

安定静脉注射联合人工破膜用于第一产程的临床观察

刘玮瑛

(江西省铅山县妇幼保健院 铅山 334500)

关键词:安定;人工破膜;第一产程

中图分类号:R 717

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.049

随着社会初产妇年龄的增大,对分娩的恐惧和焦虑等,我院近年来在产妇入院后开展健康教育调整产妇心理状态的基础上,对潜伏期超过 8 h 的初产妇采用安定静脉注射联合人工破膜,必要时小剂量缩宫素静脉滴注的方法,有效地促进宫口扩张,缩短产程,降低剖宫产率。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 1 月~2010 年 6 月在我院正常足月分娩的初产妇,年龄 20~34 岁,孕周 37~42 周,自然临产,无明显头盆不称。B 超提示:单活胎,头位,羊水深 3~6 cm,胎盘成熟度 3 级,无妊娠合并症或并发症的初产妇共 160 例,随机分为观察组和对照组,每组 80 例。

1.2 方法 观察组所有产妇在潜伏期超过 8 h 后给予安定 10 mg 缓慢静脉注射,用药后 30 min 内由家属专人看护,以防产妇摔伤。待宫口开大 3 cm 后入产房,排空膀胱,取膀胱截石位,常规消毒外阴,作阴道检查,排除胎头前方伴有搏动的条索状物后(排除脐带先露),于宫缩间歇期用 6.5 号针头刺破羊膜,使羊水缓慢流出,观察羊水性状、量,破膜同时立即听取胎心音,破膜后 2 h 如宫缩乏力可用小剂量缩宫素静脉滴注。对照组按正常足月分娩常规处理,在宫缩乏力时应用小剂量缩宫素静脉滴注。

1.3 观察指标 整个产程观察产妇的一般情况、生命体征、胎心音、宫口扩张、先露下降、宫缩程度、羊水性状、分娩方式、手术指征、产后情况、胎儿及新生儿情况。

1.4 统计学处理 采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组宫口平均扩张率与第一产程平均时间比

较 见表 1。两组宫口平均扩张率、第一产程平均时间比较有显著性差异($P<0.01$)。

表 1 两组宫口平均扩张率与第一产程平均时间比较 ($\bar{X} \pm S$)			
项目	观察组		对照组
宫口扩张率(cm/h)	3.21±	1.77	1.52± 1.22
第一产程时间(h)	8.52±	4.10	14.18± 5.16

2.2 两组分娩方式比较 见表 2。观察组和对照组难产率分别为 10.00%、26.25%,两组分娩方式比较具有显著性差异($P<0.01$)。

表 2 两组分娩方式比较 例				
组别	n	自然分娩	产钳分娩	剖宫产
观察组	80	72	1	7
对照组	80	59	4	17

2.3 两组新生儿阿氏评分、产后出血比较 两组新生儿均未发生重度窒息,阿氏评分 <7 分者两组比较无明显差异($P>0.05$),产后出血 ≥ 500 mL 者分别为 3 例和 2 例,两组差异无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

由于社会的进步和发展,初产妇年龄的增大,越来越多的产妇对分娩恐惧、焦虑及精神紧张加上临产后体力消耗过多,极易疲劳,从而导致宫缩乏力或不协调性子官收缩,致使第一产程潜伏期延长,初产妇潜伏期正常约需 8 h^[1]。本文观察组对潜伏期超过 8 h 的产妇合理使用镇静剂安定静脉注射,可消除疲劳,减轻痛苦,顺利进入产程。安定具有镇静、催眠、抗焦虑以及较强的肌肉松弛作用,因它选择性作用于子宫颈,使宫颈平滑肌松弛,从而在有效的子宫收缩力作用下使宫口扩张加速和提高子宫收缩力。安定的中枢性肌肉松弛作用解除了子宫颈口痉挛,加速宫口扩张,同时减少儿茶酚胺的释放,有助于子宫收缩。

另外,宫口开大 3 cm 进入活跃期,适时选择人工破膜,破膜后,胎头直接紧贴子宫下段及宫颈内

保妇康凝胶治疗 HPV 感染,能有效减小 HPV 病毒载量甚至消除 HPV,3 个疗程以上效果比较确切,而且使用保妇康凝胶时无明显副反应,对宫颈柱状上皮移位者疗效非常显著,故值得推广使用。

参考文献

[1]邢同芳,吴海燕.宫颈癌与 HPV[J].中国科技纵横,2012,8(17):232
[2]董海新,刘燕,汤玉美,等.宫颈病变患者 HPV 基因亚型转阴情况的研究[J].分子诊断与治疗杂志,2012,4(1):23-25

(收稿日期:2012-11-07)

基因片段整合到宿主的 DNA 上,导致 HPV 持续感染,从而引发相应部位发生恶性病变。研究发现 HPV 感染可自行转阴,但通常需要 6~18 个月甚至更长时间,且与患者自身机体的免疫状态、性行为、性伴性行为、吸烟、口服避孕药、营养状况及分娩等密切相关^[2]。本研究中治疗组 3 个疗程 HPV 转阴总有效率达 75.0%,而对照组转阴率为 5.0%。提示用

单腔水囊压迫止血用于产后出血的临床观察

肖卫荣

(江西省丰城市妇幼保健院 丰城 331100)

关键词: 产后出血; 单腔水囊; 止血

中图分类号: R 714.461

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.050

产后出血是指胎儿娩出后 24 h 内出血量超过 500 mL, 为分娩期严重并发症及孕产妇死亡的主要原因^[1-2]。及时而有效的治疗方法可以减少出血, 从而保留子宫, 有利于产妇的身心健康。因此探讨一种安全、简捷、有效的止血方法成为产科医师关注的热点。我院 2009~2011 年采用单腔水囊压迫止血治疗产后大出血, 收到满意效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 7 月~2011 年 2 月在我院住院分娩 3 126 例, 发生产后出血共计 47 例, 其中 36 例采用单腔水囊压迫止血, 年龄为 20~38 岁, 平均 29 岁; 初产妇 14 例, 经产妇 22 例; 孕周为 35~42 周; 阴道分娩 7 例, 占 19.4%, 剖宫产 29 例, 占 80.6%; 出血原因为前置胎盘 8 例, 胎盘早剥 2 例, 巨大儿 7 例, 胎盘粘连 2 例, 子宫收缩乏力 17 例。36 例患者出血量为 500~2 000 mL。

1.2 放置水囊指征 胎儿娩出后, 经缩宫素、卡孕栓及按摩子宫、局部出血点缝扎等方法处理后效果不好, 仍不能控制出血, 当出血量达到 500 mL 或有大出血倾向时即采用单腔水囊压迫止血。

1.3 水囊放置方法 阴道分娩的产妇取膀胱截石位, 常规消毒外阴、阴道, 将单腔水囊送入宫腔底部, 注入无菌生理盐水 200~350 mL, 水囊导尿管的另一端连接引流袋, 观察宫腔出血情况。剖宫产术中水囊的放置方法不同之处: 从子宫切口处放置水囊, 用卵圆钳夹持导尿管, 从宫颈管至阴道送出, 由台下助手连接引流袋和注水, 见无出血后缝合子宫切口, 术中注意避免缝到水囊, 术后观察出血量。

1.4 一般治疗 放置水囊后严密观察患者生命体征、宫底高度、子宫出血情况。术后常规给予广谱抗生素 3~5 d 预防感染, 并于缩宫素静脉点滴, 同时注

意保持外阴清洁。

2 结果

36 例产后出血患者放置水囊期间出血量为 20~60 mL。水囊 24 h 后取出, 取水囊前同时静脉点滴缩宫素及备好血, 取出水囊后均无明显阴道出血, 止血有效率达 100%。患者平均住院天数 4~8 d, 住院期间生命体征平稳, 子宫收缩良好, 阴道出血少。产后 42 d 随访, 子宫复旧好。

3 讨论

胎儿娩出后 24 h 内阴道出血量超过 500 mL, 称为产后出血, 80% 发生在产后 2 h 内, 产后出血是分娩期严重并发症, 是孕产妇死亡的主要原因。产后出血的发生率占分娩总数的 2%~3%, 由于测量和收集血量的主观原因, 实际发生率更高。产后出血的常规处理方法为按摩子宫、缩宫素及前列腺制剂的应用、宫腔填塞纱布, 上述方法无效时可开腹行子宫动脉上行支结扎术或双侧髂内动脉结扎术, 成功率仅为 42%^[3], 或开腹行 B-Lynch 缝合术, 但都操作复杂, 在紧急情况下会耽误抢救时间。近年来开展的髂内动脉或子宫动脉栓塞术, 虽然是一种成功率高、不良反应小的止血方法, 但其操作技术要求高, 费用也高, 很难在基层医院推广应用。当上述方法均无效时, 切除子宫是挽救产妇生命的唯一方法。虽然保住了生命, 但切除子宫不仅破坏了盆腔的解剖结构, 造成孕龄妇女永久性器官缺失, 而且切除子宫还影响卵巢的血液供应和内分泌功能, 继而出现卵巢早衰, 导致患者冠心病的发生率增高、围绝经期综合征和骨质疏松症的提早出现, 严重影响患者身心健康。因此, 对于生育年龄的妇女保留子宫尤为重要。

我院自 2009 年 7 月~2011 年 2 月使用单腔水囊注射联合人工破膜应用于第一产程, 临床效果显著, 明显缩短产程, 加速产程进展, 降低剖宫产率, 对母婴无不良影响, 安全有效, 简便易行, 值得推广。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010. 182-183
(收稿日期: 2012-09-11)

口, 引起反射性子宫收缩, 加速产程进展^[4]。早期人工破膜有利于观察羊水性状, 及早发现胎儿宫内异常, 尽早处理, 正常情况下胎膜多在宫口近开全时自然破裂, 但此时很多产妇已出现不同程度的羊水异常, 胎儿可能出现宫内窘迫, 因此早期人工破膜可降低新生儿窒息率。综上所述, 笔者认为安定静