

〔文章编号〕 1007-0893(2021)02-0111-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.02.054

# 计划分娩催产中人工破膜联合缩宫素静滴催产的临床效果

廖均珍

(廉江市人民医院, 广东 廉江 524400)

〔摘要〕 目的: 分析在计划分娩催产中使用人工破膜联合缩宫素静滴催产的临床效果。方法: 选取廉江市人民医院 2016 年 2 月 25 日至 2017 年 2 月 25 日期间收治的进行计划分娩催产的产妇 150 例, 以随机分组的形式, 将其分为观察组和对照组, 各 75 例, 对照组只使用缩宫素静滴进行催产, 观察组使用人工破膜联合缩宫素静滴催产, 比较两组产妇的引产时间和出血量, 两组产妇的引产成功率和剖宫产率。结果: (1) 观察组产妇引产所需要的时间短于对照组, 手术中的出血量多于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); (2) 观察组产妇的引产成功率高于对照组, 且剖宫产率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在计划分娩催产过程中采用人工破膜联合缩宫素静滴催产, 能减少对母胎的伤害, 提高引产的成功率, 缩减了产妇的生产时间。

〔关键词〕 计划分娩; 人工破膜; 缩宫素

〔中图分类号〕 R 719.3 〔文献标识码〕 B

产妇在准备生产的过程中, 一般医生都会建议其自然分娩, 对于部分在妊娠期出现其他合并症的产妇, 决定产妇进行自然分娩与否, 需要考虑在等待生产的时间是否对产妇和胎儿造成负面的影响, 增加胎儿窘迫、窒息等风险<sup>[1-2]</sup>。为了降低在等待生产时对母胎的伤害, 增加产妇成功分娩的概率, 需要充分的考虑是否进行分娩催生<sup>[3]</sup>。对此, 笔者对本院收治的实施人工破膜联合缩宫素静滴催产的产妇情况进行分析和总结, 探索对产妇进行催产的适宜方案, 具体如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

将 2016 年 2 月 25 日至 2017 年 2 月 25 日于本院进行计划分娩催产的产妇 150 例作为研究对象, 以随机分组的形式将其分为观察组和对照组, 各 75 例。产妇的纳入标准: 产妇及其家属均知情同意本研究, 并属于配合的状态。排除标准: 存在意识障碍, 对本研究排斥。观察组产妇年龄 24~41 岁, 平均  $(29.1 \pm 5.5)$  岁; 孕周 39~46 周, 平均  $(43.3 \pm 5.0)$  周。对照组产妇年龄 23~40 岁, 平均  $(28.2 \pm 4.8)$  岁; 孕周 38~46 周, 平均  $(42.8 \pm 5.1)$  周。两组产妇的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 产妇只使用缩宫素静滴进行催产。由于缩宫素对个体的敏感性不同, 实际的使用浓度、剂量、滴速等需要严格的控制<sup>[4]</sup>。最初需要必须先使用剂量小的缩宫素, 先将 2.5 U 的缩宫素 (成都市海通药业有限公司, 国药准字

H51021981) 和 500 mL 的 0.9% 氯化钠注射液进行均匀混合, 利用输液泵进行静滴,  $8 \text{ 滴} \cdot \text{min}^{-1}$ , 注意观察产妇产宫收缩的情况以及胎儿胎心的变化, 适当调整速率, 当产妇的子宫出现较为有顺序的宫缩之前, 滴注的速度需要每隔 30 min 调整 1 次, 滴速调整为  $35 \text{ 滴} \cdot \text{min}^{-1}$  的速度, 最大的滴速必须小于  $40 \text{ 滴} \cdot \text{min}^{-1}$ <sup>[5]</sup>。倘若产妇在 2 h 左右均没有出现有顺序的子宫收缩情况, 即可说明引产没有成功。医护人员进行宫缩引产的当下, 需要注意产妇产宫口扩张以及胎儿进入骨盆入口的情况<sup>[6]</sup>, 在产妇膀胱排尽的情况下, 对胎心进行连续性的监测, 一有异常的情况出现, 立马进行救治。

1.2.2 观察组 产妇使用人工破膜联合缩宫素静滴的治疗方案, 缩宫素静滴的治疗方式同上, 在进行人工破膜的时候, 先对产妇进行全面的盆底检查, 判定产妇是否有阴道炎症的存在, 并且进行胎心的监测<sup>[7]</sup>; 在正式手术的时候, 先排空产妇的膀胱, 在截石的区域, 先对外阴道进行局部的消毒, 同时为产妇放置白色的产垫<sup>[8]</sup>, 该方法有利于医护人员依据羊水的性状对胎儿的分娩情况作出判定; 在破膜的时候, 医护人员利用中指以及食指从阴道中慢慢进入宫颈, 确定破膜的位置, 等待子宫出现收缩的间歇性的时候, 利用钳夹将膜囊夹破, 让羊水慢慢流出, 在整个过程中都要注意对胎心的监测, 一直到没有明显的羊水流, 胎发明显可见, 这就可判定为破膜成功<sup>[9]</sup>。倘若 2 h 左右没有宫缩或者宫缩的情况较弱, 就进行缩宫素静滴的引产, 在 48 h 左右依旧没有规律的子宫收缩, 就说明了引产没有成功。

### 1.3 观察标准

观察并且记录两组产妇引产所需要的时间、手术中的出

〔收稿日期〕 2020-09-16

〔作者简介〕 廖均珍, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇产科学。

血量、引产成功率以及剖宫生产率。

#### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，两组产妇的引产所需要的时间、手术中的出血量等计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用  $t$  检验，两组产妇引产成功率以及剖宫生产率等计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组产妇的引产时间和术中出血量比较

观察组产妇引产所需要的时间短于对照组，手术中的出血量多于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组产妇的引产时间和术中出血量比较 ( $n = 75, \bar{x} \pm s$ )

组别	引产时间/min	出血量/mL
对照组	450.7 ± 45.4	152.7 ± 46.2
观察组	333.7 ± 29.5 <sup>a</sup>	195.5 ± 49.2 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$

#### 2.2 两组产妇的引产成功率和剖宫生产率比较

观察组产妇的引产成功率高于对照组，且剖宫生产率低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组产妇的引产成功率和剖宫生产率比较 ( $n = 75, n (%)$ )

组别	引产成功	剖宫生产
对照组	62(82.67)	13(17.33)
观察组	70(93.33) <sup>b</sup>	5(6.67) <sup>b</sup>

与对照组比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$

### 3 讨论

妊娠到晚期需要进行计划分娩催生，对于宫颈还未成熟的产妇而言，多数都是使用前列腺制剂或者低位水囊等，促进宫颈的成熟。对于已经宫颈成熟的产妇，倘若使用前列腺激素，就会让其子宫收缩的频率过高，导致胎盘早剥、胎儿出现了窘迫等情况，但是只使用缩宫素进行静滴催产效果也并不是十分理想，仍然存在部分的产妇没办法进行子宫收缩<sup>[10]</sup>。经过临床的深入研究发现，使用人工破膜有着较为理想的催产功效，但很容易因为操作不当，导致产妇出现了明显的排斥反应，导致脐带出现脱垂或者受压的情况，母胎也因此受到了感染、血管破裂等情况。随着医学技术的成熟，对于操作流程提出了新的规范制度，以及严格的灭菌，这些规定能够降低人工破膜造成的潜在威胁。随着人工破膜技术的成熟和完善<sup>[11]</sup>，发现有时候羊水有浑浊的情况并不都是胎儿窘迫的趋势，因此人工破膜的剖宫产率和之前比有所减少。最终，人工破膜手术逐步的在计划分娩催产中开始大量的应用。

人工破膜催产即是使用例如前列腺素、缩宫素、血清素等，去刺激子宫进行收缩，这其中在产妇进行分娩的第 3 阶段使用前列腺素有着重要的效果<sup>[12]</sup>，该药物能够帮助产妇发热子宫颈进行正常的扩张以及将胎膜组织进行完整显露，提升产妇产宫收缩的情况，并且在进行破膜之后，产妇有羊水流出现，那么就说明了子宫内部的容积减少、压力也出现了

下降，子宫肌的纤维也变短了，子宫收缩的情况和强度将会出现明显的提高。产妇在破膜之后，宫颈的阻碍也会下降，造成胎儿的头部先下降，有利于产妇的宫缩和生产。需要注意的是，因为人工破膜能够让医护人员对羊水的情况有着更直接的了解，能够很快发现胎儿在宫内的位置变化<sup>[13]</sup>，一旦出现宫内窘迫等情况能够尽快采取相应的措施，有效避免了因宫缩造成的胎儿无法呼吸的情况。进行破膜之后 2 h 左右，产妇仍然没有明显且有顺序的宫缩，须立即进行宫缩静滴。两者进行联合使用，能够缩短产程的时间<sup>[14]</sup>。

本研究结果显示，观察组产妇引产所需要的时间短于对照组，手术中的出血量多于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；观察组产妇的引产成功率高于对照组，且剖宫生产率低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。说明使用人工破膜联合缩宫素静滴，能够加快产程，还能提高引产的成功率，让产妇能够分娩顺利，减少对胎儿和产妇的影响。

综上，应用人工破膜联合缩宫素静滴在产妇进行计划分娩催产的效果较为显著，有效缩短了生产时间，减少生产的痛苦，引产成功率较高。

#### 〔参考文献〕

- (1) 陈凤兰, 颜建英. 产程时限研究进展及适宜的产程干预时机选择 (J). 国际妇产科学杂志, 2017, 44(5): 539-542.
- (2) 李伟玲, 袁凤娣, 朱红娣. COOK 双球囊联合人工破膜用于足月妊娠引产的临床研究 (J). 中国妇产科临床杂志, 2018, 19(1): 73-74.
- (3) 赵秋荣. 剖宫产产后出血的防治研究进展 (J). 中国处方药, 2019, 17(5): 16-17.
- (4) 曹伍兰, 陈宏霞. 小剂量催产素应用于延期妊娠计划分娩的疗效观察 (J). 中外医学研究, 2011, 9(19): 4-6.
- (5) 陈小尼. 人工破膜联合缩宫素引产在计划分娩中的临床研究 (J). 华南国防医学杂志, 2014, 28(7): 718-719.
- (6) 高玉兰. 人工破膜联合缩宫素综合引产在计划分娩中的应用效果观察 (J). 安徽医学, 2013, 34(5): 604-605.
- (7) 贝水琴, 沈剑英, 宋丽娜. 人工破膜联合缩宫素综合引产在计划分娩中的应用价值 (J). 中国妇幼保健, 2012, 27(35): 5827-5828.
- (8) 贾玉芳. 124 例人工破膜联合缩宫素综合引产在计划分娩中的应用 (J). 昆明医学院学报, 2011, 32(9): 111-113.
- (9) 周薇, 安建军, 洪岭. 人工破膜及人工破膜联合催产素静滴对产程和分娩结局的影响 (J). 中国妇幼保健, 2011, 26(31): 4822-4823.
- (10) 蔡莉. 子宫收缩乏力性产后出血的治疗研究进展 (J). 中国处方药, 2017, 15(5): 14-15.
- (11) 蒋逸群, 王瑞兰. 妊娠期抗凝治疗及产后出血治疗的研究进展 (J). 世界临床药物, 2017, 38(5): 353-357.
- (12) 阮霞, 吴正东, 蒋文琛. 不同镇痛方式对子宫收缩节律性的影响 (J). 中国妇幼健康研究, 2017, 28(4): 432-434.
- (13) 李刚. 人工破膜联合缩宫素静滴催产的催产效果观察 (J). 中国当代医药, 2017, 24(34): 135-138.
- (14) 方善红. 人工破膜在羊水过少及妊娠逾期中的应用 (J). 临床心身疾病杂志, 2016, 22(z1): 148-149.