

· 简 报 ·

米非司酮、丙酸睾丸素配伍米索前列醇终止中期妊娠

余妙真, 冯淑英, 翁梅英, 郭璇华

(中山医科大学孙逸仙纪念医院妇产科, 广东 广州 510120)

关键词: 米非司酮; 米索前列醇; 妊娠中期

中图分类号: R719

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)01-0079-02

米非司酮(mifepristone)配伍米索前列醇(misoprostol)终止早、中期妊娠已被认为是目前一种有效、安全、无创伤的方法^[1]。近年来,国内外使用这种联合用药方法对终止10~16周妊娠的临床研究已显示良好效果^[1~4]。为了进一步探索此联合用药方法对较大中期妊娠引产的安全性及其最佳给药途经,我院于1997年9月—1999年9月采用米非司酮或丙酸睾丸素配伍米索前列醇,以不同途经给药(口服或阴道放置)用于妊娠13~24周内要求引产的妇女,并进行了随机的比较性观察。

1 资料与方法

1.1 对象

经确诊妊娠13~24周、年龄16~41岁自愿要求终止妊娠、无用药禁忌的妇女126例,随机分成3个组。1组:(42例)米非司酮加米索前列醇分次口服;2组:(42例)米非司酮分次口服加米索前列醇阴道放置;3组:(42例)丙酸睾丸素(肌注)加米索前列醇阴道放置。所有病例引产前常规检查血尿常规、肝肾功能、心电图、X线胸片等均正常。

1.2 对象特征

对象的生物学特征包括:年龄、孕、产次、月经周期及妊娠周数等内容,经统计学比较三组均无显著差异($P > 0.05$)。1及2组的经产妇为17例,初产妇为25例。3组的经产妇为16例,初产妇为26例。

1.3 方法

1、2组入院当天晚起给服米非司酮50 mg 每12 h 1次共3次,服完末次药后2 h 1组给米索前列醇0.4 mg 口服,每3 h 重复1次,最多4次;2组予米索前列醇0.2 mg 放于阴道后穹窿,每3 h 1

次,最多4次;3组入院当天起肌注丙酸睾丸素100 mg 每日1次共3次,注末次丙睾后2 h 开始阴道放米索前列醇0.2 mg。

1.4 临床观察

所有对象均住院给药,详细记录用药期间的不良反应,阴道流血量,下腹阵痛开始时间;胎儿、胎盘排出时间;胎盘胎膜是否完整;胎儿娩出30 min后胎盘仍未娩出或胎盘胎膜不完整,都给予钳刮清宫术。产后用统一型号卫生护垫,以量称测量产后1 h、24 h 内的阴道出血量。引产前及引产后第1次月经复潮后测血红蛋白作对照。第1次月经复潮干净后门诊随访。

1.5 效果评定标准

引产成功:末次应用米索前列醇后24 h 内胎儿、胎盘大部分娩出者。引产失败:末次应用米索前列醇后24 h 胎儿、胎盘仍未娩出而改用别法引产者。

2 结 果

2.1 临床观察

引产效果比较:1组成功40例,失败2例;2组成功41例,失败1例;3组成功38例,失败4例。刮宫率比较:2组最低为9.5%(4例);其次3组为11.9%(5例),1组刮宫率较高,为30.9%(13例),与其它两组比较差异显著($P < 0.05$)。末次用药至胎儿娩出时间比较详见表1,出血量比较见表2。

表1中显示:1组无论在用药后子宫缩起时及阵缩开始到胎儿娩出时都较快,其次是2组,3组略差($P < 0.05$)。

表2中显示:产后1 h 及24 h 平均出血量以1组较小,分别为88 mL 及165 mL,经统计学处理3

收稿日期:2001-09-23

作者简介:余妙真(1947-),女,广东顺德人,副主任医师,硕士生导师。

组差异不显著($P > 0.05$)。

表1 3组末次用药至胎儿娩出时间比较

Table 1 The comparison of time from using last drug to delivery (t/h)

Group	n	From using last drug to stating of contraction	From stating of contraction to delivery
1	42	6.6±3.2	3.7±1.8
2	42	8.2±6.7	5.1±3.3
3	42	12.8±16.4	5.1±4.1

表2 3组出血量比较

Table 2 The comparison of amount of bleeding (V/mL)

Group	n	The bleeding amount in 1st h postpartum	The bleeding amount in 24th h postpartum
1	42	50~180(88±32)	120~260(165±37)
2	42	20~256(104±58)	80~400(172±71)
3	42	30~300(1057±80)	50~240(181±99)

2.2 出院随访

126例出院后随访率为79.25%，各组间的随访率无显著差异($P > 0.05$)。阴道出血时间：无刮宫者引产后，阴道流血持续时间平均为(14±10)d；有刮宫者为(11±8)d，比无刮宫者明显缩短($P < 0.001$)。月经复潮时间：3组比较无显著差异($P > 0.05$)，但与刮宫关系密切：有刮宫者平均为(34±7)d，无刮宫者平均为(36±10)d。

3 讨论

1993年Thong等^[2]报道：米非司酮合并阴道放置吉美前列素终止12~21周妊娠成功率达95%以上，国内学者报道上海协作组应用米非司酮合并米索前列醇终止10~16周妊娠2007例^[5]，其24h内流产成功率为90.7%。本研究组24h内引产的成功率以第2组最高，达97.62%，其次是第1组(95.24%)。第3组为探索性地应用丙酸睾酮配伍米索前列醇阴道后穹窿放置，也可收到良好效果，其成功率达90.48%，比传统的水囊引产成功率高(有短水囊及普通单水囊1次成功率分别为75%及89%^[6])。

el-Refaey等^[1]认为：米索前列醇阴道给药更有效，副作用更小。程利南等^[3]亦认为：米索前列醇

阴道放药优于口服，且用量较少。本组结果与上述报道相似，从3组比较中，可见：用药后至宫缩启动及至分娩所需的时间都以第1组效果为最好；第2组其次；第3组略差。但从恶心、腹泻等胃肠不良反应的发生率来看，则恰恰相反，发生率分别为16.1% (1组)、8.0% (2组)、7.8% (3组)。可见，米索前列醇阴道给药比口服途径对病人更有利。故此，我们对引产者均使用米索前列醇阴道给药法，尤其在近半年来减小了阴道放置米索前列醇的用量(每次放0.2mg)后，胃肠道不良反应不但大幅度下降，引产效果亦不差。

国外文献曾有因米索前列醇中孕引产导致子宫破裂的报道，故引产时应用米索前列醇应更加小心，特别对那些有高危因素的孕妇，如有疤痕子宫、多孕、多次刮宫、甲状腺功能亢进、高血压等病史，宜采用小剂量米索前列醇阴道放置更为妥当。本组有17例为高危孕妇(其中10例剖宫产史、2例为甲亢患者、5例患有慢性高血压)，她们都采用小剂量米索前列醇阴道放置法引产，均能安全渡过整个引产过程，126例引产中，无一例发生子宫破裂、宫颈裂伤、产后大出血、感染及严重过敏等现象。为确保用药对象的安全，我们十分赞同程利南教授等人的提议^[5]：药物终止中期引产应在有住院条件、有钳刮技术及急诊输血等条件的医院开展，切勿随便滥用。

参考文献

- [1] el-Refaey H, Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens[J]. Hum Reprod. 1995, 10(2): 475.
- [2] Thong K J, Baird D T. Induction of second trimester abortion with mifepristone and gemeprost[J]. Br J Obstet Gynecol. 1993, 100(8): 758.
- [3] 程利南, 黄凯, 金毓翠, 等. 米非司酮配伍米索前列醇终止10~16周妊娠的疗效[J]. 新药与临床, 1996, 15(1): 66.
- [4] 朱波, 李大慈. 米非司酮配伍米索前列醇用于中期妊娠引产[J]. 中山医科大学学报, 1997, 18(3): 226.
- [5] 程利南, 吴愉, 金勤, 等. 米非司酮配伍米索前列醇终止10~16周妊娠的临床多中心随机比较性研究[J]. 中华妇产科杂志, 1999, 34(5): 268.
- [6] 陆子兰. 计划生育理论与实践[M]. 广东: 广东科技出版社, 1988. 375~376.

(编辑 张恩健)