

表 3 两组临床效果比较

组别	n	优(例)	良(例)	差(例)	总有效率(%)
A 组	20	18	1	1	95.00*
B 组	20	0	4	16	20.00

注:与 B 组相比,\* $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

硬膜外麻醉后寒战发生率高,一般认为与多种因素相关,如室温过低、输入大量低温液体、局麻药温度、心理因素等,最重要的还是椎管内麻醉后深部温度的降低和未阻滞区域的血管收缩,阻滞区域内的血管舒张使体内的大量热量再分布到周围组织,加上术中输入低温液体、手术室温度较低,使得深部温度下降,触发寒战反应<sup>[2]</sup>。右美托咪定是一种  $\alpha_2$  肾上腺素能受体激动药,它作用于脑和脊髓的  $\alpha_2$

受体,产生镇静抗寒战等效应<sup>[3]</sup>。因此其抗寒战作用明显。本组研究结果显示,使用右美托咪定的患者无 1 例发生过度镇静,所有患者均能安静入睡,且可唤醒。两组相比生命体征平稳,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。综上所述,小剂量右美托咪定对硬膜外麻醉后产生寒战的患者有很好的作用,且呼吸抑制轻,值得临床推广。

#### 参考文献

- [1]张红,冯艺.全身麻醉术后寒战相关危险因素的研究[J].临床麻醉学杂志,2010,26(3):203-205
- [2]林琴,钱彬.右美托咪定和曲马多治疗术后寒战的比较[J].临床麻醉学杂志,2011,27(5):473-474
- [3]孟庆花,徐咏梅.椎管内麻醉后寒战的影响因素及治疗[J].重庆医学,2012,41(13):1335-1338

(收稿日期:2014-08-27)

## 剖宫产术后再次妊娠分娩方式的分析

莫晖 韦艳艳

(广东省肇庆市第二人民医院 肇庆 526060)

**摘要:**目的:探讨剖宫产术后再次妊娠的分娩方式。方法:对 2013 年 1 月~2014 年 3 月在我院产科住院分娩的 192 例剖宫产术后再次妊娠孕妇的分娩方式进行回顾性分析。结果:152 例选择再次剖宫产,40 例经阴道试产,其中 1 例阴道助产,试产成功 19 例,试产成功率 47.5%。结论:对有剖宫产病史的孕妇如有阴道试产意愿,并有阴道试产条件者,应鼓励在严密监护下阴道试产,降低剖宫产率。

**关键词:**剖宫产;再次妊娠;分娩方式

**中图分类号:**R714.3

**文献标识码:**B

**doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.032

随着麻醉技术和剖宫技术的迅猛发展以及社会等因素的影响,剖宫产率高居不下,导致剖宫产史患者再次妊娠的发生率也逐年增加,而剖宫产术后再次妊娠及分娩加大了母婴安全的风险<sup>[1-2]</sup>,因此,剖宫产术后再次妊娠的分娩方式成为产科医生面临的突出问题。现对 2013 年 1 月~2014 年 3 月我院产科 192 例剖宫产术后再次妊娠孕妇的分娩方式进行回顾性分析,探讨剖宫产术后再次妊娠的合理分娩方式。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 我院 2013 年 1 月~2014 年 3 月有剖宫产史再次妊娠分娩者 192 例,孕妇年龄 23~41 岁,孕周 35 周~40<sup>+</sup> 周,二次剖宫产史 10 例,上次分娩距本次分娩时间间隔 <2 年者 22 例,距前次剖宫产时间 2~10 年 170 例。前次剖宫产手术指征有胎位异常、巨大胎、羊水过少、胎儿窘迫、妊娠期高血压、前置胎盘等 183 例,骨盆狭窄 9 例,子宫下段剖宫产占绝大部分比例,而腹膜外剖宫产只有 1 例。

**1.2 方法** 所有患者入院后完善相关检查,对临产、宫颈评分大于 6 分,剖宫产术后间隔超过 2 年以

上、超声提示疤痕厚度大于 3 mm、本人愿意承担风险且无阴道分娩禁忌证的孕妇进行阴道试产,在试产过程中要严密监测生命体征,产程中胎心监护仪全程监测胎心,一旦发生头盆不称、先兆子宫破裂及胎儿窘迫等影响母婴安全的情况,即行剖宫产结束分娩。不同意阴道试产及无阴道试产指征的患者则择期剖宫产。

**1.3 结果** 40 例剖宫产术后再次妊娠者进行阴道试产,其中 1 例阴道助产,结果试产成功 19 例,试产成功率 47.5%。试产失败 21 例,试产失败的原因有:胎儿窘迫 6 例,先兆子宫破裂 5 例,相对头盆不称 3 例,无明显剖宫产指征 7 例。先兆子宫破裂发生在试产过程中,子宫下段压痛 2 例,发现血尿 3 例,立即停止试产,改剖宫产术中未见破裂口,母婴均良好。本组无子宫破裂,无产妇及新生儿死亡,无产后出血,再次剖宫产中绝育达 80%。

### 2 讨论

**2.1 剖宫产术后再次妊娠阴道试产的条件** (1)骨盆无畸形,无明显狭窄,无明显头盆不称。(2)前次剖宫产适应证这次不存在,且无新的剖宫产适应证

出现。(3)剖宫产术后间隔 2 年以上,且超声提示疤痕厚度大于 3 mm。(4)前次剖宫产术为子宫下段横切口,且术后无感染或发热等情况。(5)做好随时剖宫产及输血和抢救母婴生命的准备及人员配备<sup>[3-4]</sup>。

2.2 疤痕子宫分娩方式的认知 剖宫产术后再次妊娠剖宫产指征相对放宽的主要原因在于:(1)为了减少医疗纠纷,对剖宫产史患者试产交代病情等会强调其严重性,使患者试产信心不大,甚至不愿意试产,且产科医生对疤痕子宫也愿意选择手术。(2)再次剖宫产患者大于 80%行绝育手术,故患者及产科医生也愿意选择手术<sup>[5]</sup>。

2.3 剖宫产术后再次妊娠阴道试产应加强产程监护 (1)详细询问病史:详细了解上次手术的指征、手术方式及术后情况,了解骨盆、软产道及胎儿情况。(2)密切观察产程:专人观察,如出现宫缩过强、胎心变化及先兆子宫破裂等情况,立即行剖宫产结束分娩。(3)缩短第二产程:为缩短第二产程,适当的阴道助产是必要的。(4)产后要注意检查宫颈及软产道情况,同时要注意生命体征及阴道流血情况。

2.4 合理选择剖宫产 剖宫产是处理高危妊娠的主要方法之一。剖宫产率的升高使母婴近远期并发症及风险不断提高,再次剖宫产的出血量、住院天数等均比阴道试产的要高。因此,降低剖宫产率是产科医生的意愿,对于剖宫产术后再次妊娠分娩方式的选择也时刻困扰着产科医生。因此,只要掌握阴道试产的条件,密切观察产程,同时做好抢救的各种准备工作,剖宫产术后再次妊娠选择阴道试产也是可行的。

参考文献

[1]徐盈.剖宫产术后再次妊娠分娩方式探讨[J].温州医学院学报,2012,42(1):81-82

[2]Iyoke CA,Ugwu GO,Ezugwu FO,et al.Risks associated with subsequent pregnancy after one caesarean section: A prospective cohort study in a Nigerian obstetric population[J].Niger J Clin Pract, 2014,17(4):442-448

[3]张小勤.剖宫产术后再次妊娠 177 例分娩方式分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2006,22(1):57-58

[4]丁华.剖宫产术后再次妊娠 167 例分娩方式分析[J].安徽医药,2012,16(10):1480-1481

[5]李小毛,段涛,杨慧霞.剖宫产热点问题解读[M].北京:人民军医出版社,2010.129-131

(收稿日期:2014-09-03)

## 妊娠合并梅毒对妊娠结局的影响

袁琼

(江西省宜春市妇幼保健院 宜春 336000)

摘要:目的:探讨孕期监测、治疗对妊娠合并梅毒患者妊娠结局的影响。方法:对 71 例妊娠合并梅毒患者的资料进行回顾性分析。结果:治疗组死胎、早产、存活新生儿先天梅毒的发生率均较非治疗组低,两组比较有显著性差异( $P<0.05$ )。结论:妊娠期间妇女在孕前及孕早期行梅毒血清学筛查,孕期规范抗梅毒治疗,可明显改善不良妊娠结局和新生儿先天梅毒的发生。

关键词:梅毒;妊娠;结局

中图分类号:R759.154

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.033

梅毒是由梅毒螺旋体感染的一种全身性传播疾病,具有传染性极强、危害性大的特点。孕期因免疫功能降低,梅毒螺旋体易通过胎盘及产道感染胎儿,导致流产、死胎、早产、死产、胎儿生长受限及新生儿先天梅毒。为了改善不良妊娠结局及围产儿预后,本文对本院 2010 年 11 月~2013 年 12 月以来收治的 71 例妊娠合并梅毒病例进行回顾性临床分析,以期提高妊娠合并梅毒的临床诊疗水平。现报告如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 11 月~2013 年 12 月,本院分娩孕妇总数为 14 791 例,其中妊娠合并梅毒 71 例,治疗组 40 例,未治疗组 31 例,妊娠合并梅毒发病率为 4.8%。年龄最小 17 岁,最大 40 岁,平均年龄

22.3 岁;初产妇 55 例,经产妇 16 例;2 次以上流产、早产、死胎、畸胎分娩史 30 例,占 42.3%;有手术及输血史 3 例;进行产检 34 例,占 47.9%,未产检 37 例,占 52.1%。潜伏期梅毒 53 例,无临床症状,梅毒血清学实验阳性;一期梅毒 15 例,主要表现为外阴、肛门等部位硬下疳,1~2 个病灶;二期梅毒 2 例,主要表现为躯干及四肢皮肤红色斑丘疹;晚期梅毒 1 例。

1.2 梅毒诊断标准<sup>[1]</sup> 孕妇或配偶有婚外性行为、梅毒感染史;孕妇有流产、早产、死胎、死产或分娩梅毒儿;有各期梅毒的临床症状或体征;梅毒血清学检查阳性。

1.3 新生儿先天梅毒诊断标准<sup>[1]</sup> 新生儿和母亲梅毒血清学检查阳性。新生儿具有下列 2 个以上临床特征及表现:肢端掌趾脱皮、斑疹、斑丘疹、黏膜损