

13 例肩难产助产的体会

曾敏红

(江铜集团 < 铅山 > 医院 江西铅山 334506)

关键词: 肩难产; 助产; 体会

中图分类号: R 714.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0077-01

肩难产是指胎儿胎头娩出后, 胎儿前肩被嵌顿于骨盆入口上方, 用常规助产方法不能娩出的一种分娩并发症^[1]。为提高对肩难产的处理技能, 正确处理肩难产, 降低母婴并发症, 对我院肩难产 13 例进行了回顾性分析, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 13 例肩难产产妇, 年龄 18~42 岁, 平均 25 岁; 孕周 38~43 周; 初产妇 11 例, 经产妇 2 例; 既往有巨大儿分娩史 1 例; 均为单胎及枕前位。

1.2 分娩情况 活跃期延长 2 例, 第二产程延长 1 例, 头吸引产 2 例。13 例均行会阴侧切术。

1.3 分娩结局 母体情况: 产后出血 1 例, 软产道损伤 1 例。新生儿情况: 新生儿体重 3 600~4 800g, 体重 >4 000 g 者 7 例 (53.85%); 胎儿无畸形; 出院检查新生儿完全正常。

2 助产方法

当胎头在会阴部暴露而又回缩, 见不到胎儿颈部, 分娩不再进展, 此时要高度怀疑有肩难产的可能, 应立即行阴道检查, 如能查清前肩嵌顿于耻骨上方, 双肩径位于骨盆前后径上时, 即可诊断为肩难产。此时, 必须沉着冷静, 首先清除胎儿口鼻腔黏液; 若会阴侧切口过小应延长切口, 在台下助手协助下, 采取以下助产手法快速而安全地娩出胎肩。

2.1 采用屈大腿法 让产妇屈曲双大腿, 并压向其腹部, 相当于蹬位姿势。此方法使骨盆倾斜度变小, 腰骶部前凹变直, 骶骨位置相对后移, 骨盆入口的有效径线增大, 并得到充分的停药后 1 周复查血 HCG 降至正常范围, 出院后随访, 1 个月均恢复正常月经。

2 讨论

宫颈妊娠的原因目前尚不清楚, 多数学者认为可能和下列因素有关: (1) 受精卵运行过快, 以致于到达宫腔时宫内膜尚未完全成熟, 或 (及) 受精卵尚无种植能力而继续下行进入宫颈管种植。 (2) 剖宫产、人工流产、胎盘残留刮宫术等使子宫内形成瘢痕或粘连, 不利于受精卵着床。 (3) 子宫发育不良、子宫畸形、子宫肌瘤等使宫腔变形。本文 20 例均有人流刮宫史, 8 例有剖宫产史。由于宫颈主要由纤维组织组成, 肌肉组织少, 平滑肌细胞仅占 10%^[2]。受精卵着床处蜕膜发育不良或缺如, 加上颈管血管丰富, 临床上主要表现为停经后阴道流血或血性分泌物, 也可间歇性阴道大量流血, 易误诊为难免流产、过期流产而盲目行清宫术, 由于宫颈平滑肌少, 应用缩宫剂效果差, 血窦难以闭合而造成术中大量出血。我院 3 例误诊过期流产, 清宫时出血量最多达 600mL。为提高诊断率, 本人认为应做到以下几点: (1) 提高对本病的认识度和警惕性。 (2) 第一次妇检时, 认真仔细, 发现宫颈显著膨大、变软、着色, 膨大的宫颈上方可及正常大小的子宫体, 子宫整

利用, 升高耻骨联合, 增大出口平面。采用此种方法有 4 例顺利娩出胎儿。

2.2 采用屈大腿加耻骨上加压法 即让产妇大腿屈曲并压向其腹部, 同时让助手在耻骨上加压 30~60s。置在耻骨联合上方加压的手必须放在胎儿前肩上, 使胎肩内收或前肩压下通过耻骨联合, 开始这种压力可以是持续的, 如果无法娩出胎儿, 则改用间断加压, 使胎肩在耻骨联合后解脱出来。采用此种方法有 9 例顺利分娩出胎儿。

3 体会

肩难产是一种棘手的产科急症。采取正确的助产手法, 能有效减少肩难产及肩难产造成母婴并发症的发生。本文 13 例肩难产取得良好效果, 我们体会如下:

3.1 产前正确估计胎儿体重 胎儿体重与肩难产关系最为密切, 正确估计胎儿体重对于避免肩难产至关重要。巨大儿的发生主要与遗传、产次、营养、孕妇患轻型糖尿病及过期妊娠有关。巨大儿之所以容易发生肩难产是由于其躯体发育大于头的发育, 其胸围加上双臂, 实际周径大于头围, 致使胎头娩出后前肩嵌顿造成肩难产。因此, 产前应正确估计胎儿体重, 对疑有巨大儿者应详细进行产前检查及 B 超检查, 测量胎儿双顶径、头围、股骨长、双肩径等。

3.2 正确测量骨盆出口大小 巨大胎儿肩难产多系骨盆出口相对偏小^[3]。因此, 正确测量骨盆出口后矢状径与坐骨结节径之和 ≤16cm 时, 巨大胎儿应做剖宫产术^[4]。(下转第 80 页) 体呈葫芦状, 应想到本病可能。 (3) 紧密结合 B 超, B 超检查诊断率为 85.7%^[3]。

宫颈妊娠的治疗在上世纪 80 年代前绝大多数以子宫切除丧失生育能力而告终。近年来, 由于保守治疗方法的不断改善, 使得保守治疗的成功率达到了一个较高水平, 各文献报道不尽一致, 我院为 90%, 为保全患者的生育功能、提高生活质量起到了积极意义。MTX 作为一种抗代谢药物, 是叶酸的拮抗剂, 可与二氢叶酸还原酶结合, 使四氢叶酸形成障碍, 从而干扰 DNA 合成, 滋养细胞对此药高度敏感, 用药后, 滋养细胞生长受阻, 从而使胚胎停止发育, 终被吸收, 被广泛用于保守性治疗。我院采取 MTX 宫颈局部用药, 它较全身用药有以下优点: (1) 局部药物浓度高; (2) 作用强, 作用快; (3) 用药量少; (4) 几乎无不良反应。我院 18 例保守治疗成功者均为局部用药 2 次, 停药后 1 周血 HCG 下降至正常。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 110
[2] 杨太珠, 彭芝兰, 贺廷富. 宫颈妊娠的诊治分析 [J]. 实用妇产科杂志, 1999, 15(6): 318-319
[3] 杨仙卿. 宫颈妊娠的 B 型超声诊断 [J]. 中国超声医学杂志, 1998, 14(6): 64-65

(收稿日期: 2008-06-16)

高龄患者开胸术后并发心律失常的护理

辛小云

(江西省胸科医院 南昌 330006)

关键词: 高龄患者; 开胸术后; 心律失常; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0080-01

随着人口老龄化的趋势, 须进行手术治疗的高龄患者逐渐增多。有文献报道^[1]高龄患者术后发生心律失常为 58.1%, 主要是因老年人体质较弱, 且伴有不同程度的心肺功能减退, 心肺代偿能力差, 对手术创伤、麻醉、失血等耐受能力差所致。我院胸外科自 2003 年 3 月~2006 年 5 月为高龄患者进行开胸手术治疗 42 例, 现将护理体会介绍如下:

1 临床资料

- 1.1 一般资料 本组病人 42 例, 男 30 例, 女 12 例, 年龄 60~80 岁。术前心电图异常 6 例, 有高血压史 5 例。手术方式: 全肺切除加淋巴结清扫术 8 例, 肺叶切除术 19 例, 肺大泡摘除术 5 例, 食管癌切除术 6 例, 剖胸探查术 4 例。
- 1.2 结果 发生窦性心动过速 12 例, 房性早搏 2 例, 室性早搏 3 例, 房颤 2 例。经及时诊治和护理, 均恢复窦性心律。住院时间较同类手术延长 5~10d, 护理天数增加 4~6d。

2 护理

- 2.1 心理护理 心律失常多发生突然, 因突然增快或胸闷、心悸而产生紧张、焦虑、恐惧等应激心理反应。而这种应激性心理反应可引起体内儿茶酚胺分泌增多, 导致心跳加快、心肌耗氧量增加, 这些因素不利于心率的复转^[2]。根据高龄患者特点, 尽快使患者适应环境, 并以耐心、关切的言语做好患者的心理疏导。向患者及家属讲解有关方面的知识, 告知不良情绪对心电图检查的影响, 减轻紧张、恐惧心理, 使其情绪稳定, 增加安全及信任感, 以最佳的心理状态配合医护治疗。
- 2.2 心律失常护理 心律失常多发生于开胸术后 72h 内, 尤其是术后第 1 天发生率最高^[3]。原因是: 老年患者常合并高血压、冠心病, 心肌需要氧增加, 低血容量、低氧血症及迷走神经损伤等因素都可导致心律失常。因此, 术后使用心电监护十分重要, 尤其是术后 72h 以内, 有助于早期发现和治疗心律失常。对并发窦性心动过速、室性早搏、房颤者, 给予充分

- 氧疗, 保证有效的氧含量, 积极改善心肌的血氧供给。严重心律失常者给予药物治疗, 同时严密监测心率、心律的变化。
- 2.3 呼吸道护理 高龄患者由于术后麻醉、疼痛导致呼吸道分泌物滞留、排痰不畅, 或胸部绷带固定、长时间卧床限制了呼吸运动, 影响了肺的复张, 导致肺部感染, 加重心脏负担^[4]。因此, 术后咳嗽、排痰十分重要。在患者生命体征平稳情况下, 取半卧位。术后第 1 天开始协助进行有效咳嗽、排痰。嘱患者用膈肌进行深而慢呼吸、定期更换体位, 通过有节律地叩击患者背部, 使附着在肺泡周围及支气管壁的痰液松动脱落, 让患者有效地咳出。痰多不易咳出者采用雾化吸入, 3~4 次/d。对咳嗽无力者可以在患者吸气末指压胸骨切迹上窝气管处刺激咳嗽、咳痰, 或行纤支镜吸痰。
- 2.4 疼痛护理 术后切口剧烈疼痛可引起交感神经兴奋性增加而使心律加快。因此术后有效控制疼痛, 可以减少术后应激反应, 降低心律失常发生。术后我们均采用曲马多微泵静脉持续镇痛, 效果良好。对疼痛特别敏感的患者给予心理安抚、暗示疗法, 指导进行深呼吸、全身肌肉放松等。
- 高龄、术前合并有心血管并发症患者是开胸手术的高危人群, 术后因疼痛、缺氧等易引发心律失常。因此术后重点监护、有效镇痛、改善缺氧、保持呼吸道通畅是保证患者安全度过术后的重要措施。

参考文献

[1]张毅,黎玉梅,黄颖.肺癌术后患者心律失常的临床分析及护理[J].中华护理杂志,2001,36(8):597-598

[2]陈韶倩.开胸术后心律失常的监护[J].中华现代护理杂志,2006,3(3):86

[3]张卫东,赵惠如,李廷富.肺切除术后心律失常的临床分析[J].中华心血管外科杂志,2000,16(4):208

[4]崔玉森,周书之,王学敏.高龄肺癌围手术期呼吸指导及护理[J].中华护理杂志,2000,35(6):354-355

(收稿日期: 2008-05-15)

(上接第 77 页)

- 3.3 严密观察产程进展, 适时正确处理 巨大儿虽不是剖宫产的绝对指征, 但作为相对指征却越来越突出。对诊断巨大儿却又不愿首选剖宫产的孕妇, 可适当试产, 当产程进展顺利, 胎头自然娩出后, 肩娩出多不会出现困难。在阴道助产娩出胎头者, 应高度警惕肩难产的发生。如果在试产过程中出现产程延长、产程进展缓慢、头盆不称等, 应当机立断选择剖宫产术, 不应勉强经阴道分娩。特别是巨大儿伴产程阻滞者切忌冒险做困难的阴道助产。
- 3.4 提高助产人员助产技术 自 2004 年以来, 我院对所有产科人员进行了肩难产的培训, 通过模型进行强化训练, 使接生者能按要求进行规范操作。一旦遇到肩难产, 应避免慌乱, 忌用加压宫底及使劲牵拉胎颈, 以免造成胎儿严重损伤。按常规使用屈大腿法加耻骨上加压法, 可以解决绝大部分的

肩难产。屈大腿法使骨盆倾斜度变小, 增大了骨盆的有效空间。耻骨上加压法使胎肩内收, 缩小了胎儿双肩径, 故而使胎儿通过阴道分娩。本文 13 例肩难产均通过以上两种方法顺利经阴道分娩。虽然处理肩难产还有旋肩法、牵后臂娩后肩法等, 但这些方法均需助产者手进入阴道操作, 当胎头已娩出, 而胎肩嵌顿时, 阴道操作往往很困难。我们体会屈大腿法加耻骨上加压法是操作简便而行之有效的方法。

参考文献

[1]王长丽,牛秀敏.产科急症病例精编[M].济南:山东科学技术出版社,2001.304

[2]王若楷,李法升,刘长青.现代分娩学[M].北京:人民卫生出版社,1996.67

[3]吉木苏荣,陶格陶,李秀丽.巨大胎儿与骨盆出口关系的探讨[M].中国实用妇科与产科杂志,1998,14(3):103

(收稿日期: 2008-08-14)