

液及局部分泌物培养,如培养结果阳性,培养病菌为金葡菌、铜绿假单胞菌等难以清除毒力大的致病菌,或发生败血症、感染性休克、局部皮肤软组织严重感染等情况,应在选择敏感抗生素治疗的同时尽快拔除导管。抗生素治疗至少应持续3周,并做相应检查除外如心内膜炎、转移性脓肿等继发感染。待症状消失,血培养阴性后可选择其他部位重新置管。

2.2.2 导管脱出 本组5例发生导管脱出,其中2例为局部缝线脱落引起,3例为患者神智不清时自行拔出。因静脉压较,5例患者均未发生大出血及感染等并发症。由于患者活动过多造成固定导管的缝线断裂,患者病重烦躁不安及看护不当而自行拔出导管是导管脱出的主要原因。为预防上述并发症。应适当限制患者的活动,在每日护理导管时应观察导管位置是否正常,局部固定缝线是否断裂脱落,应用双线缝合固定并缠绕导管可减少缝线断裂导管脱出的发生率。当发生脱管时,应先判断导管是否仍在血管内,如导管前端仍在血管内,脱出长度不多,且局部无感染等情况,可局部消毒并缝合固定,在严密观察下继续使用。如导管已经完全脱出,应拔除导管并于穿刺点压迫,以防止出血和血肿形成。

总之,锁骨下静脉置管术以方便快捷为特点,可迅速建立一

条稳定可靠的血管通路,在临床危急症的抢救中发挥了重要的作用,但其并发症也应引起我们的高度重视。随着医疗技术水平的不断提高,锁骨下静脉置管术的并发症发生率也会逐渐降低,相信在今后的工作中其应用会越来越广泛。

参考文献

1. 尹君,李胜勇.与中心静脉穿刺置管相关的并发症[J].国外医学麻醉学与复苏分册,2002;23(1):25~27
2. Tilkian A G, Daly EK. Cardiovascular procedures: diagnostic techniques and therapeutic procedures[M]. The C. V. Mosby Company, 1986:61
3. Ambesh SP, Pandey JC, Dubey PK. Internal jugular vein occlusion test for rapid diagnosis of misplace subclavian vein catheter into the internal jugular vein[J]. Anesthesiology, 2001;95(6):1377~1379
4. Hernades Diaz F, Rufino M, et al. Subclavian vascular access stenosis in dialysis patients: natural history and risk factors. Jam Soc Nephrol, 1998;9(8):1507~1510
5. Eggimann P Pittet D[J]. Clin Micro infect, 2002;8(5):295~309
6. Messing B, Peitra CS, et al. Antibiotic-lock technique a new approach to optimal therapy for catheter-related sepsis[J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr 1988;12:185~189

(收稿日期 2007-02-16)(编辑 杜新民)

MP 妊高征监测系统预测妊高征的临床观察

王宏卫

【中图分类号】R714.24*6 【文献标识码】B 【文章编号】1680-9866(2007)-05-0450-01

妊娠高血压综合征(简称妊高征)是威胁母婴健康的一种严重产科并发症,是我国孕产妇三大死亡原因之一。如能根据血液动力学改变,在临床症状出现之前预测妊高征,得到及时的生活指导和药物预防,将能避免或减少母婴损害。我院于2004年使用北京易思医疗器械有限责任公司研制的MP妊高征监测系统预测妊高征,监测孕妇200例,取得了较好的预测效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 选择2004年1月至2006年1月在我院就诊的孕妇,均是产前检查无高血压、心、肝、肾等合并症的正常孕妇,监测组200例,未监测组180例。孕周从20~27周开始。

1.2 方法 监测组每次均测体重、身高,嘱孕妇卧位5min后测血压,然后左侧卧位,将体重、身高、血压数据输入微机,继而传感器置于左桡动脉搏动最强处。每4~6周监测1次,预测阳性者2周复查1次。未监测组只是定期产前检查血压、体重。

1.3 妊高征预测阳性指标 标准波形系数($k > 0.4$),外周阻力(TPR) > 1.2 PRU,心脏指数(CI) $2.5L/min \cdot m^2$ 。所行检测数据用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 预测妊高征的预测符合率 监测组预测阳性者孕20~27周9例,28~37周11例, ≥ 38 周20例,其中22例发生妊高征,预测符合率75.00%,并表明随孕周的增加符合率逐渐升高。见表1。

表1 监测组预测妊高征的预测符合率(n,%)

孕周	预测阳性例数	妊高征例数	预测符合率
20-27周	9	2	22.22
28-37周	11	5	45.45
≥ 38 周	20	15	75.00

作者单位:050011 河北省石家庄市第一医院妇产科

2.2 妊高征发生率 监测组11%(22/200),未监测组为20.51%(37/180),两组比较有显著性差异($P < 0.005$),并表明中、重度妊高征的发病率高于未检测组,有显著性差异($P < 0.005$),见表2。

表2 两组孕妇妊高征发生率的比较(n,%)

组别	例数	妊高征			合计	发病率
		轻	中	重		
监测组	200	15	5	2	22	11.00
未监测组	180	13	1	5	37	20.51

3 讨论

3.1 MP妊高征监测系统原理 根据血液动力学中弹性管原理,心输出量的大小,主要取决于桡动脉波形状和脉压差,而脉搏波形状是人体外周阻力血管弹性和血液黏稠度变化的具体反应。基于此MP妊高征监测系统可以根据桡动脉波观察小血管痉挛的发生,比临床症状的出现提前1个月左右。通过检测小血管痉挛的情况,达到预测妊高征的目的^[1]。

3.2 妊娠期血液动力学监测的重要性 妊高征的病理生理变化是全身小动脉痉挛,使外周阻力增加,心输出量减少,导致了子宫胎盘血流减少,肾脏等重要器官缺血缺氧,继而出现高血压、水肿、蛋白尿。由此可见,在临床症状出现之前,已有胎盘缺血的功能性改变,而对胎儿造成伤害,即血液的变化先于血压变化。因此早期识别妊高征的亚临床阶段,一直是临床医生追求的目标。若能在亚临床阶段,直接检测到由于小动脉痉挛所产生的外周阻力的增加,筛选出高危人群,预测妊高征,对小动脉痉挛提早干预治疗,将是较有效的预防措施。我们采用MP妊高征监测系统预测妊高征的符合率为75%,与丛克家等预测的符合率相近^[2],而且结果表明随妊娠周数的增加预测符合率增高,能很好地起到预测妊高征的作用。

妊高征是妊娠期特有的疾病,严重影响母婴健康。预测该

病的发生对降低其发生率,控制病情发展及减少对母婴的危害具有重要意义。目前国内外学者对于妊高征的预测提出了很多方法,一般是通过临床预测、生化检查、血流动力学监测等几个方面对妊高征进行监测。血流动力学检测包括平均动脉压和心功能参数,近年来备受关注。MP妊高征监测系统不仅可作为预测妊高征的一种手段,而且对监测病情发展、治疗效果及预测母子预后有着重要意义。它又具有无创伤、简便、可重复检查等优点,故可作为妊高征预测的筛选方法之一,同时可联合多中心的多种预测方法来增加妊高征的预测率,以降低妊高征的发生率,

提高围产保健质量^[3]。

参考文献

1. 张松,杨益民,罗志昌,等. 妊娠高血压综合征监测系统的研制. 中国医疗器械信息, 2001;7(5):12~14
2. 丛克家,于荣清,刘桂荣,等. 应用桡动脉血流图预测妊高征[J]. 中华妇产科杂志, 1989;24(1):5
3. 段涛,应豪. 妊娠高血压疾病的早期预防. 中国实用妇科与产科杂志, 2004;20(10):584~586

(收稿日期 2007-02-10)(编辑 寒梅)

胎膜早破 95 例与难产关系的分析

陆秀萍

【中图分类号】R714.43*4 【文献标识码】B 【文章编号】1680-9866(2007)-05-0451-02

胎膜早破即在临产前胎膜破裂,是产科常见的并发症,其发生率占分娩总数的2.7%~17%。胎膜早破除导致早产、围生儿死亡、宫内感染、产褥感染外,常常预示着难产的发生。现将我院胎膜早破孕妇发生难产者95例的临床资料,进行分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 收集2005年11月至2006年1月在我院住院分娩的95例无其他产科并发症的胎膜早破孕妇作为病例组,年龄22~36周岁,平均年龄26.2周岁,孕周31~41周,平均38.2周。采取随机抽样的方式抽取本院同期无胎膜早破及其他并发症的健康孕妇98例作为对照组,年龄21~38周岁,平均26.8周岁,孕周36~41周,平均38.4周。

1.2 诊断标准 胎膜早破诊断标准参照人民卫生出版社《妇产科学》第六版,难产诊断标准参照人民卫生出版社《实用妇产科学》第二版。

1.3 胎膜早破临床表现及诊断 早破组95例均于临产前阴道突然有较多液体流出,但无尿臭味,无腹痛等症状,在腹压增加

和上推胎先露时阴道流出液体增多,肛查时阴道有少量、间断性液体排出。95例中,孕32~36周发生胎膜早破13例,孕36周以上发生胎膜早破者82例。

1.4 统计方法 χ^2 检验。

2 结果

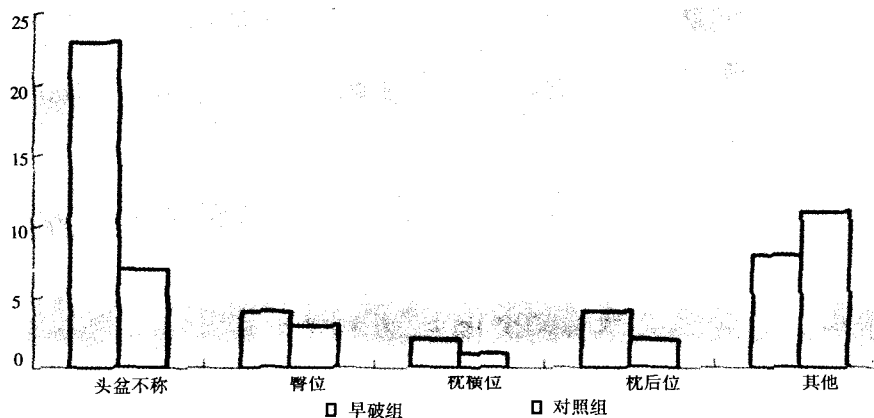
2.1 胎膜早破与难产的关系 早破组难产占43.16%,对照组难产占24.48%,经 χ^2 检验,两者差别有显著意义($\chi^2 = 7.53, P < 0.05$),见表1。

表1 早破组与对照组难产情况比较

组别	观察例数	难产		发生率(%)
		阴道助产	剖宫产	
早破组	95	1	40	43.16
对照组	98	0	24	24.48

2.2 导致难产的原因 早破组中头盆不称者23例,臀位4例,枕横位2例,枕后位4例,其它8例,对照组24例中,头盆不称者7例,臀位3例,枕横位1例,枕后位2例,其他11例(见图1)。

图1 早破组与对照组难产原因分析



3 分析与讨论

导致胎膜早破的因素很多,通常认为与感染、胎先露高浮、营养因素、宫颈内口松弛等相关,尤其与感染、胎位异常等关系密切。由于胎位异常,胎头衔接时骨盆两侧壁有腔隙,当宫缩时升高的腔内压力可通过这些间歇不均匀地作用在前羊水囊上,导致胎膜早破,这常是难产的信号,且与难产互为因果。由于胎膜早破,使前羊水囊开启宫颈的作用丧失,宫颈扩张缓慢,同时

胎膜早破常造成宫腔感染,加上感染后细菌毒素可使子宫对缩宫素的反应差,也可导致宫颈扩张缓慢。另外,胎膜早破使羊水减少,宫壁紧裹胎体使脐带受压的可能性增加,缓解宫壁对胎儿压力作用降低,易发生胎儿窘迫,并导致不协调性宫缩,阻碍分娩机制,延长产程形成胎头位置异常,造成阴道分娩困难,增加剖宫产及手术助产的机会。由于宫缩乏力,常导致产后出血、产后感染、子宫内膜炎,腹部伤口感染,甚至引起盆腔腹膜炎及败血症。