

7.14%、14.29%、14.29%和 7.14%。

2.2 不同超声诊断方法的对比分析 在 14 例发生胎儿占位性病变者中,常规超声和三维超声检查分别显示有 8 例和 13 例发生胎儿占位性病变;在 575 例未发生胎儿占位性病变者中,常规超声和三维超声检查分别显示有 7 例和 2 例发生胎儿占位性病变。见表 1。

表 1 不同超声诊断方法的对比分析(例)				
诊断方法	结果	随访结果		合计
		发生者(n=14)	未发生者(n=575)	
常规超声检查	发生	8	7	15
	未发生	6	568	574
三维超声检查	发生	13	2	15
	未发生	1	573	574

2.3 不同超声诊断方法的价值比较 三维超声的灵敏度、特异度、准确度和约登指数均明显高于常规超声检查。见表 2。

表 2 不同超声诊断方法的价值比较(%)				
诊断方法	灵敏度	特异度	准确度	约登指数
常规超声	57.14	98.78	97.79	55.92
三维超声	92.86	99.65	99.49	92.51

3 讨论

胎儿占位性病变不仅会给患儿家庭造成沉重的打击,同时也会增加家庭的医疗经济负担,因此,应当及早对胎儿占位性病变进行准确的诊断,以便能及时干预,最终达到及早发现及早处理的目的,从而减轻对孕产妇造成的伤害^[4]。产前超声检查在胎儿占位性病变诊断中具有安全、无创和快捷等优势,并且已经得到了广泛的应用和普及。彩色多普勒超声主要是采用发射、接收和监测等不同操作了解超声波发射和接收的情况,对于了解胎儿占位性病变的

发生情况有一定的指导作用^[5]。常规超声在胎儿占位性病变筛查中很可能会出现漏诊或者误诊的情况,因此,建议进行三维超声检查,以便能够更为清晰、主观地了解胎儿占位性病变的发生情况。

本研究结果中,胎儿占位性病变的发生率为 2.38%,其中胸腔、腹腔、颅内、颜面、胎儿附属物、肢体和骶尾部的构成比分别为 14.29%、28.57%、14.29%、7.14%、14.29%、14.29%和 7.14%,可见胎儿占位性病变的发生率较高,且腹腔和胸腔等均是常见的胎儿占位性病变的发生部位。此外,本研究结果还显示,三维超声的灵敏度、特异度、准确度和约登指数均明显高于常规超声检查,说明在胎儿占位性病变诊断中三维超声的应用价值明显高于常规超声。

综上所述,胎儿占位性病变的发生风险较高,建议定期进行常规超声和三维超声检查,其中常规超声是基础,但三维超声的诊断价值更高,因此,可考虑将两种超声检查方法联合应用,以便能够为临床干预提供丰富的信息。

参考文献

[1]房芳.胎儿占位性病变产前超声诊断分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(5):574-575
[2]王海燕.产前超声诊断胎儿占位性病变的临床价值[J].中华医学超声杂志(电子版),2014,11(2):160-166
[3]田秋蓉.四维超声用于胎儿畸形产前诊断的价值分析[J].数理医药学杂志,2016,29(2):287-289
[4]董素贞,朱铭,钟玉敏,等.胎儿先天性右侧膈疝的产前超声及磁共振图像分析[J].中华医学超声杂志(电子版),2015,12(5):364-368
[5]沈淳,庄于修,顾蔚蓉,等.产前多学科会诊模式对胎儿结构畸形诊治的价值[J].中华围产医学杂志,2014,17(12):817-821

(收稿日期:2017-08-19)

剖宫产与阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中的应用对比

王瑞华

(河南省郑州市第七人民医院妇产科 郑州 450000)

摘要:目的:探讨剖宫产与阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中的应用价值。方法:选取我院 2015 年 1 月~2017 年 7 月足月妊娠临产胎儿窘迫产妇 180 例,按随机数字表法分为对照组和观察组各 90 例。对照组行阴道助产术,观察组行剖宫产术。比较两组胎儿窘迫改善情况、新生儿窒息情况、新生儿出生 10 min 阿氏(Apgar)评分及分娩过程中并发症发生情况。结果:观察组胎儿窘迫改善率明显高于对照组,分娩过程中并发症发生率低于对照组($P<0.05$);两组新生儿窒息率、新生儿出生 10 min Apgar 评分比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:存在足月妊娠临产胎儿窘迫的临产孕妇应用剖宫产术或阴道助产术均可获得良好的临床效果,提高新生儿出生 10 min Apgar 评分,减少新生儿窒息发生情况,且剖宫产改善胎儿窘迫效果更佳,安全性更高。

关键词:足月妊娠临产胎儿窘迫;阴道助产术;剖宫产

中图分类号:R719

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.073

胎儿窘迫是由于胎儿在母体子宫内难以得到维持基本生命过程需要的氧气所致,临床表现为低氧血症、酸中毒、胎心下降等,多见于足月妊娠临产时

期,严重威胁胎儿与母体的生命健康。对于足月妊娠临产胎儿窘迫产妇,临床主要根据产妇的实际情况选择阴道助产术或剖宫产,均为挽救母婴生命安全

的重要措施^[1]。本研究旨在探讨剖宫产与阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中的应用价值。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 1 月~2017 年 7 月足月妊娠临产胎儿窘迫产妇 180 例,按随机数字表法分为对照组和观察组各 90 例。对照组年龄 24~35 岁,平均年龄 (28.33± 3.01) 岁;孕周 38~41 周,平均孕周 (39.11± 0.43) 周;经产妇 37 例,初产妇 53 例。观察组年龄 23~35 岁,平均年龄 (29.10± 2.65) 岁;孕周 37~41 周,平均孕周 (38.34± 0.65) 周;经产妇 36 例,初产妇 54 例。两组年龄、孕周、孕产次等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$, 具有可比性。所有产妇均经临床诊断确诊为胎儿窘迫,均为足月妊娠;观察组产妇均符合剖宫产术指征;患者及其家属均自愿签署知情同意书。排除头盆不称者及伴有妊娠合并疾病者。

1.2 手术方法 两组产妇入院后均给予缩宫素激惹试验和无应激试验,密切观察羊水状态,并采用胎心监护仪严密监测胎心变化。对照组行阴道助产术,产妇宫口全开后,采用阴道助产的方式行胎头吸引、臀位牵引等操作。观察组行剖宫产术,给予腰硬联合麻醉,于下腹部作横向切口,探查子宫旋转、下段形成、胎先露高低情况;在子宫下段膀胱反折腹膜交界处下 2~3 cm 处呈弧形剪开腹膜反折,钝性分离膀胱与子宫壁间疏松组织,充分显露子宫肌壁;横向切开子宫下段肌壁,撕开下段肌层宽约 10 cm 后破膜,羊水吸出后,术者右手从胎头下方进入宫腔,缓慢托出胎头;胎头过低出头困难时,台下助手戴消毒无菌手套,由阴道向上推胎头助娩;若为臀位,则按臀牵引方式娩出胎儿;胎儿娩出后,迅速于宫底注射缩宫素 10 U。

1.3 观察指标 (1)观察两组胎儿窘迫改善与新生儿窒息情况。(2)比较两组分娩过程中并发症发生情况。(3)比较两组新生儿出生 10 min Apgar 评分。评分标准: 胎儿出生后 10 min 内根据新生儿肌张力、呼吸、脉搏、皮肤颜色、喉反射 5 项体征进行评分,总分 10 分,0~3 分为重度窒息,4~7 分为中度窒息,8~10 分为正常。

1.4 统计学分析 用 SPSS21.0 软件, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胎儿窘迫改善与新生儿窒息情况比较

观察组胎儿窘迫改善率明显高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义; 两组新生儿窒息率比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组胎儿窘迫改善与新生儿窒息情况比较[例(%)]

组别	n	胎儿窘迫改善	新生儿窒息
观察组	90	84 (93.33)	12 (13.33)
对照组	90	65 (72.22)	14 (15.56)
χ^2		14.068	0.180
P		0.000	0.672

2.2 两组分娩过程中并发症发生率比较 观察组并发症发生率低于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组分娩过程中并发症发生率比较[例(%)]

组别	n	头部损伤	头颅血肿	总发生
观察组	90	2 (2.22)	4 (4.44)	6 (6.67)
对照组	90	5 (5.56)	10 (11.11)	15 (16.67)
χ^2				4.367
P				0.037

2.3 两组新生儿出生 10 min Apgar 评分比较 观察组新生儿出生 10 min Apgar 评分为 (7.84± 2.20) 分,对照组为 (7.68± 2.01) 分,组间差异无统计学意义, $t=0.509$, $P=0.611$ 。

3 讨论

胎儿窘迫是导致新生儿窒息,造成新生儿死亡的主要因素之一,若未及时采取合理、有效的干预措施,极易引发永久性神经损伤,影响新生儿正常发育,威胁其生命安全^[2]。因此,选择及时、合理、有效的干预措施至关重要。产程中若出现胎儿窘迫征象,需及时采取吸氧、宫内复苏等措施,嘱产妇左侧卧位,以改善血流量和血氧供给^[3]。阴道助产术和剖宫产术是目前临床上对于足月妊娠临产胎儿窘迫产妇常用的治疗方式,其中阴道助产术主要是待产妇的宫口全开后,再进行会阴切开术、胎儿吸引术及产钳助产等;剖宫术则主要是将腹壁及子宫剖开,取出胎儿,可快速缓解胎儿宫内窘迫。阴道助产术和剖宫产术的实施需根据产妇实际情况进行选择,若产妇宫口接近全开或开全,胎先露部达到 S⁺³,则进行阴道助产术,协助产妇分娩,阴道助产术包括胎头吸引术、内倒转术、产钳等,对术者操作要求较高,若操作不当,极易诱发术后并发症^[4]。若产妇宫口未开全或病情严重,则立即实施剖宫产术,可于短时间内娩出胎儿,有效改善胎儿窘迫,虽开腹等操作会增加产妇产后疼痛感,但随着医学技术发展,剖宫产安全性逐渐提高^[5]。

本研究结果显示, 观察组胎儿窘迫改善率明显高于对照组, 分娩过程中并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$); 两组新生儿窒息率、新生儿出生 10 min

Apgar 评分比较无显著性差异 ($P>0.05$)。说明足月妊娠临产胎儿窘迫产妇采用剖宫产术与阴道助产术治疗均具有良好的临床效果,可提高新生儿出生 10 min Apgar 评分,减少新生儿窒息发生情况,但剖宫产改善胎儿窘迫效果更佳,且分娩过程中并发症发生率较低。

参考文献

[1]赵清明.足月妊娠临产胎儿窘迫行剖宫产术与阴道助产术的临床

观察[J].医药与保健,2014,21(2):53

[2]高玮,郭靖.足月临产期胎儿窘迫 558 例临床分析[J].中国妇幼健康研究,2014,14(4):615-621

[3]马艳分.足月妊娠临产胎儿窘迫中分娩方式对母婴结局影响的探讨[J].中国医药导刊,2015,17(3):229-230

[4]王国育.两种手术用于足月妊娠临产胎儿窘迫对母婴结局的影响[J].检验医学与临床,2015,12(17):2594-2595

[5]吴琼丽.剖宫产与阴道助产在足月妊娠临产胎儿窘迫中对母婴结局的影响[J].检验医学与临床,2014,11(21):3051-3052

(收稿日期: 2017-10-07)

包皮环切器与传统包皮环切术治疗小儿包茎的疗效比较

黄秦邨

(广东省汕尾市海丰县中医医院 海丰 516400)

摘要:目的:探讨包皮环切器与传统包皮环切术治疗小儿包茎的临床效果。方法:选取 2015 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的包茎患儿 85 例,随机分为观察组(42 例)和对照组(43 例)。对照组采用传统包皮环切术,观察组采用包皮环切器治疗,比较两组切口优良率、手术情况(包括手术时间、切口愈合时间、住院时间、术中出血量及住院费用)。结果:观察组切口优良率明显高于对照组,手术时间、切口愈合时间、住院时间、术中出血量及住院费用均显著低于对照组($P<0.05$)。结论:包皮环切器可有效缩短包茎患儿的治疗时间,减少住院费用,且切口美观度高,预后较好。

关键词:小儿包茎;包皮环切器;传统包皮环切术

中图分类号:R726.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.074

小儿包茎是指包皮口过于狭小无法上翻露出阴茎头,不利于龟头发育,且包皮中可聚积大量分泌物,易造成龟头及包皮感染或粘连,严重影响患儿生殖系统发育及身心健康^[1]。本研究为探讨包皮环切器与传统包皮环切术治疗小儿包茎的临床疗效,选取本院收治的 85 例小儿包茎患儿为研究对象进行观察分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的包茎患儿 85 例,随机分为观察组(42 例)和对照组(43 例)。观察组年龄 4~13 岁,平均年龄(8.56 ± 4.26)岁。对照组年龄 3~12 岁,平均年龄(8.72 ± 4.63)岁。两组患儿一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)经临床相关检查均确诊为小儿包茎;(2)患儿及家属均知晓研究内容,且签署知情同意书。排除标准:(1)肝、肾功能异常者;(2)心、肺、脑等脏器合并严重疾病者;(3)存在沟通及精神障碍者;(4)配合度、依从性较差者;(5)家属反对本次研究者。

1.3 手术方法

1.3.1 对照组 采用传统包皮环切术。具体操作如下:给予患儿骶管麻醉或腰椎麻醉联合静脉麻醉,常规分离包皮,沿冠状沟环形剪掉过长的包皮,压迫止

血,用 5-0 可吸收丝线缝合,术后予以抗生素等对症治疗^[2]。

1.3.2 观察组 采用包皮环切器治疗。患儿取平卧位,给予静脉麻醉,常规消毒后,向上外翻包皮,充分暴露冠状沟及龟头,清除包皮污垢,再次消毒,复位包皮。根据患儿具体情况选择适宜的一次性包皮环切缝合器,调节旋钮旋出环切缝合器,抽出龟头钟座,用小号蚊式钳及止血钳提起包皮,进行钝性分离,龟头上放置钟座,包皮平覆于钟座表面,调节系带长度及切割位置,捆扎固定包皮,旋钮收紧,平行旋钮尾端面与拉杆尾端面,去除保险扣,按下手把,适当用力保持 9~12 s,松开并退出切割部位,检查是否完全离断,手动调整离断面,轻旋出并移除环切器,无菌纱布按压切口数分钟。术后用弹力绷带进行加压包扎,予以抗生素等抗感染治疗^[3]。

1.4 观察指标及疗效判定 (1)比较两组包皮切口优良率,判定标准:无残留包皮,切口边缘光滑、整齐,两侧包皮对称者为优;无明显残留包皮,切口的边缘基本光滑、整齐,两侧包皮基本对称者为良;存在残留包皮,切口的边缘不光滑、不整齐,两侧包皮显著不对称者为差。优良率 = (优 + 良) / 总例数 $\times 100\%$ 。(2)比较两组手术情况,包括手术时间、切口愈合时间、住院时间、术中出血量及住院费用。

1.5 统计学方法 研究数据用 SPSS23.0 软件进行统计分析,计数资料以率表示,进行 χ^2 检验,计量资