

药物流产失败因素的探讨

陈再玲

(浙江省台州医院路桥院区 台州 318050)

关键词:米非司酮;米索前列醇;药物流产;原因分析

中图分类号:R 714.21

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0046-02

米非司酮配伍米索前列醇在国内广泛使用于临床终止早期妊娠已十多年,由于存在着用药者的个体差异及其他原因,仍有部分患者可发生药物流产不全及失败。为更好地掌握药物流产及提高完全流产率,特对可能影响药物流产效果的有关因素进行分析与探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2000 年 3 月~2004 年 3 月在我院门诊采用药物流产的健康妇女 3 266 例,年龄 18~42 岁,停经≤49d,妇科检查无阴道炎,子宫不超过孕 7 周大,B 超检查为:宫内妊娠、孕囊三径线平均直径≤27mm,无宫内节育器,无子宫肌瘤,无卵巢囊肿,无严重心肝肾疾病、出血性疾病,无前列腺素使用禁忌证。

1.2 服药方法 用药第 1 日,晨起空腹服米非司酮 50mg,12h 后再服 25mg(服用米非司酮前后均禁食 2h);用药第 2 日,早晚各服米非司酮 25mg;用药第 3 日,上午 7:00 左右空腹服米非司酮 25mg,1h 后加服米索前列醇 0.6mg,留院观察 6~8h。如无孕囊排出且出血量不多者,嘱其回家观察,1 周后务必就诊。此间如有组织物排出,则需带来由医师确认,如出血量超过月经量,无论孕囊排出与否,均嘱其及时就诊。

1.3 药物流产失败的评定标准 (1)用药后已排出绒毛和孕囊或未见孕囊排出,在随诊过程中因出血过多或出血时间过长,而需施行刮宫术。(2)刮出物病理诊断有绒毛残留和蜕膜者。(3)用药 1 周后无出血或虽有出血但未见妊娠物排出。(4)B 超检查发现仍有孕囊或残留,子宫维持原状或继续增大,仍需负压吸引终止妊娠者。

析等逐渐降低 SIMV 的频率至 4~6 次/min 后不再下调,再将 PSV 压力水平逐渐下调至 4~6cmH₂O,稳定 12~24h 后可以考虑脱机。脱机后气管导管内吸氧 2~6L/min,脱机后观察 1~2h,如确认患者咳嗽、吞咽反射正常,无明显舌后坠及喉头水肿等致气管阻塞的因素存在,血气分析正常后可考虑拔管。拔管前 1h 给予氟美松 10g 静注,以防喉和气管黏膜水肿,拔除气管插管后定时进行超声雾化吸入 3~5d。

3 结果

2 例因昏迷时间较长,出现各器官衰竭而死亡,45 例抢救成功。45 例中机械通气时间最短的是 21h,时间最长达 9d,平均 76h,无 1 例发生气压伤及肺不张。

4 讨论

应用机械通气抢救有机磷农药中毒中间期综合征,已越来越广泛地应用于临床。中间期综合征发生的机制是有机磷农药直接或间接抑制呼吸中枢,使呼吸中枢所支配的膈肌和

1.4 统计学方法 组间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 药物流产失败率 3 266 例中,药物流产失败 267 例,失败率为 8.18%。

2.2 药物流产失败的有关因素

2.2.1 年龄 见表 1。≥35 岁者药物流产失败率明显高于 <35 岁者,差异有非常显著性 ($P<0.01$)。

表 1 年龄与药物流产失败率的关系

年龄(岁)	失败例数(例)	失败率(%)
≥35 岁 (n=1120)	174	15.54
<35 岁 (n=2146)	93	4.33

2.2.2 孕龄 见表 2。停经 40~49d 者药物流产失败率与停经 33~39d 者相比,差异有非常显著性 ($P<0.01$)。

表 2 孕龄与药物流产失败率的关系

孕龄(d)	失败例数(例)	失败率(%)
33~39d (n=1231)	51	4.14
40~49d (n=2035)	216	10.61

2.2.3 孕囊直径 见表 3。B 超测得孕囊直径 <1cm 及 1~2cm 药物流产者的失败率明显低于孕囊直径 >2cm 者,差异有非常显著性 ($P<0.01$)。

表 3 孕囊直径与药物流产失败率的关系

孕囊直径(cm)	失败例数(例)	失败率(%)
<1 (n=452)	34	7.52
1~2 (n=2330)	126	5.41
>2 (n=484)	107	22.11

2.2.4 子宫位置 见表 4。后倾位及后倾后屈位子宫者药物流产的失败率明显高于前倾位及水平位子宫者 ($P<0.01$)。

肋间外肌受到抑制;同时大量乙酰胆碱在神经肌肉接头处蓄积,可使突触后膜持续去极化和 N 受体失敏致肌麻痹^[2],发生呼吸衰竭,进而引发多系统器官衰竭,致患者猝死,多发生在中毒后 1.5~76h。机械通气能控制呼吸衰竭的发展,保证机体重要脏器的氧供应,提高机体的抗毒能力,为胆碱酯酶复活及呼吸肌功能的恢复提供了时间,因此在继续解毒治疗的基础上,早期应用呼吸机治疗是抢救成功的关键。本组 47 例的治疗观察证实了这一观点,与以往相比,本院此类患者的病死率明显降低,而且缩短了住院时间,减轻了患者的经济负担。

参考文献

[1]何凤生.急性有机磷农药中毒“中间期肌无力综合征”[J].中华劳动卫生职业病杂志,1996,14(5):257~258
[2]佟飞,田英平,石汉文,等.重用氯磷定对急性有机磷农药中毒中间综合征的防治探讨[J].中国急救医学,2002,22(11):667~668

(收稿日期: 2006-03-07)

中期妊娠子宫瘢痕处植入性胎盘致子宫破裂大出血 1 例报道

刘如天

(江西省赣州市妇幼保健院 赣州 341000)

摘要:目的:探讨中期妊娠子宫瘢痕处植入性胎盘致子宫破裂大出血的特点和 处理方法。方法:对 1 例剖宫产后中期妊娠子宫 瘢痕处植入性胎盘致子宫破裂大出血病例资料进行回顾性分析。结果:剖宫产 瘢痕子宫再次妊娠后阴道流血,胎儿产出后,胎盘难 于娩出,且有难于控制的大出血应考虑胎盘植入,处理方法需行子宫切除。结 论:瘢痕是妊娠胎盘植入的高危因素。

关键词:植入性胎盘;中期妊娠;剖宫产术;瘢痕子宫

中图分类号:R 711.74 文献标识码:B 文献编号:1671-4040(2006)05-0047-02

胎盘植入是产科少见的严重危害症,绝大多数发现在 妊娠晚期及足月分娩时,妊娠中期胎盘植入极为罕见,可引 起过期流产及(或)流产术中发生致命性大出血,甚至胎盘穿 破子宫肌层、浆膜层引起腹腔内出血、急腹症等。本文报道 1 例剖宫产子宫瘢痕处中期妊娠植入性胎盘致子宫破裂大出 血病例,就其发生、临床特点及处理方法等进行探讨。

1 临床资料

患者肖某,30 岁,住院号 60480,孕₃产₂,因停经 15⁺周, 阴道不规则流血 2 月,大量流血半天于 2003 年 11 月 4 日急 诊转诊入院。患者平素月经规则,末次月经 2003 年 7 月 19 日,停经后无明显早孕反应,未定期孕检,于 2003 年 9 月初 始无诱因阴道流血,量时多时少,其间曾两次经量出血,伴血

.....

表 4 子宫位置与药物流产失败率的关系

子宫位置	失败例数(例)	失败率(%)
前倾位(n=1241)	56	4.51
水平位(n=630)	28	4.44
后倾位(n=1052)	137	13.02
后倾后屈位(n=343)	46	13.41

2.2.5 孕产次 见表 5。有分娩史和流产史者的药物流产的 失败率明显高于无分娩史者 ($P<0.01$),随着流产次数的增 多,药物流产失败率增高。

表 5 分娩、流产史与药物流产失败率的关系

孕产次	失败例数(例)	失败率(%)
孕 1 产 0(n=1620)	77	4.75
孕 $\geq$ 2 产 0(n=806)	65	8.06
孕 2 产 1(n=482)	65	13.49
孕 $\geq$ 3 产 1(n=358)	60	16.76

3 讨论

米非司酮配伍米索前列醇终止早孕的完全流产率可达 90%~94%,但仍有 6%~10%的失败率。本组资料药物流产失 败率为 8.18%,分析其失败原因主要有以下几点:(1)年龄:年 龄 $\geq$ 35 岁者药物流产失败率明显高于 35 岁以下者,年龄越 大越易导致药物流产失败。(2)孕龄:停经 40~49d 者药物流 产失败率与停经 33~39d 相比差异有显著性,随着停经天数 的增加药物流产失败率也随之增加,因随着孕期延长,体内 孕酮水平提高,难以被米非司酮拮抗,故一旦确诊为早孕应 尽早用药。(3)孕囊直径:药物流产中胎囊的大小与完全流产 率的高低密切相关,本文资料显示孕囊直径在 $<1\text{cm}$ 及 $1\sim 2\text{cm}$ 时药物流产的成功率较高,而孕囊直径在 $>2\text{cm}$ 时成 功率相对较低。孕囊大小是胚胎发育的基础,孕囊越大蜕膜 越多。Schindler 等^[1]研究证实米非司酮作用于蜕膜与绒毛,在 孕囊完整排出后,常有不等量的蜕膜残留,可能是米非司酮 剂量不足或维持时间不够,不能有效地抵消孕酮对靶组织的 作用,导致药物流产失败。因此建议若孕囊直径 $>2\text{cm}$ 者在药 物流产后出现异常出血,应考虑清宫处理。(4)子宫位置:本 组观察药物流产效果与宫体位置有一定的关系,后倾及后倾

后屈位子宫者药物流产失败率明显高于前倾及水平位子宫 者,其原因在于药物流产是阻止妊娠发展,引起子宫节律性 的收缩而达到终止妊娠的目的。后倾及后倾后屈位子宫的宫 腔与子宫的宫外口之间产生了一定的角度,当子宫节律性收 缩时致使妊娠物不能及时顺利排出体外,同时因药物吸收代 谢存在个体差异^[2],使常规剂量的前列腺素类药物引起的宫 缩不能将绒毛及蜕膜全部排除,而造成了后倾及后倾后屈位 组失败率高于前倾及水平位组。(5)孕产次:有分娩史者药 物流产失败率明显高于未产妇,流产次数越多,药物流产失 败率越高。人工流产术可引起子宫内膜的机械性损伤,术后可 发生子宫内膜炎,使再次妊娠后蜕膜发育不良致胎盘粘连。 流产次数越多造成子宫内膜损伤和感染的机会就越多,导致 胎盘粘连的可能性就越大,再次妊娠行药物流产时蜕膜不易 彻底排出,致不全流产。由此提示我们对于有人工流产史尤 其是流产次数多者,亦应慎重选择药物流产,一旦选择药 物流产,应特别注意阴道流血情况,必要时及时清宫,并适当应 用缩宫剂。

通过对药物流产失败有关因素的探讨,提示如果一旦怀 孕而又需要采用药物流产时,用药前医务人员应详细询问病 史及过敏史,严格掌握药物流产的适应证和禁忌证,尤要将 孕龄、孕囊直径、子宫位置等综合起来考虑,同时必须向服药 者详细告知可能出现的各种副反应,强调按时随诊的意义和 重要性,如有异常出血或残留等,应及时清宫,以免发生不 良后果。

参考文献

[1]Schindler AM, Zanon P, Obradovic D,et al.Early ultra-structural changes in RU-486 exposed decidua [J].Gynecol obstet Invest, 1985,20(2): 62~67
[2]Begdemn, Swahn ML. Progesterone receptor blockage: effect on uterine contractility and early pregnancy [J].Contraception, 1985,32: 45

(收稿日期: 2006-04-17)