

米非司酮联合米索前列醇在初孕者人工流产中的效果观察

叶晨(浙江省温州市鹿城区计划生育宣传技术指导站,浙江温州 325000)

人工流产术是针对避孕失败的常规补救措施之一,是妇科门诊的常见手术。初孕妇女宫颈口较紧,人工流产术中发生宫颈裂伤、子宫穿孔等综合反应风险较高,对手术效果及安全性造成了极大影响^[1]。米索前列醇可加速宫颈胶原裂解,已广泛应用于人工流产术。近年来,一种新型抗孕激素米非司酮在人工流产术中的应用受到了广泛关注^[2]。米非司酮具有甾体结构,可与内源性孕酮竞争结合受体,产生较强的抗孕酮作用^[3]。为分析米非司酮联合米索前列醇在初孕人工流产术中的效果,我们选取了94例初孕妇女进行了研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我站2010年1月—2012年12月收治的94例初孕妇女,均为自行要求人工流产。排除:①存在人工流产禁忌证;②阴道B超检查非宫内妊娠;③合并血液系统、神经系统或重要脏器疾病。按照收治单、双编号将其分为观察组及对照组(均获就诊者知情同意),观察组58例,年龄18~31岁,平均(23.5±2.9)岁,孕周6~10周,平均(8.1±0.7)周,体重指数(BMI)(20.76±0.39)kg/m²。对照组36例,年龄18~30岁,平均(22.9±3.7)岁,孕周6~10周,平均(7.9±0.9)周,BMI(20.93±0.42)kg/m²。两组妇女年龄、孕周及BMI等指标比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

两组妇女均接受常规人工流产术,并于术前1h接受米索前列醇(国药准字H20000668,北京紫竹药业有限公司)400μg阴道后穹窿放置。观察组在术前2d加服米非司酮(国药准字H10950003,北京紫竹药业有限公司),早晚各1次,分别口服50mg、25mg,服药前后2h空腹,服药2d后即可入院接受人工流产术。

1.3 观察指标

①比较两组人工流产术中宫缩幅度、手术时间及出血量,并观察其宫颈松弛情况^[4]。宫颈充分松弛:7号扩张器可一次性通过;部分松弛:6号扩张器可一次性通过;松弛不佳:需自5号扩张器至7号依次松弛;②按照WHO疼痛标准评价两组人工流产术中疼痛情况^[5],共分0~3级,0级为无痛,3级为无法忍受的剧痛;③比较两组人工流产术中或术后人工流产综合征发生情况,包括面色苍白、头晕、出汗、胸闷等,记录其人工流产综合征发生率。

1.4 统计学分析

对本临床研究的所有数据采用SPSS 13.0软件进行分析。对计数资料采用卡方检验,对计量资料采用 t 检验,对等级资料采用秩和检验,检验水准设定为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 手术情况

观察组宫缩幅度、宫颈松弛情况显著高于对照组,其手术时间、术中出血量低于后者(表1)。

表1 两组手术及宫颈松弛情况比较

观察项目	观察组 (n=58)	对照组 (n=36)	t/χ^2 值	P值
手术情况($\bar{x} \pm s$)				
宫缩幅度(cm)	1.95±0.63	1.03±0.19	4.03	<0.05
手术时间(min)	2.21±0.29	3.70±0.78	6.30	<0.05
术中出血量(mL)	6.96±2.87	10.45±3.55	13.58	<0.05
宫颈松弛(n/%)				
充分松弛	46(79.3)	3(8.3)		
部分松弛	8(13.8)	7(19.4)	51.61	<0.05
松弛不佳	4(6.9)	26(72.2)		

2.2 疼痛情况

观察组疼痛分级:0级42例,1级15例,2级1例,3级0例;对照组0级0例,1级3例,2级31例,3级2例,观察组疼痛分级显著低于对照组($u_c = 7.94 > u_\alpha, P < 0.05$)。

2.3 人工流产综合征

作者简介:叶晨(1976—),女,主治医师

部分妇女于术中或术后出现人工流产综合征,均经肌内注射阿托品得到有效缓解,观察组人工流产综合征发生率显著低于对照组($\chi^2 = 6.12, P < 0.05$),见表2。

表2 两组妇女人工流产综合征发生情况(n)

组别	总例数	面色苍白	头晕	出汗	胸闷	心动过缓	血压下降	合计
观察组	58	1	1	2	1	0	1	6
对照组	36	5	1	1	0	3	1	11

3 讨论

人工流产术是目前临床终止妊娠的主要方式,术中降低创伤,避免并发症发生是保证手术质量的重要环节。然而,初孕妇女宫颈松弛度往往较差,胚胎组织难以吸出,可导致手术时间增加、出血量上升等弊端,甚至部分孕妇会在术后出现输卵管粘连、宫腔感染,引发不孕^[6]。

米索前列醇是一种合成前列素 E₁ 类似物,可刺激宫颈细胞,促进胶原蛋白、弹性蛋白酶活性上升,具有良好的促进宫颈成熟、软化和扩张作用,且价格低廉、保存方便,在人工流产术中已得到了广泛应用。但近年来,多数研究均显示,单纯应用米索前列醇可导致术中出血量大、术后人工流产综合征发生率高,且对疼痛的控制作用较差。因此,有学者提出了配伍米非司酮的人工流产方式^[7-8]。我们选取米非司酮联合米索前列醇对观察组妇女进行了序贯应用,发现观察组宫缩幅度、宫颈充分松弛率显著高于对照组,其手术时间、术中出血量低于后者($P < 0.05$)。显示观察组妇女子宫收缩得到了更为明显的促进,其宫颈肌肉软化效果更好,这得益于米非司酮在体内与孕激素竞争受体的作用,使得孕激素受到阻断,从而诱发绒毛变性、坏死及脱落等一系列变化,使滋养层细胞增殖速度降低、凋亡速度增加,促进了胚囊的坏死。此外,作为一种拮抗孕激素受体的甾体类药物,米非司酮还可加强米索前列醇软化宫颈肌肉、兴奋宫底平滑肌作用^[9],使得手术对孕妇刺激进一步降低,也在一定程度上降低了术者术中痛感。本组资料中观察组疼痛分级显著低于对照组,亦印证了上述结论。人工流产综合征的主要发生原因为分布于宫体、宫颈及膀胱上部的交感神经在受机械性刺激时极易导致副交感神经兴奋,由于初孕妇女均需接受

扩宫棒强行实施宫颈扩张,宫颈受到高强度扩张、牵拉后,易受到损伤,导致子宫穿孔、人工流产综合征发生率上升。研究表明,米非司酮具有一定的阻碍神经传导作用,术前应用该药物可有效阻滞宫颈旁神经丛,减轻了机械刺激带来的人工流产综合征风险^[10]。

米非司酮联合米索前列醇可减轻术中疼痛、出血量,降低手术操作难度,且可预防人工流产综合征的发生,具有良好的效果及安全性。

4 参考文献

- [1] Gómez O, Borrás A, Rabanal A, et al. Mifepristone-misoprostol midtrimester abortion: impact of gestational age on the induction - to - abortion interval [J]. Contraception, 2010, 81(2): 97 - 101.
- [2] 陈金芳, 胡红彦, 项良春. 米非司酮在妊娠7-10周人工流产手术中的应用与疗效观察[J]. 安徽医药, 2011, 15(8): 1019 - 1020.
- [3] 孙丽. 甲氨蝶呤联合米非司酮治疗输卵管异位妊娠疗效观察[J]. 健康研究, 2012, 32(2): 100 - 102.
- [4] 王晓虹, 林莉冰, 高镇松, 等. 米非司酮联合米索前列醇用于终止10~12周妊娠钳刮术前的效果观察[J]. 中国计划生育学杂志, 2010, 18(2): 115 - 116.
- [5] Pappalardo E M, La Greca M, Rapisarda G, et al. Uterine rupture after prostaglandin analogues to induce midtrimester abortion [J]. Journal of prenatal medicine, 2010, 4(1): 9.
- [6] Okonofua F E, Hammed A, Abass T, et al. Private medical providers' knowledge and practices concerning medical abortion in Nigeria [J]. Studies in Family Planning, 2011, 42(1): 41 - 50.
- [7] 杨娅娅, 王淑娟. 米非司酮配伍米索前列醇终止8~12周妊娠在人工流产中的应用[J]. 中国实用医药, 2010, 5(4): 154 - 155.
- [8] Paçarada M, Kongjeli N, Kongjeli G, et al. Artificial Abortions Performed at the University Clinical Centre of Kosovo from January 2005 to December 2007 [J]. Birth, 2009, 1(2): 3.
- [9] 李文静. 异丙酚联合米非司酮配伍米索前列醇用于初孕无痛人工流产的临床观察[J]. 中国医药导报, 2010, 7(7): 54 - 55.
- [10] 马宝满, 韦育红, 黄澎. 米非司酮联合米索前列醇在疤痕子宫无痛性人工流产术的疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(11): 133 - 134.

(收稿日期: 2014 - 03 - 14)