维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2007)08-0877-03

口服安宫黄体酮治疗药物流产后阴道出血临床观察

温 琳[1],周 玮[2],刘 建[2]

(1. 重庆市江北区第一人民医院妇产科,重庆 400020;2. 重庆医科大学附属第二医院妇产科,重庆 400010)

【摘 要】目的:探讨应用小剂量孕激素治疗药物流产后阴道出血的效果并和清宫术作对比分析。方法:将 120 例门诊药物流产患者随机分为观察组、清宫组和对照组,观察组给予小剂量安宫黄体酮口服。结果:观察组在药物流产后出血时间和量均较对照组明显减少,但是比清宫组多。从对照组、观察组到清宫组,患者出血时间≤7 天的比例分别为 5.41%、16.67%、93.62%。出血量少于月经量的比例分别为 8.11%、61.11%、82.98%。结论:药物流产后口服安宫黄体酮可以减少出血量和时间,方法简便,值得推广应用。

【关键词】药物流产;安宫黄体酮;清宫术;阴道出血

【中国图书分类法分类号】R714.21 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-04-09

Clinical study of the treatment of colporrhagia after medical abortion with medroxyprogesterone acetate by oral use

WEN Lin, et al

(*Department of Obstetric and Gynecology, the No.1 Hospital of Jiangbei District*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the effect of low dose progesterone on colporrhagia after medical abortion and compare it with curettage. *Methods*: Divide 120 cases of medical abortion into observation group, curettage group and control group. Medroxyprogesterone Acetate was administered to observation group for oral use. *Results*: Comparing with control group, duration and amount of bleeding decreased significantly by given low dosage of medroxyprogesterone acetate in observation group, but it was higher than curettage group. From control group, observation group to curettage group, the cases of bleeding duration less than 7d increased by 5.41%, 16.67% to 93.62%, and the cases of bleeding amount less than menstruation increased by 8.11%, 61.11%, 82.98%. The difference was particularly significant between each 2 groups. *Conclusion*: Oral administration of medroxyprogesterone acetate could decrease the duration and amount of bleeding after medical abortion. It was very convenient to comply and spread widely.

【Key words】 Medical abortion; Medroxyprogesterone acetate; Curettage; Colporrhagia

药物流产术是目前终止早孕常用的方法之一,其安全、简便、无创的优点是是传统吸宫术无法比拟的。但是药物流产后阴道流血时间较长[1],给患者带来很多不便,增加了生殖道感染的机会。药流后常规清宫术虽然可以解决这个问题,但是同时又增加了患者的费用和痛苦并且存在种种并发症的可能。我们在药物流产后应用安宫黄体酮口服治疗该症,取得了显著疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资 料

2005 年 1 月~2005 年 7 月,取在我院及重庆医科大学附属第二医院妇产科门诊行药流的患者 120 名,年龄 17~35 岁,平均年龄 24 岁,要求孕周≤49 天,无带器妊娠,近 3 月无流产史,服米索前列醇后8h 内孕囊完整排出,无生殖道器质性病变及血液系统疾病。随机分为 3 组:观察组 36 例、清宫组 47 例、对照组 37 例,所有病例经随访无妊娠滋养细胞疾病发生。

1.2 方 法

观察组在孕囊排出后立即口服安宫黄体酮 10mg,每日 1 次和诺氟沙星胶囊 0.2g,每日 3 次,连服 5 天;清宫组在孕囊排出后立即给予清宫术,然后口服诺氟沙星胶囊 0.2g,每日 3 次,连服 5 天;对照组仅给予口服诺氟沙星胶囊 0.2g,每日 3 次,共服 5 天。所有患者于流产后 1 周门诊复查,而后电话随

作者介绍:温 琳(1956-),女,副主任医师,
主要研究方向:药物流产内分泌激素辅助治疗。

维普资讯 http://www.cqvip.com

访,了解阴道出血情况。

1.3 观察指标

对 3 组患者阴道出血时间和阴道出血量进行比较分析,出血时间采用 7 天为一阶段,出血量以本人正常月经量为标准加以判断,分为少于月经量、相当于月经量、多于月经量。

1.4 统计方法

采用 SPSS11.0 进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验

2 结 果

2.1 阴道出血持续时间比较

表 1 阴道出血持续时间比较

组别	例数	≤7d		7~14d		≥14d	
		例	%	例	%	例	%
观察组	36*	6**	16.67	25	69.44	5	13.89
清宫组	47	44	93.62	3	6.38	0	
对照组	37	2	5.41	7	18.92	28	75.67

* 与对照组构成比有显著性差异 $\chi^2=29.56, P<0.05$

** 将后两列合并后,观察组和清宫组间有显著性差异 $\chi^2=50.40, P<0.05$

对表 1 进行组间比较发现,清宫治疗组出血持续时间最短,观察组次之,对照组出血持续时间最长。观察组与和对照组之间存在显著性差异。由于清宫组无出血时间持续 14 天以上病例,故在和观察组比较时将后两列合并,以出血时间≤7 天和>7 天进行统计分析,结果存在显著性差异。清宫组患者阴道出血多在 1 周之内消失;观察组患者多在 7~10 天内出血停止,平均时间较清宫组略为延长;对照组出血时间基本在 12 天以上,多数超过 14 天。

表 2 阴道出血量(相对于月经量)的比较

组别	例数	少		中		多	
		例	%	例	%	例	%
观察组	36*	22**	61.11	10	27.78	4	11.11
清宫组	47	39	82.98	8	17.02	0	
对照组	37	3	8.11	13	35.14	21	56.75

2.2 阴道出血量的比较

从表 2 可以看出,3 组患者阴道出血量由清宫组、观察组、对照组依次减少,观察组与和对照组组间比较存在显著性差异。清宫组无阴道出血量多病例,与观察组比较时合并后两列,对比两组中出血量少于月经量病例和相当或多于月经量病例,结果存在显著性差异。观察组患者阴道出血主要发生在停药后 2~3 天,观察组和对照组患者单位时间内出血量差别并不明显,但观察组平均出血时间较对照组短,因此在总量上比对照组明显出血少。

3 讨 论

3.1 药物流产后阴道出血的原因

药物流产广泛应用于临床,为女性中止早期妊娠提供了一个新的选择,大大降低了人工流产的痛苦和并发症的发生,减小了人工中止早孕对女性生殖系统的损伤以及孕妇尤其是低龄孕妇对终止妊娠的恐惧感。但药物流产后最常见的并发症阴道流血时间过长(多数≥14 天)、血量过多,是导致药物流产后患者需要住院治疗或侵入性治疗,即清宫术的首要因素[2]。相对长时间的出血给患者的工作、生活带来诸多不便,并且显著增加了生殖道感染的机会,诱发急性或慢性盆腔炎,甚至造成异位妊娠和不孕症。为解决这个问题,近年来有学者建议药流后进行清宫术,可以将蜕膜组织一次性清除,这样固然可以减少阴道出血的量和持续时间,但可能会造成类似人工流产术的种种并发症和严重后果。因

维普资讯 http://www.cqvip.com

此如何用保守治疗的方法减少药物流产后阴道出血的量和时间，是长期以来困扰广大临床妇科医师的一个问题。有人利用具有活血祛瘀、止血生肌等功效的中药制剂[3]，但疗效不确切；还有运用雌孕激素序贯疗法模拟人工周期促进子宫内膜修复来治疗，但是由于过程较为复杂，患者依从性较差。

药物流产患者在服用米非司酮时，子宫蜕膜孕激素受体被米非司酮竞争性结合，消耗怠尽，这也正是米非司酮联合米索前列醇终止早孕的主要机理。孕囊排出后虽然体内米非司酮逐渐代谢，但滋养细胞的消失导致血浆内人绒毛膜促性腺激素(HCG)下降，妊娠黄体逐渐萎缩，患者体内雌孕激素水平进行性降低，于是蜕膜组织出现无序性的、渐进性的坏死，脱落，表现为药物流产后阴道出血。由于用药早期在米非司酮的作用下蜕膜已经发生衰退、萎缩，所以只要妊娠产物完全排出，此时的阴道出血就表现为“量少而时长”，即淋漓不尽。同时，长时间的蜕膜坏死和阴道出血又会引起子宫内膜局部炎症细胞浸润，释放多种抗凝血因子，对增加出血的量和时间起到促进作用，成为一种恶性循环[4]，问题的根源就在于蜕膜组织的渐进性脱落。宋朝晖等[5]研究了 490 例药物流产患者，发现在药物流产后加服米非司酮与米索前列醇可以减少阴道出血量和时间，也说明了残留蜕膜组织坏死剥脱的方式是影响阴道出血的重要因素。

3.2 安宫黄体酮治疗药物流产后阴道出血的机理

在本研究中我们运用小剂量孕激素口服治疗药物流产后阴道出血取得了一定成效，虽然相比较清宫术治疗而言存在疗效上的不足，但是毕竟保持了药物流产的无创性特点，在阴道出血的量和时间上与对照组之间比较，有较大的优势，并且用药过程简单、方便，治疗时间短，患者容易接受。

在药物流产后，给予小剂量安宫黄体酮口服可以将体内孕激素维持在一个相对稳定的水平，抑制蜕膜组织的坏死剥脱。此后突然停药会出现孕激素水平的陡然降低，使宫腔内蜕膜突然失去孕激素支持而整体性同时剥脱，类似于功血治疗中的“药物性刮宫”，用保守治疗的方法达到了清宫治疗的目的，这也正是为什么观察组患者的阴道出血主要发生在停药以后的 2~3 天内。因为子宫蜕膜已经受到了米非司酮的干扰，所以这个时间较一般的孕激素撤退性出血明显缩短[6]。同时因为前期米非司酮的影响，蜕膜组织已经变薄、萎缩，此时的剥脱性出血量一般不会超过月经血量。

根据观察结果，单纯从减少阴道出血的角度来讲，清宫治疗的效果是最好的[7]。因此在本研究中我们利用清宫治疗的疗效作为标准来衡量观察组方法的有效性。可以看到，虽然口服安宫黄体酮可以有效的减少药物流产后阴道流血的量和时间，但是与清宫术比较该方法仍然存在一定的不足。如何缩短用药周期，减少出血量和时间，进一步减少因为药物流产后阴道出血带给患者的不便和痛苦，将是下一步需要继续探讨的问题。

参 考 文 献

[1] 桑国卫，贺昌海，邵庆翔，等.米非司酮配伍前列腺素终止早孕17523例的大规模引人性研究[J]. 中国临床药学杂志，1999;15(5):323.

[2] Irving M. Spitz,C. Wayne Bardin,Lauri Benton,et al. Early Pregnancy Termination with Mifepristone and Misoprostol in the United States[J]. The new England journal of medicine,1998;338:1241-1247.

[3] 王新颜，邓志红，梁文珍.药物流产后阴道出血的中医治疗进展[J]. 中医药临床杂志，2004;16(3):296-298.

[4] 边超英，于 萍，卢明文，等.药物流产后流血时间过长 58 例子宫内膜病理学观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2002;18(9):542.

[5] 宋朝晖，王 丹，钟春俐，等.药物流产后加服米非司酮、米索前列醇对缩短阴道出血时间的临床观察[J]. 中国计划生育学杂志，2005;(2):111-113.

[6] 乐 杰，主编.妇产科学[M]. 第 6 版，北京：人民卫生出版社，2004.334.

[7] Allen R,Westhoff C,De Nonno L,et al. Curettage after mifepristone-induced abortion: Frequency,timing and indications[J]. Obstert Gynocol,2001;98:101-106.

(上接第 865 页)

complications of bronchial artery embolization[J]. Rev Mal Respir,1996;13:217.

[7] 陈晓明，罗鹏飞，周泽健，等. 咯血患者导管栓塞治疗后复发的原因分析[J]. 临床放射学杂志，2004;23(4):336-339.

[8] 彭志康，刘亚洪，卢府芳，等. 支气管动脉灌注、栓塞并发高位截瘫的有关问题探讨[J]. 临床放射学杂志，2003;2(8):701-702.

[9] 张电波，肖湘生. 支气管动脉栓塞术并发症分析[J]. 实用放射学杂志，2002;18(5):359-361.

[10] 李 涛，李茂进，胡红耀，等. 中央型肺癌介入化疗加栓塞的疗效分析[J]. 中华放射学杂志，2001;35(9):693-695.