

米索前列醇片配合宫颈扩张球囊在孕晚期促宫颈成熟的应用

文 / 方启玲

【摘要】目的：探讨米索前列醇片配合宫颈扩张球囊在孕晚期促宫颈成熟的应用。方法：选取我院2020年4月至2021年3月这一时间段入院就诊的30例孕足月入院待产产妇。在征得产妇同意后根据产妇入院时的就诊卡单双号将30例产妇分为传统组与研究组，其中传统组15例，研究组15例。传统组产妇使用单纯的米索前列醇片，而研究组产妇则使用米索前列醇片配合宫颈扩张球囊的方式，最后将两组产妇的各项临床数据进行比对。结果：治疗前两组产妇的成熟度数据相差较小，治疗结束后研究组患者的宫颈成熟度显著优于传统组产妇；传统组产妇的治疗有效率为73.33%，研究组产妇的治疗有效率为100%；研究组产妇的各项临床指标皆优于传统组患者，以上数据的差异皆存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。传统组产妇的不良反应率为26.67%，研究组产妇的不良反应率为6.67%，两组患者的数据差异较小，无统计学意义（ $P > 0.05$ ）^[1]。结论：在产妇产前分娩前米索前列醇片配合宫颈扩张球囊的扩张方式相较于单纯的米索前列醇片会更加有效，两种方式相结合能够大幅提升产妇的宫颈成熟效率，同时也能够减少产妇不良反应的发生概率，对母婴结局也能起到较好的改善效果^[2]。

【关键词】米索前列醇片；宫颈扩张球囊；孕晚期促宫颈成熟；临床效果

宫颈成熟是指分娩开始前宫颈变软、缩短、消失及扩张状态，宫颈成熟度主要通过阴道检查、了解宫颈状况，有时经超声测量宫颈也可作为辅助方法，了解宫颈成熟度判断是否临产，是产科筛查及预测早产的重要方法^[3]。临床实践证实宫颈的成熟异常对胎儿会构成威胁，宫颈的过早成熟可引起早产，而足月妊娠宫颈不成熟则将引起产程延长或妊娠过期。

对于宫颈成熟度较低的产妇，需要进行宫颈催熟以提高阴道分娩的成功率。促宫颈成熟是为了让宫颈变软、变短甚至宫口的扩张，从而为阴道分娩做准备，相当于为年久失修的铁锁加一点润滑剂。成熟的宫颈是阴道分娩的先决条件^[4]。临床中常见的催熟方式是药物催熟采用米索前列醇片；器械催熟采用宫颈扩张球囊，这两种。有学者

认为将这两种催熟扩张方式进行结合可以使催熟扩张效果更好。

因此本研究选取我院2020年4月至2021年3月这一时间段入院就诊的30例孕足月入院待产产妇。在征得产妇同意后根据产妇入院时的就诊卡单双号将30例产妇分为传统组与研究组。两组产妇分别使用不同的催熟扩张方式进行临床治疗，并将两组产妇的治疗效果进行比对，具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2020年4月至2021年3月这一时间段入院就诊的30例孕足月入院待产产妇。在征得产妇同意后根据产妇入院时的就诊卡单双号将30例产妇分为传统组与研究组，其中传统组15例，研究组15例。两组产妇年龄在24~42岁，平均年龄为（ 31.79 ± 3.64 ）岁。以上30例产妇的性别、年龄以及过往病史等基本资料对比无明显差异，数据差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

【作者单位】贵阳市花溪区中医院

【作者简介】方启玲（1975~），女，本科，副主任医师，研究方向为妇产科。

纳入标准:(1) 孕足月有终止妊娠指征、无阴道分娩禁忌证者;(2) 无严重糖尿病、高血压者;(3) 能够签署知情协议者。

排除标准:(1) 瘢痕子宫;(2) 不能够签署知情协议者;(3) 无法配合后续访查者。

1.2 方法

传统组产妇使用单纯的米索前列醇片进行治疗。①将产妇的外阴进行消毒,并将药物放置在产妇阴道内。每一次的药物放置剂量皆为 25 μg,同时注意在药物放置时不可将药物压碎。如产妇在药物放置 6h 后仍然未出现宫缩症状,护理人员则需对产妇的宫颈成熟程度进行新一轮评价,并观察药物是否已被溶化、吸收,如果药物并未被溶化和吸收则需停止放药。每位产妇每日使用米索前列醇片不可超过 50 μg,避免出现药物吸收过多的现象。一些需要追加缩宫素的产妇,则需在米索前列醇片放置 4h 后,且由医生检查、确认阴道内药物已经吸收后再继续追加^[5]。②在药物放置完毕后,护理人员需要实时对产妇进行观测,并记录产妇的各项身体指标。③在护理人员的护理过程中需做好产妇的心理护理,耐心、和善地告知产妇用药后有可能出现的不良反应,以及药物所带来的治疗效果。对于一些处于紧张、焦虑状态的产妇则需要及时沟通,多向产妇讲述生产过程较为顺利的案例为产妇提供心理支撑,尽可能地平复产妇的情绪,使产妇处于积极配合治疗且依从性较高的状态。④对于出现不良反应的产妇立即上报医生,并停止用药^[6]。

研究组产妇在传统的米索前列醇片阴道放置 1d 后加以宫颈扩张球囊进行治疗。①在进行治疗前需由护理人员叮嘱产妇将膀胱排空,并对产妇的外阴以及阴道内部进行消毒;扩张阴道,暴露宫颈,再次消毒阴道、宫颈及宫颈管,避免在手术过程中发生逆行感染^[7]。②阴道放入内窥镜,并且对宫颈口进行消毒,通过钳夹方式对女性子宫位置进行调整,通过宫颈探针探对女性宫颈方向以及深度进行探查,做好球囊进入之前准备^[8]。③阴道放置球囊,使用卵圆钳一次性将球囊管缓缓送入宫颈管内上方,我们采用的球囊具有两个囊腔,前面球囊放置在宫颈内口,后面的球囊放置在宫颈外口,因为球囊大小可以调节,需要根据女性原来宫颈扩张程度决定起始大小,在放置到位之后,进行球囊扩张,需要根据女性宫颈弹性,以及耐受程度逐步增大,避免增大过快引起剧烈疼痛或者引起出血^[9]。④注

表 1 研究组与传统组产妇治疗前后的宫颈成熟度评分 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后
传统组	15	3.00±1.00	5.00±2.00
研究组	15	3.00±1.00	8.00±3.00
t		0.000	3.223
p		1.000	0.003

表 2 研究组与传统组产妇治疗效果 [n(%)]

分组	例数	显效	有效	无效	总有效率
传统组	15	4 (26.67)	7 (46.66)	4 (26.67)	11 (73.33)
研究组	15	9 (60.00)	6 (40.00)	0 (0.00)	15 (100.00)
χ^2					4.615
p					0.032

射生理盐水,前球囊内注射生理盐水 70~80ml,后球囊内注射 20~40ml,完成上述操作后,立即听取胎心,并在 1h 后复查胎心监护^[10]。⑤取出球囊,阴道消毒,准备分娩。

1.3 观察指标

分析、对比研究组与传统组产妇治疗前后的宫颈成熟度评分。

分析、对比研究组与传统组产妇治疗效果,显效指经过治疗后,产妇的宫颈成熟度上升 3~4 分,待产时间明显缩短;有效指经过治疗后,产妇的宫颈成熟度上升 1~2 分,待产时间有所减少;无效指经过治疗后,产妇的宫颈成熟度基本无上升,待产时间未出现大的波动。总治疗率 = (显效 + 有效) / 总病例 × 100%。

分析、对比研究组与传统组产妇在生产时的各项指标。

分析、对比研究组与传统组产妇在治疗过程中不良反应的发生概率。

1.4 统计学方法

本项目的测量数据 (t) 和计算资源 (χ^2) 均采用计量经济学应用软件 (SPSS22.0 版本) 数据分析,测量资料显示为 ($\bar{x} \pm s$)、计算资料显示为 [n(%)], 当 (P<0.05) 时,差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比研究组与传统组产妇治疗前后的宫颈成熟度评分

治疗前后护理人员对两组产妇的宫颈成熟度进行了打分、评价,治疗前两组产妇的成熟度数据相差较小,治疗

表3 研究组与传统组产妇在生产时的各项指标 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	待产所用时间 (h)	生产所用时间 (h)	生产时出血量 (ml)
传统组	15	19.24±2.17	8.75±1.93	151.76±47.15
研究组	15	15.02±1.42	5.36±1.01	101.04±31.72
t		6.302	6.027	3.457
p		0.00	0.000	0.002

表4 研究组与传统组产妇在治疗过程中不良反应的发生概率 [n(%)]

分组	例数	恶心	发热	呕吐	总概率
传统组	15	2 (13.33)	1 (6.67)	1 (6.67)	4 (26.67)
研究组	15	1 (6.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (6.67)
χ^2					2.160
p					0.142

结束后研究组患者的宫颈成熟度显著优于传统组产妇,数据的差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表1。

2.2 对比研究组与传统组产妇治疗效果

治疗结束后工作人员对比了两组产妇的治疗有效率,传统组产妇的治疗有效率为73.33%,研究组产妇的治疗有效率为100%,数据的差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表2。

2.3 对比研究组与传统组产妇在生产时的各项指标

治疗过程及生产过程中工作人员对两组产妇进行了临床指标的记录,数据可以看出研究组产妇的各项临床指标皆优于传统组患者,数据的差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表3。

2.4 对比研究组与传统组产妇在治疗过程中不良反应的发生概率

治疗及生产结束后护理人员对两组产妇的不良反应进行了统计,传统组产妇的不良反应率为26.67%,研究组产妇的不良反应率为6.67%,两组患者的数据差异较小,无统计学意义 ($P>0.05$)。详见表4^[11]。

3 讨论

我们都知道自然分娩无论是对产妇的身体恢复,还是胎儿的健康都是最好的一种生产方式,也是最符合自然规律的,但总是会有很多女性由于体质的原因,在预产期没有任何的生产迹象,为了能够保证胎儿在产妇肚子里面健康,就需要对产妇进行催产。

但宫颈催熟也有许多注意事项,主要有以下几点。

①核实预产期。对于月经规律者而言,通过末次月经计算的预产期是准确的,但对于月经不规律者而言,以早期B超检查的孕囊大小或头臀径来判断预产期较为准确:孕周等于孕囊直径(cm)+3或头臀径(cm)+6^[12]。②苹果成熟规律。一棵苹果树,几乎是同时开花,但不一定同时结果,所结的苹果更不一定同时成熟。这意味着即使核实预产期并非所有的胎儿到了37周就一定足月的成熟胎儿,核实预产期过了42周可以诊断为“过期妊娠”,但一定就是“过期儿”。只要胎儿所处的宫内环境并不比“子宫外的环境”差,胎儿在宫内情况良好,我们就没有必要去干预产程。我们可以通过胎动、B超、胎监以及脐血流等综合判断胎儿的宫内情况,这四个方面的权重分别为10%、30%、50%、10%。③保持孕妇良好的体力和精神状态。安全起见,促宫颈成熟一定要住院实施,并在此期间让孕妇能有一个良好的休息环境,保证良好的饮食和足够的睡眠。这对临产后的产程进展非常重要,也是预防产后出血的重要环节之一。④宫颈评分。我们常用的根据评分是Bishop评分,此评分虽然有客观和严格的评分项目,但往往受评分者的主观因素影响而得出的评分结果差异性大。建议让有经验者来评分,只是让同一人来评分,以减少评分者主观因素带来的误差^[13]。

经过以上评估后便可以进行催产,其中较为常用的催产方式便是药物催产及器械催产。

药物催产主要是运用米索前列醇,米索前列醇是一种前列腺素制剂,能特异地作用于子宫和子宫颈:兴奋子宫平滑肌、增强子宫张力及宫内压、减少出血量;促进宫颈纤维组织释放多种弹性蛋白酶,降解胶原纤维,达到非机械性的软化、扩张、松弛宫颈,在宫腔镜检查和治疗前应用可以取得显著的效果^[14]。

但是单纯地使用米索前列醇大概率会出现用药后有不良反应的现象,而其用药后常见的副作用包括皮疹、腹泻、腹痛、便秘、消化不良、胃肠胀气、恶心、呕吐、头晕以

及头痛等。用药过量还可能出现镇静、震颤、惊厥、呼吸困难、发热、心悸、低血压以及心跳过慢等。

而宫颈扩张球囊作为另一种常用的催产工具, 子宫颈扩张球囊为非药物助产器械, 能安全、自然、渐进式扩张宫颈, 并增加引产成功率。采用物理方式促进宫颈成熟, 通过球囊在宫颈内口及外口提供温和、持久的机械性扩张原理, 促进宫颈成熟。内球囊置于胎膜外, 不接触胎儿头皮。外球囊在阴道内放置。

宫颈的成熟与扩张通过球囊在宫颈内口和外口提供温和、持久的扩张力而实现。宫颈球囊能够有效地增加宫内压和机械性刺激宫颈管, 诱发和引起子宫收缩, 促使胎儿和胎盘娩出的方法, 与自然的宫颈成熟过程相似。不使用药物, 安全性高, 孕妇可自由活动, 无须专人陪护, 使用方法简单、有效, 缩短了孕妇待产时间, 增加孕妇对阴道分娩的信心, 提高分娩安全性, 明显降低剖宫产率^[15]。

将这两种催产方式结合起来, 运用能够更好地减少产妇待产时间, 并提高治疗的有效率, 在此基础上还能够降低产妇不良反应的发生概率及优化各项临床指标。

在本次研究中 30 例产妇的年龄以及过往病史等基本资料对比无明显差异, 数据差异无统计学意义 ($P>0.05$)。数据结果显示, 治疗前两组产妇的成熟度数据相差较小, 治疗结束后研究组患者的宫颈成熟度显著优于传统组产妇; 传统组产妇的治疗有效率为 73.33%, 研究组产妇的治疗有效率为 100%; 研究组产妇的各项临床指标皆优于传统组患者, 以上数据的差异皆具有统计学意义 ($P<0.05$)。传统组产妇的不良反应率为 26.67%, 研究组产妇的不良反应率为 6.67, 两组患者的数据差异较小, 无统计学意义 ($P>0.05$)。

综上所述, 在产妇分娩前米索前列醇片配合宫颈扩张球囊的扩张方式相较于单纯的米索前列醇片会更加有效, 两种方式相结合能够大幅度地提升产妇的宫颈成熟效率, 同时也能够减少产妇不良反应的发生概率, 对母婴结局也能起到较好的改善效果。^[2]

【参考文献】

- [1] 王凤双. 米索前列醇片在促待产妇宫颈成熟及引产中的应用 [J]. 中国民康医学, 2015(2):47-48.
- [2] 姜艳艳, 缪丽琳. 米索前列醇与 COOK 子宫颈扩张球囊在妊娠晚期促宫颈成熟中的应用效果比较 [J]. 中国当

代医药, 2020, 27(13):80-82.

- [3] 张利平, 徐静. Cook 宫颈扩张球囊与米索前列醇用于妊娠晚期促宫颈成熟的疗效对比 [J]. 实用医学杂志, 2018, 34(18):3063-3066.
- [4] 彭丽钦, 李立. 宫颈扩张球囊及米索前列醇用于促宫颈成熟及引产的临床价值探讨 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(合刊 2):134-135.
- [5] 骆雪蓉, 许韶荣, 梁佩丽, 罗烈访, 黄选丽. 宫颈扩张球囊和米索前列醇促妊娠晚期宫颈成熟的疗效观察 [J]. 锦州医科大学学报, 2017, 38(3):46-48.
- [6] 巩硕. COOK 宫颈扩张球囊与米索前列醇在孕晚期促宫颈成熟中应用比较 [J]. 中国合理用药探索, 2019, 16(4):125-127.
- [7] 张惠珍. 探讨米索前列醇及宫颈扩张球囊在足月妊娠引产中对分娩、促宫颈成熟及并发症的影响 [J]. 智慧健康, 2020, 6(2):173-174.
- [8] 刘陆梅. 米索前列醇片在妊娠晚期促宫颈成熟术中的应用 [J]. 山西中医, 2010, 26(增刊 1):36-37.
- [9] 王敏. 宫颈扩张球囊与米索前列醇在足月妊娠初产妇促宫颈成熟引产中的效果比较 [J]. 医学信息, 2021, 34(22):94-96.
- [10] 王静霞. 宫颈扩张球囊和米索前列醇妊娠晚期促宫颈成熟的临床效果观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(21):4863-4864.
- [11] 韩明明, 宫晓玲, 朱海娣. 益心达宫颈扩张球囊与米索前列醇促宫颈成熟及引产疗效观察 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(22):185.
- [12] 廖彩华. 宫颈扩张球囊和米索前列醇促妊娠晚期宫颈成熟的临床效果分析 [J]. 中外医疗, 2019, 38(32):87-90.
- [13] 马郁. 宫颈扩张球囊与米索前列醇促妊娠晚期孕妇产宫颈成熟的效果及对母婴结局的影响 [J]. 中国实用医刊, 2019, 46(18):68-70.
- [14] 周倩璐. 宫颈球囊扩张与米索前列醇促宫颈成熟疗效的研究 [J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(15):149-150.
- [15] 王月兰, 刘叶, 王娜, 等. 水囊和米索前列醇用于孕晚期促宫颈成熟临床观察 [J]. 世界中医药, 2015(A2):1511-1512.