

米非司酮联合甲氨蝶呤治疗输卵管妊娠疗效观察

幸琼 唐习文

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

关键词:米非司酮;甲氨蝶呤;输卵管妊娠

中图分类号:R 714.221

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.044

近年来,输卵管妊娠发病率有明显上升趋势,随着 B 超和血 HCG 检测技术的提高,以及医师对输卵管妊娠的高度警惕,临床 80%的输卵管妊娠在未破裂前被诊断。用非手术方法治疗输卵管妊娠能最大限度地保全患者的生育功能,尤其适用于年轻而有生育要求的妇女,其中甲氨蝶呤(MTX)和米非司酮被认为是目前最常用、最有效的治疗药物。我院 2006 年 1 月~2009 年 12 月应用米非司酮联合 MTX 治疗输卵管妊娠 62 例,取得较好效果。现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 资料来源 126 例患者均为我院 2006 年 1 月~2009 年 12 月收治的确诊为输卵管妊娠患者,被证实具有保守治疗条件,无米非司酮用药禁忌。将 126 例患者随机分为两组:研究组 62 例,年龄 19~40 岁,停经 (43.2± 10.3) d,血 HCG 值 (2 091.5± 1 206.6) IU/L,B 超包块直径 (3.3± 2.5) cm;对照组 64 例,年龄 20~39 岁,停经 (43.6± 11.6) d,血 HCG 值 (2 152.3± 1 156.9) IU/L,B 超包块直径 (3.4± 1.9) cm。两组停经时间、血 HCG 值及 B 超包块直径比较,差异无显著性 ($P>0.05$)。

1.2 输卵管妊娠诊断依据、保守治疗指征^[1] (1)有或无停经史,有异常出血史,伴轻腹痛或不伴腹痛。(2)生命体征平稳,无活动性出血。(3)血 HCG < 3 000 IU/L。(4)输卵管妊娠包块直径≤4 cm,有胎心搏动为禁忌证。(5)无肝肾疾病史。(6)无 MTX 及米非司酮使用禁忌。

1.3 分组及用药情况 按给药方法分为两组,对照组 64 例采用单次肌肉注射 MTX 50 mg/m²,治疗后 7 d 血 HCG 下降小于 15%者,重复单次肌肉注射 MTX 50 mg/m²;研究组 62 例单次肌肉注射 MTX 50 mg/m²,同时口服米非司酮 50 mg,1 d 2 次,连用 3 d。治疗期间监测生命体征、腹痛及阴道流血情况,4~7 d 复查血 HCG 及盆腔超声检查,每周常规复查

血常规及肝肾功能。

1.4 疗效评价 治疗后症状消失,阴道流血停止,无内出血发生,盆腔包块缩小,血 HCG 持续下降或下降≥15%为治愈。如用药 5 周后血 HCG 仍高于正常值可考虑持续性输卵管妊娠或与妊娠有关的其他疾病诊断。治疗后出现腹痛或腹痛加剧,发生内出血症状,包块增大,血 HCG 持续不降或升高为治疗失败。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

研究组 54 例治愈,无重复用药,8 例腹痛加剧、HCG 持续上升改行腹腔镜或剖腹手术。对照组 44 例治愈,其中 6 例因单次肌肉注射 MTX 7 d 后血 HCG 下降小于 15%重复用药后成功治愈,20 例 HCG 持续上升而行腹腔镜或剖腹手术。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)				
组别	n	治愈	血 HCG 下降≥15%	治疗 3 周后盆腔包块缩小或消失
研究组	62	54(87.10)	54(87.10)	49(79.03)
对照组	64	44(68.75)	44(68.75)	38(59.38)
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

米非司酮是一种合成类固醇,其结构类似炔诺酮,具有抗孕酮、糖皮质激素和轻度抗雄激素特性,对子宫内孕激素受体的亲和力比孕酮高 5 倍,可以竞争性抑制蜕膜组织中的孕酮受体,阻断孕酮活性而终止妊娠^[2]。MTX 是叶酸拮抗剂,能抑制四氢叶酸生成而干扰 DNA 合成,使滋养细胞分裂受阻,胚胎发育停止而死亡。MTX 单一用药效果并不令人满意,有时用药需几个疗程,而米非司酮具有强烈的抗孕激素活性,使蜕膜、绒毛变性,黄体溶解,二者协同作用,加速绒毛、胚囊坏死。本文米非司酮联合 MTX 的治愈率为 87.10%,明显高于单用 MTX 的治愈率(68.75%)。故米非司酮联合 MTX 治疗效果确切,是一种安全、有效、给药方便的治疗方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.105-110

全无痛苦,无不良反应,疗效确切,值得推广。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2005.243-253

(收稿日期: 2011-05-18)

减轻肝脏的负担,极大地提高药物的生物利用度,从而提高治愈率。本治疗组痊愈 16 例、有效 20 例、无效 4 例、总有效率 90%,且无不良反应。因此采用康妇消炎栓塞肛治疗,操作简单,治疗方便,安

低位超小水囊联合地西洋在晚期妊娠引产中的应用

雷倩倩 何海霞 卢丽华 叶乐荣

(江西省武宁县人民医院 武宁 332300)

关键词:超小水囊;地西洋;晚期妊娠;引产

中图分类号:R 719.31

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.045

当继续妊娠威胁孕妇或胎儿安全时,则必须终止妊娠,而终止妊娠的方式为剖宫产和引产,为降低逐年上升的剖宫产率^[1],寻求一种安全、有效的引产方法则显得尤为重要。我院用超小水囊联合地西洋用于晚期妊娠引产,效果良好。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2008 年 6 月~2010 年 6 月在我院住院的单胎、头位、因各种因素而需要引产的宫颈评分≤4 分的晚期妊娠孕妇 108 例随机分为两组,研究组 54 例采用水囊联合地西洋引产,对照组 54 例采用常规催产素引产,引产孕妇均无阴道分娩禁忌证,无胎儿宫内窘迫,无阴道炎,无胎膜早破。两组患者年龄、宫颈评分、胎儿大小及胎头入盆情况无差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予常规催产素引产方法。研究组先放置水囊于宫颈内口处 24 h,具体操作方法:取截石位,常规消毒外阴、阴道,暴露宫颈,再次消毒宫颈,并用宫颈钳夹持固定,用卵圆钳从宫颈插入双腔导尿管于宫颈内口即可,注入生理盐水 30 mL,形成一个超小水囊,稍用力牵拉导尿管,使水囊直接压迫宫颈,观察无出血及其他不适,胶布固定导尿管于大腿内侧(使导尿管保持一定张力)安返病房。并肌注地西洋 10 mg,于 24 h 拔除水囊(如 24 h 内临产,宫口大 2~3 cm,则水囊自行滑脱);如未自然临产,次日给予常规催产素引产,再次肌注地西洋 10 mg。

1.3 疗效评定标准 首次用药 72 h 内出现有效宫缩,宫口扩张达 3 cm,为引产成功,否则为失败。

2 结果

对照组 54 例中 31 例催滴有效,23 例催滴无效而行剖宫产终止妊娠;31 例催滴成功患者中 3 例因相对性头盆不称,试产失败,而行剖宫产术,2 例因胎儿宫内窘迫而行剖宫产术,余 26 例均从阴道分娩,有 2 例因持续性枕横位而行低位产钳助产术。研究组 54 例中 50 例引产成功,4 例引产失败而行剖宫产终止妊娠;50 例引产成功患者中 3 例因胎儿

宫内窘迫、4 例因头盆不称,试产失败行剖宫产术,余 43 例均从阴道分娩,有 4 例因持续性枕横位而行低位产钳助产术。两组在引产成功率、引产时间及剖宫产率等方面有明显差异,见表 1。而两组新生儿窒息、产后出血及产褥病率无明显差异。

表 1 两组疗效比较 ($\bar{X} \pm S$) 例(%)				
组别	引产成功	剖宫产	引产时间(h)	阴道产总产程(h)
对照组	31(57.4)	28(51.8)	45± 5.68	13± 2.85
研究组	50(92.6) *	11(20.4) *	32± 4.36 *	9± 2.60

注:引产时间指首次用药至正式临产时间。与对照组比较,*P<0.05。

3 讨论

晚期妊娠引产是指在分娩自然发动之前,人为地扩张宫颈、诱发宫缩,使胎儿娩出,而引产成功的前提条件是促宫颈成熟(常用宫颈 Bishop 评分评估)^[2]。以往引产最常用的方法是静脉点滴催产素,它能刺激宫缩,但对宫颈扩张无直接作用,当宫颈评分≤4 分时,催产素引产失败率高。近年来有报道用低位水囊引产,水囊注水 100~350 mL,效果尚可^[3-4],但因水囊体积偏大有诱发胎盘早剥及胎位异常的风险。我院采用超小水囊引产,用双腔导尿管插入宫颈内口,注入 30 mL 生理盐水即可,因导尿管往外牵拉保持一定张力,水囊直接压迫宫颈,能反射性引起垂体后叶催产素释放增加,诱导子宫收缩,促进宫颈软化、扩张^[5]。地西洋可抑制宫颈细胞内外钙的收缩反应,而松弛平滑肌,促进宫颈扩张和成熟^[6],同时消除产妇紧张、恐惧不良情绪,协调宫缩,加速产程进展。结果表明两者合用,对宫颈评分≤4 分孕妇,可很好地促宫颈成熟,增加引产成功率,缩短引产时间,促进产程进展,降低剖宫产率,不增加母婴并发症,值得临床推广。

参考文献

[1]郑平,黄醒华,王淑珍,等.35 年剖宫产率及适应证的变化[J].中华妇产科杂志,1996,44(3):143-147
[2]丰有吉,沈铿.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2010:7
[3]边晓莉,黄华芬,霸来春.低位水囊引产 120 例临床观察[J].实用妇科与产科杂志,1988,4(4):27-28
[4]李桂华.低位水囊引产术在晚期分娩中的应用[J].滨州医学院学报,1996,19(2):179
[5]曹泽毅.中华妇科学(下册)[M].北京:人民卫生出版社,1999:2 589
[6]汤金菊.地西洋的药理作用及在妇产科的应用[J].临床和实验医学杂志,2006,5(5):161

(收稿日期: 2011-04-20)

[2]柳英兰,黄冰玉.不同甲氨蝶呤治疗方案对未破裂输卵管妊娠的疗效观察[J].中国实用妇科与产科杂志,2005,21(6):373-374

(收稿日期: 2010-12-07)