

肛塞米索前列醇在预防产后出血中的效果

张 瑄

(南京鼓楼医院集团仪征医院 妇产科, 江苏 仪征 211900)

[摘要] 目的: 探讨肛塞米索前列醇预防产后出血的临床疗效。方法: 选择正常的单胎足月自然分娩产妇 56 例, 随机分为观察组(26 例)和对照组(30 例), 观察组产妇在分娩后立即用米索前列醇片 500 μg 塞肛, 对照组产妇在分娩后立即肌注缩宫素 20 U, 测定两组产妇产后 2 h 和 24 h 的出血量、产后出血 (PPH) 发生率和第三产程时间, 观察并比较两组产妇用药前的心率、血压及术后 24 h 恶心、寒颤、面部潮红不良反应的发生率。结果: 观察组产妇产后 2 h 和 24 h 的出血量、PPH 发生率以及第三产程时间明显低于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组产妇产后 24 h 不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组产妇用药前心率、收缩压、舒张压等生命体征的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 肛塞米索前列醇在预防产后出血中的临床疗效优于肌注缩宫素, 能够有效的缩短第三产程, 降低 PPH 发生率, 不良反应发生率低, 值得在临床上推广。

[关键词] 米索前列醇; 子宫收缩松解药; 产后出血; 心率; 血压; 呼吸; 不良反应

[中图分类号] R714.461 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2014)06-0905-03

产后出血 (postpartum hemorrhage, PPH) 指的是胎儿娩出 2 h 内产道出血量 ≥ 400 mL 或者胎儿娩出 24 h 内产道出血量 ≥ 500 mL^[1]。PPH 是分娩期最主要的并发症, 发生率达 4% ~ 6%, 是发展中国家孕产妇死亡最主要的四大原因之一^[2]。世界卫生组织于 2009 年 7 月发布米索前列醇用于社区治疗和预防 PPH 的声明, 使孕妇产后出血的治疗和预防成为可能, 对降低孕产妇死亡率具有良好的临床效果^[3]。本研究采用肛塞米索前列醇, 观察单胎足月自然分娩产妇 PPH 情况, 报道如下。

1 材料与方 法

1.1 一般资料

选择 2008 年 1 月 ~ 2014 年 3 月单胎足月自然分娩产妇 56 例, 纳入标准: (1) 第一胎或第二胎、

头位、足月、单胎妊娠; (2) 患者无内外科合并症和产科并发症; (3) 无前列腺素使用禁忌证, 且近期末使用过前列腺素抑制剂。排除标准: (1) 产程进行不顺利; (2) 有胎盘残留或软产道损伤。患者均知情同意。将 56 例产妇随机分为观察组 (26 例) 和对照组 (30 例), 两组产妇的年龄、体重、孕周、宫高以及所生新生儿体重的差异无统计学意义 ($P < 0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 方法

观察组产妇在分娩后立即用米索前列醇片 (北京紫竹药业有限公司生产, 批准文号为国药准字 H20000668, 产品编号 B1420202811, 每片 0.2 mg) 500 μg 塞肛, 用量可根据产妇体重适当增减; 对照组产妇在分娩后立即肌注缩宫素 20 U (甘肃大得利制药有限公司生产, 批准文号为国药准字 H62020713, 1 mL: 10 U)。出血量用容积法和称重

表 1 观察组与对照组一般资料比较

Tab. 1 Comparison of general information between observation group and control group

组别	n	年龄(岁)	体重(kg)	孕周(周)	宫高(cm)	新生儿体重(kg)
观察组	26	24.30 \pm 3.20	60.20 \pm 8.40	39.30 \pm 1.60	35.30 \pm 3.30	3.21 \pm 0.69
对照组	30	25.90 \pm 2.50	62.10 \pm 9.60	38.50 \pm 2.30	34.70 \pm 1.90	3.32 \pm 0.67
t		1.442 7	0.782 3	1.488 0	0.847 6	0.604 3
P		0.154 9	0.437 5	0.142 6	0.400 4	0.548 2

法测定。分娩完成后,用接血盘放于产妇臀部下收集血液,当产妇离开产床时用卫生棉收集,2 h 和 24 h 后电子称称质量,联合使用容积法和质量法计算出血量。出血量=(已用过的卫生棉质量-使用前质量)/1.05+血盘里血液体积。

1.3 观察指标

观察两组产妇产后 2 h 和 24 h 出血量、第三产程时间、PPH 例数、用药前后的心率、收缩压、舒张压以及产妇恶心、寒颤、面部潮红等不良反应例数。PPH 标准为胎儿娩出 2 h 内产道出血量≥400 mL,或者胎儿娩出 24 h 内产道出血量≥500 mL,并计算产后出血发生率和不良反应发生率。

1.4 统计学分析

选择 SPSS 13.0 进行数据统计,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)来表示,组间的比较采用成组 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 产后出血量及第三产程时间

观察组产后 2 h 出血量和 24 h 出血量明显少于对照组,第三产程时间明显短于对照组,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组孕妇无 PPH 情况发生,观察组产妇 PPH 发生率明显少于对照组,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 观察组和对照组产妇产后出血量、PPH 发生率和第三产程时间
Tab. 2 Postpartum hemorrhage volume, PPH incidences and time needed for the third labor stage of labor in observation group and control group

组别	n	产后出血量(mL)		第三产程(min)	PPH 发生率(n,%)
		产后 2 h	产后 24 h		
观察组	26	177.00 ± 22.00	286.00 ± 51.00	8.30 ± 3.10	0(0.00)
对照组	30	288.00 ± 52.00	342.00 ± 55.00	13.90 ± 3.00	5(16.67)
t/χ^2		10.118 4	3.929 6	6.859 8	4.758 2
P		0.000 0	0.000 2	0.000 0	0.029 2

2.2 用药前后心率、血压

观察组和对照组产妇用药前后心率、收缩压和

舒张压比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 观察组和对照组产妇用药前后心率和血压
Tab. 3 Heart rate and blood pressure of pregnant women before and after treatment in observation group and control group

指标	观察组(n=26)	对照组(n=30)	t	P
用药前				
心率(次/min)	78.00 ± 8.00	78.00 ± 7.00	0.000 0	1.000 0
收缩压(mmHg)	121.00 ± 32.00	123.00 ± 31.00	0.237 2	0.813 4
舒张压(mmHg)	79.00 ± 15.00	77.00 ± 24.00	0.367 1	0.715 0
用药后				
心率(次/min)	79.00 ± 6.00	78.00 ± 8.00	0.522 4	0.603 5
收缩压(mmHg)	119.00 ± 30.00	125.00 ± 32.00	0.720 2	0.474 5
舒张压(mmHg)	78.00 ± 22.00	80.00 ± 26.00	0.308 1	0.759 2

2.3 不良反应

观察组产妇用药后有 1 例寒颤和 1 例面部潮红发生,不良反应率为 7.69% (2/26);对照组产妇用药后有 3 例恶心,4 例寒颤,2 例面部潮红发生,不良反应率为 30% (9/30);观察组产妇产后 24 h 不良反应发生率低于对照组,两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.391 2, P = 0.036 1$)。

3 讨论

目前,我国产妇死亡的最主要原因是 PPH, PPH 所致产妇死亡病例中约有一半是可以避免或是创造条件可以避免的,所以 PPH 所致产妇死亡率有进一步降低的空间^[4]。

PPH 主要原因是子宫收缩无力、胎盘滞留以及软产道损伤,其次是子宫破裂、子宫内翻、生殖道血肿、胎盘植入和凝血功能障碍。传统治疗产后出血的方法是肌注催产素,但催产素半衰期短,并且其仅能刺激子宫上段收缩,而当子宫催产素受体达到饱和后,增加剂量也无法增加其对子宫的收缩作用,大剂量缩宫素还会导致患者水中毒;有个别产妇对于催产素不敏感,所以采用催产素预防和治疗 PPH 并非万无一失^[5-7]。米索前列醇是合成前列腺素 E1 的衍生物,通过直肠黏膜吸收,短时间内即可导致子宫收缩,其半衰期为 1.5 h,作用时间较长,可以长时间使子宫处在收缩状态^[8-9]。米索前列醇最初发现的用药途径是口服,其它用药途径包括直肠用药、阴道用药、口腔含化以及舌下含化等,其中直肠用药的对于 PPH 的治疗效果优于舌下含化用药途径。口服米索前列醇可以导致胃肠道平滑肌收缩,引起恶心、呕吐等不良反应,而直肠用药恶心、呕吐等不良反应发生率低。研究表明,约有 90.91% 的产妇 PPH 发生在分娩后 2 h,因此预防产后出血的关键时期是产后 2 h。米索前列醇对于防治清宫、引产后出血以及 PPH 的效果显著^[10]。本研究采用米索前列醇塞肛法预防 PPH,与分娩后肌注宫缩素比较,降低产后 2 h、24 h 出血量以及 PPH 发生率,并能缩短第三产程时间,不良反应发生率低,且用药前后不增加患者心血管系统的负荷,不会引起心率和血压的升高,安全性好。且该药价格低廉、用药方便、吸收快^[11-12]。

相关研究指出,米索前列醇用药关键点是准确掌握用药时间,用药过早可能会导致子宫强烈收缩而危及胎儿,而用药过晚又起不到产后预防出血的效果^[13-14];小剂量米索前列醇是一种安全、有效的引产药物,能够减少引产时间,提高引产成功率,可降低不良反应率,但高剂量米索前列醇可能引起副反应的发生^[15]。用药途径、时间、剂量值得进一步探讨^[13-14]。

4 参考文献

[1] 陈丽华. 垂体后叶素与米索前列醇联合用于预防产后

出血疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2011(4):610-611.

[2] 应豪,段涛. 剖宫产与产后出血[J]. 实用妇产科杂志, 2011(3):165-167.

[3] 世界卫生组织对米索前列醇用于防治产后出血的声明[J]. 中国计划生育学杂志, 2012(4):283.

[4] 刘兴会,陈锰. 产后出血的过去、现在和未来[J]. 实用妇产科杂志, 2013(8):561-563.

[5] 赵晓颖. 缩宫素联合米索前列醇治疗产后出血 50 例的临床效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2014(5):807-808.

[6] 周敏. 含服米索前列醇与肌注催产素预防产后出血的临床观察[J]. 中国妇幼保健, 2011(16):2558-2559.

[7] Mirteimouri M, Tara F, Teimouri B, et al. Efficacy of rectal misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage[J]. Iran J Pharm Res, 2013(2):469-474.

[8] 胡珊,胡燕. 米索前列醇预防产后出血 52 例分析[J]. 重庆医学, 2012(18):1832-1833.

[9] Aziz S, Kazi S, Haq G, et al. Oral misoprostol versus oxytocin in the management of third stage of labour[J]. J Pak Med Assoc, 2014(4):428-432.

[10] 对米索前列醇用于引产、清宫和产后出血时的正确剂量认识不足[J]. 中国计划生育学杂志, 2012(4):221.

[11] 程红霞. 米索前列醇预防剖宫产产后出血的疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2011(15):2385-2386.

[12] Kapungu CT, Mensah-Homiah J, Akosah E, et al. A community-based continuum of care model for the prevention of postpartum hemorrhage in rural Ghana[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2013(2):156-159.

[13] 李春秀,高爱荣,吕梅,等. 米索前列醇用于预防经阴道自然分娩产后出血的研究[J]. 中国妇幼保健, 2011(21):3329-3331.

[14] 连俊红,宋成文,陈枝岚,等. 米索前列醇预防 AGT 基因多态性产妇产后出血的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2011(20):3073-3075.

[15] 张晶. 小剂量米索前列醇用于足月妊娠促宫颈成熟的疗效观察[J]. 中国妇幼保健, 2012(20):3174-3175.

(2014-07-29 收稿,2014-08-19 修回)

编辑:文箬颖