

- lung cancer[J]. Cancer Lett, 2015, 367(2):138-146.
- [6] Li J, Hu L, Tian C, et al. microRNA-150 promotes cervical Cancer cell growth and survival by targeting FOXO4 [J]. BMC Mol Biol, 2015, 16:24.
- [7] Ogata-Kawata H, Izumiya M, Kurioka D, et al. Circulating exosomal microRNAs as biomarkers of colon Cancer[J]. PLoS One, 2014, 9(4):e92921.
- [8] Sun YF, Su B, Zhang P, et al. Expression of miR-150 and miR-3940-5p is reduced in non-small cell lung carcinoma and correlates with clinicopathological features[J]. Oncol Rep, 2013, 29(2):704-712.
- [9] Zhao W, Yu HX, Han ZF, et al. Clinical significance of joint detection of serum CEA, SCCA, and bFGF in the diagnosis of lung Cancer[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2015, 8(8):9506-9511.
- [10] 朱晶, 翟海军. 血清 CEA、Ferritin 和血浆 D-D 对肺癌化疗的效果评估[J]. 现代检验医学杂志, 2015, 3(4):144-146.
- (收稿日期:2016-03-24 修回日期:2016-06-04)

• 临床探讨 •

间苯三酚联合缩宫素在足月胎膜早破产妇促宫颈成熟引产的临床观察

李承碧

(重庆市荣昌区人民医院妇产科 402460)

摘要:目的 观察间苯三酚联合缩宫素在足月胎膜早破产妇促宫颈成熟及引产过程中的安全性和有效性。方法 选择单胎孕周大于等于 37 周,无阴道分娩禁忌证的胎膜早破产妇 200 例,随机分为治疗组(100 例)和对照组(100 例),治疗组静脉滴注 5%葡萄糖注射液 500 mL+缩宫素 2.5 U+间苯三酚 80 mg;对照组 5%葡萄糖注射液 500 mL+缩宫素 2.5 U,两组液体滴速均从 8 滴/min 开始调速至出现有效宫缩后维持该滴速,比较两组产妇产促宫颈成熟情况(宫颈 Bishop 评分的变化)、潜伏期时间、活跃期时间、引产成功率、产后 30 min 及 2 h 出血量、新生儿 Apgar 评分情况。结果 治疗组产妇的促宫颈成熟总有效率、引产成功率均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组总产程时间,特别是潜伏期时间较对照组明显缩短,差异有统计学意义($P<0.05$);而产后 30 min 及 2 h 出血量、新生儿 Apgar 评分情况,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$);治疗组产妇宫颈水肿发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 间苯三酚联合缩宫素在足月胎膜早破产妇促宫颈成熟引产过程中可有效提高宫颈扩张速度,缩短总产程,对母婴安全及产后出血不影响,能提高晚孕胎膜早破产妇的引产成功率,从而降低剖宫产率,值得临床推广应用。

关键词:间苯三酚; 缩宫素; 胎膜早破

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.15.054 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)15-2206-02

妊娠满 37 周后的胎膜早破发生率为 10%^[1],胎膜早破可引起胎盘早剥、羊水过少、脐带脱垂、胎儿窘迫和新生儿呼吸窘迫综合征等,孕产妇及胎儿感染率和围产儿病死率显著升高。因此,对于妊娠超过 37 周待产孕妇,若无产兆及宫颈条件不成熟者,需采取措施发动分娩。胎膜早破者禁用前列腺素制剂及球囊扩张促宫颈成熟引产,静滴缩宫素引产时间较长,容易发生宫颈水肿、宫颈损伤等,从而导致剖宫产率升高。为寻求安全、有效、易操作的临床方法,对 2014 年 5 月至 2015 年 4 月 100 例足月胎膜早破产妇采用间苯三酚联合缩宫素促宫颈成熟引产,取得较好临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 5 月至 2015 年 4 月在本院待产的单胎足月胎膜早破患者 200 例初产妇,年龄不限、孕 37~42 周、宫颈 Bishop 评分小于等于 5 分、头产式,无剖宫产指征,无产科合并症及并发症,无产科引产禁忌证。用药前所有产妇均签署引产知情同意书,化验白带常规、细菌性阴道病(BV),B 超检查。将所有产妇随机分为治疗组(100 例)和对照组(100 例),两组产妇一般情况差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 药物 缩宫素由瑞士 Novartis 药厂生产,5 U/mL,产品批号 S0383;间苯三酚,国药准字 H20060385,规格 40 mg/支,产品批号 15070801。

1.3 方法 治疗组静脉滴注 5%葡萄糖注射液 500 mL+缩

宫素 2.5 U+间苯三酚 80 mg;对照组静脉滴注 5%葡萄糖注射液 500 mL+缩宫素 2.5 U,两组液体滴速均从 8 滴/min 开始调速最快不超过 40 滴/min,最长时间不超过 12 h,若无宫缩,第 2 d 可重复使用,连续 3 d 无宫缩视为本次引产失败。若出现有效宫缩(宫缩间隔 2~3 min,持续 40~60 s、压力达 50~60 mm Hg)后维持该浓度和滴速,每 2 h 做一次阴道检查,了解宫颈 Bishop 评分的变化并记录,正式临产后记录潜伏期时间、活跃期时间、产后 30 min 及 2 h 出血量、新生儿 Apgar 评分情况、引产成功率。

1.4 疗效评价 (1)促宫颈成熟效果评定:显效,12 h Bishop 评分提高 3 分以上;有效,12 h Bishop 评分提高 1~2 分;无效:12 h Bishop 评分无变化。总有效率=(显效+有效)/总例数。(2)引产效果评定用药开始 72 h 内出现规律宫缩并伴宫颈管展平及宫口开大或顺利分娩为引产成功^[2]。

1.5 不良反应 观察并记录两组产妇在用药期间有无呼吸循环改变、宫颈水肿、羊水性状、胎心率改变等不良反应。

1.6 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件包,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 促宫颈成熟效果评定 用药前治疗组产妇宫颈 Bishop 评分为(3.19±0.32)分,对照组为(3.22±0.19)分,两组比较

差异无统计学意义($P>0.05$);用药 12 h 后两组宫颈 Bishop 评分均高于治疗前,且治疗组明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。给药后治疗组促宫颈成熟显效 34 例,有效 41 例,总有效率为 75.00%;对照组显效 12 例,有效 39 例,总有效率为 51.00%,治疗组总有效率显著高于对照组,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=18.356, P<0.05$)。见表 1。

表 1 促宫颈成熟效果评定结果

组别	n	Bishop 评分(分)		显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	总有效率 (%)
		给药前	给药后				
对照组	100	3.22±0.19	6.62±0.49*	12	39	49	51.00
治疗组	100	3.19±0.32	7.55±0.39*▲	34	41	25	75.00▲

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,▲ $P<0.05$ 。

2.2 两组引产效果、产程时间、产后 2 h 出血量和新生儿窒息情况比较 治疗组引产成功率为 73.00%,对照组为 56.00%,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=6.311, P<0.05$)。治疗组第一产程时间为(419.4±28.7)min,对照组为(636.6±31.8)min,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),第二产程和第三产程时间两组差异无统计学意义($P>0.05$);治疗组总产程时间为(470.4±29.0)min,对照组为(688.1±31.4)min,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组产后 2 h 出血量为(227.6±27.9)mL,对照组为(225.9±23.9)mL,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 两组不良反应发生情况比较 治疗组中无宫颈水肿发生,对照组中宫颈水肿有 8 例,两组之间差异有统计学意义($\chi^2=6.749, P<0.05$)。

3 讨 论

孕晚期胎膜早破对母婴不良影响明显高于正常妊娠,破膜后阴道内病原微生物易上行感染,感染程度与破膜时间有关,超过 24 h 感染率增加 5~10 倍,羊膜感染后易发生产后出血。破膜后易发生脐带脱垂、胎盘早剥、羊水过少等致胎儿窘迫,易引起新生儿吸入性肺炎,围产儿病死率为 2.5%~11.0%^[2]。对于妊娠超过 37 周胎膜早破孕妇,若无产兆及宫颈条件不成熟者,需采取措施发动分娩。胎膜早破者禁用前列腺素制剂及球囊扩张促宫颈成熟引产^[3],静滴缩宫素引产过程中,可能引起产妇的不规律宫缩,导致宫颈痉挛、水肿,宫颈扩张受阻,而且其引产时间较长,容易引起产妇疲劳、烦躁,无法耐受长时间宫缩疼痛而放弃继续阴道试产,从而增加剖宫产率。近年来,阿托品、地西洋及盐酸消旋山莨菪碱等在产科用于解除宫颈痉挛、水肿,促进宫颈成熟,但因有药物使用禁忌^[4],而且药物使用后常伴有母婴呼吸、循环系统的变化等诸多缺点^[5]。

间苯三酚能直接作用于胃肠道和泌尿生殖道平滑肌,是亲肌性非阿托品非罂粟碱类纯平滑肌解痉药。在产生解痉作用的同时,胃肠道、胆管括约肌、尿道括约肌和子宫的生理收缩不受影响。与其他平滑肌解痉药相比,不会产生一系列抗胆碱的副作用^[6],不会引起低血压、心率加快、心率失常等,对心血管功能影响极少^[7-8]。缩宫素可通过加强宫缩达到缩短产程,减少高危孕妇的并发症^[9]。两者联合应用于胎膜早破引产鲜有报道,为此本研究希望能初步探讨间苯三酚联合缩宫素在胎膜

早破引产中的疗效和安全性。

从本研究从产程、出血量比较发现,间苯三酚联合缩宫素持续静滴,在整个产程中都起到促进宫颈扩张^[10],从而缩短总产程,尤其是第一产程,能解除宫颈挛降低产妇产后水肿,促进宫颈扩张,缩短产程^[11];同时,可明显缓解缩宫素加强宫缩所致胎心加快,出现新生儿窒息,从而提高阴道分娩的成功率及降低剖宫产率^[12-13]。综上所述,间苯三酚联合缩宫素持续静滴用于晚孕胎膜早破促宫颈成熟引产过程中安全、有效、方便,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 李洪瑞,张滨惠,成振江. 间苯三酚联合缩宫素在足月妊娠引产中的临床应用[J]. 临床医学,2012,32(8):71-72.

[2] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2013.

[3] 胡珊,胡燕. 米索前列醇与催产素在晚期妊娠引产中的应用分析[J]. 重庆医学,2012,41(17):1687-1688.

[4] 李玉珍. 间苯三酚联合安定在产程活跃期的应用[J]. 山东医药,2008,48(11):53-54.

[5] 甄妙平,陈艳玲,沈慧敏,等. 间苯三酚用于促进产程进展的临床疗效及安全性分析[J]. 新医学,2009,40(7):457-459.

[6] Fu W, Yao J, Li Q, et al. Efficacy and safety of parecoxib/phloroglucinol combination therapy versus parecoxib monotherapy for acute renal colic: a randomized, double-blind clinical trial[J]. Cell Biochem Biophys, 2014, 69(1): 157-161.

[7] 姚毓筠,曾祥娥. 间苯三酚在妇产科的应用[J]. 医学综述,2011,17(14):2170-2172.

[8] Erb HA. Comparison of the analgesic effects of pentazocine and pethidine in Post-operative pain[J]. Gynaecologia, 1966, 162(4): 275-282.

[9] Bick J, Dozier M. Mothers' concentrations of oxytocin following close, physical interactions with biological and nonbiological children[J]. Dev Psychobiol, 2010, 52(1): 100-107.

[10] Louvel D, Delvaux M, Staumont G, et al. Intracolonic injection of glycerol: a model for abdominal pain in irritable bowel syndrome[J]. Gastroenterology, 1996, 110(2): 351-361.

[11] 吴霞,翟桂荣,黄醒华. 潜伏期应用间苯三酚对第一产程的影响[J]. 中华围产医学杂志,2005,8(3):150-153.

[12] 蔡蓓珏. 间苯三酚配伍缩宫素用于引产的临床病例分析[J]. 上海医药,2011,32(4):198-199.

[13] Tabassum S, Afridi B, Aman Z, et al. Phloroglucinol for acceleration of labour: double blind, randomized controlled trial[J]. J Pak Med Assoc, 2005, 55(7): 270-273.