

2 种流产临床方法终止早期妊娠的临床研究

陈 蓉, 桑晓梅(四川省泸州市人民医院妇产科 646000)

【摘要】 目的 比较 2 种流产临床方法终止早期妊娠的临床疗效。**方法** 将该院 348 例要求终止早孕者, 根据患者意愿分为药物流产辅以清宫术(A 组)203 例和单纯药物流产(B 组)145 例, A 组给予清晨空腹口服米非司酮片 50 mg, 2 h 后进食, 12 h 再服用 1 次, 第 2 天服用方法同第 1 天, 第 3 天清晨空腹口服米索前列醇 0.6 mg, 在胚胎流出或宫口开大后于当日行清宫术。B 组给予清晨空腹口服米非司酮片 50 mg, 2 h 后进食, 12 h 再服用 1 次, 连续 2 d, 第 3 天清晨空腹口服米索前列醇 0.6 mg。**结果** A 组和 B 组患者腹痛持续时间分别为 (3.46 ± 0.32) h 和 (3.55 ± 0.33) h, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 阴道流血持续时间分别为 (4.33 ± 0.89) d 和 (7.23 ± 1.30) d, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。A 组和 B 组患者完全流产率分别为 99.5% 和 81.4%, 再次清宫率分别为 0.5% 和 18.6%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 药物流产辅以清宫术和单纯药物流产比较, 是一种相对安全和良好的终止早期妊娠的临床方法。

【关键词】 早期妊娠; 药物流产; 清宫术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.12.056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)12-1792-01

人工终止妊娠术包括药物流产术和人工流产术。数十年来, 人工终止妊娠术用于因某种疾病而不合适妊娠的早期妊娠者或避孕失败后的补救措施。目前我国应用米非司酮联合米索前列醇终止早期妊娠的安全性及有效性已得到临床证实, 但其存在一定不全流产率等问题仍未解决。本研究通过非随机同期对照研究, 比较药物流产辅以清宫术与单纯药物流产终止早期妊娠的临床疗效, 以期获得相对安全、快捷且不良反应小的终止早期妊娠的临床方法, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院 2013 年 6 月 30 日至 2014 年 2 月 30 日门诊准备进行人工流产的早孕者采用非随机同期对照研究, 根据患者意愿选择药物流产辅以清宫术或单纯药物流产, 由同一位妇产科医师进行治疗。纳入标准: (1) 妊娠 12 周以内要求终止妊娠者。 (2) B 超检查确诊为宫内妊娠。 (3) 无手术禁忌证, 心电图正常。 (4) 年龄 20~40 岁。排除标准: (1) 合并各种急、慢性全身性疾病, 或严重的心、肝、肾功能损害者。 (2) 急、慢性生殖系统炎性, 如霉菌性阴道炎、宫颈重度糜烂等。 (3) 妊娠剧吐酸中毒尚未纠正者。 (4) 术前体温大于 38℃ 者。根据本研究设计的纳入和排除标准, 共纳入患者 348 例, 药物流产辅以清宫术(A 组)203 例和单纯药物流产(B 组)145 例, 年龄分别为 (28.1 ± 5.8) 岁和 (27.2 ± 5.2) 岁, 2 组患者的性别、年龄等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 A 组患者给予清晨空腹口服米非司酮片 50 mg, 2 h 后进食, 12 h 再服用 1 次, 连续 2 d, 第 3 天清晨空腹口服米索前列醇 0.6 mg, 在胚胎流出或宫口开大后于当日行清宫术。B 组患者给予清晨空腹口服米非司酮片 50 mg, 2 h 后进食, 12 h 再服用 1 次, 连续 2 d, 第 3 天清晨空腹口服米索前列醇 0.6 mg。

1.3 观察指标 2 组患者的腹痛持续时间、阴道流血持续时间、完全流产率、再次清宫率。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 16.0 软件对数据进行统计学分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 率的比较使用 χ^2 检验, 等级数据采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者腹痛持续时间和阴道流血持续时间的结果比较 A 组患者腹痛持续时间为 (3.46 ± 0.32) h, B 组患者 (3.55 ± 0.33) h, 差异无统计学意义 ($F = 1.053, P > 0.05$)。A 组阴道流血持续时间为 (4.33 ± 0.89) d, B 组 (7.23 ± 1.30) d, 差异有统计学意义 ($F = 7.211, P < 0.01$)。

2.2 2 组患者完全流产率结果比较 A 组患者完全流产率为 99.5%, B 组患者为 81.4%。2 组比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 37.570, P < 0.01$)。

2.3 2 组患者再次清宫率结果比较 A 组(203 例)患者中有 1 例不完全流产, 再次清宫率为 0.5%; B 组(145 例)患者中有 21 例不完全流产, 失败 6 例, 再次清宫率为 18.6%。2 组比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 37.570, P < 0.01$)。

3 讨论

米非司酮是孕激素受体竞争性拮抗剂, 对子宫内膜孕激素受体的亲和力比孕酮高 5 倍, 通过与受体结合使孕酮作用受限, 导致蜕膜水肿、变性、坏死, 释放内源性前列腺素(PG) 而引起宫缩^[1]。米索前列醇是一种合成的前列腺素 E1 类似物, 具有兴奋子宫平滑肌的作用。米非司酮与米索前列醇两种药物协同作用可促使宫缩增强, 同时能够促进宫颈软化、成熟并扩张, 有利于妊娠物排出体外^[2]。米非司酮联合米索前列醇终止早期妊娠是一种简便、不良反应小、有效、可接受的临床流产方法, 但是, 由于该药物流产的完全与否很大程度上取决于底蜕膜的血供状态及剥脱情况(如底蜕膜剥脱不良造成组织残留), 会导致不完全流产, 以致阴道出血量大, 甚至发生出血性休克; 残留胎盘逐渐形成胎盘息肉, 致使反复出血, 易诱发感染^[3]。药物流产不完全或失败, 将要进行手术干预, 患者将会受到 2 次伤害, 同时也影响了药物流产的可接受性^[4]。因此, 如何提高药物流产的完全流产率且不增加患者的不良反应是该法研究的重点。

本研究将药物流产辅以清宫术与单纯药物流产终止早期妊娠的临床效果进行比较, 为了避免不同妇产科医师因人工流产技术的不同对研究结果的影响, 本组纳入患者的人工流产术由同一位妇产科医师完成, 从而增加研究数(下转第 1794 页)

力、有创等因素,同时也影响疾病的准确诊断^[10]。

有研究实验报道,血清 ALT $\geq$ 100 U/L,TBIL $\geq$ 2.3 mg/dL 应考虑急性胆源性胰腺炎的可能^[11]。有学者研究表明,当 ALT $\geq$ 150 U/L 时,95% 的患者为胆源性胰腺炎^[12]。本研究结果显示,实验室指标对急性胆源性胰腺炎的确诊具有重要临床价值。通常血清 ALT、TBIL 超过阳性标准,可作为急性胆源性胰腺炎发生的危险指标。有研究提示 3 倍 ALT 阳性指标对急性胆源性胰腺炎的确诊率可高达 90% 以上。本研究 2 组患者血清生化指标结果表明,当 AST $\geq$ 53.6 U/L 时,特异度、阳性预测率、阳性灵敏度较高,可作为鉴别诊断依据;当 ALT $\geq$ 46.0 U/L、ALP $\geq$ 96.2 U/L、TBIL $\geq$ 1.4 mg/dL、DBIL $\geq$ 1.0 mg/dL 时,特异度、阳性预测率、阳性灵敏度均较高;作为早期急性胆源性胰腺炎的鉴定诊断具有临床价值。当 AMY $\geq$ 1 050 IU/L,特异度为 23.3%,阳性预测率为 42.5%,阳性灵敏度为 56.7%,各项数据对于疾病的辅助诊断无临床意义,不能作为参考指标。同时也有文献指出,采血时间不同会导致血清中各项生化指标的差异,影响早期急性胆源性胰腺炎鉴别的准确性。而本研究所有患者均在入院后 24 h 内采血,有效规避了因采血时间不合理导致诊断结果的误差^[13-14]。

综上所述,ALT、AST、ALP、TBIL、DBIL 可作为早期诊断急性胆源性胰腺炎辅助鉴别的方法,为其早期治疗节省时间,具有重要的临床意义,可在临床中广泛推广使用。

参考文献

[1] Ammori BJ,Boreham B,Lewis P,et al. The value of serum biochemical markers in diagnosis of acute biliary pancreatitis[J]. J Binzhou Med Univ,2013,36(2):112-114.
[2] 严华芳. 生化检测指标在急性胆源性胰腺炎早期诊断中的临床意义[J]. 医学临床研究,2013,30(8):1652-1654.
[3] 陈峻,苏斌涛,熊淑艳,等. 急性胆源性胰腺炎血浆内皮素检测的临床意义[J]. 血栓与止血,2013,19(2):79-80.

[4] 尚冰,邢彦峰. 老年急性胆源性胰腺炎早期内镜治疗疗效观察[J]. 浙江临床医学,2013,15(6):800-802.
[5] Cretu D,Sabau A,Dumitra A,et al. Role of early biliary and pancreatic decompression by minimally invasive procedure in acute pancreatitis[J]. Chirurgia(Bucur),2012,107(2):180-185.
[6] 桂桂喜. 中西医结合治疗急性胆源性胰腺炎 40 例临床体会[J]. 中国中医药咨讯,2011,3(20):470-472.
[7] 林靖,阿斯楞,王冬梅. 超敏 C 反应蛋白及降钙素原与急性胆源性胰腺炎严重程度及预后的关系[J]. 临床和实验医学杂志,2014,13(18):1522-1524.
[8] 冯汉斌,余丽文,严碧琼. C 反应蛋白与淀粉酶联合检测在急性胰腺炎中诊断价值[J]. 检验医学与临床,2012,28(18):2381-2382.
[9] 尹毅霞,黄赞松,周喜汉,等. 血清前降钙素及 C 反应蛋白水平对急性胰腺炎预后的影响[J]. 临床和实验医学杂志,2011,10(18):1415-1417.
[10] 张立广,邵清龙,李全福,等. 重症急性胆源性胰腺炎内镜治疗时机探讨[J]. 中国内镜杂志,2013,19(3):291-294.
[11] 胡奎,徐健华. 107 例急性胆源性胰腺炎治疗体会[J]. 肝胆胰外科杂志,2010,22(3):236-237.
[12] 秦双伟,艾可为,寸向农,等. 急性胆源性胰腺炎的治疗方案及手术时机的选择[J]. 实用医学杂志,2011,27(24):4512-4513.
[13] 秦静,赵振林. 急性胆源性胰腺炎不同治疗方法的疗效分析[J]. 中国普通外科杂志,2011,20(3):249-252.
[14] 张诚,杨玉龙,林美举,等. 急性胆源性胰腺炎诊治的几点思考[J]. 肝胆胰外科杂志,2012,24(2):169-172.

(收稿日期:2014-12-20 修回日期:2015-02-17)

(上接第 1792 页)

据的可比性。本研究结果显示,A 组和 B 组患者完全流产率分别为 99.5% 和 81.4%,再次清宫率分别为 0.5% 和 18.6%,差异均有统计学意义($P<0.01$),提示药物流产辅以清宫术引起完全流产率比单纯药物流产高,再次清宫率比单纯药物流产低,较好地解决了单纯药物流产存在较高不完全流产率的问题^[5-6]。A 组和 B 组患者腹痛持续时间分别为(3.46 $\pm$ 0.32)h 和(3.55 $\pm$ 0.33)h,差异无统计学意义($P>0.05$),提示药物流产辅以清宫术引起的腹痛持续时间与单纯药物流产相当,前者无增加患者腹痛引起的不良反应。A 组和 B 组患者阴道流血持续时间分别为(4.33 $\pm$ 0.89)d 和(7.23 $\pm$ 1.30)d,差异有统计学意义($P<0.01$),表明药物流产辅以清宫术引起阴道流血持续时间比单纯药物流产短,较单纯药物流产更佳。

综上所述,药物流产辅以清宫术在引起腹痛持续时间与单纯药物流产相当,但没有增加患者的腹痛,阴道流血持续时间较单纯药物流产短,完全流产率比单纯药物流产高,再次清宫率低,其是一种相对安全和良好的终止早期妊娠的临床方法,具有重要的临床意义。

参考文献

[1] Ngoc NT,Blum J,Raghavan S,et al. Comparing two early

medical abortion regimens; mifepristone + misoprostol vs misoprostol alone[J]. Contraception, 2011, 83(5): 410-417.
[2] Wang YX,Huang MJ,He T,et al. Comparison of clinical efficacy of three methods for cervical ripening followed by surgical evacuation in early missed abortion[J]. J Reprod Contracep,2012,23(2):103-109.
[3] 李岭. 经阴道彩色多普勒超声对早期妊娠子宫螺旋动脉血流的研究[J]. 东南大学学报:医学版,2005,24(5):324-326.
[4] 刘梅云,张红杰,朱继红,等. 药物流产结局影响因素的 logistic 回归分析[J]. 医学研究与教育,2014,31(2):17-20.
[5] 王彩霞,王显芝,李英梅,等. 超声在米非司酮药物流产中的应用价值[J]. 中国临床医学影像杂志,2004,15(8):467-468.
[6] 郭靖. 药物流产术与无痛人流术的比较研究[J]. 中国医药导报,2008,5(5):41.

(收稿日期:2014-12-25 修回日期:2015-02-18)