

保留供血较好且正常的皮质,腹外行卵巢成形术;重充气腹,将残端及保留的附件纳入腹腔内;温盐水冲洗。对照组患者采用常规开腹手术法。

**1.3 观察项目:**两组患者的手术时间、术中平均出血量、平均住院时间及术后镇痛剂使用情况及术后发热情况。

**1.4 统计学分析:**使用 SPSS10.0 统计软件包进行统计分析,计量资料以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采用  $t$  检验处理数据。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

治疗组患者平均手术时间为 (74.5  $\pm$  12.3) min,与对照组的 (71.2  $\pm$  10.1) min 对比,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );术后,治疗组 1 例患者因疼痛使用镇痛剂,使用率为 4.0%,对照组 5 例患者应用镇痛剂,使用率为 20.8%,两比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );治疗组 2 例患者出现发热症状,发热率为 8.0%,对照组 9 例患者出现发热症状,发热率为 37.5%,两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),两组患者经积极的对应治疗后,发热症状消退。两组患者手术情况比较见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	术中平均出血量 (ml)	术后平均住院时间 (d)
治疗组	25	67.4 $\pm$ 10.4 <sup>①</sup>	4.2 $\pm$ 1.0 <sup>①</sup>
对照组	24	154.3 $\pm$ 13.2	7.5 $\pm$ 3.8

注:与对照比较,① $P < 0.05$

## 3 讨论

近几年,随着腹腔镜在临床的广泛应用,其在治疗卵巢囊肿蒂扭转较传统开腹手术具有出血量小、痛苦小、治愈快等优

势,受到患者的欢迎。

本组研究中,采用腹腔镜行卵巢蒂囊肿蒂扭转手术,在针对较大肿瘤时采用在脐轮上方穿刺,为穿刺套管针留出空间的同时,扩大视野,避免了传统腹腔镜手术时因视野不够而造成的副损伤。

在应用腹腔镜行卵巢蒂囊肿蒂扭转手术过程中还注意结合患者病史、体检及术中冰冻切片,避免恶性肿瘤的诊断。手术中尤其注意畸胎瘤,吸出内容物及牵引时应注意防止内容物溢出,或污染腹壁穿刺口,可采用大量温盐水反复冲洗穿刺孔,并自上而下冲洗盆腔,减少非感染性炎性反应等并发症问题发生<sup>[1-3]</sup>。本组患者中,无术后并发症出现。经治疗并对比发现,行腹腔镜手术治疗卵巢囊肿蒂扭转平均手术时间与传统开腹手术差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),且腹腔镜手术可有效减少术中出血量,及患者平均住院时间,并减少了术后镇痛剂的使用与发热症状的出现,具有较好的临床疗效,值得广泛推广。

## 4 参考文献

[1] 茅敏,易村健. 腹腔镜辅助下腔外法手术治疗卵巢囊肿蒂扭转 48 例分析[J]. 长江大学学报(自科版),2006,3(1):247.  
[2] 廖敏,王刚,韩玉斌,等. 腹腔镜手术治疗卵巢囊肿蒂扭转 43 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2009,12(25):736.  
[3] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社. 2008:279.

[收稿日期:2012-04-12 编校:费越/郑英善]

# 产妇体位在分娩镇痛中对胎儿的影响原因分析及对策

黄智清 (湖北省随州妇幼保健院,湖北 随州 441300)

**[摘要]** 目的:探讨产妇体位在分娩镇痛中对胎儿影响原因,并针对原因所采取的干预对策。方法:将 100 例自愿要求分娩镇痛的初产妇分为研究组与对照组。研究组在产程中产妇选择自由体位,助产士根据产妇情况随时监测血压、胎心音及产程进展情况,并采取相应的干预措施。对照组的产妇在整个产程中取被迫体位,使用母婴监护仪连续监测胎心、产妇的宫缩、氧饱和度及血压的变化。结果:通过在分娩镇痛中产妇体位不同对胎儿的影响进行比较,研究组针对产妇体位不同而出现胎儿窘迫的原因及时采取一系列干预措施后,出现胎儿窘迫的例数明显低于对照组,有效防控了新生儿窒息的发生,确保了产科质量。结论:分娩镇痛中通过胎心音的改变,不断改变产妇体位及加强心理干预,可直接减少胎儿窘迫及新生儿窒息的发生率。

**[关键词]** 分娩镇痛;产妇体位;胎儿窘迫;原因分析;对策

近年来,随着围产医学的迅速发展及人们生活质量的提高,产妇对无痛分娩的需求越来越强烈,各种分娩镇痛技术已相继用于临床。而硬膜外阻滞镇痛被确认为产科止痛最有效的方法。此项技术不但减轻了产妇分娩过程中因宫缩引起的剧烈疼痛,使产妇舒服、无痛,从而减轻产妇因分娩而造成的紧张、恐惧等不良心理状态。现针对在分娩镇痛中产妇不

同的体位所出现的胎儿窘迫的原因进行分析,并采取相应的护理措施,取得了满意效果。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料:**选择 2010 年 6 月~8 月在我院住院待产的初产妇,足月妊娠,无硬膜外穿刺禁忌症、无阴道试产高危因素

等,自愿要求分娩镇痛者 100 例。随机均分为研究组与对照组各 50 例。两组孕妇年龄、孕周、体重、身高等差异均无显著性,具有可比性。

**1.2 方法:**产妇出现规律性宫缩,宫口开大 3 cm 时,常规检查生命体征、胎心音及宫缩情况。两组产妇均建立静脉通道后取侧卧位,麻醉师行硬膜外穿刺置管成功后注入 0.08% 罗派卡因,首次实验剂量 5 ml,观察 5 ~ 10 min,产妇痛觉消失,无低血压、恶心等麻醉不良反应后,连接自动泵维持持续给药 6 ml/h,产妇可根据自身要求在允许的范围内调整给药的时间与剂量。研究组的产妇在整个产程中均采取舒适体位,有助产士陪伴,可下床自由活动,助产士随时监测血压、胎心音、宫缩等情况、注意产程进展。对照组产妇平躺于产床上,使用母婴监护仪连续检测产妇的宫缩、血压、氧饱和度及胎心音的变化。

**1.3 评价:**根据两组产妇在产程中出现胎儿窘迫及分娩后新生儿窒息情况,了解分娩镇痛中产妇的体位的不同会对胎儿造成不同的影响,针对原因采取干预措施。

**1.4 统计学处理:**采用  $\chi^2$  检验或  $t$  检验进行统计分析

## 2 结果

**2.1 胎儿窘迫发生情况:**研究组 3 例(6%)患者出现胎儿窘迫,主要出现在第二产程末,对照组 25 例(50%)患者出现胎儿窘迫,主要出现在第一、二产程,两组患者在分娩镇痛中产妇体位不同造成胎儿窘迫的原因比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),有可比性。

**2.2 产后 1 分钟阿氏评分情况:**研究组新生儿出生后 1 分钟阿氏评分 0 ~ 3 分 0 例,4 ~ 7 分 1 例,新生儿窒息比例为 2%,对照组新生儿出生后一分钟阿氏评分 0 ~ 3 分 5 例,4 ~ 7 分 12 例,新生儿窒息比例为 34%,二组新生儿出生后一分钟阿氏评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

## 3 原因分析

胎儿窘迫是指胎儿宫内缺氧引起的危急状态,主要表现为低氧血症和酸中毒,这是由于胎盘气体交换受到干扰所致。但胎盘气体交换受损往往是由于母体或胎儿通过胎盘的循环衰竭所致。分娩镇痛中产妇体位的不同而直接影响胎盘的供血,从而造成对胎儿不同的影响。对照组硬膜外穿刺后产妇平躺在产床上,增大的子宫压迫了下腔静脉,阻碍了静脉回流,出现仰卧位低血压。并且因麻醉使腰肌松弛,子宫失去腰肌支持而加重其对下腔静脉的压迫,也影响静脉回流。同时绑着的监护仪限制了产妇的活动,使产妇出现恐惧紧张心理,致使产妇精神疲惫、全身乏力,严重者可引起产妇脱水、酸中毒或低钾血症的发生<sup>[1-2]</sup>,均可影响胎盘的供血而造成胎儿缺氧。而研究组产妇可根据自身需要选择舒适体位,并可自由活动,不必过早躺在产床上,避免了增大的子宫压迫下腔静脉。同时由于重力的作用可加速产程的进展。因无痛及助产士的陪伴消除了产妇的顾虑及紧张情绪,能主动积极参与,减少了不必要的体力消耗,提高了氧含量。

## 4 对策

**4.1 心理干预:**向需要分娩镇痛的产妇及家属进行健康宣教,并根据其文化程度、性格特征、家属支持情况,详细讲解分娩知识,如分娩的生理过程、宫缩阵痛的性质、分娩过程中可能出现的症状、以及无痛分娩技术介绍,并让产妇及家属了解无痛分娩的方法,副作用和可能出现的问题,以减轻分娩引起的紧张、焦虑的情绪。

**4.2 产妇体位的护理:**在产程观察过程中要尽量让产妇保持自由体位,采用可行行走性硬膜外镇痛,减轻运动阻滞的程度,使产妇在第一产程中能够下床活动,产妇在安全清醒的状态下参与分娩,使产妇在整个产程中生理内环境保持稳定,维持了正常肺通气,降低氧耗,减少酸中毒,提高了胎盘供氧。若取卧位,必须采取左侧卧位,身体倾斜 30°,可在产妇背下垫一软垫,既可控制身体的倾斜程度,又可使产妇身体放松休息,以减轻妊娠子宫对下腔静脉的压迫,增加回心血量和心搏出量,从而改善子宫胎盘的血流量和供氧状况。若有脐带隐性脱垂或受压时,不能仅采用左侧卧位,须变换其他体位或抬高臀部来改善胎心率<sup>[2]</sup>。产妇也可取半坐卧位,以舒适为宜,坐式分娩可以缩短产程,增大了骨盆的出口间径,减小骨盆的倾斜度有利于顺利分娩,同时改善了胎盘血流供给,减少胎儿窘迫率和新生儿窒息率,准妈妈还可以在分娩时环视周围一切,减少紧张、恐惧与不安的情绪。

**4.3 减少药物的使用浓度:**根据局麻药的作用原理,阻断大的运动神经纤维比纤细的感觉纤维所需要的药物浓度高一倍<sup>[3]</sup>,因而只需阻断产妇感觉神经,保持其运动神经,使产妇能自由活动,不但能加速产程进展,还避免了仰卧位综合症。

**4.4 氧气吸入:**在产程进展中,出现胎心音的变化,应及时给氧。出现胎儿窘迫时可采用高流量(10 L/min)纯氧面罩法,而不用鼻导管给氧,因为前者可明显提高胎儿的  $PO_2$ ,而后者达不到要求。由于长时间连续给氧,可导致子宫血管收缩,降低胎盘血流量,因此以间断给氧为宜<sup>[3]</sup>。

## 5 小结

随着医学技术的进步和服务模式的转变,安全、无痛的分娩已不仅仅是一种愿望,而是作为每一位产妇及胎儿的权利加以关注。分娩镇痛不但缩短产程,减少手术产率及产后出血。还支持了产妇的心理健康。而产妇采取不同的体位在分娩镇痛中大大地降低了胎儿窘迫及新生儿窒息的发生率,值得推广。

## 6 参考文献

- [1] 王德智. 胎儿窘迫与宫内复苏新生儿窒息的诊断与急救[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16(1): 3.
- [2] 丰有吉. 妇产科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2007: 489.
- [3] 江明性. 药理学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1989: 436.

[收稿日期: 2012-08-03 编校: 梁丽梅]