DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.030

足月高危孕妇低位水囊引产100例分析

阳光珍 谯淑平 （西南医院 妇产科）

对某些高危孕妇择期终止妊娠是降低母婴死亡与患病率的重要措施之一。但常因宫颈成熟不良，引产不易成功，因此，我院采用低位水囊引产法来刺激子宫低段诱发宫缩，促进宫颈成熟、扩张，使其类似生理性的分娩发动。进入潜伏期后取出水囊，用人工破膜、催产素静脉点滴等方法，促进阴道分娩。实践证明此法简单、经济、安全、有效、不需特殊仪器，便于推广。故特选择100例37周至42^{+6}周高危孕妇作前瞻性观察分析，取得100%引产成功率，未发生并发症，母婴均平安出院。

1 资料和方法

1.1 病例选择 1989年1月至1990年4月因某些高危因素住院的37周～42^{+6}周、头位、单胎，初产妇，无明显头盆不称，全身或局部无急性感染征象，胎膜未破，无先兆临产或临产征兆。B超检查胎盘位置正常，需要终止妊娠者，连续100例为置囊对象。病例种类及宫颈评分。如表1。

1.2 水囊的制作及放置方法 用14号尿管，头端插入双层避孕套内5 cm，排尽夹层内空气，用线将避孕套紧缚于尿管上，高压消毒备用。外阴、阴道常规冲洗消毒，用1‰的新洁尔灭液反复擦洗宫颈阴道，再用5%碘酒消毒宫颈及穹窿。行羊膜镜检查，羊水清亮者，即将水囊送入宫颈至避孕套末端进入子宫内口为度，注入生理盐水250ml，线扎尿管末端，纱布包裹置入阴道穹窿内。放水囊时，避免接触阴道壁及反复操作。

置囊后，孕妇可自由活动，待出现规律宫缩，有便意感或指肛检查有水囊感，可完整取出水囊或水囊自掉，宫口开大2cm～3cm，即行人工破膜，根据宫缩情况加催产素静滴。

1.3 随机连续抽取1988年11月～12月未用水囊正常分娩（第1胎）作正常对照组，比较两组间分娩方式，母、胎病率的差别，以便鉴定水囊引产的利弊。

2 结果

2.1 放置水囊后出现宫缩时间，2h内出现宫缩者66%，最长为11h；置囊后出现规律宫缩时间，16h以内者为73%，最长为24h；总产程12h以内57例，占73%（57/79），最长20h20min；置囊到分娩时间，24h以内58例，占74%(58/79)，24h以上21例，平均20h24min。剖宫产21例，置囊后24h以内手术者17例。如表2。

表1 病例种类及宫颈评分

病例种类	Bishop宫颈评分 ≤2	3	4	5	6	≥7	合计
过期孕（42周以上）			2	1	1		4
延期孕（40^{+1}周～41^{+6}周）	1	7	10	19	10	5	52
妊高征	1	1	2	1	1		6
羊水过少（≤3cm）		6	9	11	8	2	36
妊娠瘙痒			1			1	2
合计	2	14	24	32	20	8	100

表2 放置水囊距出现宫缩、规律宫缩及分娩时间

时间	出现宫缩时间（先兆）	规律宫缩时间（开始进入潜伏期）	阴道分娩	剖宫产
≤ 2°	66	1		
— 4°	23	11		
— 6°	7	15	2	
— 8°	1	15		1
—10°	2	9	4	1
—12°	1	10	3	
—16°		12	8	1
—18°		17	4	1
—24°		10	37	13
>24°			21	4
合计	100	100	79	21

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.2 置囊组与正常分娩对照组比较分娩方式及母、儿并发症无差异。如表3。

表3 置囊组与对照组5项指标比较

组别	分娩方式				胎儿窘迫	新生儿评分 Apgar ≤7	产后出血	产后病率
	自产	胎吸	产钳	剖宫产				
置囊组 $n=100$	70	8	1	21	15	6	3	0
对照组 $n=100$	65	15	2	18	21	5	10	5

3 讨 论

本文应用低位水囊引产法，使有终止妊娠指征与条件的晚期孕妇，从促宫颈成熟，诱发宫缩到分娩取得较好效果。为终止妊娠提供一种简便易行的方法。现就水囊引产的优点，机制，放水囊时机及并发症防治问题讨论如下。

3.1 优点 本文沿用中期孕水囊引产法，于胎儿成熟又存在高危因素者，不论宫颈成熟与否均可应用。水囊可促进宫颈成熟，剥离低段胎膜，刺激诱发宫缩，达到引产目的。操作简单，产妇痛苦少。为加速分娩，于宫口开大 3 cm 左右即取囊，破膜加静滴催产素，效果极好，除因产科情况作剖宫产者外，均能在置囊后24h内结束分娩。减少了过期妊娠的发病率及围产儿死亡率。

3.2 机理 水囊引产的机理除与宫腔机械压力和宫颈神经反射有关外，水囊位置低，使子宫下段的胎膜剥离，蜕膜细胞的溶酶体被破坏，释放出溶酶体酶——磷酸酯酶 A_2，使花生四烯酸由脂化型转变为非脂化型，从而促进前列腺素合成，可使子宫颈迅速成熟，并诱发宫缩，而达到引产目的。

3.3 放、取水囊的最佳时间 本组放置水囊后89%在 4 h内出现宫缩，进入规律宫缩平均10h34min，100%总产程均未超过24h。多数在宫口开大 2 cm～ 3 cm时水囊自掉。故最好在17h左右放水囊，至次日 8 时～ 9 时取水囊，同时人工破膜加催产素静滴，则能在放囊后24h内，白天完成分娩。给助产工作带来方便。

3.4 并发症的预防 水囊引产的并发症有感染，先露异常，胎盘早剥等。

3.4.1 感染：本组无感染发生有以下几点经验：①适应症选择较严格；②强调无菌操作技术；③阴道、宫颈及穹窿部消毒认真；④水囊在宫腔内停留的时间短暂、最多不超过24h。⑤曾随机抽出10例作阴道分泌物培养，全部为阴性。

3.4.2 本组有 1 例，宫口开全，因复合先露（头、手），胎儿手脱出阴道，即行剖宫产结束分娩，新生儿评10分。此 1 例复合先露的发生，是否因水囊置入后占据子宫下段空间，将先露抬高，导致胎位改变尚待今后观察证实。

3.4.3 本组有 1 例胎盘早剥，病人因重度妊高征行水囊引产终止妊娠，宫口开大 3 cm时，因胎儿宫内窘迫行剖宫产。术中发现胎盘有1/6早剥，胎盘附着在宫底部，离水囊甚远，胎盘早剥可能与重度妊高征有关。

（收稿：1990.07.04；修回：1991.01.11）

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net