

脐带绕颈不同分娩方式对胎儿与新生儿的影 响

Influence of different delivery styles in fetus with cord around neck on fetus and neonate

李慧霞, 卢金香, 李翠霞

Li Huixia, Lu Jinxiang, Li Cuixia (Provincial Hospital of Shandong Province, Shandong 250021 China)

中图分类号: R473.71 文献标识码: C

文章编号: 1009-6493(2007)8A-2033-02

脐带是母体与胎儿气血交换的必由通道。近年来, 由于各种监护技术的提高, 脐带绕颈的产前诊断率明显提高, 产前诊断脐带绕颈后, 对孕妇及家属形成较大的心理压力, 选择性剖宫产的比例明显上升^[1]。通过对我院 2003 年 1 月—2004 年 10 月产后证实为脐带绕颈的 300 例产妇进行回顾性分析, 观察脐带绕颈的产程时间、分娩方式、羊水污染、胎儿窘迫及新生儿窒息发生率, 以及产前、产时电子胎心监护 (CTG) 的表现, 就脐带绕颈对胎儿与新生儿的影响进行分析, 对如何选择最佳分娩方式进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2003 年 1 月—2004 年 10 月在我院住院分娩后证实为脐带绕颈的足月妊娠产妇 300 例作为观察组, 产妇年龄 27.4 岁 ± 3.7 岁, 孕周 39.1 周 ± 2.5 周。选择同期住院

分娩后证实无脐带绕颈的足月妊娠产妇 170 例为对照组, 产妇年龄 26.8 岁 ± 2.9 岁, 孕周 40.3 周 ± 1.9 周。入选产妇排除高危因素, 排除经产妇、过期产和早产、新生儿体重 < 2 500 g 或 > 4 000 g 者。两组产妇年龄、孕周、孕产次、新生儿体重等比较, 差异均无统计学意义 (P > 0.05), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 资料收集 根据病历统计两组产妇产程时间、分娩方式、羊水污染、胎儿窘迫及新生儿窒息率, 以及产前、产时的胎心电子监护情况。电子胎心监护采用广州三瑞医疗器械公司生产的 SRF-618B 型胎心监护仪, 以外监护为主。无应激试验 (NST)、宫缩应激试验 (CST) 或缩宫素激惹试验 (OCT) 的诊断标准参照《妇产科学》第 4 版^[1], 并记录出现的异常波形, 如早期减速 (ED)、变异减速 (VD)、晚期减速 (LD) 等病例数, 所有产妇在产程中均严密监护胎心变化。急性胎儿窘迫及新生儿窒息的诊断标准均参照《妇产科学》第 4 版^[1]。

1.2.2 统计学方法 采用 t 检验、 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 两组产妇产程时间、分娩方式比较 (见表 1)

表 1 两组产妇产程时间、分娩方式比较

组别	例数	产程时间 h	分娩方式 [例 (%)]		
			顺产	阴道助产	剖宫产
对照组	170	7.8 ± 1.7	134 (78.8)	4 (2.4)	32 (18.8)
观察组	300	8.6 ± 1.9	164 (54.7)	16 (5.3)	120 (40.0)
统计值		t = 0.62	$\chi^2 = 25.38$		
P		> 0.05	< 0.01		

2.2 两组羊水污染、胎儿窘迫及新生儿窒息率比较 (见表 2)

表 2 两组羊水污染、胎儿窘迫及新生儿窒息率比较

例 (%)

组别	例数	羊水性状			胎儿窘迫	Apgar 评分		
		正常、I 度及 II 度	III 度	> 7 分		4 分 ~	< 3 分	
对照组	170	160	10	23 (13.5)	167	2	1	
观察组	300	259	41	125 (41.7)	291	7	2	
统计值		$\chi^2 = 6.797$		$\chi^2 = 39.82$	Uc = 1.81			
P		> 0.05		< 0.05	> 0.05			

2.3 观察组不同脐带绕颈周数其羊水污染、胎儿窘迫与新生儿窒息发生率比较 (见表 3)

表 3 观察组不同脐带绕颈周数其羊水污染、胎儿窘迫及新生儿窒息率比较

例 (%)

脐带绕颈	例数	羊水性状			胎儿窘迫	Apgar 评分		
		正常	I 度及 II 度	III 度		> 7 分	4 分 ~ 7 分	< 3 分
1 周	233	179	29	25	89 (38.2)	228	4	1
2 周	62	47	2	13	32 (51.6)	60	2	0
3 周	5	1	1	3	4 (4/5)	3	1	1
统计值		Uc = 9.82			$\chi^2 = 6.60$	Uc = 163.22		
P		< 0.05			< 0.05	< 0.05		

2.4 脐带绕颈在产前、产时电子胎心监护中的表现 (见表 4)

表 4 脐带绕颈在电子胎心监护中的表现

例

组别	例数	NST		CST (OCT)		ED	VD	LD
		反应性	无反应性	阴性	可疑阳性			
对照组	170	159	11	148	19	3	11	0
观察组	300	268	32	232	48	20	12	10

脐带绕颈是脐带缠绕中发生率最高的一种, 约占脐带缠绕的 90% 以上^[1]。胎动过频、脐带过长是造成脐带绕颈的主要原因。脐带绕颈对胎儿的影响, 随着脐带的长短、绕颈的周数、缠绕的松紧度及胎头下降的程度而不同, 轻者可无明显影响, 重者则可造成胎儿不良结局。因此, 在临床上常常存在着处理不及时和过分干扰的矛盾。在大多数情况下, 脐带绕颈并无明显临床症状。有报道指出, 脐带的安全长度须超过从胎盘附着处达

3 讨论

母体外阴的距离, (若从宫底计算至少应达 32 cm)^[2], 如短于此距离, 临产后可能会影响胎儿的气血交换, 改变胎儿血液供应, 甚至影响胎先露的下降, 导致产程延长和胎儿窘迫。有学者认为, 如果缺乏有效的监护措施, 对脐带绕颈者引产是十分危险的。本研究发现, 脐带绕颈者分娩时宫内窘迫发生率明显高于对照组, 且发生的风险随着绕颈周数的增加而增加, 但如果加强了产前产时监护, 发现异常及时处理, 新生儿结局大多良好。

胎心监护提高了脐带绕颈的产前诊断, 同时为脐带绕颈的分娩过程提供了有效的监护途径。产前胎儿由于被脐带缠绕, 胎动频率和幅度可能相应减少, 或胎动时脐带被牵拉或受压, 造成脐血流受阻, 引起胎动后胎心减速或基线变异消失, 表现为 NST 实验无反应型或反应型伴有减速波形。临产后随着胎头的不断下降, 脐带逐渐拉紧, 脐血流受阻的时间及程度均逐渐增加, 脐带绕颈还使胎儿颈静脉受压, 均可导致胎儿脑组织缺血缺氧, 临床上出现胎心率持续下降, 羊水污染, 以第二产程发生率最高。胎心监护可表现为 CST(OCT) 阳性或可疑, 出现 VD 甚至 LD 波形, 同时基线变异消失, 提示胎儿高度危险, 应及时终止妊娠。

本组结果表明, 脐带绕颈者临产后胎儿窘迫发生率明显增高, 新生儿窒息率则随着脐带绕颈周数的增加而增加, 产程时间无明显延长。因此, 对于产前诊断脐带绕颈的产妇, 应加强产前及产时监护, 加强心理护理, 给予耐心的解释, 减少其紧张恐惧心理, 临产后加强对胎心的观察, 潜伏期每小时听胎心 1 次, 进入活跃期每 15 min~30 min 听胎心 1 次, 并及时记录听诊结果, 必要时行胎心监护。熟练掌握电子胎心监护各种波形的发生机制及意义, 结合临床表现准确判断胎儿宫内情况, 把握分寸, 掌

握时机, 为新生儿提供最大的安全保障。对于胎心异常者可通过变换体位、吸氧, 以增加子宫胎盘灌注量, 减少脐带血流阻力, 改善胎儿胎盘供血, 提高孕妇血氧含量; 50% 葡萄糖 40 mL 加维生素 C 0.5 g 静脉注射, 或持续静滴葡萄糖、糖盐水及维生素 C^[3], 改善母血循环, 提高糖的储备, 补充钠盐, 弥补产时消耗及进食不足的能量缺乏, 维生素 C 可防止毛细血管通透性和脆性增加, 减少颅内出血。静脉输注 5% 碳酸氢钠, 提高母血 pH 值, 改善胎儿酸中毒状况。如经过处理胎心仍无改善, 宫口已开全、胎先露较低、无产道梗阻者, 可行阴道助产结束分娩。若短时间内不能结束分娩者, 应行剖宫产^[4]。因此, 对于脐带绕颈者, 虽然对胎儿与新生儿均有不利影响, 但只要加强产时监护, 严密观察, 发现问题及时处理, 绝大多数产妇是可以自然分娩的, 不必因脐带绕颈而盲目选择剖宫产术。

参考文献:

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 148-217.
 [2] 赵香枝, 尹保民, 赖海燕, 等. 脐带绕颈阴道试产 786 例临床观察分析[J]. 护理学杂志, 2003, 18(7): 504.
 [3] 刘淑香, 尤梅联, 周淑敏. 无刺激试验变异减速与脐带缠绕部位的关系[J]. 护理研究, 2001, 15(2): 94-95.
 [4] 余亚莉, 艾林英. 脐带绕颈 3 162 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 1999, 15(3): 131.

作者简介: 李慧霞(1965—), 女, 山东省淄博人, 主管护师, 本科, 从事助产研究, 工作单位: 250021, 山东省立医院; 卢金香、李翠霞工作单位: 250021, 山东省立医院。

(收稿日期: 2006-11-15; 修回日期: 2007-07-16)

(本文编辑 孙玉梅)

全员知情氛围护理对颅内动脉瘤病人术前期的安全保护作用

Safety and protection effect of nursing care of all - staff knowing - fact atmosphere on intracranial aneurysm patients in preoperative period

张永琴, 蔡艳丽, 郭丝锦, 李莉, 刘静, 史璐, 张燕, 胡金花

Zhang Yongqin, Cai Yanli, Guo Sijin, et al (Xijing Hospital of Fourth Military Medical University of PLA, Shaanxi 710032 China)

中图分类号: R473.74 文献标识码: C
 文章编号: 1009-6493(2007)8A-2034-02

因我国没有建立动脉瘤普查系统, 颅内动脉瘤就诊率较日本及欧洲国家低。动脉瘤病人多以初次破裂出血或出现局灶压迫症状而入院治疗, 首次出血后 7 d 内易发生二次出血, 再出血的病人 40%~60% 死亡^[1]。神经放射检查(包括血管造影)、搬运、情绪激动、大小便后、血压偏高、活动等是诱发再出血的危险因素^[2], 因此术前期对动脉瘤病人的安全保护尤为重要。对我

院收治的 22 例颅内动脉瘤病人采取术前期全员知情氛围护理措施, 现将护理体会报告如下。

1 临床资料

2005 年 10 月 1 日—2006 年 5 月 30 日收治颅内动脉瘤病人 22 例, 20 例经脑血管造影证实, 另 2 例行磁共振血管成像(MRA)和电子计算机辅助断层扫描血管成像(CTA)确诊, 其中前交通动脉瘤 11 例, 后交通动脉瘤 5 例, 大脑中动脉瘤 3 例, 大脑前动脉瘤 1 例, 基底动脉瘤 2 例。15 例以突然剧烈头痛、呕吐伴意识障碍及脑膜刺激征入院; 5 例为突发动眼神经麻痹、眼睑下垂入院, 其中 3 例伴有嗜睡、头痛、意识模糊; 2 例为颅脑外伤后基底动脉瘤。13 例行开颅动脉瘤夹闭术, 5 例经皮股动脉插管动脉瘤栓塞术, 均痊愈出院; 2 例二次出血后放弃治疗, 2 例转外院治疗。

2 术前期全员知情氛围护理方法及措施

2.1 接诊时知情护理方法 当班接诊护士确认是动脉瘤病人后, 立即报告护士长及主管医生, 尽快协调安排离护理站近的 2 人间或单人间, 且吸氧、吸痰等急救设施完善的病房, 应避免与昏迷、气管切开及躁动病人同室, 保持病房安静。在办公室黑板上用红笔注明动脉瘤病人的床号、姓名、诊断。根据病情迅速为病人实施脱水、止血、降血压、吸氧等治疗措施。

2.2 护士长知情后处理 ①指导责任护士及当班护士, 迅速了解病情, 必要时安排特护; ②指派护士随时陪同造影检查, 准备