋, 患者可能会出现心率变慢、血压下降、面色苍白、出冷汗、头昏、恶心、呕吐等类似于人流综合征的一系列全身不良反应, 从而影响后装操作及治疗的顺利进行, 而米索前列醇、盐酸丁卡因胶浆联合用药可明显减轻疼痛, 使宫颈松弛, 减少对宫颈的刺激, 可降低受术者全身不良反应的发生率。本文研究结果也证实了这一点, 而且未出现子宫穿孔等严重并发症。

综上所述, 本研究结果显示宫颈癌腔内后装治疗前用盐酸丁卡因胶浆局部浸润麻醉有镇痛效果, 阴道后穹窿放置米索前列醇可扩张宫颈, 二者联用能更大程度减轻后装治疗中的疼痛, 减少不良反应的出现且上述方法操作简单、安全、经济, 在目前不失为一种较好的镇痛、软化宫颈的方式, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] Stein M, Lubetkin D, Taub HC, et al. The effects of intra-urethral lidocaine anesthetic and patient anxiety on pain perception during cystoscopy[J]. J Urol, 1994, 151(6): 1518-1521.
- [2] Bugnon A, Paniagua AE, Postiglione G, et al. Induction of labor with misoprostol[J]. Gynecol Obstet Mex, 1994, 62(4): 407-414.
- [3] Aronsson A, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effects of misoprostol on uterine contractility following different routes of administration[J]. Hum Reprod, 2004, 19(1): 81-84.
- [4] 干昌平, 邹燕, 付璟, 等. 口服米索前列醇用于早期妊娠人工流产术前扩张宫颈的有效性和安全性评价[J]. 实用妇产科杂志, 2006, 22(12): 745-748.
- [5] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 398-406.
- [6] David M, Chen FC. Comparison of isosorbide mononitrate (Mono Mack) and misoprostol(Cytotec) for cervical ripening in the first trimester missed abortion [J]. Arch Gynecol Obstet, 2005, 273(3): 144-145.
- [7] 凌云, 张汉英, 幸碧芬, 等. 米索前列醇联合刮宫术治疗稽留流产 70 例[J]. 广东医学, 2010, 31(6): 779-780.
- [8] 卢希平, 杜军强, 吴春晓. 阴置米索前列醇在无痛人流中的时效性研究[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(11): 1653-1655.
- [9] 周桂兰, 郭芸, 廖桂兰. 3 种方法留置男性导尿管的临床观察[J]. 当代护士: 学术版, 2010, 16(5): 63-64.
- [10] 罗红, 薛萍. 盐酸丁卡因胶浆用于药流不全清宫术效果观察[J]. 医学理论与实践, 2010, 23(6): 713-714.
- [11] 德建文. 盐酸丁卡因胶浆在绝经期取 IUD 的临床应用[J]. 中国计划生育学杂志, 2007, 136(2): 80.
- [12] 陈观明, 郭志强, 崔永华. 盐酸丁卡因胶浆在纤维喉镜检查中的应用[J]. 医药导报, 2004, 23(5): 318-319.