

双球囊配伍米非司酮在中期引产中的应用

郑皆红¹, 王 琴²

(¹ 宁波江北区妇幼保健院, 浙江 宁波 315000; ² 宁波明州医院, 浙江 宁波 315000)

[摘要] 目的:探讨 Cook 子宫颈扩张球囊配伍米非司酮在中期妊娠引产中应用的有效性和安全性。方法:将 49 例使用米非司酮 150 mg 口服 + Cook 子宫颈扩张球囊的中期妊娠引产患者(研究组)与常规使用依沙吖啶 100 mg 经腹羊膜腔内注射 + 米非司酮 150 mg 分服(50 mg q12 h)引产 50 例患者(对照组)进行对照研究。结果:研究组同对照组相比:①宫缩发动时间、引产总时间均显著降低(P 均 < 0.01);②胎盘胎膜残留率及清宫率也显著降低(P 均 < 0.01);③平均住院天数缩短($P < 0.01$);④两组引产成功率、产程开始至胎儿娩出时间、产后出血量及宫颈裂伤率均无显著差异。结论:米非司酮配伍 Cook 子宫颈扩张球囊引产是一种安全、有效、快捷的引产方法,尤其适用于羊水少、有依沙吖啶等药物禁忌或对依沙吖啶引产不敏感患者。

[关键词] 宫颈扩张球囊;米非司酮;中期妊娠引产

[中图分类号] R169.42

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2014)06-817-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20140627

中期妊娠引产是指在妊娠第 13~27 周末,孕妇因避孕失败造成计划外妊娠或因全身性疾病(如严重心脏病、重度贫血等)不宜继续妊娠或胎儿有先天疾病或畸形等原因,用人工方法终止妊娠。中期妊娠引产常用方法主要有药物引产(包括依沙吖啶引产及米非司酮 + 前列腺素等)、水囊引产、剖宫取胎术等^[1-3],目前上述方法各有利弊:依沙吖啶羊膜腔内注射引产方法简便,安全有效,成功率高,但有产程长、宫缩不协调、腹痛时间久、胎盘胎膜残留率高、清宫率高等缺点,有心、肝、肾病,羊水少或无羊水及依沙吖啶过敏者不宜用;传统水囊引产方法简便有效,引产时间短,无药物反应,但需常规催产素滴注^[4-6],容易出现感染、出血、宫颈裂伤、胎盘早期剥离等常见并发症。本研究对一种新型促宫颈成熟装置即 Cook 子宫颈扩张球囊配伍米非司酮片口服在中期妊娠引产中的有效性和安全性进行了病例对照研究。

1 对象和方法

1.1 对象

选择明州医院妇产科 2011 年 11 月~2012 年 12 月停经 15~27^周因各种原因需中期妊娠引产的患者 99 例,根据引产方法分为研究组(米非司酮 150 mg 口服 + Cook 子宫颈扩张球囊, $n = 49$)和对照组(依沙吖啶 100 mg 经腹羊膜腔内注射 + 米非司酮片 150 mg 分服, $n = 50$)。患者均身体健康,经

B 超检查明确宫内中期妊娠,排除前置胎盘及软产道畸形,肝肾功能检查正常,阴道清洁度正常,无血液系统疾病,无生殖器炎症,无心肺疾病,无依沙吖啶、米非司酮等药物禁忌。两组孕妇在年龄、孕、产次、孕周方面差异无显著性(P 均 > 0.05)。

1.2 方法

1.2.1 引产方法

研究组 49 例,入院后予米非司酮片 150 mg 顿服,24 h 内放置 Cook 子宫颈扩张球囊,具体方法为:患者取膀胱截石位,将双球囊导管(18 号 Fr 导管,COOK 公司,美国)置入宫颈管。子宫球囊灌注生理盐水 20 ml,后将导管向外拉直到子宫球囊紧贴住宫颈内口,当阴道球囊位于宫颈外口时,注入 20 ml 生理盐水。球囊固定到位后取出阴道窥器,将子宫球囊和宫颈阴道球囊按每次 20 ml 注射量逐渐将各自的容积增加至 80 ml。若宫缩启动并宫颈口扩大,水囊自然脱落,自动进入产程;若 24 h 未临产,可取出给予米索前列醇片 200 mg 置阴道后穹窿或小剂量(0.5%)缩宫素静滴诱导宫缩。球囊放置后严密监测产程,每 4 h 观察体温、脉搏、呼吸和血压,记录不良反应、宫缩发动及持续时间、胎儿胎盘排出时间、准确记录引产后 2 h 内阴道出血量、术后清宫胎盘胎膜残留情况、术后 7~10 d 门诊复查妇科彩超。对照组 50 例常规在 B 超引导下予依沙吖啶注射液 100 mg 经腹羊膜腔内注射,术后予米非司酮片 50 mg q12 h 口服,共 3 次(共 150 mg)。观察方法同研究组。

1.2.2 观察指标

①宫缩发动时间:指注药至有效宫缩发动时间,如用药后72 h内未出现规律宫缩,则判断为引产失败;②产程开始至胎儿娩出时间:规律宫缩开始至胎儿娩出时间,如24 h内妊娠物未排出判断为引产失败;③引产总时间:指放置球囊或注药开始至胎儿胎盘娩出时间;④引产成功率:用药72 h内出现规律宫缩,规律宫缩如24 h内妊娠物娩出为成功;⑤产后出血量:指临产开始至产后2 h内阴道流血量;⑥胎盘胎膜残留情况及清宫:观察两组胎盘胎膜是自然娩出还是需人工钳夹,胎儿胎盘排出后常规复查彩超,有残留者清宫,并观察有无胎盘残留;⑦宫颈裂伤及住院天数。

1.3 统计学方法

采用SPSS13.0统计软件,宫缩发动时间、产程开始至胎儿娩出时间、引产总时间、住院天数及产后2 h阴道出血量的比较采用 t 检验;两组间引产成功率、胎盘残留情况、清宫及宫颈裂伤的比较采用 χ^2

检验, $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组引产效果比较

研究组宫缩发动时间、引产总时间分别为 (13.55 ± 11.85) h和 (22.05 ± 12.98) h,明显短于对照组的 (32.85 ± 8.55) h和 (38.18 ± 6.82) h,住院天数 (5.67 ± 0.99) d较对照组 (6.98 ± 0.58) d明显缩短,3组数据比较均有统计学意义(P 均 < 0.01);两组产程开始至胎儿娩出时间、引产成功例数无显著差异($P > 0.05$)。研究组曾有5例加用米索前列醇及缩宫素诱发宫缩,对照组曾有7例加用米索前列醇及缩宫素诱发宫缩(表1)。

2.2 两组产后一般情况比较

研究组清宫率71.43%、胎盘残留率18.36%,明显低于对照组的94.00%和28.00%,两组比较有显著差异性(P 均 < 0.01);两组产后出血量、宫颈裂伤比较无显著差异($P > 0.05$,表2)。

表1 两组引产效果比较

组别	宫缩发动的时间(h)	产程开始至胎儿娩出时间(h)	引产总时间(h)	住院天数(d)	引产成功例数[n(%)]
研究组(n=49)	13.55 ± 11.85	8.50 ± 7.49	22.05 ± 12.98	5.67 ± 0.99	49(100)
对照组(n=50)	32.85 ± 8.55	7.24 ± 4.33	38.18 ± 6.82	6.98 ± 0.58	50(100)
P值	<0.01	>0.05	<0.01	<0.01	>0.05

表2 两组产后一般情况比较

组别	产后出血量(ml)	胎盘残留[n(%)]	清宫[n(%)]	宫颈裂伤[n(%)]
研究组(n=49)	133.27 ± 63.45	9(18.36)	35(71.43)	1(2.00)
对照组(n=50)	134.93 ± 70.98	14(28.00)	47(94.00)	0(0)
P值	>0.05	<0.01	<0.01	>0.05

2.3 两组不良反应比较

研究组及对照组均有1例出现食欲减退、恶心、呕吐等不良反应,对照组1例出现一过性发热(体温 $\geq 37.5^\circ\text{C}$ 但 $\leq 38.5^\circ\text{C}$),而研究组未出现,两组比较无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 Cook子宫颈扩张球囊配伍米非司酮用于中期妊娠引产的有效性

球囊引产已被证实为安全有效的促宫颈成熟方法,通过球囊机械性压迫宫颈内口,使宫颈管内膜产生内源性前列腺素,提高胶原酶和弹性蛋白酶活性,降解宫颈胶原,并诱发生理宫缩,缩短产程^[2-3]。本研究则采用一种新型促宫颈成熟装置——COOK子宫颈扩张双球囊,通过导管及宫颈口内外双球囊压力

机械性刺激宫颈管,有助于进一步促进宫颈局部内源性前列腺素合成与释放,宫颈软化成熟,使宫颈口在没有宫缩的情况下扩大2~3 cm^[7]。

米非司酮系受体水平的抗孕激素药物,在体内与孕酮竞争受体,干扰孕酮对妊娠的支持,还可作用于子宫内膜受体,引起蜕膜组织变性,发生内源性前列腺素的释放,促进宫颈软化,诱发并加强宫缩^[10]。Cook子宫颈扩张球囊在米非司酮软化宫颈的基础上诱发子宫收缩,两者协同作用,降低了机械性扩张宫颈的阻力,缩短了胎儿排出所需的时间。本研究结果显示研究组引产宫缩发动时间及引产总时间较对照组明显减少;住院天数也短于对照组;研究组清宫率、胎盘残留率均明显低于对照组;两组引产成功率、产程开始至胎儿娩出时间比较无显著差异。由此可见米非司酮配伍Cook子宫颈扩张球囊引产有引

产时间短、胎盘胎膜残留率低、清宫率低、住院时间短等优势,尤其对小月份依沙吖啶引产不敏感病例更有效。

3.2 Cook 子宫颈扩张球囊用于中期妊娠引产的安全性

双球囊引产属机械性扩张法,是一种较为安全的促宫颈成熟的方法,球囊容积大小适中,患者耐受性较好,球囊放置后患者自由活动不受限制,依从性佳^[9]。由于该方法属非药物引产,能避免药物对肝肾的损害,对有严重心肝肾损害的孕妇尤为有利^[9]。但双球囊导管需置入宫腔,操作较复杂,有潜在感染、胎膜早破及宫颈损伤的可能,因此,仅适用阴道无感染及胎膜完整的产妇,而且术前须严格检查排除阴道炎症,术中严密监测体温必要时给予预防性抗菌治疗^[11]。本组资料显示放置球囊后并没有增加感染发生率;两组患者产后出血量及宫颈裂伤比较,亦无明显差异($P > 0.05$)。因此,若能严格掌握球囊引产的适应证与禁忌证、放置球囊前后预防性应用抗生素、会阴消毒、术中严格遵循无菌操作原则、留置球囊时间不超过 24 h 等措施,可有效地预防感染发生;另外术前产科彩超检查排除前置胎盘及低置胎盘等高危因素,严格控制球囊注水量,严密观察产程,控制米索前列醇或缩宫素用量,可有效避免羊水栓塞、胎盘早剥及宫颈裂伤等并发症的发生。此外在本研究中,研究组和对照组在相关不良反应发生率上也未见明显差异。

综上所述,Cook 子宫颈扩张球囊配伍米非司酮引产,是一种安全、有效、快捷的引产方法,具有引产时间短、胎盘胎膜残留率低、清宫率低、住院时间短等优势,尤其适用于羊水少、有依沙吖啶等药物禁忌或对依沙吖啶引产不敏感患者,具有临床推广使用价值。

[参考文献]

- [1] Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT, et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 4(8): CD007310
- [2] Bakour SH, Thompson PK, Khan KS. Successful conservative management of cervical ectopic pregnancy with combination of methotrexate, mifepristone, surgical evacuation and tamponade using a double balloon three-way catheter [J]. *J Obstet Gynaecol*, 2005, 25(6): 616-618
- [3] Summers L. Methods of cervical ripening and labor induction [J]. *J Nurse Midwifery*, 1997, 42(2): 71-85
- [4] Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review [J]. *Hum Reprod Update*, 2007, 13(1): 37-52
- [5] Vargas J, Diedrich J. Second-trimester induction of labor [J]. *Clin Obstet Gynecol*, 2009, 52(2): 188-197
- [6] Wildschut H, Both MI, Medema S, et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, 19(1): CD005216
- [7] 范翠芳, 张正娥, 明 蕾, 等. Cook 双球囊与缩宫素促宫颈成熟并引产的对照研究 [J]. *重庆医学*, 2012, 41(36): 3820-3822
- [8] 黄佩贤, 林宝华, 张 睿, 等. 双球囊用于足月妊娠促宫颈成熟的效果观察 [J]. *中华护理杂志*, 2013, 48(1): 24-26
- [9] 范翠芳, 孙艳梅, 陈建华. 双球囊在中晚期高危妊娠引产中应用的有效性及其安全性 [J]. *华中科技大学学报: 医学版*, 2012, 41(5): 636-638
- [10] 刘 冬, 阮 洁, 黄 薇. 依沙吖啶用于瘢痕子宫中期引产的安全性研究 [J]. *中国妇产科临床杂志*, 2012, 13(2): 104-107
- [11] 郑剑兰, 付景丽. 双球囊导管及 0.8 mm 控释地诺前列酮栓在促宫颈成熟与引产方面的随机对照研究 [J]. *中华妇产科杂志*, 2011, 46(8): 610-612

[收稿日期] 2014-01-10