

缩宫素引产在计划分娩中与头位难产的关系探讨

欧阳巧灵 彭淑霞 肖秋萍
(江西省泰和县人民医院 泰和 343700)

关键词: 头位难产; 计划分娩; 缩宫素

中图分类号: R 714.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0069-01

表 1 2 组最终分娩方式和头位难产发生率的比较 例(%)

组别	n	顺产数	头位难产	
			胎吸或产钳	剖宫产
引产组	910	748(82.2)	110(12.1)	52(5.7)
对照组	976	870(89.1)	86(8.8)	20(2.0)
合计	1886	1618(85.8)	196(10.4)	72(3.8)

3 讨论

近十几年来由于普遍施行计划分娩,使缩宫素的应用更加广泛,诸多文献讨论了缩宫素的正确使用。我们施行计划分娩的目的是经过人为干预加速产程进展,使分娩结束在人力、物力相对集中的白天,以期降低头位难产率和母婴并发症。缩宫素使用不当,不必要或过分的干预,其结果是计划分娩中,缩宫素用量越大,持续时间越长,次数越多,其头位难产发生率越高。总结分析其原因有以下几点: (1) 过分强调白天结束分娩,而对产妇的监护措施不全,不能做到全程有人守护,因而不能真正做到因人而异调整合适缩宫素用量和浓度,而持续大量、长时间、多次使用缩宫素,致使子宫对缩宫素的敏感性下降,产妇精神过度疲劳或紧张,使子宫收缩乏力,或不协调性子宫收缩等,影响胎头分娩的正常机转如内旋转受阻导致持续性枕后位或枕横位等,导致头位难产。(2) 医护人员对缩宫素引产成功的其它条件重视不够,如分娩是一项生理活动,单纯追求日间分娩率,违反了其自然分娩规律进展。此外,缩宫素使用不当,导致子宫强直性或不协调性收缩,产程无进展,同时降低了子宫胎盘血流量,导致胎儿宫内窘迫,增加了剖宫产的发生率等。

(收稿日期: 2007-04-11)

解临床体征检查,必要时亲自做一次腹部触诊检查。(4) 当超声检查中首先发现上腹部积液时,应同时检查盆腔,若此时子宫未见明显异常而发现盆腔结构紊乱应将探头有顺序的自上而下探查宫外有无妊娠囊及囊内胚胎,或有无混合回声包块,在可疑病灶处一定要作探头压痛试验,以判断真正的病灶所在。相反首查盆腔积液时,也应切记扫描上腹部是否有积液,但应注意不能单凭腹腔积液来确立异位妊娠的诊断。(5) 另外尚需注意与黄体破裂相鉴别,黄体破裂的发病率远小于输卵管异位妊娠的发生率。

总之,超声检查是临床医生诊断输卵管异位妊娠的首选而有效的辅助检查方法,而正确识别各种类型的输卵管异位妊娠的超声图像特点是降低误诊率、提高诊断有效性的有效手段。

参考文献

[1]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.165
[2]周永昌,郭万学.超声医学[M].第3版.北京:科学技术文献出版社,1998.1 208
[3]张惜阴.实用妇产科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2003. 73

(收稿日期: 2007-03-21)

缩宫素有引发及加强宫缩的作用,是产科引产常用的有效药品,但使用不当可危及母婴的生命安全。本文回顾 5 年来住院分娩应用催产、引产计划分娩与自然进入产程 2 组病例资料,以探讨计划分娩中应用缩宫素引产与头位难产的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002 年 2 月~2007 年 2 月间,孕足月单胎头位住院分娩初产妇中,凡有产道异常、胎儿发育异常、重度妊高征、前置胎盘等合并内外科疾病者均不列入观察范围。

1.2 分组与方法 符合观察要求者共 1 886 例,有引产指征且无宫缩者列为缩宫素引产组共 910 例,适于每日上午 9 时前实施计划分娩,根据宫颈评分情况给予人工破膜,尔后用缩宫素 3U 加入 5%葡萄糖液 500mL 中静脉点滴,开始滴速 6~8 滴/min,15min 后根据宫缩情况调整滴速,当日不成功者,次日继用,头 2d 每天缩宫素总剂量不超过 20U,连用 3d 不成功者采用其它方法处理。对照组 976 例,有规律宫缩不用其它措施干预产程进展者列入此组。2 组产妇的年龄、孕周无显著性差异。

2 结果

2.1 2 组最终分娩方式比较 缩宫素引产组(引产组)剖宫产率和胎头吸引及产钳助产率明显高于对照组,差异有极显著性, $P<0.05$, 见表 1。

2.2 引产组头位难产率与缩宫素剂量关系 引产组头位难产的发生率与其缩宫素的应用剂量、次数、持续时间有关,剂量越大、次数越多、持续时间越长,其头位难产发生率越高,且胎儿宫内窘迫发生率也随之上升。

自身血管搏动,胎心管搏动频率在 140~180 次/min,高于患者心率。对于无胎心管搏动的孕囊型输卵管异位妊娠还应与妊娠黄体囊肿鉴别,后者边界不清,为单环样囊腔,无双环样稍强回声囊壁结构。对于彩环型输卵管异位妊娠而言,彩环结构对确诊本型有较特异的诊断价值,其病理结构为肿胀的输卵管壁与滋养细胞层所构成。避免漏诊的关键是熟悉声像图特点,能清楚识别彩环结构,适度加压可起到推开肠管便于病灶显示的作用,对盆腔进行广泛细致地扫查,也是避免漏诊的有效措施。对于包块型输卵管异位妊娠而言,主要包括流产型输卵管异位妊娠和破裂型输卵管异位妊娠,两者的鉴别主要依据腹痛时间的长短以及腹、盆腔积液的量。一般认为腹痛病程时间长,而腹、盆腔积液量又较少者为流产型输卵管异位妊娠,反之则为破裂型输卵管异位妊娠。此型中探头加压痛阳性常提示病灶所在部位。

要正确诊断此病,尽可能地减少漏诊及误诊,对于超声检查医生而言还应特别注意如下几点: (1) 采集病史(包括月经史、婚育史、性生活史、腹痛特点、尿妊娠试验结果等)。(2) 观察患者面色表情及就诊时的体态,如是否有贫血貌。(3) 了