

# 利生导产汤联合地诺前列酮在足月妊娠分娩中的应用研究

陈红

温岭市第四人民医院妇产科, 浙江 温岭 317511

**[摘要]** 目的: 观察利生导产汤联合地诺前列酮在足月妊娠分娩患者催产中的效果。方法: 将 78 例足月妊娠分娩患者随机分为 2 组各 39 例, 对照组采取地诺前列酮催产, 观察组则行利生导产汤联合地诺前列酮催产, 比较 2 组临床疗效、不良反应、用药前后宫口开大速度、前列腺素  $E_{2\alpha}$  ( $PGE_{2\alpha}$ )、内皮素-1 (ET-1) 水平及分娩结局。结果: 总有效率观察组为 94.9%, 对照组为 74.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。阴道分娩率、剖宫产率、胎儿窘迫发生率观察组分别为 94.9%、5.1%、7.7%, 对照组分别为 74.3%、25.6%、30.8%, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组宫口开大速度、 $PGE_{2\alpha}$  及 ET-1 水平均较治疗前明显上升 ( $P < 0.05$ ); 而 2 组组间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。不良反应率观察组为 2.6%, 对照组为 5.1%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 利生导产汤联合地诺前列酮能明显促进宫颈成熟, 显著提高阴道分娩率, 降低胎儿窘迫发生率。

**[关键词]** 足月妊娠分娩; 催产; 利生导产汤; 地诺前列酮; 分娩结局

**[中图分类号]** R714.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0139-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.060

近年来, 临床多数医师建议符合试产适应证孕产妇行阴道分娩, 而阴道分娩顺利开展产后与宫颈成熟度密切相关<sup>[1]</sup>, 宫颈成熟不仅为引产成功的重要前提, 而且是分娩发动的必需条件<sup>[2]</sup>。目前临床常见催产、引产方法较多, 包括催产素、水囊、前列腺素等, 虽有一定的效果, 但存在一些不良反应, 对母婴多有弊端, 尤其是胎儿。为此, 为了帮助更多的足月妊娠分娩产妇顺利引产, 提高阴道分娩率, 笔者采取利生导产汤联合地诺前列酮对足月妊娠分娩患者行催产干预, 效果令人满意, 结果报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** ①符合《妇产科学》<sup>[3]</sup>相关诊断标准, 因协调性宫缩乏力或活跃期停滞需催产干预; ②单胎头位、初产妇且 NST 实验提示有反应型; ③足月妊娠; ④经医院伦理委员会批准, 患者及其家属知情同意。

**1.2 排除标准** ①软产道异常、难以阴道分娩产妇; ②胎儿窘迫征象; ③合并妊娠期高血压等严重并发症、传染疾病; ④明确要求剖宫产产妇; ⑤各用药依从性差等原因影响疗效者。

**1.3 一般资料** 观察病例均为 2013 年 5 月—2015 年 5 月本院收治的足月妊娠分娩催产患者 78 例, 按随机数字表格法将其分为 2 组各 39 例。对照组患者年龄 20~35 岁, 平均 (27.3±2.4) 岁; 妊娠 37~41 周, 平均 (39.5±1.0) 周。观察组

患者年龄 20~37 岁, 平均 (27.0±2.5) 岁; 妊娠 37~42 周, 平均 (39.6±1.1) 周。2 组年龄、妊娠周期等比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 予地诺前列酮催产。对产妇产道评估、宫颈评价后实施无菌催产: 于产妇阴道穹窿内置入地诺前列酮 [Controlled Therapeutics (Scotland) Limited 生产] 1 枚, 动态监测产妇宫缩 120 min, 若宫缩正常则可停止胎儿监护, 间隔 1 h 听胎心 1 次; 若宫缩异常 (过强或过频) 则将药物取出, 必要时采取宫缩抑制剂干预。通常情况下于正式临产或药物放置 24 h 后取药。

**2.2 观察组** 利生导产汤联合地诺前列酮催产。利生导产汤基本方: 益母草、当归各 30 g, 人参 25 g, 川芎、牛膝各 20 g, 姜黄、代赭石各 15 g。每天 1 剂, 水煎取汁 300 mL, 每次 100 mL, 每天 3 次, 临产前连续用药 3 天。地诺前列酮用药同对照组。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 观察记录 2 组临床疗效、不良反应、用药前后宫口开大速度、前列腺素  $E_{2\alpha}$  ( $PGE_{2\alpha}$ )、内皮素-1 (ET-1) 水平及分娩结局 (分娩方式、胎儿窘迫)。其中  $PGE_{2\alpha}$ 、ET-1 水平通过酶联免疫吸附测定。

**3.2 统计学方法** 采用统计学 SPSS19.0 软件处理数据, 计

**[收稿日期]** 2016-02-06

**[作者简介]** 陈红 (1979-), 女, 主治医师, 研究方向: 妇产科学。

数资料的比较采用 $\chi^2$ 检验,计量资料行 $t$ 检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 成功:用药后宫缩显著增强,宫口开大2~3 cm/h,总产程16 h以下,阴道分娩;显效:用药后宫缩增强,宫口开大1~2 cm/h,总产程16~24 h,阴道分娩;失败:用药后宫缩变化不大,宫口开大1 cm/h以下,产程进展不明显,剖宫产。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为94.9%,对照组为74.3%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	例(%)			总有效
		成功	显效	失败	
观察组	39	31(79.5)	6(15.4)	2(5.1)	37(94.9) <sup>①</sup>
对照组	39	27(69.2)	2(5.1)	10(25.6)	29(74.3)

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组用药前后宫口开大速度及生化指标比较 见表2。用药后,2组宫口开大速度、 $PGE_{2\alpha}$ 及ET-1水平均较治疗前明显上升( $P < 0.05$ );但2组组间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

组别	n	时间	宫口开大速度(cm/h)	$PGE_{2\alpha}$ (mg/L)	ET-1(ng/L)
观察组	39	用药前	0.65±0.32	5.28±2.21	2.46±0.22
		用药后	2.18±0.76 <sup>①</sup>	8.62±2.43 <sup>①</sup>	3.02±0.41 <sup>①</sup>
对照组	39	用药前	0.60±0.43	5.06±1.65	2.50±0.39
		用药后	2.10±0.85 <sup>①</sup>	8.01±2.69 <sup>①</sup>	2.81±0.53 <sup>①</sup>

与用药前比较,① $P < 0.05$

4.4 2组分娩结局比较 见表3。阴道分娩率、剖宫产率、胎儿窘迫发生率观察组分别为94.9%、5.1%、7.7%,对照组分别为74.3%、25.6%、30.8%,2组比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	例(%)		
		阴道分娩	剖宫产	胎儿窘迫
观察组	39	37(94.9) <sup>①</sup>	2(5.1) <sup>①</sup>	3(7.7) <sup>①</sup>
对照组	39	29(74.3)	10(25.6)	12(30.8)

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.5 不良反应 观察组宫缩过强1例(2.6%),对照组宫缩过强2例(5.1%),2组不良反应率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

#### 5 讨论

目前临床对于协调性宫缩乏力、活跃期停滞等临产并发症需借助相关药物及其他催产方式进行干预。中医学将上述临产症状归为难产范畴,最早记载于《肘后方》一书中。而《诸病

源候论·妇人难产病诸候》中也有论述:“产难者,或先因胎漏……产时未到,便即惊动,秽恶早下,致子道干涩,产妇力疲,皆令难也。”中医学认为,妇人难产多与气血不足、气滞血瘀有关,需通过益气养血、活血行气中药催产<sup>[1]</sup>。利生导产汤由益母草、当归、人参、川芎、牛膝、姜黄、代赭石等组成。方中益母草味辛、性凉,主要功效为活血化瘀调经消水,适用于胎漏难产、胞衣不下等病症;动物实验表明益母草能有效兴奋动物子宫,促进子宫收缩的同时增强其紧张度。当归味甘、性温,功能补血活血;人参味甘、性平,具有补气安神、补脾益肺功效;川芎性温,活血行气、止痛;牛膝主活血化瘀、补益肝肾、引血下行;姜黄辛苦、性温,功能破血行气、止痛;赭石凉血止血、重坠下行,可使“人参、当归升浮之性”下行。诸药合用,共奏活血化瘀、破血行气功效。根据现代药理学研究结果,利生导产汤中药所含成分的协同作用,可促使脑垂体后叶分泌催产素,刺激释放前列腺素以软化、扩张宫颈。同时,内含活血化瘀药物能有效促进局部血液循环,有利于宫内发育迟缓胎儿生长,减少胎儿窘迫发生。

宫颈成熟与孕期宫颈胶原纤维、氨基多糖量变化有关, $PGE_{2\alpha}$ 对宫颈直接作用致使胶原纤维、氨基多糖含量改变,可促宫颈成熟。ET-1主要是通过分泌发挥作用,通过提高血中 $PGE_{2\alpha}$ 达到促宫缩的目的<sup>[2]</sup>。本研究结果显示,2组用药后 $PGE_{2\alpha}$ 及ET-1水平较用药前均明显上升( $P < 0.05$ ),且用药后宫口开大速度均明显增快。表明利生导产汤联合地诺前列酮、单独地诺前列酮均能有效促进宫颈成熟,且可能是通过提高产妇血液中 $PGE_{2\alpha}$ 及ET-1水平发挥促宫颈成熟作用。另外,观察组有效率高于对照组、胎儿窘迫发生率低于对照组( $P < 0.05$ );表明利生导产汤联合地诺前列酮能有效促进宫颈成熟,显著提高阴道分娩率,降低胎儿窘迫发生率。

#### [参考文献]

- [1] 柯晓燕,陈宝艳,徐慧芳,等.加味八珍汤联合催产素对足月妊娠孕妇宫颈成熟影响的临床研究[J].中国中药杂志,2015,40(9):1821-1824.
- [2] 欧莉,赵鹏,程虎印,等.中药在促进产程方面的应用概况[J].江苏中医药,2010,42(3):80-81.
- [3] 谢幸,苟之丽.妇产科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:189.
- [4] 朱洁华,李军夕,张娟,等.缩宫催乳汤对产后产妇血清泌乳素、催产素的影响[J].现代中西医结合杂志,2014,23(35):3940-3942.
- [5] 蔡良良,胡玲卿,华玉蓉,等.催产助生汤对晚期妊娠宫颈成熟的影响[J].中国中西医结合杂志,2010,30(7):682-685.

(责任编辑:冯天保)