

米索前列醇不同给药途径对早期妊娠药物流产的应用效果

王永淑 薛清杰
(新乡医学院第三附属医院妇产科 河南新乡 453000)

摘要:目的:探讨米索前列醇不同给药途径对早期妊娠药物流产的应用效果。方法:选取 2015 年 5 月~2017 年 5 月于我院要求终止妊娠的早期妊娠孕妇 99 例,随机分为阴道给药组、口服给药组和舌下含服组各 33 例。比较三组流产成功率及不良反应情况。结果:阴道给药组与舌下含服组流产成功率明显高于口服给药组,不良反应发生率均低于口服给药组($P<0.05$)。结论:与口服米索前列醇比较,阴道给药与舌下含服应用于早期妊娠流产效果显著,不良反应发生率低,预后较好,值得临床推广应用。

关键词:早期妊娠;药物流产;米索前列醇;不同给药途径
中图分类号:R714.21 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.048

米索前列醇是用于终止早期妊娠的药物,其给药途径包括舌下含服、阴道给药、口服用药等。相关研究指出^[1],米索前列醇不同给药途径对早期妊娠流产孕妇的应用效果具有一定的差异性。为确保药物流产的有效性 & 安全性,本研究选取 2015 年 5 月~2017 年 5 月我院 99 例早期妊娠药物流产孕妇为研究对象,给予米索前列醇不同给药途径进行干预。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月~2017 年 5 月于我院要求终止妊娠的早期妊娠孕妇 99 例,随机分为阴道给药组、口服给药组和舌下含服组各 33 例。阴道给药组年龄 21~36 岁,平均年龄 (27.5 ± 2.6) 岁;孕周 4~10 周,平均孕周 (8.4 ± 0.5) 周。口服给药组年龄 21~36 岁,平均年龄 (27.8 ± 2.5) 岁;孕周 4~10 周,平均孕周 (8.3 ± 0.8) 周。舌下含服组年龄 20~36 岁,平均年龄 (27.6 ± 2.4) 岁;孕周 4~10 周,平均孕周 (8.5 ± 0.6) 周。三组孕妇一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:研究对象均经实验室检查与影像学检查确诊;自愿要求终止妊娠,且对本次研究内容与方法知情者。(2)排除标准:带有宫内节育器者;伴有肾上腺皮质功能异常者;伴有心、肝、肾等严重脏器功能障碍者;伴有青光眼或哮喘病史者。

1.3 治疗方法 三组孕妇均于治疗第 1、2 天空腹状态下口服米非司酮片(国药准字 H20010633) 50 mg,且于当晚 20 点再次空腹口服米非司酮 50 mg,用药后 2 h 内禁食。阴道给药组:治疗第 3 天,晨起排空膀胱后将米索前列醇片(国药准字 H20000668) 600 μ g 纳入孕妇阴道穹窿处。舌下含服组:治疗第 3 天上午 8 点,给予米索前列醇片 600 μ g 舌下含服。口服给药组:治疗第 3 天上午 8 点,给予米索前列醇片 600 μ g 空腹口服。所有孕妇用药后均常规卧床休

息 4 h。

1.4 观察指标及疗效判定 (1)比较三组流产成功率,根据《妇产科学》(第 8 版)中的流产相关诊断标准^[2]进行评价。判定标准:治疗后 24 h,体内妊娠物全部排出体外,阴道仅有少量出血情况为完全流产;治疗后 24 h,体内妊娠物部分排出,阴道出血量多于月经量,需行刮宫处置残留妊娠物为不完全流产;治疗后 24 h,无明显妊娠物排出,阴道无出血或少量出血,刮宫时可见明显妊娠物为无效。流产成功率=完全流产/总例数 $\times 100\%$ 。(2)比较三组孕妇在治疗期间药物不良反应情况。

1.5 统计学处理 通过统计学软件 SPSS17.0 进行数据统计与处理,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组孕妇流产情况比较 阴道给药组与舌下含服组流产成功率明显高于口服给药组, $P<0.05$;阴道给药组与舌下含服组流产成功率比较无明显差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 三组孕妇流产情况比较					
组别	n	完全流产 (例)	不完全流产 (例)	无效 (例)	流产成功率 (%)
阴道给药组	33	30	2	1	90.91*
口服给药组	33	19	8	6	57.58
舌下含服组	33	29	2	2	87.88*

注:与口服给药组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 三组孕妇药物不良反应比较 在治疗期间,阴道给药组发生恶心呕吐 3 例,不良反应发生率为 9.09%(3/33);舌下含服组发生恶心呕吐 2 例、头晕 2 例,不良反应发生率为 12.12%(4/33);口服给药组发生恶心呕吐 5 例、头晕 7 例,不良反应发生率为 36.36%(12/33)。阴道给药组与舌下含服组药物不良反应发生率均明显低于口服给药组($\chi^2=6.988, 5.280, P<0.05$);阴道给药组与舌下含服组药物不良反应发

生率比较无明显差异($\chi^2=0.000, P>0.05$)。

3 讨论

临床早期妊娠终止药物主要为米非司酮与米索前列醇,其中米非司酮属抗孕酮类药物,可软化宫颈,加快宫脱膜坏死,与孕激素受体有效结合后,可进一步阻断孕酮生理活性,从而抑制胚胎发育^[3]。米索前列醇属前列腺素 E1 衍生物,对子宫具有特异性作用,且通过刺激宫颈纤维细胞抑制宫颈胶原合成,可增强子宫张力和宫内压,促进宫缩,便于清宫^[4-5]。但研究发现^[6],米索前列醇对胃肠道平滑肌与子宫平滑肌均具有收缩作用,易诱发恶心、呕吐,从而降低孕妇的耐受度。

本研究结果显示,阴道给药组与舌下含服组流产成功率高于口服给药组($P<0.05$)。说明米索前列醇经舌下含服可通过舌下毛细血管吸收,直接进入体循环,避免与胃液接触而降低药物活性;同时,经阴道给药可直接作用于局部,促使宫颈纤维释放出

多类弹性蛋白酶,具有疗效确切、缓解疼痛的作用。阴道给药组与舌下含服组不良反应发生率均低于口服给药组($P<0.05$)。提示阴道给药与舌下含服可避免肝脏代谢,减少胃肠道刺激,安全性高。综上所述,与口服米索前列醇比较,阴道给药与舌下含服应用于早期妊娠流产效果显著,不良反应发生率低,预后较好,值得临床推广应用。

参考文献

[1]周平.米非司酮配伍米索前列醇终止 10~16 周妊娠 101 例分析[J].中国现代药物应用,2017,11(18):76-77
[2]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.310
[3]陈美娣,郑行素.米非司酮联合米索前列醇应用于流产时的心理干预方法及效果分析[J].中国生化药物杂志,2017,42(9):339-340
[4]谢宁,孙文霞,朱永宁.宫腔内置入米索前列醇对妊娠期高血压疾病剖宫产后出血的防治作用[J].中国妇幼保健,2014,29(32):5217-5219
[5]徐琦,孙建荣,刘好.米非司酮配伍米索前列醇不同给药间隔终止 8~13 周妊娠的临床比较[J].实用妇产科杂志,2016,32(10):778-781
[6]蔡昱,翟建军,杨效颖,等.无痛人流手术前后应用米索前列醇的临床效果研究[J].广西医学,2016,38(10):1449-1450

(收稿日期: 2017-10-03)

异位消方联合米非司酮治疗未破型异位妊娠的临床分析

邱云霞

(河南省驻马店市中医院 驻马店 463000)

摘要:目的:分析异位消方联合米非司酮治疗未破型异位妊娠的临床效果。方法:选取 2015 年 2 月~2017 年 2 月我院收治的未破型异位妊娠患者 66 例,随机分成对照组和观察组各 33 例。对照组采用米非司酮治疗,观察组采用异位消方联合米非司酮治疗。比较两组患者的临床疗效及血 β -HCG 水平。结果:观察组治疗总有效率高于对照组,血 β -HCG 水平低于对照组($P<0.05$)。结论:异位消方联合米非司酮治疗未破型异位妊娠,有利于快速杀胚,降低患者的血 β -HCG 水平,治疗效果显著。

关键词:未破型异位妊娠;异位消方;米非司酮;治疗效果

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.049

异位妊娠是妇产科常见急腹症,其发生率呈逐年上升趋势。引起异位妊娠的原因很多,最常见的原因 为 输 卵 管 炎 性 反 应^[1]。微创手术和药物治疗是目前针对未破型异位妊娠的常用治疗手段。米非司酮是临床治疗未破型异位妊娠最常见的药物,是一种人工类固醇,能够有效抑制胚胎发育,降低血 β -HCG 水平,减少不良反应的发生,对输卵管具有较好的保护作用。研究发现,中药治疗能够避免因手术导致的盆腔内组织粘连,降低患者不孕概率。本研究采用异位消方联合米非司酮治疗未破型异位妊娠,取得良好的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月~2017 年 2 月我院收治的未破型异位妊娠患者 66 例,随机分成对照组和观察组各 33 例。对照组年龄 21~37 岁,平均年龄(27.95 ± 6.18)岁;停经时间 42~63 d,平均时间(49.18 ± 5.13)d;妊娠包块直径 11~29 mm,平均直

径(19.82 ± 5.08)mm。观察组年龄 20~38 岁,平均年龄(28.41 ± 5.84)岁;停经时间 41~62 d,平均时间(48.94 ± 5.07)d;妊娠包块直径 12~31 mm,平均直径(20.87 ± 4.94)mm。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组给予米非司酮(国药准字 H20033551,规格 25 mg)治疗,1 次/d,2 片/次,空腹或进食 2 h 后口服,服药后禁食 2 h,连续服药 3 d。观察组在对照组治疗基础上加用异位消方治疗。药方组成:赤芍 10 g、炒桃仁 10 g、牡丹皮 12 g、天花粉 30 g、全蝎 3 条、蜈蚣 3 条、丹参 15 g、三棱 10 g、茯苓 10 g、莪术 10 g、甘草 6 g。辨证加减:气滞者加枳壳、陈皮、川楝子,痰湿者加佩兰、藿香,湿热者加龙胆、黄芩、白鲜皮,大便秘结者加芦荟、郁李仁。1 剂/d,分早晚 2 次温服。用药后第 7 天复查血 β -HCG,下降 $<25\%$ 者给予口服米非司酮重复剂量治疗。服药 3 个月后观察疗效。