



· 临床研究 ·

产钳术在48例头位难产中的应用分析

马娜, 马园 (延安大学附属医院, 716000)

摘要: **目的** 探究分析产钳术在头位难产中的临床应用效果。**方法** 回顾性分析我院2015年1月—2016年2月期间产钳助产的48例头位难产患者的临床资料。**结果** 产钳术母体软产道损伤4例, 发生率8.33%; 产后出血1例, 发生率2.08%; 新生儿皮肤刮伤及存在夹痕有1例, 发生率2.08%; 尿潴留1例, 发生率2.08%; 不存在新生儿窒息、颅内出血和产妇与婴儿死亡现象。**结论** 针对头位难产患者而言, 产钳术具有显著的成效, 能够有效降低剖宫产率, 临床应用价值大。

关键词: 产钳术 头位难产 应用指征 并发症

中图分类号: R714.7 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 07-088-02

当前, 产钳术助产是产科分娩的一种常见方式。随着围产医学理论的日益成熟, 越来越多的人重视产钳术助产对母婴的影响, 为了研究分析这一问题, 准确评价产钳术在产科中的价值, 现将我院2015年1月—2016年2月48例头位难产患者实施产钳术情况汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取2015年1月—2016年2月期间在我院接受产钳术的48例头位难产患者, 年龄28—40岁, 平均年龄为(36.2±1.3)岁, 大多数都是初产妇、单胎, 孕周36—40周, 新生儿体重为3440—3550g。

1.2 方法

①全面消毒孕妇外阴部, 并垫上无菌湿巾, 采用导尿管把尿液完全排出, 确保膀胱内部处于空置情况^[1]; ②行双侧阴部神经阻滞麻醉, 确保盆底组织始终处于放松状态, 仔细检查阴道, 重点查看阴道的松弛度、宫颈开大程度、盆腔中坐骨棘是否处于突出状态、羊水是否破裂、骶骨的弧度以及坐骨切迹宽度等情况; ③确定胎儿大致体重、胎头位置和先露部位的高低形态, 而且必须充分确定是否存在产钳术的预兆; ④对患者进行会阴切开术, 采用常规方式安置产钳位置, 反复检查, 不断确认产钳位置的准确性, 为听诊胎儿心率等提供保障, 确保胎儿心跳正常, 顺利牵引、娩出胎儿; ⑤手术结束后, 认真检查产妇产道, 特别是宫颈和阴道部位必须全面检查, 检查其有无损伤及损伤程度, 并查看胎头是否存在刮伤、挤压、颅内出血和血肿等症状^[2]。

2 结果

2.1 产钳术原因分析

根据本文统计调查数据得知, 48例头位难产患者需要实施产钳术的原因在于: 20例(41.66%)胎儿窘迫; 12例(25.0%)第二产程延长; 9例(18.75%)持续性枕后位; 7例(14.59%)胎头下降停滞, 详见表1。

表1: 产钳术原因分析 (n=48)

项目	所占比例
胎儿窘迫	20 (41.66%)
第二产程延长	12 (25.0%)
持续性枕后位	9 (18.75%)
胎头下降停滞	7 (14.59%)

2.2 产钳并发症分析

产钳术后, 患者软产道被损害者共有4例, 按照损伤部位可将其划分为1例会阴二度裂伤, 1例宫颈裂伤, 1例引导后壁舌形裂伤, 1例阴道壁顺沿切口向上裂伤和向直肠位置裂伤。由于产钳术导致新生儿皮肤刮伤及存在夹痕的情况共有1例, 可能是由于产钳位置不准确、窘迫而导致新生儿眼眶下表皮产生了较为明显的压伤情况, 通过临床检查并未存在前房出血、骨折症状, 且在住院期间压痕完全消失。1例产后出血

患者, 主要是由于第二产程过长或宫缩乏力而造成的, 通过输血和子宫收缩等临床有效治疗后, 有效制止了患者出血症状, 抗感染效果更佳。1例产褥病患者, 患者体温高达38℃, 通过针对性治疗, 体温恢复正常。1例尿潴留患者, 这主要是由于第二产程延长才实施产钳术, 术后便出现排尿障碍的情况, 采用穴位注射和听水声的方式进行治疗。

3 讨论

头位难产系指非枕前位之胎头, 因在盆腔内回转受阻, 成为持续性枕后位、枕横位; 或因胎头俯屈不良, 胎头呈不同程度的仰伸, 遂成面先露、额先露、顶先露等。此类因胎头之最大径线与骨产道诸径线不尽相适应, 导致难产。临床上针对这一情况, 一般选择阴道助产术, 其中产钳术是首选方法。

3.1 产钳术应用指征

根据相关研究报道^[3]指出, 临床产钳术助产同产妇产龄、胎次没有任何关系。大多数认为, 相比于胎吸术和剖宫产术, 产钳术对母婴的伤害较多。然而无需质疑的是, 临床上还没有一种能够替代产钳术处理难产的有效方式。如果在危急情况下, 产妇难以及时接受剖宫产术, 又难以确定胎吸术的成功, 并且胎儿头部位置较低, 通过剖宫产分娩十分困难, 这便需要产钳术助产。胎儿宫内窘迫、宫缩乏力、缩短第二产程、子痫前期、合并内科疾病、第二产程延长等均是产钳术临床应用指征。只要具有产钳术临床应用指征便可采用产钳术进行助产。科学合理运用低位产钳术和出口产钳术, 便会降低对母婴的伤害。相比于剖宫产, 产钳术操作便捷, 损伤较小, 是临床常见的一种阴道助产术之一。当然, 相比于胎吸术、剖宫产术, 产钳术对助产师的技术要求更加严格。

3.2 预防产钳术并发症

本文研究证实, 产钳术的应用是否能够及时抢救头位难产患者, 同胎儿头部位置、母婴损伤发程度、助产士操作技能熟练程度、助产过程中产前放置时胎儿头部位置等因素密切相关。产钳术科学合理运用的步骤为: (1)手术前, 对阴道进行详细检查; (2)掌握胎儿头部位置、胎儿先露部高低等情况^[4]; (3)对患者盆骨大小和胎儿大小进行准确评估, 特别是胎儿头部出现水肿或严重变形等情况, 并将头盆不对称者予以排除。为了避免产道出现严重的裂伤、缓解产妇痛楚、降低牵引阻力, 实施产钳术前必须麻醉患者双侧会阴阻滞, 根据实际情况确定会阴侧切口大小。如果是枕后位, 侧切口应该适当加大, 重点保护会阴, 避免出现裂伤情况。如果产妇消耗较大、产程过长、宫缩无力时, 必须迅速构建静脉通道, 合理运用宫缩素, 避免出现产后出血症状, 术后留置尿管, 避免出现尿潴留。

3.3 产钳术后的处理

产钳术后必须迅速检查新生儿, 如果出现窒息症状, 应根据新生儿窒息复苏流程实施抢救。认真检查软产道, 如



果出现裂伤症状,应该按照解剖层进行有效缝合。如果存在血肿症状,必须立即清除干净^[5]。必要时放置阴道尾纱压迫止血。针对子宫下段、延及阴道穹窿部的裂伤,延及后腹部、肾周围及阔韧带的血肿必须开腹将其缝合,并清除干净血肿。产钳术后动态监测患者呼吸、血压、脉搏等生命指标情况,注意观察尿量、循环、面色等,查看是否存在大便憋坠感,避免产生失血性休克、隐匿性产道血肿等情况的出现。手术完成后还需要进行抗感染治疗,有效处理会阴伤口,预防感染。由于胎头下降停滞、第二产程延长而实施了产钳术,常常出现宫缩乏力情况,必须注意预防产后出血。胎儿娩出前构建静脉通道,胎儿前肩娩出时迅速注射宫缩素便可以有效避免产后出血或失血性休克症状的出现。产后出现尿潴留症状时必须保留尿管,预防由于产程延长膀胱长时间受压,局部组织缺血坏死,渐渐形成泌尿生殖道瘘,并能够有利于充分恢复膀胱技能。

阴道分娩是一种最自然的分娩方式,剖宫产和阴道助产术是人类科学技术进步的成果之一。对于存在妊娠并发症、合并症不适合阴道分娩或难产难以通过分娩或胎儿宫内危险性大较短时间内难以通过阴道分娩时,剖宫产尤为必要。但是,

对于产科而言,大多数分娩都是正常的,阴道分娩是首选分娩方式。针对产科临床异常情况,普遍采用阴道助产术予以处理。科学合理运用产钳术等阴道助产术能够确保母婴安全,降低剖宫产风险和剖宫产率。其应用关键在于把握好手术时机,对利弊进行全面衡量,选择最安全、最合理的分娩方式,获得最佳的分娩结局。

参考文献

- [1] 王冬梅, 马秀华. 低位产钳助产的助产指征及并发症 141 例分析[J]. 中国医刊, 2015(08): 60-62.
- [2] 徐艳明, 伍娇娇, 彭程. 低位产钳术与剖宫产对母儿预后影响的分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(03): 462-463.
- [3] 韦春梅. 160 例头位难产的原因分析及分娩方式的选择[J]. 医学信息, 2015, 28(46): 418-419.
- [4] 何燕秋, 黄珍, 李志华. 低位产钳助产术在阴道分娩中的运用[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2015(52): 46-46.
- [5] 陈咏梅, 周歧芳, 王青云, 崔海燕. 10 年低位产钳助产临床分析[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2012, 21(11): 904-905, 910.

(上接第 85 页)

值。研究表明, CT 值 <1500Hu 的复杂性肾结石, 可以行体外碎石联合内镜手术治疗达到满意效果, 而 CT 值 >1500Hu 复杂性肾结石不建议行体外碎石, 应直接选择手术治疗。

总之, 通过测定 CT 值可以初步判断泌尿系结石的成分, 预测其硬度及易碎性, 同时可以对泌尿系结石的诊断, 临床治疗及预防复发等方面发挥重要的指导性作用。

参考文献

- [1] 唐寅, 程鸿明, 王坤杰, 等. 四川省 243 例泌尿系结石成分及相关因素分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2016, 21(1):27-30.
- [2] 黄苏溪, 袁超英, 袁杰, 等. CT 值在输尿管结石 ESWL 术中的应用价值探讨[J]. 武警医学, 2013, 24(4):337-339.
- [3] 陈志强, 周哲, 叶章群, 等. 螺旋 CT 判定尿结石成分的体外研究[J]. 临床泌尿外科杂志, 2005, 20(10):614-616.
- [4] 王进峰, 吴志坚, 刘鑫国, 等. 泌尿系结石 CT 值与其硬度值

的关系[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(3):365-366.

- [5] 叶章群, 邓耀良, 董诚主编. 泌尿系结石[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003.401-407.
- [6] 慕刚, 韩毅, 柳青, 等. 螺旋 CT 值预测泌尿系结石成分及易碎性的临床研究[J]. 中国现代医生, 2013, 51(16):155-156, 158.
- [7] 李润明, 王光, 刘建和, 等. 螺旋 CT 扫描预测上尿路结石成分的体内研究[J]. 临床泌尿外科杂志, 2010, 25(2):98-100.
- [8] 刘志敏, 鲍慧, 潘铁军, 等. 上尿路结石 CT 值对结石成分和体外冲击波碎石(ESWL)疗效的预测和评价[J]. 国际泌尿系统杂志, 2014, 34(1):19-21.
- [9] 廖明壮, 龙腾河, 范永毅. CT 值与上尿路结石气压弹道碎石易碎生关系初探[J]. 国际放射医学核医学杂志, 2010, 34(4):247-249.
- [10] Thomas C, Krauss B, Ketelsen D, et al. Differentiation of urinary calculi with dual energy CT: effect of Spectral shaping by high energy tin filtration[J]. Invest Radio, 2010, 45(7):393-398.

(上接第 86 页)

哮喘症状, 而药效发挥需要一定时间, 此时临床需借助呼吸机进行通气辅助治疗, 使其快速解决患者的缺氧、哮喘等症状, 加快动脉血压分压的下降水平, 使患者尽早脱离生命安全^[5]。经本文研究结果得出, 探究组患者的临床治疗总有效率及呼吸频率、心率指标及动脉血氧分压指标都显著优于常规组患者, 两组患者患者组间结果差异明显, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)

综上所述, 针对哮喘合并呼吸衰竭患者在急诊抢救中采取无创正压通气治疗能够及时改善患者呼吸困难症状, 降低临床并发症的发生几率, 为患者临床救治带来更多希望。

参考文献

- [1] 石佳泉, 徐招柱, 饶广浩等. 急诊抢救重症哮喘合并呼吸衰竭 218 例临床效果分析[J]. 当代医学, 2013, 20(06):81-82.
- [2] 向丹. 急诊抢救重症哮喘合并呼吸衰竭的临床效果分析[J]. 数理医药学杂志, 2015, 13(05):675-676.
- [3] 林鸿儒. 无创机械通气抢救重症哮喘合并呼吸衰竭 34 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2015, 16(02):89+91.
- [4] 陈先养. 急诊抢救重症哮喘合并呼吸衰竭的临床效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 19(02):4341-4343.
- [5] 徐国华. 急诊抢救重症哮喘合并呼吸衰竭 218 例临床效果分析[J]. 基层医学论坛, 2015, 33(01):4677-4678.

(上接第 87 页)

性浅表性胃炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 01(01): 08-09.

- [2] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2013, 23(07):536-538.
- [3] 林裕强, 陈海霞, 孙晓敏. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的疗效评价[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 04(04):110-111.

[4] 武建明. 半夏泻心汤治疗慢性胃病随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(01):38-40.

- [5] 刘中娟, 郭子建, 赵召霞, 等. 胃蛋白酶原、胃泌素-17 及 Hp-IgG 抗体对胃癌、萎缩性胃炎患者胃黏膜状况的血清学评价[J]. 标记免疫分析与临床, 2014, 21(05):576-580.
- [6] 黄振鹏, 梁仲惠. 中医药治疗慢性胃炎临床研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(09):106-108.