

·药物与临床·

米非司酮治疗异位妊娠的临床分析

秦文

(江苏省常州市妇产医院 常州 213003)

摘要 目的:探讨米非司酮治疗异位妊娠的临床效果。方法:采用米非司酮 100mg, q12h, 连续口服 3d 为 1 个疗程, 观察 66 例异位妊娠, 用药 1~3 个疗程。结果:54 例保守治疗成功, 有效率为 81.82%。12 例失败改手术治疗。将治疗前患者血 β -hCG 值进行比较, 成功组平均值为 9.14 ± 4.79 mIU/ml, 低于失败组 (18.8 ± 5.72 mIU/ml), $P < 0.01$, 且成功组用药后 β -hCG 明显下降, 其下降幅度为 30%。失败组用药后血 β -hCG 下降缓慢, 甚至个别病例有上升趋势。结论:米非司酮治疗异位妊娠简单、安全、有效, 其疗效与患者体内血 β -hCG 含量有关, 血 β -hCG 含量越高疗效越差, 血清 β -hCG 大于 18.80 mIU/ml 的患者不宜选用米非司酮保守治疗。治疗过程中可根据血 β -hCG 升降判断疗效, 根据血 β -hCG 值适当选择病例, 可进一步提高米非司酮治疗异位妊娠的成功率。

关键词 异位妊娠; 米非司酮; β -hCG

近年来, 由于血 β -hCG 检测敏感性的提高以及 B 超技术的应用, 大大提高了异位妊娠早期诊断的准确性, 从而为异位妊娠保守治疗方法的研究和应用创造了条件。我院自 1994 年 12 月, 开始使用抗早孕新药米非司酮 (Mifepristone) 治疗异位妊娠, 本文总结 66 例, 报告如下。

一、资料与方法

(一)对象

年龄 20~42a, 平均 29.45a。有停经史者占 75.76% (50/66); 妊娠天数最短 35d, 最长 56d, 平均为 41d。有阴道出血者占 90.91% (60/66); 有下腹疼痛伴肛门坠胀者占 84.85% (56/66); 双合诊有宫颈举痛或子宫压痛者占 56.06% (37/66); 附件区或触及包块或有增厚者占 96.97% (64/66); B 超提示有盆腔少量积液者占 60.61% (40/66)。66 例血 β -hCG 测定均有不同程度升高 3.5~29.3 mIU/ml (正常值小于 3.1 mIU/ml)。行保守治疗的标准是:①血 β -hCG 升高;②B 超证实宫腔内无妊娠囊, 而在附件区有明显异常肿块, 无明显胎心搏动;③无输卵管破裂及

急性内出血的体征, 血红蛋白测定在 80g/L 以上者。

(二)方法

66 例病人均住院治疗, 给予口服米非司酮 100mg, q12h, 连续 3d 为 1 疗程, 用药后复查血 β -hCG, 根据 β -hCG 报告结果, 必要时再重复用药 1~2 个疗程。及时监测 β -hCG 的动态变化, 每隔 1wk 复查盆腔 B 超。治疗期间病人应卧床休息, 严密观察腹痛情况及血压变化, 并注意观察药物副作用, 适当应用抗菌素防治感染。

二、结果

治愈标准:①临床症状消失;②血 β -hCG 下降至正常;③B 超检查附件肿块消失。

本组 66 例应用米非司酮治疗异位妊娠, 仅 1 例用药 3 个疗程, 其余均用药 1~2 个疗程。54 例保守治疗成功, 占 81.82% (54/66)。失败改手术者 12 例, 占 18.18% (12/66)。在成功组治疗前血 β -hCG 平均值是 9.14 ± 4.79 mIU/ml。在用药 1 个疗程后复测 β -hCG 水平。其数值均有不同程度的下降。平均下降 2.78 mIU/ml, 其下降幅度达 30%,

54例在平均17d(范围7~30d)内 β -hCG下降到正常。

应用米非司酮保守治疗失败,行剖腹探查输卵管切除术的12例中,用药前血 β -hCG平均值为 18.8 ± 5.72 mIU/ml,与成功组比较,两组间有显著差异($P < 0.01$)。见表1。

表1 两组治疗前血清hCG水平(mIU/ml)

组别	例数	血清hCG值($\bar{X} \pm SD$)	P值
成功组	54	9.14 ± 4.79	$P < 0.01$
失败组	12	18.8 ± 5.72	

t检验, $P < 0.01$

在治疗中观察发现失败组的血 β -hCG不但下降缓慢,反而有上升趋势,其中有4例持续高水平,5例有上升趋势,平均上升1.5mIU/ml,另有3例 β -hCG虽有下降,但病人突然感腹痛加重,盆腹腔积液量增加。12例术中发现内出血及血块多在250~1000ml。

观察成功组54例病人服药前后血象分析无明显变化,仅有2例服药后感恶心胃部不适。随访54例治愈患者,日后有3例宫内妊娠,2例已分娩正常新生儿,另1例因已有子女而行人工流产,有效地保留了育龄妇女的生育机能。

三、讨论

米非司酮是新型的孕激素拮抗剂,已在临床上普遍应用终止早期妊娠,并得到肯定。但治疗异位妊娠则报道较少。采用米非司酮治疗异位妊娠,主要是通过米非司酮竞争孕酮受体,能有效地取代内源性激素的位置^[1],可抑制孕酮的活性致使绒毛组织发生退变,蜕膜组织萎缩坏死,引起胚胎死亡。米非司酮只是孕激素拮抗剂,对输卵管的正常组织无破坏作用。不加用米索前列醇,可避免子宫和输卵管平滑肌的收缩而导致的死亡胚胎剥离后的输卵管创面出血,而让死亡的胚胎

以后自然吸收,病灶吸收后保持输卵管通畅,为避免继发感染,防止输卵管粘连,适当应用抗菌素是必要的。

米非司酮杀胚作用确切,我们应用米非司酮治疗异位妊娠的成功率为81.82%,符合早期报道的其它保守疗法的结果(64%~100%)^[2]。口服米非司酮剂量越大,绒毛蜕膜组织的病理形态越明显,由于输卵管部位激素受体的敏感性较子宫差,故有文献报道采用常规抗早孕的米非司酮药量的4倍剂量, qd, 200mg/次, 连服3d^[3]。但本组病例显示米非司酮的疗效与患者体内的血 β -hCG含量有关,如表所示,说明血 β -hCG含量高者疗效差,我们的经验是血 β -hCG > 18.8mIU/ml者不易采用米非司酮治疗。故参考血 β -hCG数值适当选择病例,可进一步提高米非司酮治疗异位妊娠的成功率。治疗期间动态监测血 β -hCG也十分重要,如果血 β -hCG持续高水平不下降,甚至上升,腹痛加重,腹腔内出血量增加,应考虑手术治疗。只要密切观察病情变化,即使失败改为手术治疗,也不影响手术的实施。

米非司酮治疗异位妊娠,不但可减少病人手术痛苦,还能保留生育机能。米非司酮与传统化疗药物保守治疗相比,还有给药途径方便,用药后副作用小的特点,易被患者接受。因此,在有条件做血 β -hCG检测和有B超设备的单位,均可采用米非司酮保守治疗异位妊娠。

参考文献

- [1]徐复旦、钱尚萍、石永恩. 口服不同剂量 Ru486 对妊娠蜕膜及绒毛组织的影响. 中华妇产科杂志, 1992; 27(1): 46
- [2]Pekka Ylostalo, et al. Expectant management of ectopic pregnancy. Obster Gynecol, 1992; 80(3): 345
- [3]张珠兰. 米非司酮治疗输卵管妊娠4例分析. 中国实用妇科与产科杂志, 1995; 11(5): 306