

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

吴琼丽(重庆市云阳县人民医院妇产科 404500)

【摘要】 目的 探讨剖宫产与阴道助产在足月妊娠临产胎儿窘迫中的应用效果。**方法** 将该院 2011 年 12 月至 2013 年 12 月收治的 102 例足月妊娠临产时出现胎儿窘迫的产妇采用数字表法随机分为观察组和对照组,各 51 例。其中对照组产妇采取阴道助产术,观察组产妇实施剖宫产术,比较两种分娩方式对母婴结局及术后胎儿窘迫症状改善情况的影响。**结果** 两组胎儿窘迫各因素间(胎盘因素、脐带因素、母体因素、胎儿因素或羊水粪染)比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组术后胎儿窘迫症状改善率为 90.20%,明显高于对照组的 76.47%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组新生儿窒息、缺血缺氧性脑病、胎儿生长受限、产后出血、产褥感染及低蛋白血症发生率分别为 5.88%、3.92%、1.96%、5.88%、11.76%和 9.90%,与对照组的 7.84%、5.88%、1.96%、9.80%、7.87%和 5.88%比较,均差异无统计学意义($P>0.05$);两组均无新生儿死亡情况发生。**结论** 剖宫产和阴道助产均能有效改善足月妊娠临产胎儿窘迫母婴结局。

【关键词】 剖宫产; 阴道助产; 胎儿窘迫

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.21.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)21-3051-02

胎儿窘迫是指胎儿在母体子宫内因急性或慢性缺氧而引发的一系列危及患儿身心健康和生命安全的综合症状,可导致胎儿酸中毒,造成多脏器或脑组织的不可逆损伤,使其神经功能受损,严重者甚至出现死亡,是目前产科临床上最为常见的严重并发症之一^[1-3]。胎儿窘迫主要表现为胎心变化、胎动减少等,若得不到及时、有效地干预和治疗则会导致新生儿窒息或永久性神经缺损等后遗症,已成为产科临床研究的重点和难点问题之一^[4-5]。胎儿窘迫主要发生在临产过程中,也可发生于妊娠后期,应根据临床实际情况而采取积极、有效地干预措施以挽救胎儿生命安全^[6]。本研究旨在探讨剖宫产手术和阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中的应用效果,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2011 年 12 月至 2013 年 12 月收治的 102 例足月妊娠临产时出现胎儿窘迫的产妇作为研究对象,均符合《妇产科学》(第 7 版)中关于胎儿窘迫的诊断标准^[7],为单胎、头位,年龄 23~40 岁,孕周 37~42 周,包括初产妇 81 例和经产妇 21 例。均排除合并严重心、肝、肺、肾等器官功能异常者;合并出血性疾病或具有出血倾向者;严重精神异常或意识障碍者;伴有严重妊娠合并症者;具有手术禁忌证者等。本研究符合医院伦理委员会批准,所有产妇均知情并签署同意协议。采用数字表法将患者随机分为观察组(阴道助产术)和对照组(剖宫产术),每组各 51 例。其中对照组中初产妇 39 例和经产妇 12 例,平均年龄(28.12±3.39)岁,平均孕周(39.30±2.15)周;观察组中初产妇 42 例和经产妇 9 例,平均年龄(28.51±3.10)岁,平均孕周(39.19±2.00)周。两组产妇年龄、孕周及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。

1.2 诊断标准 胎儿窘迫诊断标准:(1)采用胎儿电子监护仪进行持续胎心监测,缺氧早期时,胎心率于无宫缩或胎动时加快(>160 次/分,其中母体感染、急性感染期使用过阿托品及其他 β -受体兴奋剂除外);缺氧严重时,胎心率小于 110 次/分;

(2)观察羊水状态显示羊水Ⅲ度污染,表明胎儿严重缺氧;(3)胎动指标异常,胎动次数每 12 小时小于 10 次;(4)宫缩应激实验(CST)和缩宫素应激实验(OCT)显示出现频发早期减速或中毒变异型减速。

1.3 干预方法 对照组产妇采取阴道助产,包括产钳助产术、胎头吸引等,观察组产妇实施剖宫产手术以结束分娩。两组产妇术后均给予抗感染治疗。分析两组胎儿窘迫发生的原因(胎盘因素、脐带因素、母体因素、胎儿因素或羊水粪染),观察并比较两种分娩方式下胎儿窘迫症状改善情况及母婴结局(包括新生儿窒息、新生儿死亡、缺血缺氧性脑病、胎儿生长受限、产后出血、产褥感染及低蛋白血症)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料以率表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胎儿窘迫影响因素比较 两组胎儿窘迫的影响因素比较,差异均无统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组中胎儿窘迫影响因素比较[n(%)]

组别	n	胎盘因素	脐带因素	母体因素	胎儿因素	羊水粪染
对照组	51	10(19.61)	18(35.29)	6(11.76)	3(5.88)	3(5.88)
观察组	51	13(25.49)	16(31.37)	7(13.73)	2(3.92)	5(9.80)
χ^2		2.92	1.87	0.99	1.23	2.61
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组胎儿窘迫症状改善情况比较 对照组胎儿窘迫症状改善 46 例(90.20%),观察组胎儿窘迫改善 39 例(76.47%),对照组胎儿窘迫症改善率明显高于观察组,差异有统计学意义($\chi^2=10.55, P<0.05$)。

2.3 两种分娩方式对母婴结局的影响 观察组新生儿窒息、缺血缺氧性脑病、胎儿生长受限、产妇产后出血、产褥感染及低蛋白血症发生率分别为 5.88%(3 例)、3.92%(2 例)、1.96%

(1 例)、5.88%(3 例)、11.76%(6 例)和 9.80%(5 例),与对照组的 7.84%(4 例)、5.88%(3 例)、1.96%(1 例)、9.80%(5 例)、7.87%(4 例)和 5.88%(3 例)比较,差异均无统计学意义(χ^2 分别为 1.87、1.92、0.10、2.55、2.30、2.51, $P>0.05$),且两组均无新生儿死亡情况发生。

3 讨论

胎儿窘迫是妊娠分娩期最为常见的严重并发症之一,指胎儿在子宫内因缺氧或酸中毒等危及身体健康和生命安全的综合症状,也是导致围产儿死亡的主要原因之一^[8-10]。临床将胎儿窘迫分为慢性胎儿窘迫和急性胎儿窘迫,其中慢性胎儿窘迫多发生于妊娠晚期,主要由胎盘血供不足、胎儿病变等原因引起,主要表现为胎儿生长受限、胎盘功能减退等,而急性胎儿窘迫多发生于分娩期,因脐带血管受压(打结、缠绕或过短等)、胎盘病变(胎盘早剥、胎盘前置等)、羊水过少或缩宫素使用不当等原因引起,主要表现为胎动或胎心率异常、羊水污染等,易导致新生儿窒息、神经系统后遗症,严重者甚至死亡^[11-12]。正确诊断和有效处理,可降低围产儿并发症发生率及病死率,改善母婴结局,而对于足月妊娠临产儿选择及时终止妊娠对挽救胎儿和产妇的生命安全具有重要的临床意义,目前多采取剖宫产与阴道助产术处理妊娠临产胎儿窘迫,已成为产科临床挽救胎儿和产妇生命安全,改善其结局的重要医疗措施^[13]。

随着近年来医学技术的不断发展和剖宫产术式的不断完善,剖宫产率正呈逐年上升的发展趋势,可解决产科临床难题,挽救危胎儿和产妇生命安全重要措施^[14]。阴道助产可快速娩出胎儿,是产科临床必需熟练掌握的重要技巧。临床出现胎儿窘迫时,应力争实施宫内复苏,采取左侧卧位改善血流量及血氧供给,对于宫口开全产妇或宫口近开全经产妇,应给予吸氧并采用阴道助产术进行分娩,在临床护理中本院采取全程陪伴分娩,使患者了解分娩中阵痛与分娩的关系,给予积极的心理疏导,加强健康教育宣传,增强其自我调节能力,并树立自然分娩的信心,并重视助产技术以提高阴道分娩率,对于病情严重或上述处理无效者,应在严格掌握剖宫产指证情况下及时采取剖宫产手术以结束分娩,并做好新生儿抢救准备工作,降低窒息发生率,减少病死率。同时加强围生期保健和卫生指导,进行定期产前检查,以减少胎儿窘迫的发生。但目前对于剖宫产与阴道助产在足月妊娠临产胎儿中应用对母婴结局的研究报道较少,本研究通过比较剖宫产手术和阴道助产术在妊娠临产胎儿窘迫中母婴结局的影响,剖宫产手术对胎儿窘迫症状的改善率较高,但两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结果说明,剖宫产和阴道助产均能有效改善足月妊娠临产胎儿窘迫母婴结局,通过术前对胎儿大小、骨盆及胎儿窘迫因素等进行准确的评估,并根据产妇具体情况选择合适的手术方式以尽快结束分娩,以改善胎儿缺氧症状,减少新生儿窒息或死亡,提高母婴生存质量。

参考文献

[1] Gheorman V, Gheorman L, Ivanus C, et al. Comparative study of placenta acute fetal distress and diabetes associated with pregnancy[J]. Romanian J Morphol and Embry-

ology, 2013, 54(3): 505-511.

- [2] Mitra JK, Roy J, Bhattacharyya P, et al. Changing trends in the management of hypotension following spinal anesthesia in cesarean section[J]. J Postgrad Med, 2013, 59(2): 121-126.
- [3] 蔡敏,皮俏冰. 阴道助产术与剖宫产在足月妊娠第二产程中胎儿窘迫的临床疗效和安全性分析[J]. 中国现代医生, 2013, 51(30): 120-122.
- [4] Mujugira A, Osoti A, Deya R, et al. Fetal head circumference, operative delivery, and fetal outcomes: a multi-ethnic population-based cohort study[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2013, 13(1): 106.
- [5] 叶湘潭. 剖宫产术与阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中疗效观察[J]. 当代医学, 2013(5): 62-63.
- [6] Adeniji AO, Atanda OO. Randomized comparison of effectiveness of unimodal opioid analgesia with multimodal analgesia in post-cesarean section pain management[J]. J Pain Res, 2013, 6(2): 419-424.
- [7] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 135-136.
- [8] Hoban R, Roberts AE, Demmer L, et al. Noonan syndrome due to a SHOC2 mutation presenting with fetal distress and fatal hypertrophic cardiomyopathy in a premature infant[J]. Am J Med Genet A, 2012, 158A(6): 1411-1413.
- [9] Meenakshi, Srivasava R, Sharma NR, et al. Obstetric behavior and pregnancy outcome in overweight and obese women maternal and fetal complications and risks in relation to maternal overweight and obesity[J]. J Obstet Gynaecol India, 2012, 62(3): 276-280.
- [10] Yavangi M, Sohrabi MR, Alishahi TA. Effect of Iranian Ministry of Health protocols on cesarean section rate a quasi-experimental study[J]. J Res Health Sci, 2013, 13(1): 48-52.
- [11] Manzanares S, Sanchez-Gila M, Moreno-Martinez MD, et al. Perinatal outcomes in preterm growth-restricted twins: effects of gestational age and fetal condition[J]. Twin Res Hum Genet, 2013, 16(3): 727-731.
- [12] 王爱华. 剖宫产术与阴道助产术在足月妊娠临产胎儿窘迫中的应用[J]. 中国医师进修杂志, 2011, 34(15): 12-13.
- [13] Kariman N, Hedayati M, Majd SA. The diagnostic power of cervico-vaginal fluid prolactin in the diagnosis of premature rupture of membranes[J]. Iran Red Crescent Med J, 2012, 14(9): 541-548.
- [14] 赵爱华. 剖宫产与阴道助产术在足月妊娠胎儿窘迫中的对比分析[J]. 中国实用医药, 2013, 8(7): 85-86.

(收稿日期: 2014-02-26 修回日期: 2014-05-10)