

米非司酮配伍米索前列醇终止剖宫产后早期妊娠疗效分析

匡琳, 林小娜, 徐丽珍, 张松英 (浙江大学医学院附属邵逸夫医院妇产科, 杭州 310016)

摘要:目的 研究米非司酮配伍米索前列醇终止剖宫产后早期妊娠的安全性及临床效果。方法 选择剖宫产后早期妊娠 102 例, 并将同期自然流产后早孕 78 例和无分娩史早孕妇女 129 例作为对照。常规使用米非司酮配伍米索前列醇药物流产方法。记录给药时间、孕囊排出时间、阴道出血量、药物不良反应、术后阴道出血天数、宫腔残留情况及月经恢复情况。结果 米非司酮配伍米索前列醇终止剖宫产后早期妊娠、剖宫产后早孕组与自然分娩后早孕组及无分娩史早孕组的孕囊排出时间、完全流产率及月经恢复情况无明显差异, 药物流产后阴道流血天数及阴道出血量差别也无显著性意义。结论 米非司酮配伍米索前列醇终止剖宫产后早期妊娠安全性及有效性令人满意。

关键词:米非司酮; 剖宫产; 早期妊娠

中图分类号: R979.2 文献标识码: B 文章编号: 1007-7693(2005)03-0260-03

Analysis of mifepristone combine misoprostol induced early pregnancy ending after cesarean section

KUANG Lin, LIN Xiao-ha, XU Li-zhen, ZHANG Song-ying (*Maternity Department, Sir Run Run Show Hospital, Zhejiang University College of Medicine, Hangzhou 310016, China*)

ABSTRACT: OBJECTIVE To observe the effectiveness and clinic accept ability of medical abortion of early pregnancy induced by mifepristone accompanied with misoprostol. **METHODS** 102 women, who had early pregnancies after cesarean section, were compared with 78 women with early pregnancy after natural delivery and 129 women having no birth. Mifepristone and misoprostol were given in the routine way. Several items were recorded: drugs acting time, gestation sac passing out time, vaginal bleeding, side effects of the drugs, remainder in uterus or not and menstruation recovery days. **RESULTS** Comparison of several key items such as gesta-

tion sac passing out time, complete abortion rate, vaginal bleeding and menstruation recovery days, no obvious differences were observed in these three groups. **CONCLUSION** It is secure to process medical abortion of early pregnancy induced by mifepristone accompanied with misoprostol.

KEY WORDS: mifepristone; early pregnancy; cesarean section

近年来,我国剖宫产有逐年增高的趋势,有的医院已达到 40%~50%^[1]。随着剖宫产率的上升,有剖宫产史的人工流产者增多,已引起广大临床工作者的重视。而终止有剖宫产史的妇女意外妊娠是非常棘手的问题,人流过程中有少数患者易出现子宫穿孔人流不全等并发症,患者及家属很难接受。2002年6月至2004年7月,笔者应用米非司酮配伍米索前列醇对102例剖宫产后早孕妇女实施药物流产,并将其与同期经阴道分娩后早孕、否认分娩史早孕者进行分析比较,对其安全性与临床效果进行了观察,现报告如下。

较,对其安全性与临床效果进行了观察,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

309例育龄妇女,102例为剖宫产术后早孕,距手术时间6~36月;78例自然分娩后早孕患者,距离分娩时间为12~48月;129例否认分娩史早孕者。全体停经天数≤60d,经妇科检查及B超明确胚囊如孕7周以内大小。三组研究对象的一般特征无显著性差异见表1。所有患者均为自愿

Tab 1 comparison of general character

一般特征	例数(例)	年龄(岁)	孕次	产次	妊娠天数(天)	孕囊大小(cm)
A组	102	30.4±4.2	2.34±1.1	1.05±0.08	42.2±6.8	14.0±8.0
B组	78	31.2±4.5	2.83±1.0	1.18±0.14	40.3±5.2	14.6±7.9
C组	129	24.6±3.0	1.55±0.92	0	41.6±4.8	16.0±4.7
P值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

注:P值为A、B两组比较。(表2,3同)

Note: compared A group with B group

接受药物流产并签署同意书,无药物流产禁忌症。

1.2 方法

根据前次分娩方式分为剖宫产后组(A组)、自然分娩组(B组)和无分娩史组(C组)。

米非司酮总量150mg,分3d服完,第4d晨空腹口服米索前列醇600μg,3h后仍无妊娠物排出者加用400μg。

1.3 临床观察与随访

服米索前列醇日留院观察,记录给药时间、孕囊排出时间、阴道出血量及药物不良反应。药流后第7天、15天和转经后门诊随访阴道出血天数和出血量、宫内残留情况及月经恢复情况。药流当日出血多或随访期间有残留者清宫,手术均在B超监视下进行,吸出物送病理检查。

1.4 疗效评定标准

1.4.1 完全流产 用药后1周内无妊娠物排出,出血渐停止,1个月后人绒毛膜促性腺激素(HCG)测定阴性,B超检查宫内无残留物。

1.4.2 不全流产 用药后有妊娠物排出,但2周后B超复查宫内有组织残留或因阴道持续出血或出血量超过月经量而吸宫,病理检查证实有绒毛残留者。

1.4.3 流产失败 用药后1周内无孕囊排出,无腹痛及阴道出血,早孕反应仍存在,继续妊娠或胚胎停止发育,但尿HCG定性阳性或B超检测提示孕囊存活者。

1.5 统计学处理

所有数据经SPSS10.0软件包处理。计量资料进行方差分析,计数资料χ²检验。

2 结果

2.1 三组药物流产效果和月经恢复情况

309例中,完全流产277例(89.66%),不全流产26例(8.41%),药物流产失败6例(1.94%)。药流失败者采用人工流产终止妊娠,余303例孕囊自行排出情况分别为:口服米索前列醇前排出45例(14.9%),用米索前列醇后6h排出者245(80.8%),超过6h者13(4.29%)。药物流产后一般28~35d恢复月经,超过40d者排除妊娠后给予黄体酮催经,最长恢复月经时间为57d。三组孕囊排出时间、完全流产率和月经恢复情况无显著差异,见表2。

表2 三组孕囊排出时间、完全流产率和月经恢复情况比较

Tab 2 Comparison of gestation sac passing out time, complete abortion rate and menstruation recovery days

组别	例数(个)	孕囊排出时间(h)	完全流产例数(例)	月经恢复天数(d)
A组	102	2.8±2.0	91(89.2%)	32.8±4.8
B组	78	2.7±1.9	71(91.2%)	33.6±5.1
C组	129	2.4±0.9	115(89.1%)	32.3±3.3
P值		>0.05	>0.05	>0.05

2.2 药物流产后阴道出血情况

药物流产后阴道出血时间最短5d,最长28d,出血量小于月经量者占19.8%,1~2倍月经量者占71.3%,仍有11.6%大于2倍月经量见表3。阴道出血超过月经量2倍或出血时间超过15d者,均行B超检查,疑为宫内组织残留者32例,均在B超监视下行吸宫术,并给予缩宫、止血、抗炎等药物进行治疗,刮出组织送检,26例证实为绒毛残留,6例为血凝块。

表 3 三组阴道出血情况比较

Tab 3 Comparison of vaginal bleeding

	例数	阴道出血天数 (d)	阴道出血量		
			<月经量(例)	1~2倍月经量(例)	>2倍月经量(例)
A组	99	11.3 ± 4.0	19(19.2%)	67(67.7%)	13(13.1%)
B组	77	12.2 ± 4.1	15(19.5%)	54(70.1%)	8(10.4%)
C组	127	12.0 ± 3.8	26(20.5%)	87(68.5%)	14(11.0%)
P值		>0.05		>0.05	

2.3 其他不良反应

主要表现为腹痛、恶心、呕吐、头晕、乏力等,但所有对象均能耐受,无一例停药或改用其它方法终止妊娠,无子宫切口破裂、大出血等严重不良反应。

3 讨论

近 10 年来,因各种原因导致剖宫产率明显上升,疤痕子宫早孕者较常见。人工流产作为避孕失败后的补救措施,是一种比较安全的手段,但对特殊人群仍存在一定的危险性,而且受术者普遍有不同程度地恐惧心理。剖宫产后人工流产对施术者来说,也面临着种种难题。由于子宫疤痕的存在,血管和神经的损伤,可能使子宫解剖位置和形态特征发生变化,扩宫及吸宫较困难,而且机械通过时容易造成局部损伤出血,子宫穿孔、吸宫不全、继发感染和宫颈粘连等手术及术后近期并发症的发生率随之增高^[2,3]。

米非司酮是孕酮拮抗剂,有较强的抗孕酮作用,使绒毛和蜕膜组织变性,内源性前列腺素释放,同时作用于宫颈,使之软化和扩张^[4]。米索前列醇不仅兴奋子宫平滑肌,还可抑制宫颈胶原合成,促宫颈成熟,松弛扩张宫颈口,两者协同作用排出胚胎和胎盘、胎膜,达到终止妊娠的目的。为降低剖宫产后早孕人工流产的危险性,近年来,笔者采用米非司酮配伍米索前列醇对疤痕子宫早孕者行药物流产。通过观察发现,剖宫产术后组完全流产率 89.2%,与总体流产率无明显差异,且孕囊排出时间、阴道出血天数和月经恢复情况与其他组比较无明显差异。由此可见,米非司酮配伍米索前列醇能安全、有效地终止孕 7 周以内的疤痕子宫妊娠,避免因疤痕子宫人工流产致子宫穿孔等并发症的发生。

阴道出血多是药物流产后的主要不良反应。从本组资料看,剖宫产组阴道出血量多者在绝对数量上略高于其他组,造成出血过长过久的主要原因可能有^[5]: ①宫内膜受到

创伤后,妊娠蜕膜生长不良,致妊娠组织粘连,从而脱落不全;②疤痕子宫收缩较差;③剖宫产后子宫呈后位,妊娠物不易排出。另外还应注意子宫峡部切口部位的妊娠,庄亚玲^[6]曾报道 6 例剖宫产后峡部切口妊娠,往往因没能明确诊断就行常规流产,导致大出血。因此,剖宫产后药物流产必须仔细检查,严密随访流产过程,杜绝大出血的发生。

综上所述,口服米非司酮配伍米索前列醇终止剖宫产后早孕,由于非宫腔操作,避免了因手术难度增加而造成的感染、损伤、出血、吸宫不全甚至子宫穿孔等近期并发症;同时,即使药物流产失败,也由于米非司酮和米索前列醇的协同作用,使宫颈软化,宫口扩张,吸宫术更易于进行,减轻了受术者的痛苦。应用米非司酮配伍米索前列醇对终止剖宫产后 49 d 以内妊娠,其安全性、有效性令人满意。

参考文献

- [1] 郑平,黄醒华,王淑珍. 35 年剖宫产率及适应证的变化 [J]. 中华妇产科杂志, 1996, 31(3): 142.
- [2] 杨芝,刘光伟. 剖宫产后早孕药物流产 243 例分析 [J]. 中医药学刊, 2003, 21(7): 1186.
- [3] 王敏珍,陈平平,陈焱波,等. 剖宫产后妊娠子宫特征及人工流产并发症的发生率 [J]. 生殖与避孕, 1998, 18(6): 350.
- [4] 李小平,王柳燕. 米非司酮配伍米索前列醇终止剖宫产术后哺乳期妊娠 10—14 周临床应用 [J]. 沈阳医学, 2003, 23(4): 86.
- [5] 陈小平,李乾琼. 剖宫产后 1 年内早孕药物流产 243 例临床分析 [J]. 中国计划生育学杂志, 2003, 95: 543.
- [6] 庄亚玲,杨梅丽. 子宫峡部妊娠 6 例临床分析 [J]. 中国计划生育学杂志, 2001, 73: 297.