

现 先天性抗凝血蛋白缺陷及 FV Leiden 基因变异引起的活化蛋白 C 抵抗也能增加妊娠血栓形成的危险。

2.2 诊断与治疗

妊娠期深静脉血栓通常发生在下肢静脉, 并以左侧多见。其临床表现是多种多样的, 包括患侧肢体疼痛、肿胀、肌肉紧张、表面肤色改变以及可触及条索状物等。当此类患者出现不明原因的心动过速、呼吸困难、剧烈咳嗽、咯血丝痰、胸痛、紫绀、发热、寒战等情况时, 需警惕肺栓塞的发生。

超声波检查是确诊深静脉血栓的首选的实验室检查, 其敏感度及特异度达 90% 以上^[4]。对于临床症状明显但超声检查阴性的患者, 静脉造影仍然是诊断的金标准。近年来, CT 及核磁共振也用于诊断深静脉血栓。

对于深静脉血栓的治疗, 除了卧床休息、提高患肢、硫酸镁热敷、外用喜疗妥软膏等的一般支持治疗和加强抗感染外, 同时要进行治疗。根据临床经验和一些回顾性研究的数据, 肝素是妊娠期首选的治疗和预防血栓栓塞最安全的抗凝剂, 它不会通过胎盘, 在母乳中分泌量极少, 不会影响胎儿和新生儿的凝血系统^[5]。其剂量可根据活化部分凝血活酶时间 (APTT) 进行调整, 使 APTT 为对照的 1.5 ~ 2 倍。其副作用主要是出血倾向, 临产后或术前 24 小时一般不用。长期应用肝素可引起血小板减少、骨质疏松等^[6], 建议长期应用者应做运动及每天补钙 2 g。华法令因对胎儿有致畸作用, 孕妇禁用^[7]; 但它在母乳中分泌极少, 可代替肝素用于产褥期抗凝^[5]。

各种溶栓药物均有引起大出血的危险, 因此孕产妇选用溶栓治疗应谨慎。对有抗凝禁忌的患者, 或病情严重, 有肺栓塞危险时, 也可采用外科手术取栓。

2.3 预防

对一些有高危因素, 如过去有静脉血栓病史的患者, 孕期可预防性应用肝素抗凝; 鼓励产后或术后病人注意适当活动; 加强围产保健工作, 临床医生应提高警惕, 从而能早期发现病人。总而言之, 妊娠期深静脉血栓的发病率虽少, 但其能引起严重的并发症。早期诊断、积极治疗、尽量避免肺栓塞的发生, 对降低孕产妇死亡有重要意义。

参考文献

- [1] Rochat R W, Koonin L M, Atrash H K, *et al.* Maternal mortality in the United States: report from the maternal mortality collaborative [J]. *Obstet Gynecol*, 1988, 72(1): 91.
- [2] Rickler P M, Hennekens C H, Lindpaintner K, *et al.* Mutation in the gene coding for coagulation factor V and the risk of myocardial infarction, stroke, and venous thrombosis in apparently healthy men [J]. *N Engl J Med*, 1995, 332(14): 912.
- [3] Cook G, Walker I D, McCall F, *et al.* Familial thrombophilia and activated protein C resistance: thrombotic risk in pregnancy [J]? *Br J Haematol*, 1994, 87(4): 873.
- [4] Macklin N S. Diagnosis of deep venous thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy [J]. *Curr Opin Pulm Med*, 1999, 5(4): 233.
- [5] Valentine K A. Treatment and prevention of venous thromboembolic disease in pregnancy [J]. *Curr Opin Pulm Med*, 1999, 5(4): 238.
- [6] Anderson D R, Ginsberg J S, Burrows R, *et al.* Subcutaneous heparin therapy during pregnancy: a need for concern at the time of delivery [J]. *Thromb Haemost*, 1991, 65(3): 248.
- [7] Dizon-Townson D. Pregnancy-related venous thromboembolism [J]. *Clin Obstet Gynecol*, 2002, 45(2): 363.

(编辑 张恩健)

普贝生用于促宫颈成熟和引产 40 例分析

王英兰, 张建平, 王蕴慧, 张睿, 刘颖琳

(中山大学附属第二医院妇产科, 广东广州 510120)

摘要:【目的】观察普贝生促宫颈成熟和引产的临床效果及其安全性。【方法】将 80 例无阴道分娩禁忌、单胎、胎位正常的足月待产孕妇随机分为 2 组: ①试验组: 将普贝生一枚放置于阴道后穹窿, 若无不良反应, 12 h 后取出; ②对照组: 将同外形的安慰剂一枚放置于阴道后穹窿, 12 h 后取出。两组用药前及用药后 6、12 h 分别进行宫颈 Bishop 评分。【结果】①用药后 6、12 h 宫颈评分普贝生组分别为 (3.7 ± 1.07)、(6.65 ± 1.94) 分, 明显高于对照组; ②12 h 后普贝生组宫颈成熟的比率及显效率和有效率均明显高于对照组。普贝生组 12、24 h 内临产率明显高于对照组; ③两组新生儿结局无明显差异。有 2 例发生子宫过度刺激, 均未导致不良后果。【结论】普贝生是一种有效和安全的促宫颈成熟和引产药物, 对母儿无明显不良影响。

关键词: 普贝生; 促宫颈成熟; 引产; 前列腺素 E₂; 并发症

中图分类号: R714 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0067-03

前列腺素 E₂ (PGE₂) 作为一种有效的促宫颈成熟和引产药物, 其安全性一直是临床医生关注的焦点。前几年国内应用较多的是用于宫颈注射的凝胶普比迪 (Prepidil), 其剂量具有不可控性的特点^[1]。新的剂型——PGE₂ 阴道控释剂普贝生 (propress) 克服了上述缺点, 药物以恒定的速度缓慢释放, 增加了用药的安全性。2001 年 8 月至 2002 年 6 月我院作了一

项病例对照研究, 证明普贝生用于足月妊娠促宫颈成熟和引产效果良好, 且安全性可靠, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 观察对象

2001 年 8 月至 2002 年 6 月我院产科入院待产孕妇 80

收稿日期: 2002-07-15

作者简介: 王英兰 (1975-), 女, 湖北通城人, 硕士生。

例均为单活胎头位, 足月妊娠 79 例, 1 例孕 36⁺1 周, 所有病例均无阴道分娩禁忌, 宫颈 Bishop 评分 ≤ 5 分。对试验前已有规律宫缩、胎心异常、阴道流血、胎膜早破、有宫颈手术史、对 PGE₂ 过敏者均剔除本试验。两组平均年龄、孕周、用药前宫颈 Bishop 评分无明显差异。

1.2 药物

普贝生由中国医药对外贸易总公司销售分公司提供, 由英国生产, 每枚含有 PGE₂ 10 mg, 以 0.3 mg/h 的速度释放, 释放时间超过 12 h。安慰剂外形同普贝生, 不含有任何药物成分。

1.3 分组

按随机数字表法将 80 例病人随机分为 2 组。①实验组, 为普贝生组, 共 40 例; ②对照组, 为安慰剂组, 共 40 例。

1.4 用药方法

①实验组: 将普贝生 1 枚放置于阴道后穹隆, 12 h 后取出。若 12 h 内出现宫缩过强、子宫过渡刺激、胎儿窘迫则取出; ②对照组: 将安慰剂 1 枚放置于阴道后穹隆, 12 h 后取出。本试验由专人负责, 用药的 0、6、12 h 分别进行 1 次宫颈 Bishop 评分。

1.5 效果评价

①宫颈 Bishop 评分 ≥ 6 分者为成熟; ②显效: 评分增加 ≥ 3 分; ③有效: 评分增加 1~2 分; ④无效: 宫颈评分无改变^[2]。

1.6 统计学方法

采用 *t* 检验及 χ^2 检验

2 结果

2.1 促宫颈成熟效果

6 h 及 12 h 后两组平均宫颈 Bishop 评分, 普贝生组为 3.7 分和 6.65 分, 而对照组分别为 2.48 分和 2.78 分, 差异均有显著性。12 h 后宫颈 Bishop 评分普贝生组平均为 4.32 分, 而对照组无明显提高, 差异具有极显著性, 见表 1。

表 1 用药前 6、12 h 后两组宫颈 Bishop 评分

	实验组	对照组	P 值
用药前宫颈 Bishop 评分	2.30 ± 0.97	2.28 ± 1.04	> 0.05
6 h 后宫颈 Bishop 评分	3.70 ± 1.07	2.48 ± 1.15	< 0.01
12 h 后宫颈 Bishop 评分	6.65 ± 1.94	2.78 ± 1.54	< 0.01
12 h 后宫颈 Bishop 评分提高	4.32 ± 1.74	0.53 ± 0.91	< 0.01

两组 12 h 后宫颈成熟率及显效、有效、无效率均有显著性差异 $P < 0.001$ 。由于宫颈评分提高 1~2 分无明显临床意义, 两组显效率与非显效率相比, 差异有显著性。见表 2。

表 2 12 小时后两组促宫颈成熟效果比较

	实验组	对照组	P 值
成熟	29	2	< 0.001
显效	34	2	< 0.001
有效	4	12	< 0.001
无效	2	26	< 0.001

2.2 引产效果

实验组 12 h 内临产 10 例, 24 h 内自然临产 24 例。对照组分别为 0 和 2。最终分娩方式, 实验组阴道分娩 30 例, 其中 5 例需追加使用催产素, 1 例胎儿畸形应用普贝生失败后改用利凡诺引产, 剖宫产 10 例, 3 例为社会指征。对照组阴道分娩 16 例, 15 例点滴催产素分娩, 1 例自然临产分娩; 剖宫产 24 例, 仅 8 例为医学指征, 16 例为社会指征。由于两组均存在社会指征的影响, 以及本试验样本量较小, 所以未对两组剖宫产率进行统计分析, 见表 3。

表 3 两组引产效果比较

	实验组	对照组	P 值
12 h 内临产	10(25%)	0	
24 h 内临产	24(60%)	2(0.5%)	< 0.01
最终分娩方式			
阴道分娩	30(75%)	16(40%)	
剖宫产	10(25%)	24(60%)	
医学指征	7	8(20%)	
社会指征	3	16	

2.3 新生儿结局

两组新生儿体重及出生后 1 min、5 min Apgar 评分无差异。实验组有 1 例胎儿宫内窘迫, 1 例发生胎心变异减速。对照组有 1 例发生胎儿宫内窘迫, 实验组有 1 例利凡诺引产, 未计入新生儿评分, 见表 4。

表 4 两组新生儿结局

	实验组	对照组	P 值
出生时新生儿体质量(kg)	3.51 ± 0.60	3.40 ± 0.30	> 0.05
出生后 1 min Apgar 评分	9.53 ± 0.84	9.75 ± 0.49	> 0.05
出生后 5 min Apgar 评分	9.3 ± 0.86	9.58 ± 0.68	> 0.05

2.4 不良反应

实验组有 2 例出现子宫过渡刺激, 取出阴道药物后宫缩恢复正常, 经阴道顺产, 母儿均无不良后果; 1 例潜伏期延长; 2 例出现恶心、呕吐。

3 讨论

自 20 世纪 80 年代开始, PGE₂ 在欧美国家产科中广泛应用, 逐渐成为常规的促宫颈成熟药物。由于其价格较昂贵, 目前国内还未能普遍推广。至今美国 FDA(Food and Drug Administration)批准临床使用的 PGE₂ 剂型有两种, 一种是宫颈管内注射的凝胶 Prepidil 含有 PGE₂ 0.5 mg; 另一种是阴道内控释剂 Cervidil 含有 PGE₂ 10 mg, 以 0.3 mg/h 的速度释放, 释放时间超过 12 h。目前国内投入临床使用的普贝生其剂型、剂量及用法同 Cervidil。

PGE₂ 促宫颈成熟的机制至少包括如下 3 个方面: ①提高胶原酶、弹性蛋白酶的活性, 使宫颈胶原纤维、细胞外基质的逐渐降解; 硫酸皮肤素、透明质酸增加, 透明质酸对水分子有高度亲和性, 从而使宫颈变软、顺应性增加; ②松弛宫颈平滑

肌, 促进宫颈扩张, 而对子宫平滑肌则有收缩作用, 后者使宫颈在胎先露的压迫下, 产生一种机械性扩张; ③增加子宫肌细胞间缝隙连接结构的数量, 提高子宫对催产素的敏感性^[3]。

大量的临床试验证明, PGE₂ 是一种有效的促宫颈成熟和引产药物, 使用方便, 安全性可靠。PGE₂ 阴道控释剂较之宫颈注射的凝胶优点在于: 阴道上药操作简单, 药物以恒定的速度释放, 避免了药物浓度的波动。Hales KA^[4] 等人研究表明, 宫颈内上药难度较大, 85% 病人发生药物溢出, 且阴道内给药较宫颈上药能更显著地提高宫颈 Bishop 评分, 更有效地刺激有效宫颈。

本研究中应用普贝生 12 h 后宫颈 Bishop 评分平均增加 4.28 分。牛秀敏等^[5] 对 100 例宫颈不成熟的初产妇就 PGE₂ 与催产素促宫颈成熟的效果作了对照, 12 h 后 PGE₂ 组宫颈成熟 96% (48/50), 而催产素组为 30% (15/50)。另有一项研究表明 PGE₂ 改善宫颈 Bishop 评分、自然临产例数均明显优于 DHA-S^[6]。

本试验中, 普贝生较之安慰剂明显地提高宫颈 Bishop 评分, 12 h 及 24 h 临产率。普贝生对剖宫产率的影响, 由于样本量太小, 又存在社会指征的影响, 未作统计分析 (令 $\alpha = 0.05, 1 - \beta = 0.80$, 对照组医学指征剖宫产率为 20%, 若要发现两组剖宫产率 5% 的差别, 需样本 860 例), 因此从此项试验中难以以下结论。但有一点可以看出, 试验组中因社会指征而剖宫产的比率明显低于对照组, 这可能是由于试验组中短期内临产率较高, 使得孕妇及家属能积极地配合医生的处理, 减轻了他们在期待分娩过程中的种种忧虑。因此, 普贝生作为一种有效的促宫颈和引产药物在降低剖宫产率方面起到了一定积极

作用。

至于普贝生用于足月妊娠促宫颈成熟和引产的安全性问题, 本研究中子宫过度刺激的发生率 2.5%, 与文献报道的 0.6% ~ 6% 相符, 发生率与低剂量催产素相似, 这并不增加剖宫产率, 因子宫过度刺激可迅速被间羟舒喘灵或者移去阴道内缓释剂所逆转。胎儿宫内窘迫的发生率 < 1%, 常与子宫过度刺激同时存在。对新生儿的影响, 出生时新生儿 Apgar 评分及新生儿结局与安慰剂对照组无差异^[7]。

参考文献

[1] 李 青, 张建平, 游志颖. 应用会阴 B 超预测前列腺素 E₂ 引产效果的评价 [J]. 中华妇产科杂志, 1998, 33(4): 216.
 [2] 刘 陶, 李 斌, 卜 岚, 等. 米非司酮用于足月妊娠促宫颈成熟的临床观察 [J]. 中华妇产科杂志, 1998, 33(12): 743.
 [3] Witter F R. Prostaglandin E₂ preparations for preinduction cervical ripening [J]. Clin Obstet Gynecol 2000, 43(3): 469.
 [4] Hales K A, Rayburn W F, Tumbull G L, et al. Double-blind comparison of intracervical and intravaginal prostaglandin E₂ for cervical ripening and induction of labor [J]. Am J Obstet Gynecol 1994, 171(4): 1087.
 [5] 牛秀敏, 李增彦, 齐晓梅, 等. 前列腺素 E₂ 凝胶和催产素促宫颈成熟和引产效果的比较 [J]. 天津医药 1998, 26(5): 278.
 [6] 胡卫平, 张爱君, 徐 萍. 前列腺素 E₂ 凝胶促宫颈成熟效果观察 [J]. 安徽医科大学学报, 1997, 32(6): 755.
 [7] 万小平. 前列腺素 E₂ 促宫颈成熟的临床应用和效果 [J]. 国外医学·妇产科学分册 1995, 22(5): 279.

(编辑 张思健)

剖宫产同时子宫切除术 16 例分析

陈志辽, 张 睿, 张建平, 王蕴慧, 丁 红

(中山大学附属第二医院妇产科, 广东广州 510120)

摘 要: 【目的】掌握剖宫产同时子宫切除术的适应症和时机, 以降低孕产妇的死亡率, 提高医疗质量。【方法】分析本院产科 1970 年 1 月至 2002 年 6 月期间施行的 16 例剖宫产同时子宫切除病例的临床资料。【结果】剖宫产同时子宫切除病例占剖宫产手术的 0.172%。该术的适应症有: 胎盘植入致产后大出血、前置胎盘致产后大出血、DIC 致产后大出血、胎盘早剥致产后大出血、子宫不完全破裂、重症肝炎并卵巢肿瘤。【结论】合理选择剖宫产同时行子宫切除术能抢救产妇生命, 但也给育龄妇女的身心健康造成一定的影响。减少剖宫产合并子宫切除的关键在于及早发现和积极处理产科异常情况, 避免病情恶化造成不必要的子宫切除。在保守治疗无效的危急情况下, 应果断进行子宫切除术。

关键词: 剖宫产术; 子宫切除术; 产妇死亡率

中图分类号: R714.25 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0069-03

剖宫产同时子宫切除术(又称波罗手术)是产科医生紧急处理剖宫产后严重并发症, 抢救产妇生命的措施之一, 它对降低产妇死亡率有重要意义。本院在 1970 年 1 月至 2002 年 6 月共施行了 16 例剖宫产同时子宫切除术病例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 剖宫产同时子宫切除术率

1970~2002 年我院分娩总数 54 716 例, 其中剖宫产 9 283

例, 剖宫产同时子宫切除术 16 例, 占分娩总数的 0.029%, 占剖宫产总数的 0.172%; 阴道分娩后子宫切除 11 例, 占分娩总数的 0.020%, 占阴道分娩的 0.024% (表 1)。

1.2 剖宫产同时子宫切除术临床特征

- 1.2.1 年龄分布 本组病例年龄 23~36 岁, 平均 30.69 岁。
- 1.2.2 手术原因 各种原因所致保守治疗无效的严重产后大出血, 是剖宫产合并子宫切除术的重要原因, 其中胎盘植入最多见, 其次是 DIC 和前置胎盘引起的产后出血。最严重

收稿日期: 2002-07-15

作者简介: 陈志辽 (1967), 男, 广州市人, 主治医师。