

2.2 两组患者镇痛效果比较 治疗组镇痛总有效率显著高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者镇痛效果比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	18	12(66.67)	5(27.77)	1(5.56)	17(94.44)
对照组	18	7(38.89)	8(44.44)	3(16.67)	15(83.33)

3 讨论

氧化亚氮为无色、有甜味的惰性无机气体, 是毒性最小的吸入性镇痛或麻醉药, 对呼吸道和心、肺、肝、肾等重要脏器均无明显刺激性, 可使患者处于清醒镇静状态^[3]。舒芬太尼是芬太尼的衍生物, 镇痛作用时间为芬太尼两倍, 镇痛强度约为芬太尼的 5~10 倍^[4]。氧化亚氮联合舒芬太尼使用, 弥补了清醒状态下氧化亚氮镇痛作用不全的缺点, 保证了术中的镇痛效果, 但在双重作用下少数患者会发生返流误吸

的情况。脑电双频谱指数监测以原始脑电波型为基础, 包括频率、位相、振幅 3 种特性, 正确反映大脑皮层的活动状态。将脑电双频谱指数监测应用于人工流产术中, 可根据患者脑电双频谱指数调节氧化亚氮的吸入量, 使患者术中处于清醒镇静状态, 避免返流误吸^[5]。本研究结果显示在未禁食人工流产手术中, 脑电双频谱指数监测下氧化亚氮复合舒芬太尼麻醉方法临床疗效优于单纯氧化亚氮麻醉方法, 镇痛效果显著, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]庄心良,曾因明,陈佰奎.现代麻醉学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2003.524
[2]洪润玲.无痛人流术常用麻醉方法和药物选择[J].中国医药指南, 2010,8(19):98-99
[3]耿桂启,许民辉,黄绍强,等.异丙酚注射痛预测人工流产后疼痛程度的准确性[J].中华麻醉学杂志,2010,30(1):33-35
[4]潘建琴.芬太尼联合丙泊酚用于无痛人流术麻醉的临床观察[J].中华全科医学,2015,13(1):45-47
[5]徐明,张芝芳,张碗芬.人工流产期间脑电双频谱指数和血流动力学变化相关性研究[J].实用医学杂志,2005,21(16):1794-1795
(收稿日期: 2017-03-17)

剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式选择的研究

张映平

(广东省兴宁市人民医院 兴宁 514500)

摘要:目的:探讨剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠的最佳分娩方式。方法:回顾性分析 385 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠产妇临床资料,依据分娩结局分为阴道分娩 69 例、急诊剖宫产 135 例及择期剖宫产 181 例。比较三组产时出血量、产程、子宫破裂率、产后感染率及新生儿 Apgar 评分。结果:385 例产妇中,选择阴道试产者共 91 例,阴道试产成功者共 69 例;选择剖宫产者 294 例,实际剖宫产共 316 例,其中急诊剖宫产 135 例,择期剖宫产 181 例。阴道试产产妇产时出血量、产程及产后感染率显著低于急诊剖宫产及择期剖宫产($P<0.05$);择期剖宫产产妇产时出血量、产程显著低于急诊剖宫产($P<0.05$);三组子宫破裂率及新生儿 Apgar 评分比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠选择阴道试产,出血量少、产程短、产后感染率低,在严格掌握阴道分娩指征的前提下,应适当鼓励阴道试产。

关键词:瘢痕子宫;妊娠;剖宫产;阴道分娩

中图分类号:R714

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.024

剖宫产是保证高危妊娠产妇及新生儿生命安全的重要手段,也是导致瘢痕子宫形成的最主要因素^[1]。近年来,由于剖宫产技术不断普及,我国剖宫产率逐年上升,普遍高于 40%,部分地区甚至高达 50%,大大超过世界卫生组织(WHO)建议的 15%~20%剖宫产警戒线^[2]。随着我国二胎政策的开放,越来越多的剖宫产产妇再次受孕,随之而来的剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩问题也日益受到关注^[3]。由于剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠存在子宫破裂风险,严重威胁母婴安全^[4]。因此,剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择显得尤为重要。本研究回顾性分析了本院产科 385 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠产妇临床资料,探讨瘢痕子宫再次妊娠的最佳分娩方式。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2013 年 5 月~2016 年 5 月我院妇产科收治的 385 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠者临床资料。其中阴道分娩 69 例,年龄 24~37 岁,平均年龄(27.6± 5.2)岁;孕周 37~41 周,平均孕周(38.5± 1.7)周;距上次分娩时间 21 个月~6 年,平均(3.4± 2.2)年。急诊剖宫产 135 例,年龄 25~36 岁,平均年龄(28.2± 4.1)岁;孕周 37~41 周,平均孕周(38.2± 1.6)周;距上次分娩时间 17 个月~7 年,平均(3.6± 2.5)年。择期剖宫产 181 例,年龄 23~38 岁,平均年龄(28.5± 4.3)岁;孕周 37~41 周,平均孕周(38.5± 1.1)周;距上次分娩时间 18 个月~8 年,平均(3.3± 2.4)年。三组一般资料比较无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准:足月妊娠者;单胎、头位妊娠者;有剖宫产史者。排除标准:双胎或多胎妊娠者;伴严重妊娠期并发症者;临床资料不完整者。

1.3 分娩方式评估 (1)询问产妇病史,进行常规产科检查及胎心监护。(2)综合评估产妇子宫瘢痕愈合情况、宫颈成熟度、并发症及产妇意愿等因素选择分娩方式。(3)阴道试产指征:B 超检查可见子宫瘢痕愈合良好;无头盆不称情况;首次剖宫产部位位于子宫下段;再次妊娠距上次剖宫产间隔时间>2 年;2 500 g≤胎儿体重≤3 500 g;产妇自愿阴道试产。(4)严密监测产程、宫缩及胎心,如发现产程停滞、胎儿窘迫或子宫破裂先兆,应立即终止阴道试产,并以剖宫产结束产程。患者及其家属拒绝阴道试产者给予剖宫产。

1.4 观察指标 比较两组产时出血量、产程、子宫破裂率、产后感染率及新生儿 Apgar 评分。

1.5 子宫瘢痕愈合评价标准^[5] 孕 37 周时依据 B 超结果对子宫瘢痕愈合情况进行评价。愈合良好:子宫下段厚度≥3.5 mm,且子宫下段回声层次连续性佳;愈合不良:子宫下段厚度<3.5 mm,且子宫下段回声层次连续性欠佳或加压时可见局部羊膜囊或胎儿隆起。

1.6 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析,计数资料用百分数表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,多组间比较用单因素方差,两两比较用 LSD-t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 分娩结局 385 例瘢痕子宫妊娠孕妇中,91 例产妇选择阴道试产,其中自然分娩加阴道助产成功 69 例,22 例阴道试产失败后均改行剖宫产,阴道试产失败原因包括:头盆不称 3 例,持续性枕后位 4 例,持续性枕横位 5 例,胎儿窘迫 10 例。294 例选择剖宫产,最终剖宫产共 316 例,其中急诊剖宫产 135 例,择期剖宫产 181 例。见表 1。

表 1 316 例瘢痕子宫妊娠剖宫产指征构成比(%)

剖宫产指征	n	构成比
无指征剖宫产	102	32.3
骨盆狭窄	53	16.8
巨大儿	36	11.4
胎儿窘迫	26	8.2
瘢痕子宫术后<2 年	22	6.9
继发性宫缩乏力	19	6.0
持续性枕后位	12	3.8
持续性枕横位	11	3.5
头盆不称	10	3.2
前置胎盘	8	2.5
过期妊娠	6	1.9
妊娠期高血压	6	1.9
羊水过少	5	1.6

2.2 不同分娩方式妊娠结局比较 阴道试产、急诊剖宫产及择期剖宫产产妇产时出血量、产程及产后感染率比较, $P<0.05$,差异具有统计学意义;三种分娩方式产妇子宫破裂率比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 不同分娩方式妊娠结局比较

分娩方式	n	产时出血量(ml)	产程(h)	子宫破裂[例(%)]	产后感染[例(%)]
阴道试产	69	376.2± 45.8	8.2± 1.4	0(0.0)	1(1.4)
急诊剖宫产	135	512.4± 50.7*	12.4± 2.5*	2(1.5)	9(6.7)*
择期剖宫产	181	450.9± 36.2**	9.5± 1.7**	0(0.0)	2(1.1)*
F/ χ^2		22.589	43.752	4.021	9.704
P		<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与阴道试产比较,* $P<0.05$;与急诊剖宫产相比较,** $P<0.05$ 。

2.3 新生儿 Apgar 评分比较 阴道试产、急诊剖宫产及择期剖宫产新生儿 Apgar 评分比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 新生儿 Apgar 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

分娩方式	n	Apgar 评分
阴道试产	69	9.7± 0.2
急诊剖宫产	135	9.6± 0.3
择期剖宫产	181	9.7± 0.3
F		0.456
P		>0.05

3 讨论

瘢痕子宫再次妊娠可对母婴生命安全造成较大威胁。剖宫产手术是处理高危妊娠的重要方式之一,具有严格的指征,多数学者认为剖宫产比阴道分娩更容易出现合并症,如子宫破裂、前置胎盘、产后感染、子宫粘连及切口愈合不良等^[6-7]。因此,瘢痕子宫再次妊娠选择何种方式分娩一直是医学界的关注重点。在临床实践中,为规避医疗风险,产科医师面对瘢痕子宫再次妊娠分娩方式决策时,可能会过分强调阴道试产所致子宫破裂的风险,盲目扩大剖宫产指征^[8]。而产妇及其家属受社会观念影响也不愿意尝试阴道试产,从而选择再次剖宫产。尽管剖宫产技术日臻完善,但再次剖宫产仍让产妇承受着比阴道分娩更大的手术风险。花茂方^[9]通过回顾性分析 150 例瘢痕子宫再次妊娠产妇临床资料发现,瘢痕子宫再次剖宫产出血量、手术时间及住院时间均显著高于初产妇剖宫产,且初次剖宫产后子宫、膀胱及腹膜之间可能出现严重粘连,再次剖宫产可能加重粘连。

研究结果显示,385 例瘢痕子宫妊娠产妇有 69 例阴道试产成功,阴道试产产妇产时出血量、产程、产后感染率等均显著低于剖宫产产妇 ($P<0.05$),在子宫破裂率、新生儿 Apgar 评分等方面比较无显著性差异 ($P>0.05$)。说明在严格掌握阴道试产指征的前提下,剖宫产瘢痕子宫再次妊娠选择阴道试产可

降低产时出血量、产程及产后感染率。综上所述,剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择应综合考虑多种因素,选择适合产妇和新生儿的最佳分娩方式,最大程度的减少并发症的发生,保障母婴安全。在严格掌握阴道分娩指征的前提下,应鼓励阴道试产,给予试产机会,但需同时做好试产失败改行剖宫产手术的准备。

参考文献

[1]Thomas J,Callwood A,Brocklehurst P,et al.The National Sentinel Caesarean Section Audit [J]. Bjog An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2000, 3(6):34-35
[2]吴景平,尚雅琼.186 例瘢痕子宫妊娠后的分娩方式分析[J].中国妇幼保健,2014,29(8):1177-1179
[3]金敏丽.140 例剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析[J].

中华全科医学,2014,12(10):1614-1616
[4]韩峥.瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择[J].中国医药指南,2014,16(5):140-141
[5]吴秋芬,胡燕.经腹联合经会阴超声对子宫下段瘢痕愈合情况的检测及对再次妊娠分娩方式选择的指导意义[J].中国妇幼保健,2014,29(8):1192-1194
[6]吕祝武,张晓路.瘢痕子宫再次妊娠风险的临床分析[J].实用医学杂志,2015,31(22):3812-3813
[7]韩峥.瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择[J].中国医药指南,2014,16(5):140-141
[8]罗力冰,吴婷.瘢痕子宫再次足月妊娠阴道分娩临床分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2014,28(10):1011-1012
[9]花茂方.150 例瘢痕子宫再度妊娠自然分娩的产科风险评估[J].中国妇幼保健,2013,28(8):1246-1248

(收稿日期:2017-03-17)

胎儿纤维连接蛋白的检测结合经阴道超声及胎心监测对预测早产的临床研究 *

刘莹

(广东省小榄人民医院 中山 528415)

摘要:目的:探讨胎儿纤维连接蛋白(fFN)联合宫颈管长度(CL)测量及胎心监测在早产预测中的应用。方法:分析本院收治的孕 28~35 周且有先兆早产征象的孕妇 162 例,行 fFN 与宫颈管长度检测及胎心监测,分析三种方法的早产检测率。结果:fFN 阳性、NST 阳性、宫颈长度<3 cm 孕妇早产率高。结论:B 超测量宫颈长度联合 fFN 检测及胎心监测对早产有一定的预测意义。

关键词:早产预测;胎儿纤维连接蛋白;宫颈管长度;胎心监测

中图分类号:R714.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.025

早产是一种临床常见的病理妊娠,也是围产儿患病及死亡的主要因素,及时的预测与诊断尤为重要^[1-2]。研究证实,胎儿纤维连接蛋白(fFN)是一种经蜕膜分泌的多糖蛋白,可黏附并连接绒毛及蜕膜^[3],在 28~35 周无早产风险患者检测为阴性。胎心监测(NST)是利用触感探头技术监测子宫收缩力度及胎心率,先兆早产患者规律的子宫收缩可体现在胎心监测试纸上。宫颈管长度(CL)是胎儿于宫内生存至足月的关键,经阴道 B 超可以对宫颈管长度进行准确测量,在正常状况下,随着孕周的增加,宫颈管长度不会出现显著性变化,或者仅仅会显现轻微性缩短^[4]。此次研究旨在研究胎儿纤维连接蛋白联合经阴道宫颈管长度测定及胎心监测对预测早产的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选自我院在 2012 年 1~12 月收治的 1 560 例定期产检孕妇中的 162 例先兆早产孕妇,162 例孕妇的平均年龄为(22.6± 6.7)岁,平均孕周为 30.3 周。

1.2 入选标准 孕周均在 28~35 周;孕妇自觉下腹

疼痛不适或坠涨感;肛查孕妇宫颈口显示扩张程度不超过 1 cm,且胎膜完整;孕妇无其他严重的妊娠期并发症及保胎治疗禁忌证;所有入选的 162 例先兆早产孕妇均为单胎孕妇。

1.3 排除标准 未签署研究知情书者;合并有心、肺等重要器官功能障碍者;依从性较差者。

1.4 方法

1.4.1 胎心监测 均采用京柏 JPD-300A 型号中央型胎心监测仪,监测所选先兆早产孕妇 30 min,观察胎心监测的压力、持续时间及间歇时间。且每次出现压力时助产士均可经腹部扪及子宫收缩,无压力或无规律压力视为阴性,有≤10 min 一次规律宫缩,持续 30 s 以上视为阳性。

1.4.2 胎儿纤维连接蛋白的采集及检测 采用专用灭菌拭子进行阴道窥镜检查,取阴道后穹隆处用拭子轻轻蘸取宫颈阴道分泌物,蘸取时间为 10 s,随即将拭子取出并将其头部插入含缓冲液的试管中进行充分性的混合处理,时间为 10~15 s,确保拭子在试管的内壁滚动,从而利于标本能够更好地溶入缓

* 基金项目:广东省中山市医学科研项目(编号:2015A020115)