

地诺前列酮联合催产素用于足月胎膜早破引产的效果观察[▲]

阳琮娣

(广西桂林市中医医院妇产科, 桂林市 541000, E-mail: yangmangdi@163.com)

【摘要】 目的 观察催产素联合地诺前列酮对足月胎膜早破的引产效果。方法 427例足月胎膜早破患者,随机分为两组,对照组223例按常规方法给予催产素静脉注射引产,治疗组204例给予催产素联合地诺前列酮静脉注射引产;观察两组产妇与新生儿结局。结果 治疗组12h、24h内阴道分娩高于对照组($P < 0.05$);两组12h内活跃期比例、活跃期时间均高于或长于对照组($P < 0.05$);两组的引产-分娩间隔时间及子宫张力过高、子宫收缩过频、子宫过度刺激、羊水污染比例、不良反应、并发症发生率差异均无统计学意义($P > 0.05$);两组胎儿黄疸、新生儿Apgar评分、新生儿体重、入院指征比例比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论 地诺前列酮联合催产素用于足月胎膜早破引产安全、有效。

【关键词】 胎膜早破;地诺前列酮;催产素;引产

【中图分类号】 R 714.433 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2016)02-0255-03

DOI:10.11675/j.issn.0253-4304.2016.00.33

临床中足月胎膜早破一般指 ≥ 37 周妊娠临产前胎膜破裂。约有10%足月妊娠患者发生胎膜早破^[1]。胎膜早破表现有漏液、阴道有分泌物、在无任何宫缩情况下的阴道出血和骨盆压力。有90%足月胎膜早破产妇在24h内自然分娩,解决足月胎膜早破产妇主要问题是选择期待或引产^[2]。与胎膜早破的期待治疗相关的新生儿风险包括:新生儿感染、胎盘早剥、限制畸形、肺发育不良、窘迫以及相关的胎儿/新生儿死亡等。尽管治疗通常取决于产妇个人意愿,然而产科医生不得不考虑其宫内感染的问题^[3]。宫内感染的风险随胎膜早破的持续时间增加而增加,引产能减少患绒毛膜羊膜炎的风险^[4]。目前有学者建议采用前列腺素引产以减少催产素引产的缺点。笔者应用地诺前列酮联合催产素对足月胎膜早破产妇进行引产,取得较为理想的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院2008年5月至2012年5月收治的足月胎膜早破产妇427例为研究对象。纳入标准:符合《妇产科学》[5]中足月胎膜早破诊断标准;孕37~42周,宫颈评分 < 5 分;有阴道分娩条件及临床引产指征(胎儿已成熟无产兆,为计划分娩);破膜时间 > 12 h但无临产征象;无感染,胎心监护检查均为有反应型;无使用地诺前列酮栓及催产素禁忌证。排除标准:多胎妊娠、巨大儿、头盆不称、有宫颈手术史、瘢痕子宫、各种妊娠并发症、足月分娩超过3次、前置胎盘、胎盘早剥、

胎儿宫内窘迫以及合并青光眼、急性盆腔炎或阴道炎、哮喘者。按患者住院号数字分为两组,对照组223例,年龄20~36(26.32 ± 2.32)岁,妊娠37~42周;平均产次2次;治疗组204例,年龄21~36(26.62 ± 2.42)岁,妊娠37~42周;平均产次2次。两组产妇年龄、孕周、产次等临床资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组:催产素2.5U加入生理盐水500ml中静脉注射,8滴/min,逐渐加快至维持有效宫缩,最高滴速不超过40滴/min。催产素最大用量为5U,每天静脉滴注1000ml。自引产开始12h内出现规律宫缩(10min内3次宫缩,每次持续30s左右),伴宫颈管展平及宫口开大判定为引产成功。催产素最大用量5U/d,12h未临产者停药休息,次日重复用药,连续用药3d仍未临产者为无效。若出现剖宫产指征则改为剖宫产。

1.2.2 治疗组:给予地诺前列酮栓联合催产素引产。放置地诺前列酮栓前行胎心监护检查30min,提示无宫缩,胎心呈反应型后,常规消毒外阴、阴道,用地诺前列酮栓(英国Ferring公司生产)10mg(1枚)置入阴道后穹隆,用药后产妇平卧6h,然后给予静脉滴注催产素,方法同上。每小时监测胎心、血压,观察宫缩情况,有规律宫缩时胎心监护。伴宫颈管展平及宫口开大判定为引产成功。如产妇出现临产、任何子宫过度刺激或子宫强直性收缩迹象、胎儿宫内窘迫、产妇发生系统性不良反应症状(如恶心、呕吐、低血压和心动过速)等时立即取出栓剂。超过12h未临产者取出栓剂并停止催产素,

▲基金项目:广西医药卫生科研课题(Z2011515)

作者简介:阳琮娣(1963~),女,在职研究生,副主任医师,研究方向:临床妇产科。

并再次进行宫颈 Bishop 评分。次日重复,连续用药 3 d 仍未临产者为无效,若治疗过程中出现剖宫产指征则改为剖宫产。

在引产过程中,持续胎心监护至分娩结束。因胎膜早破 > 12 h,常规使用抗生素预防感染。

1.3 观察指标 两组均由专人观察胎心率、宫缩及产程进展情况,记录用药前后的宫颈评分、分娩方式、产程并发症、新生儿结局等。主要终点为 24 h 内阴道分娩;次要终点包括:24 h 内分娩、12 h 内阴道分娩、12 h 内到达活跃期。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 16.0 软件进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料比较

采用 χ^2 检验,同时计算相对危险度与 95% 置信区间;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组分娩结局 治疗组 12 h、24 h 内阴道分娩率均高于对照组($P < 0.05$),12 h 内活跃期比例、活跃期时间均高于或长于催产素组($P < 0.05$)。两组的引产-分娩间隔时间及子宫张力过高、子宫收缩过频、子宫过度刺激、羊水污染比例、不良反应、并发症发生率差异均无统计学意义($P > 0.05$),无子宫破裂与孕妇死亡发生。见表 1。

表 1 两组产妇各观察指标比较

| 指标 | 对照组($n=223$) | 治疗组($n=204$) | $\chi^2(t)$ 值 | P 值 | 危险度比(95% CI) |
|-----------------------|----------------|----------------|---------------|--------|-----------------|
| 24 h 内阴道分娩 | 128(57.4) | 172(84.3) | 36.933 | <0.001 | 1.87(1.49~2.04) |
| 12 h 内阴道分娩 | 104(46.6) | 157(76.9) | 25.954 | 0.006 | 1.78(1.58~2.25) |
| 12 h 内活跃期 | 68(30.5) | 107(52.4) | 13.071 | 0.003 | 1.27(0.69~1.74) |
| 阴道分娩 | 147(65.9) | 189(92.6) | 24.415 | <0.001 | 1.57(1.35~1.86) |
| 顺产 | 139(62.3) | 183(89.7) | 36.039 | <0.001 | 1.42(1.27~1.96) |
| 剖宫产 | 76(34.1) | 21(10.3) | 26.070 | <0.001 | 1.45(1.03~2.37) |
| 真空吸引 | 8 | 6 | | | |
| 治疗时间(h) | 8.5±3.7 | 8.4±3.2 | 0.300 | 0.766 | |
| 子宫收缩频率(h) | 21.4±10.7 | 22.1±9.4 | 1.137 | 0.036 | |
| 子宫收缩平均时间(s) | 60.2±17.4 | 62.3±14.8 | 1.296 | 0.061 | |
| 12 h 内 Bishop 得分改变(分) | 5.2±2.1 | 5.4±2.2 | 1.382 | 0.192 | |
| 活跃期时间(h) | 3.7±1.6 | 6.4±2.5 | 2.441 | <0.001 | |
| 潜伏期时间(h) | 9.6±4.2 | 8.4±4.6 | 1.199 | 0.185 | |
| 引产-分娩间隔(h) | 14.8±6.9 | 13.5±6.1 | 1.279 | 0.074 | |
| 子宫张力过高 | 5 | 4 | | | |
| 子宫收缩过频 | 12 | 10 | | | |
| 子宫过度刺激 | 16 | 15 | | | |
| 使用镇痛 | 114(51.1) | 99(48.5) | 0.286 | 0.593 | 0.75(0.57~1.25) |
| 羊水污染 | 10 | 8 | | | |
| 恶心 | 3 | 2 | | | |
| 呕吐 | 0 | 0 | | | |
| 发烧 | 2 | 3 | | | |
| 腹泻 | 0 | 1 | | | |
| 产后大出血(>500 ml) | 20(9.0) | 16(7.8) | 0.175 | 0.676 | 0.39(0.14~1.78) |
| 三度撕裂 | 3 | 2 | | | |
| 四度撕裂 | 1 | 0 | | | |
| 子宫破裂 | 0 | 0 | | | |
| 子宫切除 | 0 | 0 | | | |
| 绒毛膜羊膜炎 | 1 | 1 | | | |
| 子宫内膜炎 | 3 | 2 | | | |

注:真空吸引、子宫张力过高、子宫收缩过频、子宫过度刺激、羊水污染、恶心、呕吐、发烧、腹泻、三度撕裂、四度撕裂、子宫破裂、子宫切除、绒毛膜羊膜炎、子宫内膜炎等指标数据太小,不宜进行统计学分析。

2.2 新生儿结局 两组胎儿黄疸比较、新生儿 Apgar 评分、新生儿体重、入院指征比例比较,差异均无统计学意

义(P 均>0.05),两组均无新生儿窒息发生。见表 2。

表2 新生儿结局

| 指标 | 对照组 (n=223) | 治疗组 (n=204) | $\chi^2(t)$ 值 | P 值 | 危险度比 (95% CI) |
|----------------------|-----------------|-----------------|---------------|-------|--------------------|
| 出生体重 (g) | 3 664.4 ± 321.1 | 3 757.2 ± 378.6 | 1.390 | 0.165 | |
| 1 min Apgar 评分 (分) | 8.7 ± 1.2 | 8.9 ± 1.7 | 1.414 | 0.158 | |
| 5 min Apgar 评分 (分) | 9.1 ± 1.5 | 9.6 ± 1.4 | 1.148 | 0.317 | |
| 5 min Apgar 评分 < 7 分 | 2 | 1 | | | |
| 新生儿黄疸 | 24 (10.8) | 20 (9.8) | 0.106 | 0.750 | 0.64 (0.26 ~ 2.34) |
| 围产期死亡 | 0 | 0 | | | |
| 新生儿入院 | 8 | 6 | | | |
| 新生儿入院 > 24 h | 4 | 2 | | | |
| 入院指征 | | | | | |
| 呼吸急促 | 1 | 1 | | | |
| 低血糖 | 2 | 2 | | | |
| 败血症 | 1 | 1 | | | |
| 癫痫发作 | 2 | 1 | | | |
| 坏死性小肠结肠炎 | 0 | 0 | | | |
| 肺炎 | 2 | 1 | | | |

3 讨论

胎膜破裂及分娩时间延长与绒毛膜羊膜炎及新生儿败血症的发病率增加相关^[4]。对于如何治疗足月胎膜早破尤其是宫颈条件不利的足月胎膜早破临床中存在较大争议。治疗原则包括及时引产、延迟引产以及期待治疗^[2]。有文献报告^[6]主动引产能缩短胎膜早破至分娩时间,从而减少产后感染风险。主动引产也是临床治疗足月胎膜早破的首选方法^[6]。有研究发现足月胎膜早破的初产孕妇接受前列腺素 E₂ 引产能降低引产带来的剖宫产风险^[7]。也有研究证明地诺前列酮阴道给药引产对足月胎膜早破患者安全、有效^[8-9]。Güngördük 等^[10]研究发现,与催产素静脉注射相比,前列腺素 E₂ 阴道给药引产并没有优势。足月胎膜早破引产应针对产妇具体临床表现,应用催产素静脉注射以减少绒毛膜羊膜炎风险^[11]。地诺前列酮阴道栓联合催产素产妇产后可减少引产至分娩时间^[12]。

本研究结果表明,与仅给予催产素引产的对照组比较,地诺前列酮联合催产素引产的治疗组 24 h 内阴道分娩率明显提高 ($P < 0.05$)。引产时宫颈 Bishop 评分 < 5 分者剖宫产风险明显增加,而宫颈 Bishop 评分 ≥ 5 分者,阴道分娩可能性增加,而应用地诺前列酮栓引产后 6 h 内宫颈 Bishop 评分增加^[5]。本文治疗组给予地诺前列酮联合催产素引产,与仅采用催产素引产的对照组比较,产妇和新生儿结局无差异,证明地诺前列酮联合催产素应用于足月胎膜早破引产安全、有效。

参 考 文 献

[1] Shetty A, Stewart K, Stewart G, et al. Active management of term prelabour rupture of membranes with oral misoprostol [J]. BJOG, 2002, 109(12): 1 354 - 1 358.

[2] Larranaga-Azcárate C, Campo-Molina G, Pérez-Rodríguez AF, et al. Dinoprostone vaginal slow-release system (Propess) compared to expectant management in the active treatment of premature rupture of the membranes at term: impact on ma-

ternal and fetal outcomes [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2008, 87(2): 195 - 200.

- [3] 华莹,段萍,刘海斌. 普贝生用于足月引产的临床探讨 [J]. 南方医科大学学报, 2008, 28(8): 1 481 - 1 482.
- [4] Sobande AA, Albar HM. Induced labour with prostaglandin E2 in different parity groups after premature rupture of membranes [J]. East Mediterr Health J, 2003, 9(3): 309 - 315.
- [5] 郑怀美,苏应宽. 妇产科学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1985: 268 - 274.
- [6] 纪立平,范玲. 控释地诺前列酮用于足月胎膜早破引产的临床观察 [J]. 现代妇产科进展, 2008, 17(9): 715, 717.
- [7] Christensen FC, Tehranifar M, Gonzalez JL, et al. Randomized trial of concurrent oxytocin with a sustained-release dinoprostone vaginal insert for labor induction at term [J]. Am J Obstet Gynecol, 2002, 186(1): 61 - 65.
- [8] 缪频. 普贝生用于促宫颈成熟的临床探讨 [J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(9): 1 180 - 1 181.
- [9] Tan PC, Valiapan SD, Tay P, et al. Concurrent oxytocin with dinoprostone pessary versus dinoprostone pessary in labour induction of nulliparas with an unfavourable cervix: a randomised placebo-controlled trial [J]. BJOG, 2007, 114(7): 824 - 832.
- [10] Güngördük K, Yildirim G, Güngördük O, et al. Sustained-release dinoprostone vaginal pessary with concurrent high-dose oxytocin infusion compared to sustained-release dinoprostone vaginal pessary followed 6 h later by high-dose oxytocin infusion for labor induction in women at term with unfavorable cervix: a randomized controlled trial [J]. Gynecol Obstet Invest, 2011, 71(1): 32 - 40.
- [11] Macones GA, Hankins GD, Spong CY, et al. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines [J]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2008, 37(5): 510 - 515.
- [12] Tan BP, Hannah ME. Oxytocin for prelabor rupture of membranes at or near term [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2000, (2): CD000157.

(收稿日期: 2015-09-18 修回日期: 2015-12-13)