

时的健康状况指标,Apgar 1 分钟、5 分评分、胎粪污染程度和因新生儿疾病而要进入重症监护室的机率。

1.3 处理方法 正常者 1 周检测 2 次。可疑者进行羊水指数评估,羊水过少视为异常,如果羊水正常 24h 内重新检测。异常者 24h 内分娩。

1.4 统计方法 使用 SPSS 11.5 进行 *t* 检验和 χ^2 检验。

2 结果

孕妇情况及监护结果如表 1 所示,Doppler 组可疑数较多($P<0.01$),异常数也有明显区别。表 2 显示 2 组胎儿出生时身体状况无显著性差别,但是 Doppler 组的剖宫产率显著低于 NST 组($P<0.01$)。表 3 显示导致剖宫产的各类原因,因为孕妇被随机分为 2 组,所以在胎位异常、产程异常和其他原因方面无明显区别,而在胎儿宫内窘迫的情况下,差异有显著性($P<0.01$)。

表 1 孕妇情况及监护结果									
组别	<i>n</i>	孕龄/周	异常可疑数	过期产	胎动减少	糖尿病	IUGR	妊高征	例
NST 组	524	39.9	41	21	238	128	55	45	75
Doppler 组	502	39.7	22*	71**	243	122	52	34	65

注: *2 组相比, * $P<0.05$; ** $P<0.01$ 。

表 2 胎儿出生时情况				
组别	Doppler 组	NST 组	例(%)	
Apgar 1min 评分 ≤ 4 分	25 (5.0)	30 (5.7)	<0.01	
Apgar 5min 评分 ≤ 7 分	13 (2.6)	17 (3.2)		
因胎儿窘迫剖宫产	25 (5.0)	51 (9.7)		
总剖宫产数(除外窘迫)	127 (25.0)	139 (26.5)		
胎粪污染 $\geq II^{\circ}$	107 (21.0)	132 (25.2)		
进重症监护室例数	14 (2.8.0)	19 (3.6)		
出生体重(g)	3 564 $\pm$ 536	3 542 $\pm$ 627		

表 3 剖宫产的原因分析				
	<i>n</i>	胎位异常	产程异常	胎儿宫内窘迫
Doppler 组	152	18 (11.8)	93 (61.2)	25 (16.4)
NST 组	190	20 (10.5)	102 (53.7)	51 (26.8)*

注: 2 组对比, * $P<0.01$ 。

3 讨论

胎儿因为缺氧、宫内窘迫等原因可以引起胎儿心电的异常,常常表现在基线及减速方面的改变。Kobayashi^[1]等人的研究显示,NST 在围生期胎儿发病率检测的敏感性为 60%,特异性不足 50%。而在 Vergani^[2]的研究中显示通过 NST 监护的胎儿与对照组相比,进入新生儿重症监护室、剖宫产、低 Apgar 分等方面无明显减少。

近来的研究表明,超声多普勒检测高危孕妇胎儿脐动脉血流,对于 S/D 大于 3 的病例,大多数均伴有胎盘功能不全^[3],通过超声监护,能明显减少新生儿的发病率。Williams^[4]研究显示可使围生期胎儿的发病率下降 29%。

本研究显示,用超声检测脐动脉血流作为一种胎儿监护手段,能减少宫内窘迫患儿的剖宫产率。与 NST 组相比,有更多的病例需要引产,这可能与超声检测脐动脉血流对胎盘功能更为敏感有关,但是引产的增加并没有增加剖宫产率和新生儿的并发症,对产程也无明显影响。在宫内窘迫的剖宫产率中,妊娠高血压综合征的差异最显著,而超声多普勒在这方面具有明显的优势,原因是胎儿的宫内窘迫常常由胎盘功能减退引起,而在这一点的检测上,超声多普勒要比 NST 敏感。Kopecky^[5]等研究显示,超声多普勒能提前 7d 检测出异常表现,并提示临床采取措施,从而改善胎儿的健康情况。

综上所述,在高危孕妇中应进行超声多普勒检测,对于可疑病例需要参考羊水指数,这样能使胎儿预后不良得到早期发现,进而早期采取措施,达到提高胎盘功能、改善胎儿状态的效果,从而使胎儿能够避免剖宫产而进行经阴道分娩。这样,将大大提高胎儿及其母亲的身体健康质量。

参考文献

[1] Kobayashi H,Yoshida A, Kobayashi M,et al. A new computerized analysis to precisely evaluate heart rate variability during the nonstress test[J].Am J Perinatol, 2003, 20(2): 77~85

[2] Vergani P,Roncaglia N,Andreotti C. Prognostic value of uterine artery Doppler velocimetry in growth-restricted fetuses delivered near term[J].Am J Obstet Gynecol,2002, 187(4): 932~936

[3] 赛西亚,王艳萍.超声胎儿生物物理评分及多普勒检测胎儿血流在晚期妊娠的应用[J].中国超声诊断杂志, 2003, 4 (4): 318~319

[4] Keith P Williams,Duncan F,Jerome D,et al.Screening for fetal well-being in a high-risk pregnant populationcomparing the nonstress test with umbilical artery Dopplervelocimetry: A randomized controlled clinical trial [J].Am J Obstet Gynecol,2003, 188: 1 366~1 371

[5]Kopecky EA,Ryan ML, Barrett JF. Fetal response to maternally administered morphine [J].Am J Obstet Gynecol, 2000, 183 (2): 424~430

(收稿日期: 2005-09-17)

氟罗沙星与头孢哌酮、头孢匹胺钠存在配伍禁忌

韩风云

(山东省莱芜市中医医院 莱芜 271100)

关键词: 氟罗沙星; 头孢哌酮; 头孢匹胺钠; 配伍禁忌

中图分类号: R 969.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)02-0011-01

随着医学的不断发展,一些新药的配伍禁忌未列入《静脉药物配伍禁忌表》中,如在临床上治疗外科术后病人,为防治术后感染,常采用氟罗沙星葡萄糖注射液 100mL(含氟罗沙星 0.4g,葡萄糖 5.0g)静滴 1 次/d 与 5%GNS250mL,头孢哌酮钠 2.0g 输注 1 次/d。当输完氟罗沙星换输头孢哌酮钠时,即可见茂菲氏管内液体出现乳白色混浊,调换液体顺序,结果再次出现上述现象。

临床上用氟罗沙星与头孢匹胺钠同用时,为保证安全,

用注射器将 1mL 氟罗沙星葡萄糖注射液与头孢匹胺钠溶液 1mL 抽在一起,注射器内先出现白色混浊,随即出现白色块状物,与头孢噻肟钠溶液则无此反应。

临床、试验证明,氟罗沙星与头孢哌酮钠、头孢匹胺钠存在配伍禁忌,如需联合用药时,最好在氟罗沙星、头孢哌酮钠或氟罗沙星与头孢匹胺钠中间换输其它液体,避免两种药物直接接触而产生沉淀。

(收稿日期: 2005-09-12)