

· 临床研究 ·

米索前列醇预防产后出血 52 例分析

胡 珊, 胡 燕

(重庆武警总队医院妇产科, 重庆 400061)

摘要:目的 探讨米索前列醇在预防产后出血中的效果。方法 回顾性分析该院 2009 年 1 月至 2010 年 12 月 100 例正常单胎足月的自然分娩患者, 将其随机分为观察组 52 例和对照组 48 例, 观察组产妇在胎儿娩出后口服米索前列醇片 400 μg 或 600 μg , 对照组在胎儿娩出后肌内注射缩宫素 20 U, 分别测定两组产妇的出血量、第三产程时间、产后出血发生率和血压等指标。结果 两组在第三产程时间、产后 2 h 出血量、产后出血发生率等方面比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 米索前列醇口服给药促进子宫收缩作用强于肌内注射缩宫素, 能有效缩短第三产程, 减少产后出血。

关键词: 产后出血; 米索前列醇; 产程, 第三; 预防和防护用药

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.18.016

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2012)18-1832-02

Analysis of the effects of misoprostol on the prevention of postpartum hemorrhage in 52 cases

Hu Shan, Hu Yan

(Department of Obstetrics and Gynecology, Chongqing Municipal Corps Hospital of Chinese People's Armed Police Force, Chongqing 400061, China)

Abstract: Objective To evaluate the effects of misoprostol on the prevention of postpartum hemorrhage. **Methods** 100 normal term single birth parturients that spontaneous labored were randomly orally given misoprostol 400 or 600 μg (experimental group), or intramuscularly given oxytocin 20 U (control group) after fetal disengagement. The hemorrhage volume, blood pressure, the time of third stage of labor and the rate of hemorrhage were examined. **Results** There was a remarkable difference in the time of third stage of labor, hemorrhage volume and the rate of hemorrhage between the experiment group and the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Misoprostol that orally given can effectively promote uterine contraction, decrease postpartum hemorrhage volume, reduce the third stage of labor, and is better than oxytocin.

Key words: postpartum hemorrhage; misoprostol; labor stage, third; protective agents

产后出血是指胎儿娩出后产妇 24 h 内阴道流血量超过 500 mL。产后出血是产科的严重并发症, 在中国乃至世界范围内, 位居产妇死亡原因首位。25% 的围产期死亡是由于出血, 而每年因产后出血而受到死亡威胁的产妇达到 2 000 万^[1]。第三产程平均持续 10~15 min, 而超过 30 min 通常被认为是延长了。即使在第三阶段积极处理, 仍有 3% 的产妇出现第三产程延长。胎盘滞留可能由简单的粘连胎盘或不同的病态粘连所引起, 包括侵入性胎盘、植入胎盘等。而已经观察到粘连胎盘与宫腔粘连、子宫内膜炎、继往子宫手术或子宫腔异常相关。对第三产程的积极处理, 如在胎肩出来后, 肌内注射缩宫素或甲麦角新碱, 可以显著降低胎盘滞留的发生率, 并显著降低围产期早期和晚期出血的发病率^[2]。

手取胎盘是滞留胎盘的一种处理方式。然而, 它与子宫内膜炎、出血及子宫壁创伤性穿孔的高风险相关, 且需要使用全身或局部麻醉。滞留胎盘的有效药物治疗是基于对子宫肌层的刺激性收缩, 如果力量足够的话, 可以诱导胎盘的分离^[3]。

缩宫素、麦角新碱和前列腺素均诱导持久的子宫肌层收缩。最近的研究已经发现, 通过脐静脉注射使用的子宫收缩药可能在滞留胎盘的处中是有效的^[4]。继往临床常用的子宫收缩药有缩宫素、前列腺素衍生物、钙剂、垂体后叶素、止血药治疗。近年来, 米索前列醇因其高效、不良反应少而逐渐应用广泛^[5-6]。本院产科自 2009 年 1 月至 2010 年 12 月, 使用米索前列醇预防产后出血, 取得良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1 月至 2010 年 12 月在本院产科自然分娩的产妇 100 例, 年龄 21~42 岁, 孕周 37~41 周, 按随机原则将其分为观察组 52 例, 对照组 48 例。两组产妇的年龄、孕周、孕产次、新生儿体重质量比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 给药方法 观察组产妇在胎儿娩出后立即口服米索前列醇片, 患者体质量在 50 kg 以上者服 600 μg , ≤ 50 kg 服 400 μg (每片 200 μg); 对照组在胎儿娩出后立即肌内注射缩宫素 20 U。

1.2.2 产后出血评定标准 产后 2 h 出血量大于或等于 400 mL 或 24 h 内产妇阴道流血量大于或等于 500 mL 为产后出血诊断标准。

1.2.3 观察指标 记录第三产程时间, 产后 2 h 阴道出血量及两组用药前及用药后 30 和 120 min 的心率、血压。

1.2.4 出血量计算方法 胎儿娩出后, 用接血盘放在臀部下方收集血液, 离开产床后使用卫生垫, 2 h 后使用电子秤称质量, 使用容积法联合称质量法测量出血量。出血量 = (已用品质量 - 用品用前质量) / 1.05 + 直接收集的血液体积^[1]。

1.3 统计学处理 运用 SPSS12.0 统计软件对数据进行处理, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者第三产程时间及产后出血量比较 观察组第三产程时间短于对照组, 产后 2 h 出血量、产后 24 h 出血量少于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组无产后出血发生, 对照组出现 1 例产后出血 (2.08%), 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组第三产程时间及产后出血量比较

组别	n	第三产程 (min)	产后 2 h 出血量 (mL)	产后 24 h 出血量 (mL)	产后出血发生率 [n(%)]
观察组	52	8.1 \pm 3.2*	178 \pm 21*	285 \pm 52*	0(0.00)
对照组	48	13.8 \pm 2.8	290 \pm 52	340 \pm 57	1(2.08)

*: $P < 0.05$, 与对照组比较。

表 2 两组产妇用药前后血压和心率变化

组别	n	心率(次/分)		收缩压(mm Hg)		舒张压(mm Hg)	
		用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
观察组	52	77±9	78±7	120±33	118±31	78±16	77±23
对照组	48	76±8	77±9	121±32	123±33	75±26	79±27

2.2 两组患者用药前后心率、血压比较 两组患者用药前后心率、血压比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

3 讨 论

子宫收缩乏力是产后出血最常见的原因,占产后出血的 90%,积极防治子宫收缩乏力性出血是降低产妇死亡的关键^[1]。

传统方法用缩宫素促进子宫收缩,防止产后出血,肌内注射缩宫素吸收快,3~5 min 即出现作用,但作用不持久,半衰期为 10 min;缩宫素个体差异大,其敏感性与体内雌激素和孕激素水平有密切关系^[7]。因此,国际上开始使用米索前列醇替代缩宫素等药物用于促进子宫收缩,预防产后出血。目前已经有多个多中心双盲实验研究对米索前列醇的作用进行了研究,取得了理想的效果^[4,8]。米索前列醇系前列腺素 E1 的衍生物,口服 2.5 min 后即可引起子宫收缩,半衰期为 1.5 h^[3],作用持续时间较长,可维持子宫处于较长时间的收缩状态,能较好地预防产妇产后 2 h 内出血的难题^[2]。

本组资料表明,口服米索前列醇可明显缩短第三产程,减少产后 2 h 出血量,产后出血发生率明显减少,与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。本组资料还表明,米索前列醇使用前后产妇心率、血压无明显变化,差异无统计学意义($P>0.05$)。米索前列醇可适用于合并高血压产妇产后出血的预防,这与国内外的研究结果一致^[9-10]。

可见,在第三产程早期给予米索前列醇口服,可更长久地维持子宫收缩,减少产后出血量。由于子宫收缩增强,第三产程时间缩短,胎盘剥离排出加快,由胎盘因素引起的产后出血也会有所减少。口服米索前列醇有效地解决了产后 2 h 出血问题,具有防治产后出血效果显著、不引起血压升高的优点,并且价格低廉、不良反应少、值得临床推广。

参考文献:

[1] Rajan PV, Wing DA. Postpartum hemorrhage: evidence-based medical interventions for prevention and treatment [J]. Clin Obstet Gynecol, 2010, 53(1): 165-181.
 [2] Sheldon WR, Blum J, Durocher J, et al. Misoprostol for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage

[J]. Expert Opin Investig Drugs, 2012, 21(2): 235-250.
 [3] Prata N, Passano P, Rowen T, et al. Where there are (few) skilled birth attendants [J]. J Health Popul Nutr 2011, 29(2): 81-91.
 [4] Winikoff B, Dabash R, Durocher J, et al. Barrera G et al: treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during Labour; a double-blind, randomised, non-inferiority trial [J]. Lancet, 2010, 375(9710): 210-216.
 [5] Chaudhuri P, Biswas J, Mandal A. Sublingual misoprostol versus intramuscular oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage in low-risk women [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2012, 116(2): 138-142.
 [6] Ha MR, Alsahly N. Rectal versus oral misoprostol for active management of third stage of labor; a randomized controlled trial [J]. Arch Gynecol Obstet, 2011, 283(5): 935-939.
 [7] Harara R, Hanafy S, Zidan MS, et al. Intraumbilical injection of three different uterotonics in the management of retained placenta [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2011, 37(9): 1203-1207.
 [8] Widmer M, Blum J, Hofmeyr GJ, et al. Misoprostol as an adjunct to standard uterotonics for treatment of post-partum haemorrhage; a multicentre, double-blind randomised trial [J]. Lancet, 2010, 375(9728): 1808-1813.
 [9] Hofmeyr GJ, Fawole B, Mugerwa K, et al. Administration of 400 µg of misoprostol to augment routine active management of the third stage of labor [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2011, 112(2): 98-102.
 [10] Lin CJ, Chien SC, Chen CP. The use of misoprostol in termination of second-trimester pregnancy [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2011, 50(3): 275-282.

(收稿日期:2012-03-02 修回日期:2012-04-22)

(上接第 1831 页)

[10] Selo-Ojeme D, Freeman-Wang T, Khan NH. Post-coital bleeding: a rare and unusual presentation of cervical endometriosis [J]. Arch Gynecol Obstet, 2006, 273(6): 370-373.
 [11] Mendoza GO, Castañón FJ, Hernández M, et al. Deep cervical endometriosis causing profuse vaginal bleeding. Case report and literature review [J]. Ginecol Obstet Mex, 2009, 77(11): 518-522.

[12] Phadnis SV, Doshi JS, Ogunnaike O, et al. Cervical endometriosis: a diagnostic and management dilemma [J]. Arch Gynecol Obstet, 2005, 272(4): 289-293.
 [13] Iwase A, Goto M, Kurotsuchi S, et al. Successful management of a massive hemorrhage due to rupture of cystic cervical endometriosis by a loop electrosurgical excision procedure [J]. Fertil Steril, 2008, 89(4): e13-15.

(收稿日期:2011-10-09 修回日期:2011-11-22)