

两种手术用于足月妊娠临产胎儿窘迫对母婴结局的影响

王国育(南京医科大学附属南京妇幼保健院产科,南京 210004)

【摘要】 目的 比较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。**方法** 对 2011 年 1 月至 2013 年 12 月该院妇产科收治的 120 例足月妊娠临产胎儿窘迫的患者资料进行回顾性分析,依据所采用手术方式的不同分为剖宫产组和阴道助产组,并比较两种方法在足月妊娠临产胎儿窘迫中对母婴结局的影响。**结果** 剖宫产组手术时间(35.62 ± 6.64)min、出血量(410.45 ± 90.40)mL,显著低于阴道助产组的(67.41 ± 7.00)min、(702.23 ± 110.46)mL,差异有统计学意义($t=23.90, 14.46, P<0.05$)。剖宫产组和阴道助产组均无子宫内膜炎、切口感染、产褥病和子宫切除等并发症。剖宫产组:0~3 分 0 例,>7 分 52 例;阴道助产组:0~3 分 2 例,>7 分 23 例,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=2.34, 2.21, P<0.05$)。剖宫产组新生儿窒息率 35.00%(28/80),阴道助产组新生儿窒息率 42.50%,两组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.948, P>0.05$)。剖宫产组新生儿并发症发生率 6.25%,病死率 1.25%,阴道助产组新生儿并发症发生率 22.50%,病死率 7.50%,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=9.308, 4.237, P<0.05$)。**结论** 剖宫产术在治疗足月妊娠临产胎儿窘迫中临床效果好,并发症少,可以使产妇和新生儿有良好的结局,提高母婴生活质量,值得推广应用。

【关键词】 剖宫产; 阴道助产; 足月妊娠; 胎儿窘迫

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.17.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)17-2594-02

Influence of two kinds of delivery operation on maternal and neonatal outcomes in full term pregnancy with fetal distress

WANG Guo-yu (Department of Obstetrics, Nanjing Municipal Maternal and Child Health Care Hospital, Nanjing, Jiangsu 210004, China)

【Abstract】 Objective To compare the cesarean section and vaginal delivery at term pregnancy, fetal distress in labor impact on maternal and neonatal outcomes. **Methods** The hospital in June 2012 to December 2013 Obstetrics and Gynecology term pregnancy treated 120 cases of fetal distress in labor cases were retrospectively analyzed according to different surgical methods used are divided into two groups: cesarean production group and vaginal delivery group, comparing the two methods in term pregnancy with fetal distress in labor impact on maternal and neonatal outcomes. **Results** Cesarean operation time was (35.62 ± 6.64)points, the amount of bleeding was (410.45 ± 90.40) mL was significantly lower than vaginal delivery group (67.41 ± 7.00) points, (702.23 ± 110.46) mL ($t=23.90, 14.46, P<0.05$). Cesarean section and vaginal delivery group set no endometritis, wound infection, puerperal disease and other complications of hysterectomy. 5 cases of cesarean section 0—30 cases, more than 52 cases with 7 points vaginal delivery group, 46 cases, there were significant differences ($\chi^2=2.46, 2.21, P<0.05$). Asphyxia cesarean group was 35.00%(28/80) there is no comparison with 42.50% vaginal delivery group (17/40) difference ($\chi^2=0.948, P>0.05$); cesarean group neonatal complications incidence rate of 6.25%(5/80), the mortality rate was 1.25%(1/80) was significantly lower than 22.50% vaginal delivery group (9/40), the mortality rate was 7.50%(3/40) ($\chi^2=9.308, 4.237, P<0.05$). **Conclusion** In the treatment of full-term pregnancy cesarean section for fetal distress in labor, good clinical results, fewer complications, maternal and newborn can have a good outcome, improve maternal and child quality of life, should be widely applied.

【Key words】 cesarean section; vaginal delivery; term pregnancy; fetal distress

胎儿窘迫是指胎儿在母体子宫内不能得到基本生命过程所需要的氧气,从而出现缺氧的表现,严重威胁着胎儿和母体的生命健康^[1]。孕产前检查常常表现为胎心下降、胎儿发育不良等主要症状,是产科婴儿病死的主要原因之一。胎儿窘迫主要发生在足月妊娠临产时,随着妊娠时间的延长而逐渐加重^[2]。胎儿宫内缺氧可以引起胎儿各个器官的不可逆性损伤,尤其是神经系统,其对缺氧更为敏感,损伤更加严重,因此,及时、准确地对胎儿窘迫做出诊断和采取恰当的治疗方法具有重要意义^[3]。本研究主要探讨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。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对本院 2011 年 1 月至 2013 年 12 月妇产科收治的 120 例足月妊娠临产胎儿窘迫的患者资料进行回顾性分析,依据手术方式的不同分为剖宫产组和阴道助产组。剖宫产组产妇 80 例,年龄 20~35 岁,平均(26.56 ± 4.87)岁;孕周 35~42 周,平均(37.98 ± 2.52)周;胎儿羊水污染情况,无污染 26 例,Ⅰ度污染 8 例,Ⅱ度污染 8 例,Ⅲ度污染 38 例;经产妇 6 例,初产妇 74 例;18 例有高危因素,其中妊娠高血压 4 例,胎膜早破者 11 例,羊水不足 3 例。阴道助产组产妇 40 例,年龄

21~35 岁,平均(26.56±4.48)岁;孕周 35~42 周,平均(37.73±2.34)周;胎儿羊水污染情况,无污染 13 例,Ⅰ度污染 5 例,Ⅱ度污染 5 例,Ⅲ度污染 17 例;经产妇 2 例,初产妇 38 例;8 例有高危因素,其中妊娠高血压 1 例,胎膜早破者 6 例,羊水不足者 1 例。所有产妇均为单胎妊娠且胎位为头位。《妇产科学(7 版)》急性胎儿窘迫诊断标准^[4]:胎心率异常,缺氧严重时胎心率小于 120 次/分,胎儿电子监护可出现多发晚期减速、重度变异减速;羊水胎粪污染,羊水由透明澄清变为黄绿色;胎动异常,缺氧初期为胎动频繁,继而减弱及次数减少,进而消失;酸中毒,采集胎儿头皮血进行血气分析,若 pH<7.20(正常值 7.25~7.35),PO₂<10 mm Hg(正常值 15~30 mm Hg),PCO₂>60 mm Hg(正常值 35~55 mm Hg),可诊断为胎儿酸中毒。排除标准^[5]:肝功能异常、胃肠道出血者、药物过敏史、精神病史及心脏病史者、不能合作者。两组患者在年龄、孕周、羊水污染情况等一般资料方面比较,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

1.2 手术方法 产妇生产前常规检测,胎心监护,剖宫产组产妇,根据相应的剖宫产手术指征进行剖宫产手术,在对产妇和胎儿进行监护的同时,观察产妇的羊水状态,及时、准确诊断胎儿窘迫以及记录导致胎儿窘迫的原因。另一组产妇实施产钳助产分娩。两组产妇生产完毕后给予相应的常规产后护理^[6]。对于发生胎儿窘迫的产妇采取左侧卧位,应用面罩或鼻导管吸氧,急性者每间隔 5 min 进行 1 次,每次半小时;慢性者每天 3 次,每次半小时。若为不协调性子宫收缩过强,因缩宫素使用不当,应当停用缩宫素,静脉滴注硫酸镁抑制宫缩;若为羊水过少,有脐带受压征象,可经腹膜羊膜腔输液。宫口未开全者应立即进行剖宫产。剖宫产的指征有:(1)胎心率小于 120 bpm 或大于 180 bpm,伴羊水Ⅱ度污染。(2)羊水Ⅲ度污染,伴羊水过少。(3)胎儿电子监护可出现多发晚期减速、重度变异减速。(4)胎儿头皮血 pH<7.20。阴道助产是处理第二产程的重要技术,本院所有从事母婴保健的人员都参加过该类操作技术的培训,在助产技术实施方面操作娴熟,能够有效地保证产妇和婴儿的安全。实施阴道助产的适应证有:产妇乏力,软产道阻力导致胎头不下降,产妇患有心肺、颅脑等疾病,产妇出血,产妇第二产程延长,胎方位异常,胎儿受损需在第二产程时立即结束分娩,胎儿表现出不可靠的胎心率图形。器械助产的先决条件:顶先露,宫颈已经完全扩张,胎膜已破,未发现头盆不称等。对于既可进行剖宫产又可进行阴道助产的产妇,根据产妇及家属的意愿选择分娩方式,其不能进行意愿选择的由医师评估最佳的分娩方式。

1.3 观察指标 观察并比较两组产妇的产后并发症、手术时间和出血量。新生儿 Apgar 评分:出生后分别在 1、5、10 min 的时间点评估新生儿 Apgar 评分,轻度窒息为 4~7 分;重度窒息为 0~3 分。新生儿并发症(新生儿病理性黄疸、新生儿败血症、肠胀气、新生儿硬肿症)发生率、病死率、窒息率[(轻度窒息+重度窒息)/例数]。

1.4 统计学处理 所有数据均采用统计学软件 SPSS17.0 进行处理,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 来表示, t 检验分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 对产妇的影响 剖宫产组:手术时间为(35.62±6.64)min、出血量为(410.45±90.40)mL。阴道助产组:手术时间为

(67.41±7.00)min、出血量为(702.23±110.46)mL,两组比较差异有统计学意义($t=23.90, 14.46, P<0.05$)。剖宫产组和阴道助产组均无子宫内膜炎、切口感染、产褥病和子宫切除等并发症。

2.2 新生儿 Apgar 评分比较 剖宫产组:0~≤3 分 0 例(0.00%),>7 分 52 例(65.00%);阴道助产组:0~3 分 2 例(5.00%),>7 分 23 例(57.50%),两组比较差异有统计学意义($\chi^2=2.34, 2.21, P<0.05$)。剖宫产组:>3~≤7 分 28 例(35.00%),阴道助产组:>3~≤7 分 15 例(37.50%),两组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.25, P>0.05$)。

2.3 新生儿并发症发生情况 剖宫产组新生儿窒息率 35.00%(28/80),阴道助产组新生儿窒息率 42.50%(17/40),两组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.948, P>0.05$)。剖宫产组新生儿并发症发生率 6.25%(5/80),病死率 1.25%(1/80),阴道助产组新生儿并发症发生率 22.50%(9/40),病死率 7.50%(3/40),两组比较差异有统计学意义($\chi^2=9.308, 4.237, P<0.05$)。

3 讨 论

足月妊娠临产胎儿窘迫是产科常见的病症之一,各种因素均可引起胎儿窘迫,具体可以从以下几方面进行阐述。首先,是孕妇自身的因素,当孕妇缺氧时,其血液中氧含量降低,从而导致子宫内的胎儿缺氧,引起胎儿窘迫。有以下几方面的原因可引起孕妇缺氧:孕妇妊娠期高血压可以使微小动脉供血不足,使孕妇缺氧;贫血及心脏病等导致的孕妇缺血缺氧;意外伤害引起的失血;生产时,胎盘的血运出现障碍以及脐带绕颈等;妊娠时间过长、胎膜早破和产妇羊水过少也可导致胎儿窘迫。胎儿本身的因素也可以导致胎儿窘迫,例如发育不良、心血管系统破损畸形等^[7]。当子宫内的胎儿发生缺氧时常常表现为胎心下降,胎动减少,胎儿生长缓慢,表现在母体上为孕妇体质量增加缓慢。胎儿窘迫可影响胎儿的正常生长发育,严重威胁着胎儿的生命健康。因此,对于孕妇,定时的产前检查对早期发现胎儿窘迫具有重要的作用,早发现、早诊断、早治疗的“三早”预防措施可以积极降低胎儿窘迫对新生儿和母体的影响^[8]。

随着社会的发展和医疗水平的进步,人们越来越依赖剖宫产手术,我国的剖宫产率一直呈上升趋势,成为产妇经常选择和比较安全的分娩方式。阴道助产术也是常见的分娩手术之一。经阴道的自然分娩是过去人们比较认可也常用的分娩方式,但由于近年来人们生活水平提高,胎儿的体质量比过去增加了许多,采用自然分娩的方式困难度增加,因此,越来越多的人倾向于选择剖宫产^[9]。剖宫产是指通过腹部将子宫切开取出子宫内胎儿的一种手术方法,胎儿窘迫、巨大儿、子宫收缩乏力和难产等是剖宫产的良好适应证。大量研究表明,在不能顺利进行经阴道分娩的情况下首先选择剖宫产手术进行分娩,缩短产程,减少胎儿娩出的时间,降低胎儿窘迫的发生率^[10]。

本研究主要探讨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。结果表明,剖宫产组产妇手术出血量、手术时间等情况显著优于阴道助产组,因此剖宫产对于产妇有良好的结局,还可以缩短手术时间改善胎儿窘迫。对于新生儿的 Apgar 评分、新生儿病理性黄疸、新生儿败血症、肠胀气、新生儿硬肿症等并发症发生率和病死率,剖宫产的手术方式也显著优于阴道助产的手术方式。

综上所述,剖宫产术在治疗足月妊娠临产胎儿窘迫中临床效果好,并发症少,可以使产妇和新生儿有(下转第 2597 页)

流及电凝模式交替进行,减少出血、穿孔等并发症。进镜前于内镜前端安装透明帽,注意松紧,长短要适宜,一般以超出先端部分 0.5 cm 为宜,吸净食管腔内潴留液体和食物残渣。距离胃-食管交界处(GEJ)上方约 8~10 cm 处行食管右后壁黏膜下注射(美兰、肾上腺素,生理盐水混合液)。用 TT 刀纵形切开黏膜约 2 cm,显露黏膜下层^[3]。分离黏膜下层,建立黏膜下“隧道”;用 TT 刀从上而下纵形切开环形肌至 GEJ 下方 2 cm。切开过程中由浅而深切断所有环形肌束,尽可能保留纵形肌束,避免透明帽顶裂纵形肌。对内和食管内液体吸净,冲洗创面并电凝创面出血点和小血管,退镜至黏膜层切口,多枚钛夹对缝黏膜层切口胃镜监视下放置胃肠减压管。(3)术后护理。①一般护理:全身麻醉术后护理常规,术后当天禁饮禁食、静脉补液,应用质子泵抑制剂、抗菌药物,观察有无颈部、胸部皮下气肿等并发症。术后第 1 天检查 CT,观察有无纵膈及皮下气肿,有无气胸,如无则可进流食,术后第 2 天可进半流食。②术后注意事项:为患者创造一个安全、舒适、安静、整洁的病室环境,患者清醒后,护士对患者进行安慰、鼓励,多与患者沟通,主动缩短护患距离。禁食期间,给予口腔护理 2 次/天,并给予静脉补液营养支持治疗。3 d 后如无特殊不适,可进少量水及温凉流质,再逐渐过渡到无渣半流质和软食。③出院指导:AC 是一种影响生活质量、易再复发的疾病,因此,做好出院指导非常重要。与患者共同制订饮食计划,指导患者合理、规律饮食。应进食清淡、易消化的碱性食物,如软饭、面条、香蕉等,避免浓茶、咖啡、巧克力、碳酸饮料及油腻、煎炸、辛辣食物^[4]。叮嘱患者少食多餐、细嚼慢咽,戒烟,禁酒,可有效减少食管反流的发生。平时生活规律,保持愉快的心情,控制体质量,避免便秘及穿着紧身衣、紧束腰带。养成良好的睡眠习惯,睡觉时床头抬高 15~20 cm,改变不良睡姿,将两臂上举或将其枕于头下。继续口服质子泵抑制剂,1 个月后复查胃镜,如有不适,随时复诊。

2 结 果

全组术中平均出血量约 50 mL,与传统手术相比,患者出血量下降约 30%,差异有统计学意义($P<0.05$)。患者术后第 2 天复查胃镜了解创面有无出血并进行胃镜下处理,术后 3 个月复查胃镜,钛夹脱落,隧道口基本愈合。本组患者经随访,未有复发现象,患者对治疗效果非常满意。

3 讨 论

AC 是由食管体部平滑肌和食管下段括约肌功能障碍引起的,其临床表现为吞咽困难、胸痛、反流等症状,严重影响患

者的生存质量。目前,临床治疗贲门失弛缓症的方法包括药物治疗、气囊扩张、内镜下肉毒杆菌毒素注射、开放式手术或腹腔镜切开食管下段括约肌等,患者心理压力大、经济负担重,故而寻找一种有效的治疗贲门失弛缓症的方法非常必要。POEM 是一种治疗 AC 的新兴治疗方法,具有微创治疗的优越性,安全、效果明显,患者医疗费用低,并发症少、住院时间短、痛苦小、恢复快等优点,有效地解决了患者吞咽困难、食物反流、胸痛等症状,近期疗效显著^[5-6]。从本组资料来看,10 例患者术后随访时间为 6~24 个月,症状基本消失,明显减轻患者症状,效果良好。但 POEM 除了术者应具有熟练的内镜操作技巧外,护理人员术前做好各项准备工作,术中密切观察病情变化,及时发现、处理并发症,为患者提供全程、优质的护理措施,是保证手术成功的重要因素。虽然 POEM 是一种简便易行、创伤小、费用低的治疗 AC 的方法,但是由于本组样本量不大,其远期疗效还有待进一步研究。随着内镜器械及技术的发展,POEM 作为一项微创内镜技术,在治疗 AC 领域会显示出更加广阔的前景。

参考文献

[1] Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia[J]. Endoscopy, 2010, 42(5): 265-271.

[2] Mohammed E, Whorwell PJ. Psychological or organic vomiting[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2006, 18(7): 781-783.

[3] 令狐恩强, 李惠凯. 横开口法经口内镜 F 肌切开术治疗贲门失弛缓症疗效及安全性评价[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(9): 483-486.

[4] 赵阿红. 内镜下食管肌层切开术治疗贲门失弛缓症 11 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(16): 70.

[5] Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, et al. Peroral endoscopic myotomy(poem) for esophageal achalasia[J]. Endoscopy, 2010, 42(8): 265.

[6] Inoue H, Tianle KM, Lkeds H, et al. Penoral endoscopic myotomy for esophageal achalasia: technique, indication and outcomes[J]. Thorac Surg Clin, 2011, 21(4): 519-525.

(收稿日期:2015-03-25 修回日期:2015-03-28)

(上接第 2595 页)

良好的结局,提高母婴生活质量,值得推广应用。

参考文献

[1] 刘芳. 胎儿宫内窘迫行剖宫产术 221 例临床分析[J]. 重庆医学, 2012, 41(18): 1834-1835.

[2] 贺晶. 胎儿窘迫的真与假——产科永恒的话题[J]. 中华围产医学杂志, 2012, 15(4): 198-202.

[3] 刘颖. 胎儿窘迫 162 例的临床诊断及处理分析[J]. 现代预防医学, 2012, 39(3): 599-600.

[4] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 135-136.

[5] 邓翠平, 刘文兰, 丁昭宁. 317 例胎儿窘迫的临床分析[J]. 重庆医学, 2011, 40(27): 2807.

[6] 杜娟, 泮慧. 宫内窘迫脐血细胞因子水平与新生儿窒息相关分析[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(22): 4126-4128.

[7] 俞碧霞, 张柳燕. 胎儿窘迫及胎膜早破的胎盘病理与羊水病原学研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(17): 2604-2605.

[8] 郭晓辉, 张海鹰, 苏放明, 等. 活跃期羊水乳酸水平对单纯胎心基线变异性降低胎儿窘迫的预测价值[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26(2): 132-134.

[9] 陈固泓, 李松霖, 申恒春. Tei 指数检测胎儿窘迫的临床价值[J]. 重庆医科大学学报, 2009, 34(8): 1128-1129.

[10] 纪妍, 林静吟, 欧惠娴. 脐带异常 1 031 例的临床分析[J]. 南方医科大学学报, 2009, 29(6): 1283-1284.

(收稿日期:2015-03-10 修回日期:2015-04-15)