

道黏膜、活检和肠镜下治疗。目前结肠镜检查前的肠道准备使用的药物方法较多,口服甘露醇导泻法因其安全有效、价格低廉,目前仍是结肠镜检查前肠道准备的常用方法。甘露醇为已六醇,属渗透性泻药,口服后消化道不吸收,从而提高肠腔内晶体渗透压,促使组织内的水分渗入肠腔,增加肠腔内容物,促进肠蠕动,从而促进排便,达到清洁肠道的效果。高渗甘露醇清肠过程中可导致水电解质紊乱,本观察中未发现严重水电解质紊乱患者,可能与同时服用口服补液盐及甘露醇清肠时间较短有关。

3.2 便秘是指排便次数减少、粪便量减少、粪便干结、排便费力等表现。便秘的患者肠道蠕动减慢,肠道内容物排空时间延长,若仍仅限于当日上午服用甘露醇,常常到下午结肠镜检查时排出的大便仍有粪渣,故需要额外的肠道清洁准备。所以,除了服用常规清肠剂外,应于检查前数日额外服用泻剂,促使大便松软,易于排出。

3.3 聚乙二醇4000散剂为渗透性泻剂,其在肠道内不被吸收、代谢,主要是通过固定水分子,水化、软化粪便并促进粪便在肠道内的推动和排出,对便秘具有良好疗效。在便秘患者肠道准备时,提前3d应用聚乙二醇4000散剂,有利于解除便秘状态,再于结肠镜当日行甘露醇+口服补液盐肠道清洁,可以较好地完成患者的肠道准备。此外,有研究证明,在便秘患者结肠镜检查前联用其他药物如六味安消

胶囊^[3]、莫沙必利^[4]、乳果糖^[5]、硫酸镁^[6]亦可不同程度地提高清肠的满意率。但提前使用硫酸镁等泻剂延长了清肠时间,并可导致水电解质紊乱的发生,有时病人难以耐受。聚乙二醇4000散剂耐受性好,基本不影响水电解质平衡,更适合年老体弱患者,副作用极少发生,其不产酸、不产气,且温和无刺激,长期使用不影响肠黏膜完整性,不会影响结肠镜下黏膜的表现,是便秘患者结肠镜检查和治疗前肠道准备额外增加泻剂的较理想选择。而不同的联合药物肠道准备方法之间效果上的优劣,对不同便秘原因效果是否不同,尚有待进一步研究。

参考文献

- 1 Wu KL, Rayner CK, Chuah SK, et al. Impact of low-residue diet on bowel preparation for colonoscopy[J]. Dis Colon Rectum, 2011, 54(1):107-112.
- 2 张宏博,成小娟,李军昌. 结肠镜检查前肠道准备清洁效果的临床对比研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2003, 20(1):37-39.
- 3 刘军,罗和生,谭海燕. 六味安消在便秘患者结肠镜检前肠道准备中的应用[J]. 临床消化病杂志, 2004, 16(3):131.
- 4 齐中普. 莫沙必利联合甘露醇对便秘患者行结肠镜检查前肠道的清洁效果[J]. 中国全科医学, 2009, 12(9):808-809.
- 5 袁晓宁,卢世芳. 杜秘克辅助便秘病人肠道准备的效果观察[J]. 护士进修杂志, 2005, 20(11):1032-1033.
- 6 丁芸珍,王骊. 便秘患者结肠镜检查的肠道准备[J]. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(3):155.

[收稿日期 2012-08-18][本文编辑 黄晓红 韦颖]

学术交流

人工破膜联合催产素在孕晚期分娩引产中的效果分析

周金枝

作者单位: 473000 河南,南阳市中心医院妇产科

作者简介: 周金枝(1977-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:助产技术和新生儿窒息的诊治。E-mail:zjz770008@126.com

[摘要] **目的** 探讨人工破膜在孕晚期引产中的作用。**方法** 对2010-07~2010-11符合条件需引产者164例随机分为研究组(82例)和对照组(82例):研究组行人工破膜+静脉点滴催产素引产;对照组单纯行静脉点滴催产素引产。比较两组引产的效果。**结果** 研究组产妇阵痛出现时间、宫口开全时间及总产程时间短于对照组($P < 0.01$),剖宫产率低于对照组($P < 0.01$),产后出血量少于对照组($P < 0.01$)。**结论** 人工破膜降低剖宫产率,缩短了产程,对保证母婴健康方面有重要意义。

[关键词] 人工破膜; 阴道分娩; 产程; 剖宫产

[中图分类号] R 714 [文献标识码] B [文章编号] 1674 - 3806(2012)12 - 1167 - 03

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2012.12.26

Application of artificial rupture of membrane combined with oxytocin in labor induction of late pregnancy

ZHOU Jin-zhi. Department of Obstetrics and Gynecology, Center Hospital of Nanyang City, Henan 473000, China

[Abstract] Objective To explore the effect of artificial rupture of membrane in labor induction of late pregnancy. **Methods** From July to November 2010 164 cases in line with the conditions for labor induction were divided into the study group (82 cases) and control group (82 cases), the study group received artificial rupture of membrane combined with intravenous drip of oxytocin and control group received intravenous drip of oxytocin only. **Results** Compared with the control group, in the study group, labor pains appearance time, opening and closing time of uterus cervix and total duration of labor were shorter ($P < 0.01$), cesarean section rate was lower ($P < 0.01$), amount of postpartum bleeding was less ($P < 0.01$). **Conclusion** Artificial rupture of membrane can reduce cesarean section rate, shorten the production process, and has important significance in ensuring health of mother and infant.

[Key words] Artificial rupture of membranes; Vaginal delivery; Birth process; Cesarean section

人工破膜是为了某种特定的需要,通过人工的方法致胎膜破裂,主要用来加速产程进展及评估胎儿状况,又称羊膜腔穿刺术或低位/前羊水穿刺术。它和催产素在孕晚期计划分娩中成为比较常用的引产方法。计划分娩是妊娠晚期普遍使用的治疗手段之一,其主要目的是促进宫颈成熟及发动子宫收缩,以终止妊娠。传统的催产素是几十年来常规计划分娩的药物,它有选择性兴奋子宫平滑肌的作用,适当剂量能刺激并增强妊娠子宫的节律性收缩,副作用小,效果确实^[1]。为了解人工破膜在孕晚期引产的有效性,我们对2010-07~2010-11在我院住院符合条件需引产者164例进行分组对比观察,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010-07~2010-11在我院住院符合条件需引产者164例,年龄21~35岁,孕周37~41周,单胎头位足月妊娠,均无内外科合并症、妊高症、羊水偏少、头盆不称、宫缩、早破水等,且宫颈已成熟,胎头固定,胎儿体重2.5~4.0 kg,宫颈展平,宫口开大2 cm左右。将需引产者164例随机分为研究组82例(人工破膜+静脉点滴催产素引产)和对照组82例(静脉点滴催产素引产)。两组年龄、孕次、孕周、宫颈成熟度评分^[2]比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。胎位异常、头盆不称、产前出血为计划分娩禁忌证。

表1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	孕周(周)	孕次(次)	宫颈成熟度(分)
研究组	82	28.25 ± 2.31	39.41 ± 1.21	1.75 ± 1.2	25.7 ± 8.67
对照组	82	27.96 ± 2.86	39.12 ± 1.21	1.74 ± 1.1	25.7 ± 8.67
<i>t</i>	-	0.714	1.529	0.056	0.625
<i>P</i>	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

万方数据

1.2 方法 (1)孕妇取膀胱截石位,消毒外阴及阴道,术者戴无菌手套铺无菌巾,阴道检查评估头盆状态及有无脐带先露,同时监测胎心音。助手在宫床和耻骨上轻轻加压。操作者持穿刺针或血管钳在左手指引下,于宫缩间歇刺破羊膜囊,让羊水缓慢流出,再次分离刺破口,待宫缩过后确认无脐带脱垂,再次监测胎心音^[3]。若胎心音正常,波动在120~160次/min之间,羊水色清,30 min~1 h后若宫缩乏力,静脉点滴催产素针剂,调至规律宫缩,即3次/10 min,宫缩持续40~50 s,宫缩压力>6.6 kPa。(2)对照组不行人工破膜,直接静脉点滴10%葡萄糖液500 ml+催产素2.5 U。妊娠合并糖尿病者用生理盐水500 ml+催产素2.5 U,从8滴/min调至有效宫缩。宫缩持续时间、间隔时间及强度同研究组。

1.3 观察指标 用药前孕妇均经无应激试验(NST)检查为反应型。用药中由专人观察孕妇一般情况、胎心率、规律宫缩出现时间、宫缩强度及持续时间、阵痛出现时间、临产时间、分娩方式、产后出血量、新生儿Apgar评分、体重,同时记录副反应。产程诊断标准:总产程<24 h,第二产程<2 h,临产后宫缩规律,间歇2~3 min,持续40~50 s/min,伴有宫口扩张及胎先露下降。人工破膜后,研究组在宫口开大3 cm,胎先露胎头位由-3,30 min后下降至-1~0者25例;胎头由-2下降至0以下者48例;余下7例下降缓慢。对照组在宫口开大3 min时,胎头由-3以上,30 min后下降至-1~0者15例;胎头由-2下降至0者27例;余下38例逐渐下降。

1.4 效果评定^[1] (1)成功:用药后8 h内分娩者;(2)有效:用药后于8 h内有规律宫缩和腹痛;(3)无效:用药后超过8 h产妇有腰酸困及腹胀感觉,停

药后上诉感觉逐渐消失。

1.5 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇阵痛出现时间比较 研究组阵痛在用药后 2~4 h 出现, 并且由弱变强; 对照组阵痛在用药后 4~6 h 出现。

2.2 两组用药至宫口开全时间比较 研究组用药至宫口开全平均时间为 (4.61 ± 1078) h, 对照组为 (8.34 ± 3.4) h, 研究组用药至宫口开全平均时间短于对照组 ($t = 6.69, P < 0.01$)。

2.3 总产程时间比较 研究组用药至分娩时间为 (9.38 ± 5.41) h, 对照组为 (11.32 ± 3.65) h, 研究组总产程时间短于对照组 ($t = 2.69, P < 0.01$)。

2.4 两组剖宫产率比较 研究组经阴道分娩 68 例, 剖宫产 14 例, 剖宫产率为 17%; 对照组经阴道分娩 42 例, 剖宫产 40 例, 剖宫产率为 49%, 研究组低于对照组 ($\chi^2 = 18.66, P < 0.01$)。

2.5 两组新生儿情况比较 研究组新生儿 Apgar 评分 8~10 分 78 例 (95%), 4~7 分 4 例 (5%); 对照组新生儿 Apgar 评分 8~10 分 76 例 (93%), 4~7 分 6 例 (7%)。研究组评分 (9.51 ± 0.51) 和对照组评分 (9.50 ± 0.49) 比较差异无统计学意义 ($t = 0.125, P > 0.05$)。

2.6 两组产妇产后出血情况比较 产后 2 h 研究组出血量为 (107 ± 9) ml, 对照组出血量为 (138 ± 16) ml, 研究组少于对照组 ($t = 15.27, P < 0.01$)。两组均无产后大出血发生。

2.7 副反应 两组均未发生任何副反应。

3 讨论

3.1 Bishop 提出用宫颈成熟度评分法估计效果, 该评分法为 13 分, 若产妇得分 ≤ 3 分, 为人工破膜失败; 4~6 分成功率为 50%; 7~9 分成功率为 80%; > 9 分为人工破膜成功^[3]。

3.2 恰当的人工破膜是产科临床催产引产的有效措施之一, 人工破膜后, 加速产程进展的机理, 可能与以下几种因素有关: (1) 人工破膜使体内前列腺素浓度迅速增加, 前列腺素可有效促进子宫颈成熟、

变平和扩张, 增加其顺应性, 从而降低宫颈阻力, 使扩张加快; (2) 前列腺素使钙离子向细胞内转移, 促进子宫有节律地收缩, 且增加其强度; (3) 人工破膜后可减少前羊水对胎头下降的阻力, 胎头直接压迫子宫下段及子宫颈, 反射性地使催产素释放增加, 并提高子宫肌纤维对催产素的敏感性, 从而使子宫收缩加强, 以上各因素的共同作用使产程进展加快^[4]。

3.3 人工破膜适应证 (1) 宫口开全、胎膜仍未破者, 影响先露下降; (2) 子宫收缩乏力时, 促进宫缩; (3) 估计胎儿情况危险时, 评估胎儿宫内状况; (4) 在自然分娩进展缓慢时, 加速产程; (5) 引产配合催产素应用操作指征: 宫口开 ≥ 3 cm, 无头盆不称, 胎头已衔接者, 可行人工破膜。人工破膜弊端在于有可能会发生脐带脱垂及宫腔感染, 如果严格掌握适应证及操作可完全避免^[3]。

3.4 人工破膜注意事项 严格无菌操作, 降低子宫内感染的发病率, 对胎头上未入盆时应取臀高位人工破膜, 并注意胎心的变化。如用催产素时, 宫缩不宜过强, 保证子宫胎盘有充分的血流量, 发现胎心异常时, 减慢滴数、取左侧卧位、吸氧等措施, 降低胎儿宫内窘迫的发生率。人工破膜应于宫缩间歇期进行, 因为宫缩间歇期羊膜腔内的压力大于子宫静脉的压力^[3]。人工破膜加入催产素者, 由于短时间内子宫平滑肌大量耗能, 并且对外源性催产素产生依赖性, 分娩后易发生宫缩乏力, 流血过多, 因此产后应持续静滴催产素 30~60 min, 以减少产后出血的发生^[1]。

本组资料显示, 人工破膜与催产素联合使用可使产程明显缩短, 优于单用催产素组, 在促进自然分娩减少医疗干预、保障母婴健康方面具有重要意义。

参考文献

- 1 郑福增, 主编. 产科学 [M]. 第 2 版. 山东: 山东科学技术出版社, 1993: 345-346.
- 2 Cunningham G, 郎景和主译. 威廉姆斯产科学 [M]. 第 20 版. 西安: 世界图书出版西安公司, 2001: 441.
- 3 熊永芳. 人工破膜技术在分娩中的应用 [J]. 中国临床护理, 2011, 3(5): 455-456.
- 4 汤光, 李大魁, 主编. 现代临床药理学 [M]. 北京: 化学工业出版社, 2003: 635-636.

[收稿日期 2012-05-30][本文编辑 刘京虹 吕文娟]