

为 3 例(6.81%)、2 例(4.65%),米索组宫缩过频发生率显著高于催产素组($P < 0.05$)。米索 A 组过度刺激综合征发生 4 例(4.54%),显著高于催产素 A 组的 1 例(1.14%)。

讨论:米索是一种合成的前列腺素 E_1 类似物,具有促宫颈成熟和诱发宫缩的双重作用。阴道后穹窿给药,药物直接作用宫颈局部使宫颈软化,宫口容受性提高,进一步提高了引产成功率。但米索引产易出现宫缩过频、过强以及子宫过度刺激综合征、急产等。催产素是通过缩宫素受体(OTR)发生作用,OTR 在宫颈上的分布很少,所以催产素对宫颈的直接作用小,仅能通过刺激蜕膜合成前列腺素促进宫颈成熟,因此催产素促宫颈成熟效果差。这也是催产素足月引产成功率低的原因。米索在高宫颈评分(≥ 6 分)者引产成功率与催产素引产者有差异,但宫缩过频、过度刺激综合征明显高于催产素组($P < 0.05$),在低宫颈评分(< 6 分)者引产成

功率高于催产素引产者($P < 0.05$),宫缩过频发生率与催产素 B 组相比差异无显著性,且低于在催产素 A 组中的发生率。故米索引产适用于宫颈成熟度差的足月妊娠引产,成功率、安全性均高。催产素常用于足月妊娠引产,是一种安全、有效的引产方法,其对促宫颈成熟作用小,在宫颈成熟度评分较高者应用其成功率与米索相近,但副作用发生率小,且催产素半衰期短,为静脉给药,一旦出现不良反应,可减慢滴速或停药,具有可调控性的优点。所以催产素在宫颈成熟度较好的足月引产中效果确切、安全。

综上所述,宫颈成熟度差时应用米索进行足月妊娠引产效果确切,但要重视宫缩过频及过度刺激综合征的发生,宫颈成熟度较好时催产素引产仍为安全有效的引产方式。

(收稿日期:2007-07-21)

活跃期干预预防持续性枕后(横)位 72 例临床效果分析

王治凤,谭旭,张美丽

(山东省立医院,山东济南 250021)

2004 年 6 月~2005 年 10 月,我们对经 B 超或者阴道检查证实为枕后(横)位的 72 例产妇产于活跃期实施干预,预防持续性枕后(横)位的发生。现报告如下。

临床资料:选择在我院住院,于临产后活跃期经 B 超或阴道检查证实为枕后(横)位的初产妇 144 例,年龄 22~33 岁,孕周 37~42 周。均为单胎头位,正常骨盆,无严重妊娠合并症。随机分为实验组与对照组,各 72 例。两组经 B 超预测胎儿体重、羊水平面及胎头双顶径等均无显著性差异($P > 0.05$)。

方法:实验组:宫口开大 3 cm,未破膜者行人工破膜术后,指导产妇采取与胎背同侧的高坡侧卧位,前胸尽量贴近床面,与床面成夹角 $\leq 60^\circ$,床面前半部太高 $45^\circ \sim 60^\circ$,后半部抬高 30° ,待宫口开大 6 cm 以上,先露约达坐骨棘水平至棘下 1.5 cm 之间,而仍未转为枕前位者,可徒手旋转胎头:掌面朝上,食指和中指分开置于阴道后壁,承托胎头,于宫缩时,嘱产妇屏气向下用力,同时两指根据胎方位顺时针或者逆时针旋转胎头,左枕后(横)位逆时针方向旋转 135° ,右枕后顺时针方向旋转 135° ,待旋转成功,先露有所下降,宫缩间歇胎头不再逆时针时,可抽出手指。对照组采取传统卧位方式(仰卧或者侧卧)待产,不予干预。

所得数据采用 χ^2 检验。 $\alpha = 0.05$ 。

结果:宫口开全时实验组有 63 例(72.41%)、对照组有 34 例(41.46%)胎位纠正成功,两组比较, $P < 0.05$ 。实验组 7 例实施剖宫产术;经阴分娩 65 例,其中顺产 62 例,阴道手术产 3 例,第 2 产程(0.16 \pm 0.23)h。对照组分别为 55、

17 例,其中顺产 13 例,阴道手术产 4 例,第 2 产程(1.50 \pm 0.35)h。两组比较, P 均 < 0.01 。实验组发生胎儿、新生儿窒息 5、2 例,对照组分别为 13、7 例;两组比较, $P < 0.01$ 。

讨论:胎头以枕后(横)位入盆时,径线增加,如果内旋转发生障碍,形成持续性的枕后(横)位,易增加手术产率与难产率,因此早期及时处理,是防止形成持续性的枕后(横)位、减少剖宫产率与难产率的关键。①适时人工破膜:宫口开大 3 cm 以上,羊膜囊已失去扩张宫颈的作用,反而影响产程的进展,此时行人工破膜可以了解羊水性状,进一步阴道检查可以了解胎方位破膜后羊水及血清中的前列腺素增加,有利于加强宫缩,促进产程进展,减少产妇产力消耗。②高坡侧卧位:枕后位时胎儿背部重心靠近母体脊柱。产妇取高坡侧卧位时,可使胎儿背部的重心在胎儿重力和羊水浮力作用下,由枕后位时的侧后方,向产妇腹部前方移动,同时带动胎头枕部向前旋转。随着间歇性宫缩,胎头不断下降,胎方位会朝着最有利枕前位方向旋转。另外,可使胎轴前移,避免胎轴与产轴成角,从而纠正枕后位胎头俯屈不良现象。③徒手旋转胎头:徒手旋转胎头首先要排除明显的头盆不称及胎儿窘迫,术中要严密监测胎心的情况。胎头的旋转是在第 1 产程未完成,所以徒手旋转胎头的最好时机是宫口开大 > 6 cm,先露在坐骨棘水平至棘下 1.5 cm 时,成功率较高。同时适当增加产妇产力,使胎头顺利旋转。实验组 72 例中就有 63 例在宫口开全时胎位纠正成功,且第 2 产程明显缩短,手术产率明显降低。

(收稿日期:2007-05-22)