

- [7] Greef E, Hauser B, Devreker T, et al. Diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants [J]. World J Pediatr, 2012, 8(1): 19-24.
- [8] 陈洁. 食物过敏性胃肠病[J]. 中国实用儿科杂志, 2011, 26(8): 561-563.
- [9] 颜海青, 谢丽, 张茜, 等. 深度水解蛋白配方奶粉治疗婴儿牛奶蛋白过敏性腹泻的疗效[J]. 广东医学, 2013, 34(4): 556-557.

• 临床探讨 •

- [10] Nocerino R, Granata V, Di CM, et al. Atopy patch tests are useful to predict oral tolerance in children with gastrointestinal symptoms related to non-IgE-mediated cow's milk allergy[J]. Allergy, 2013, 68(3): 246-248.
- [11] 崔玉涛. 儿童牛奶蛋白过敏的诊断方法和治疗原则的解读[J]. 中国儿童保健杂志, 2013, 21(2): 116-117.

(收稿日期: 2016-11-14 修回日期: 2017-01-06)

无创助产与传统助产的临床应用效果比较^{*}

李富萍¹, 刘静梅²

(1. 四川省内江市妇幼保健院产科 641000; 2. 四川省绵阳市四〇四医院妇产科 621000)

摘要:目的 对比无创助产与传统助产在临床中的应用效果,以期针对不同产妇寻求更为个体化的分娩方式。方法 选取 2014 年 6 月至 2016 年 5 月四川省内江市妇幼保健院收治的初产妇 300 例,针对不同产妇的具体状况,将研究对象以入院时间顺序随机分为治疗组及对照组,每组各 150 例。治疗组临床应用无创助产技术分娩,对照组应用传统分娩方式(会阴侧切术)。统计分析 2 组研究对象分娩结果及产后机体各项指标状况。结果 治疗组产妇产会阴裂伤率显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。同时治疗组产妇产后身体整体情况及整体感觉均好于对照组,平均住院时长小于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 无创助产技术在临床分娩过程中可显著提高分娩效果,有助于减少产妇产后相关不适症状,临床认可度较高。

关键词:无创; 助产; 分娩

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.07.029 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)07-0988-03

随着社会的飞速发展,孕妇及其家属对妊娠期安全的关注度日益提升,但对正确的分娩方式仍认识不足,造成了大量无医学指征剖宫产术的实施。在产妇分娩过程中,斜侧 45°切口是传统应用的常规助产法,但其存在诸多对产妇身体不利的情况:产妇伤口愈合时间周期长、延伸裂伤较重、术中出血量多、伤口缝合困难等^[1]。无创助产作为自然分娩的一种,避免了常规传统助产方法中的分娩会阴侧切,在产妇分娩时利用无创助产技术能够有效控制胎儿头部娩出速度,利用产妇的宫缩间歇期间,使胎儿缓慢娩出,直至产妇顺利娩出胎儿^[2]。无创助产技术相对于传统助产技术,可大大减少对产妇身体的损伤,能够尽可能地减少产后出血,降低对产妇产会阴组织损伤,减轻其疼痛、肿胀等不适感,进而利于伤口愈合^[3]。现将四川省内江市妇幼保健院产房 2014 年 6 月至 2016 年 5 月收治的初产妇 300 例分别应用无创助产技术及传统会阴侧切术的临床效果进行对比分析,结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部符合条件的产妇有 300 例,按初产妇身体状况及家属意愿将所有产妇按入院时间顺序随机分为治疗组和对照组,每组各 150 例。治疗组年龄 23~32 岁,中位年龄 28.3 岁;孕 36~42 周,估计胎儿体质量 2 400~3 850 g,中位体质量 3 550 g。对照组年龄 22~34 岁,中位年龄 26.2 岁;孕 38~40 周,估计胎儿体质量 2 450~3 900 g,中位体质量 3 450 g。所有研究对象一般资料及入院时各项指标差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:适应阴道分娩;无不良怀孕史;初产妇及其家属均签署研究知情书;产妇无相关严重疾病隐患;B 超检测宫内胎儿正常,无严重心肺器官类疾病,无传染类疾病。本研究经四川省内江市妇幼保健院伦理委员会批准同意。

1.2 方法 (1)入院待产后,所有产妇均进行解释工作及临床护理操作(对治疗组产妇补充无创助产知识),告知其分娩过程中配合助产士的重要性、掌握宫缩时易于分娩的呼吸方法,指导产妇熟练应用宫缩间歇进行缓慢分娩胎儿,以最大程度减少对产妇产会阴组织的创伤^[4]。(2)对治疗组产妇利用无创助产技术:当宫口先露较低时,助产士指导使用腹压,保持身体固定,双腿屈曲,当宫缩时用力向下均匀屏气,使胎头顺应产道拨露;当宫缩过强,应为哈气,防止阴毁环撕裂^[5],助产士将左手手掌放阴阜上,指导产妇控制分娩速度,至胎儿头部娩出,后立即清理胎儿呼吸道,托起头颈,向上娩出后肩,托胎儿躯体娩出^[6]。(3)对照组应用传统常规会阴侧切术:其中应用腹压的方法与治疗组一样;当会阴后联合紧张时,常规会阴侧切术,至高度隆起,行会阴保护^[7];在肛门与阴道口皮肤间放置消毒会阴巾,此时助产士应该将会阴部顶住借助手掌大鱼际肌,应把握时间,宫缩时间内向上内方托压,同时减轻力度,直至胎儿娩出。

1.3 观察指标 详细记录治疗组与对照组产妇的各项身体指标数据。产妇的会阴伤口感染率、发生会阴 I 度裂伤情况、术后 3 d 内伤口疼痛感、产后出血率。记录 2 组研究对象舒适度、床下活动时间及产后平均住院天数等^[8]。产妇舒适度测量采用模糊数字评分法,产妇在 0~10 分中选择 1 个数字作适合自己情况的评分(0~10 为评分舒适度)。

1.4 统计学处理 数据应用 SPSS20.0 进行统计学处理;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

治疗组产妇产后伤口疼痛减轻,会阴 I 度裂伤 8 例,产妇出院时间短,产后出血率低,产妇整体身体舒适度高,与对照组

* 基金项目:四川省基层卫生事业发展研究项目(SJWF1428)。

比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1~3。

表 1 2 组会阴裂伤情况比较			
组别	<i>n</i>	会阴Ⅰ度裂伤 (<i>n</i>)	会阴裂伤率 (%)
治疗组	150	8	5.33*
对照组	150	4	9.33

注:与对照组比较, $\chi^2=1.030$, * $P=0.019$ 。

表 3 2 组产后感受比较						
组别	<i>n</i>	伤口疼痛感 ($\bar{x}\pm s$,分)	下床活动时 间($\bar{x}\pm s$,d)	舒适度 ($\bar{x}\pm s$,分)	平均住院天 数($\bar{x}\pm s$,d)	产妇满意度 [<i>n</i> (%)]
治疗组	150	1.63±1.51	1.39±0.78	9.02±0.69	3.12±0.49	146(97.33)
对照组	150	4.02±0.41	2.59±0.51	6.12±0.59	5.82±0.49	120(80.00)
χ^2/t		1.885	1.831	1.375	1.532	3.378
<i>P</i>		0.012	0.033	0.028	0.034	0.027

3 讨 论

近年来,产妇及其家属在分娩过程中选择有创助产的比例呈逐年上升趋势。由于产妇及其家属惧怕无创分娩时的疼痛、对自然分娩的知识欠缺、对自然分娩的安全性持怀疑态度^[7],促使他们在无医学指征的情况下选择有创助产,导致个别城市有创助产率居高不下^[8]。无创分娩具有可减少吸入性肺炎的发生、胎儿出生后肺泡富有弹性易扩张、产妇产后身体恢复快、体形也更容易恢复、并发症和后遗症少等优势^[9]。因此,当条件具备时应首选无创分娩。

传统助产实践中,实施会阴侧切术具有创伤性,会产生许多不良反应,如伤口愈合不良、出血量大、产后并发症多等^[10]。助产士上台接生时常规侧切后在宫缩时为防止胎儿娩出过快,要用右手掌和大鱼际的力量恰当地保护产妇会阴体,且此时助产士应该向上向内用力托压会阴体,但是这样做容易导致会阴充血、肿胀、脆性增加而使会阴及软产道非常容易发生裂伤,会阴部的疼痛也非常容易引起产后尿潴留,不利于产妇产后整体身体恢复^[11]。有学者认为,首先应对产妇会阴条件及身体各项指标综合情况进行客观判定,避免盲目实施会阴切开术,恰当运用助产技术,才能使产妇及婴儿的健康得到保障。既往有关研究曾指出,分娩时不行侧切,会阴整体分为 2 种情况,一种是会阴保持完整,产妇不会出现身体创伤及伤口感染的危险;另一种是会阴Ⅰ度、Ⅱ度裂伤,因其裂伤主要集中在会阴后联合处,该处组织比较容易受创伤,且组织较薄,破裂后血管断裂少,疼痛不会特别严重^[12]。与传统临床分娩中采取的会阴侧切术比较,不但疼痛肿胀减轻,对身体的整体创伤也不会特别严重,有利于伤口的愈合^[13-16]。本研究结果显示,未行会阴侧切术的产妇分娩相关会阴撕裂伤及会阴部疼痛、肿胀、水肿等较传统会阴侧切产妇显著减低,且产后相关并发症及机体不适症状亦显著减低,临床认可度亦相对较高。然而,在临床中需要重视的是,助产士切记术前要做好评估,严格掌握无创助产的临床适应证及绝对、相对禁忌证,对不符合情况及配合性不高的产妇,一旦发生胎儿娩出速度过快,容易使产妇发生会阴严重的裂伤^[17-19],从而引发纠纷,给双方带来不必要的精神与财产损失^[20]。

综上所述,将无创助产技术应用于临床分娩中,可减少产妇产创面,降低伤口疼痛感,提升身体舒适度;产后出血量的减少亦可降低会阴部感染率,进而提高产科生育质量;同时,无创助产技术可降低助产士工作繁杂度,增加医患间信赖^[18];产妇后续住院时长的减少则可降低产妇家庭的医疗支出,使患者满意率得到大幅提高。因此,在条件具备的情况下,无创助产值

表 2 2 组产后并发症情况比较(%)			
组别	<i>n</i>	会阴感染率	尿潴留发生
治疗组	150	3	4
对照组	150	12	16
χ^2		1.338	1.872
<i>P</i>		0.033	0.037

得在临床推广应用。

参考文献

[1] 吴雪华,许露萍,辛韶华.无创接生在低危孕妇正常分娩中的应用研究[J].中国妇幼保健,2015,30(24):4137-4139.

[2] 潘芳,孙伟,杨莉,等.无保护会阴助产技术用于自然分娩的效果分析[J].中国妇幼保健,2014,29(35):5764-5765.

[3] Aasheim V,Nilsen AB,Lukasse M,et al.Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma[J].Cochrane Database Syst Rev,2011,3(12):428-432.

[4] Murphy DJ,Macleod M,Bahl R,et al.A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery;a multicentre pilot study[J].BJOG,2008,115(13):1695-1703.

[5] 伍咏梅.助产士参与妊娠管理在产妇分娩中的应用效果观察[J].中国医药导刊,2015(6):619-620.

[6] Sleep J,Grant A,Garcia J,et al.West Berkshire perineal management trial[J].Br Med J(Clin Res Ed),1984,289(6445):587-590.

[7] Melinamath BC,Math AG,Biradar SD.Retracted chapter:A compiler for morphological analyzer based on finite-state transducers[M]//International Conference.Information systems for indian languages,Berlin:Springer Berlin Heidelberg,2011:81-85.

[8] 王少芳,黄银英,章慧燕.会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用[J].解放军护理杂志,2013,30(3):69-71.

[9] Cardwell CR,Stene LC,Joner G,et al.Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus;a meta-analysis of observational studies[J].Diabetologia,2008,51(5):726-735.

[10] 宋亚琴,马锦琪,徐惠英,等.护理干预在限制会阴侧切中的临床探讨[J].实用医学杂志,2012,28(22):3832-3833.

[11] Jakobsson HE,Abrahamsson TR,Jenmalm MC,et al.Decreased gut microbiota diversity, delayed Bacteroidetes colonisation and reduced Th1 responses in infants delivered by caesarean section[J].Gut,2014,63(4):559-566.

[12] 黄群丰,凌笑琼.探讨会阴无保护分娩的临床应用[J].现

代医院,2013,13(3):55-56.

[13] 吴祥美,徐晶晶,童俊华.会阴无保护分娩的应用现状及分析[J].东南国防医药,2014,16(1):70-72.

[14] 沈文莉,王蕾.两种会阴保护法对预防经产妇会阴撕裂的效果[J].上海护理,2009,9(3):75-76.

[15] 张宏玉,谢春丽,黄明媚,等.低危初产妇正常分娩会阴侧切的病例对照研究[J].护理学报,2011,18(9):10-12.

[16] Howarth AM,Swain NR,Trehanre GJ. First-time mothers' perspectives on relationships with and between midwives and doctors:Insights from a qualitative study of giving birth in New Zealand[J]. Midwifery,2012,28(4):489-494.

[17] 徐阳.临床护理路径在产科初产妇分娩中的应用体会[J].医学理论与实践,2011,24(16):1987-1988.

• 临床探讨 •

[18] Heesen M,K? lhr S,Rossaint R,et al. Prophylactic phenylephrine for caesarean section under spinal anaesthesia: systematic review and meta-analysis [J]. Anaesthesia, 2014,69(2):143-165.

[19] Renfrew MJ,Mcfadden A,Bastos MH,et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care [J]. Lancet, 2014,384(9948):1129-1145.

[20] Isaacs RA,Wee MY,Bick DE,et al. A National survey of obstetric early warning systems in the United Kingdom: five years on[J]. Anaesthesia,2014,69(7):687-692.

(收稿日期:2016-12-25 修回日期:2017-01-16)

脓毒症患者同型半胱氨酸与心肌损伤的关系研究*

张志坚,董瑶瑶,黄云帆,李 丹,彭礼波[△]
(重庆市巴南区人民医院重症医学科 401320)

摘 要:目的 探讨脓毒症患者同型半胱氨酸(HCY)与心肌损伤的关系。方法 连续收集脓毒症患者 116 例(脓毒症组),其中男 75 例,女 41 例;年龄 19~87 岁,平均年龄(50.3±6.9)岁。所有患者行急性生理学与慢性健康状况 II (APACHE II)评分,常规行心电图、胸片和超声心动图检查,检查心肌肌钙蛋白 I(cTnI)、N 末端 B 型钠尿肽前体(NT-proBNP)、降钙素原(PCT)、HCY 水平。以同期健康体检者 25 例作为对照组,行回顾性分析。采用 Pearson 分析 HCY 与左室射血分数(LVEF)、NT-proBNP、cTnI 及 APACHE II 评分的相关性。**结果** 脓毒症组患者心肌损伤严重,APACHE II 评分(21.46±6.16)分高于对照组(1.60±0.70)分,PCT(10.68±4.59)μg/L 高于对照组(0.03±0.01)μg/L,NT-proBNP(1 278.12±195.79)ng/L 高于对照组(69.01±14.13)ng/L,HCY(19.28±5.12)mmol/L 高于对照组(9.01±2.48)mmol/L,cTnI(3.85±2.61)μg/L 高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。LVEF 0.51±0.12 低于对照组 0.68±0.14,差异有统计学意义($P<0.05$)。脓毒症患者血清 HCY 水平与射血分数呈负相关关系($r_{LVEF}=-0.56,P=0.029$),与 NT-proBNP、cTnI 呈正相关关系($r_{NT-proBNP}=0.492,P=0.034;r_{cTnI}=0.689,P=0.026$),而与 PCT、APACHE II 评分无相关性($r_{PCT}=0.177,P=0.163;r_{APACHE II}=0.154,P=0.231$)。**结论** 血 HCY 的水平与脓毒症心肌损伤严重程度密切相关,可作为脓毒症心肌损伤程度的评价提供新指标。

关键词:脓毒症; 心肌损伤; 同型半胱氨酸; N 末端 B 型钠尿肽前体; 左室射血分数

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.07.030 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)07-0990-03

严重脓毒症是当今社会面临的一个重要的健康问题,死亡风险极高^[1]。脓毒症若未及时阻止,将会迅速导致多器官功能障碍综合征(MODS),其对心功能的影响日益引起临床重视。国外流行病学数据表明,脓毒症合并心血管功能障碍达到 11.1%,且合并心功能障碍(SIMD)者病死率显著增加^[2]。脓毒症诱导的 SIMD 发病机制复杂,多种因素参与了该过程。同型半胱氨酸(HCY)是近年来新确认的一种独立心血管疾病高发危险因素^[3]。本研究旨在探讨 HCY 在 SIMD 中的作用及其与心功能的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用回顾性研究方法选取 2013 年 9 月至 2016 年 1 月在重庆市巴南区人民医院重症医学科收治的成年脓毒症患者 116 例(脓毒症组),其中男 75 例,女 41 例;年龄 19~87 岁,平均年龄(50.3±6.9)岁。诊断符合美国胸科医师协会/危重病学会(ACCP/SCCM)专家共识^[4]。排除标准:先天性心脏病、风湿性心脏病等有明确病因的心脏疾病、脑血管意外。所有患者入院后 6 h 内完善心电图、胸片和超声心动图

检查,检测血生化、HCY、N 末端 B 型钠尿肽前体(NT-proBNP)、降钙素原(PCT)、心肌肌钙蛋白 I(cTnI)水平。同时采集年龄、性别相匹配的健康志愿者 25 例(对照组)相关指标。本研究经医院伦理委员会批准,所有患者或其家属均自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.2 观察指标及方法 记录入组患者性别、年龄、感染情况、感染部位、入院 6 h 内急性生理学与慢性健康状况 II (APACHE II)评分;左室射血分数(LVEF)、cTnI、NT-proBNP、PCT 及 HCY。以超声心动图检查评估 LVEF 水平;双位点酶免疫法检测 cTnI、HCY 水平。免疫荧光法检测 NT-proBNP 水平。双抗体夹心免疫发光法测定 PCT。

1.3 统计学处理 所有数据采用 SPSS19.0 统计软件分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;相关性分析采用 Pearson 分析。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者一般临床特征 共纳入脓毒症患者 116 例,男 75

* 基金项目:重庆市卫生和计划生育委员会科研项目(2014-2-199,2015MSXM160);重庆市巴南区社会事业科技计划项目(2015-07)。
[△] 通信作者,E-mail:plbbnicu@yeah.net。