

轻^[3]。

目前恶性肿瘤骨转移的治疗为综合治疗,包括手术、化疗、免疫治疗及对症治疗等。由于恶性肿瘤骨转移可造成剧烈的骨痛或骨折,致使综合治疗方案难以实施。应用博宁治疗恶性肿瘤骨转移所引起的疼痛是安全有效的,并为此类患者能够进行综合治疗打下基础。

参 考 文 献

- 1 王文颖,崔永联 主编.实用恶性肿瘤综合治疗.青岛:青岛出版社,1996.551
- 2 张方泽,徐光炜 主编.肿瘤学.天津:天津科学技术出版社,1996.2575
- 3 戴力扬.转移性骨肿瘤的研究进展.肿瘤,1992,12(2):93

(收稿:1998-09-15 修回:1999-02-22)

(本文编辑:罗杰)

米索前列醇用于妊娠期肝内胆汁淤积症引产的可行性探讨

张 敏

(苏州市妇幼保健院妇产科 215004)

摘要 目的 探讨米索前列醇(MP)用于妊娠肝内胆汁淤积症(ICP)引产对围产儿的安全性。方法 观察组76例ICP患者应用MP 50 μ g阴道后穹窿上药,每24h重复至临产。对照组为71例自然临产的ICP患者。结果 2组比较:①观察组发生宫缩过频、胎心监护异常显著增加($P < 0.05$, $P < 0.01$)。②HCG < 40 mg/L时,观察组羊水Ⅲ°污染及胎儿窘迫均无明显升高($P > 0.05$)。③HCG ≥ 40 mg/L时,观察组羊水Ⅲ°污染率明显增高高达40.00%($P < 0.05$);胎儿窘迫率达45.71%,但无统计学意义。结论 MP可在严密监护下用于ICP(HCG < 40 mg/L)引产,但HCG ≥ 40 mg/L时应禁用。

关键词 胆汁淤积症 米索前列醇 引产

分类号 719.31

妊娠期肝内胆汁淤积症(ICP)是特发于妊娠期的疾病,其主要威胁在于对围产儿可致早产、胎儿窘迫、死胎、围产儿死亡等。临床处理中,适时终止妊娠就成为改善ICP围产儿预后的重要策略之一。

米索前列醇(MP)可用于晚期妊娠引产已为大家所公认,但是否也适合于ICP,尚待探索。本院近年已作初步尝试,现将其对围产儿方面的影响报告如下。

1 资料和方法

1.1 对象

1997年7月~1998年3月本院住院分娩的ICP患者中,抽取初产、单胎、头位、无宫缩、宫颈Bishop评分 ≥ 4 分、无应用前列腺素禁忌证、需引产者76例为观察组,71例为对照组。2组在年龄、孕产次、孕周、分娩前治疗方面经统计无显著差异。均未合并其他高危因素。

1.2 药物与方法

MP由英国SEARLE药厂生产。观察组在窥阴器直视下,拭去阴道后穹窿分泌物,置MP 50 μ g,每24h重复至临产。MP最大剂量为150 μ g(总计3

次),平均用药1.39次,平均剂量71.93 μ g,用药1次者占78.95%(60/76);对照组自然临产。2组均行胎心监护及B超检查,在出现宫缩后密切监护至分娩。宫颈Bishop评分 ≥ 6 分至宫口扩张2cm,均行人工破膜。

1.3 观察指标

宫缩情况、异常胎心率变异(变异减速、迟发减速、胎心增快、基线变异减少等)、羊水Ⅲ°污染、胎儿窘迫、新生儿窒息及分娩方式。

1.4 统计学处理

以 χ^2 检验进行统计学分析。

2 结 果

2.1 在不同绒毛膜促性腺激素(HCG)水平时,2组宫缩过频、胎心监护异常、羊水Ⅲ°污染、胎儿窘迫、新生儿窒息、剖宫产率情况见表1。

从表1可见,观察组所有指标之发生率均高于对照组,其中宫缩过频、胎心监护异常及HCG ≥ 40 mg/L时的羊水Ⅲ°污染2组间有显著性差异($P < 0.05$ 、 $P < 0.01$ 及 $P < 0.05$)。观察组未发生痉挛性子宫收缩。

表1 不同 HCG 水平时 2 组观察指标比较

HCG (mg/L)	组别	总例数	宫缩过频 n(%)	胎心监护异常 n(%)	羊水Ⅲ°污染 n(%)	胎儿窘迫 n(%)	新生儿窒息 n(%)	剖宫产 n(%)
<40	观察组	41	6(14.63)*	14(34.15)**	4(2.90)	8(19.51)	1(2.44)	13(31.71)
	对照组	28	0(0)	2(7.14)	0(0)	1(3.57)	0(0)	8(28.57)
≥40	观察组	35	6(17.14)*	13(37.14)**	14(40.00)*	16(45.71)	1(2.86)	20(57.14)
	对照组	43	1(2.33)	4(9.30)	8(18.60)	15(34.88)	0(0)	21(48.84)

与对照组比较: * P < 0.05, ** P < 0.01

2.2 无论是观察组或对照组 HCG ≥ 40 mg/L 时,其羊水Ⅲ°污染、胎儿窘迫发生率均明显高于 HCG < 40 mg/L, 差异显著(观察组分别为 P < 0.01、P < 0.05, 对照组为 P < 0.05 及 P < 0.01)。

2.3 MP 用量与胎儿窘迫关系: MP 总量 ≥ 100 μg 的 25 例中, 胎儿窘迫 9 例占 36.00%。用量 50 μg 者占 29.41%(15/51)。前者较高, 但无统计学意义(P > 0.05)。

3 讨论

MP 是一种合成的前列腺素 E₁ 类似物, 能有效地终止妊娠, 在短期内可使宫颈迅速软化、缩短、扩张, 同时子宫自发地高频、高幅收缩^[1]。许多研究都已证明, MP 对促宫颈成熟和引产有效^[2]。近年来已有许多应用 MP 于晚期妊娠引产的报道。据文献资料, MP 治疗组中宫缩过强、痉挛性子宫收缩、子宫过度刺激综合征的发生率略高; 羊水出现较为严重的胎粪污染, 但无统计学意义^[3]。

观察组宫缩过频发生率为 15.79%, 与王琳等^[4]报道之宫缩异常 16.70% 相近, 且与对照组宫缩过频率 1.41% 相比较, 2 组差异显著(P < 0.01)。说明宫缩过频确为 MP 引产中之较常见的副作用, 应予重视。

由于 ICP 疾病本身的病理变化, 导致胎儿不良预后明显增加^[5,6]。对照组在 2 种不同 HCG 值时, 羊水Ⅲ°污染、胎儿窘迫发生率有显著差异(P < 0.05, P < 0.01), 表明 HCG 值不仅可反映 ICP 病情的严重程度, 其高值对胎儿不良环境及宫内窘迫尚有预示作用。

资料经统计学分析显示, 由于 MP 的应用, 母体及胎儿多项指标有显著性差异; 而观察组在 2 种不同 HCG 值时, 羊水Ⅲ°污染、胎儿窘迫发生率也有明

显差异。HCG < 40 mg/L 时, 病情相对较轻, 以上二指标上升不显著(P < 0.05)。值得注意的是 HCG ≥ 40 mg/L 时, 应用 MP 致使羊水Ⅲ°污染率达 40.00%, 显著高于对照组的 18.60%(P < 0.05), 胎儿窘迫率 45.71%, 胎心监护异常 37.14%; 虽后二者与对照组相比无显著性差异, 但发生率增高, 势必在重症 ICP 基础上增加对胎儿的危害。

综上所述。作者认为对 ICP 患者用 MP 每次 50 μg、24 h 重复阴道后穹窿上药引产, 从安全性出发, 必须同时考虑疾病本身及药物对围产儿的双重影响。MP 可在严密监护下用于 ICP 时 HCG < 40 mg/L 的引产, 在 HCG ≥ 40 mg/L 时则应禁用。

在 MP 的剂量与安全性关系方面, Farah 等^[2]曾报道采用 25 μg 及 50 μg 2 种单剂量引产的随机双盲试验。结果表明: 25 μg 阴道后穹窿上药安全性大(胎儿心动过速、脐血 pH < 7.16 发生率低), 但引产效果略差。故为提高 ICP 引产的安全性又不影响引产效果, MP 的剂量及使用方案尚待进一步探索。

参 考 文 献

- 1 杜建新·米索前列醇在计划生育领域中应用进展·国外医学·计划生育分册, 1996, 15(2): 85
- 2 Farah LA, Sanchez Ramos L, Rosa C, et al. Randomized trial of two doses of the prostaglandin E₁ analog misoprostol for labor induction. Am J Obstet Gynecol, 1997, 177(2): 369
- 3 徐永萍, 孙嘉珍·米索前列醇用于促宫颈成熟和引产·国外医学·妇产科分册, 1997, 24(3): 132
- 4 王琳, 史常旭, 阳光珍, 等·米索前列醇用于足月妊娠引产的临床观察·中华妇产科杂志, 1997, 32(11): 668
- 5 刘伯宁, 沈宁, 陶雯琪, 等·妊娠期肝内胆汁淤积症胎盘的组织计量测定·中华妇产科杂志, 1998, 23(1): 12
- 6 王晓东, 刘淑云, 衡正昌·妊娠肝内胆汁淤积症胎儿宫内缺氧机理的初步探讨·中华妇产科杂志, 1998, 33(2): 70

(收稿: 1998-10-26 修回: 1999-02-22)

(本文编辑: 孙立杰)