

大2 cm时,即可带产妇进入单人产房,并进行专职导乐,全程陪产,实施一对一服务,简单介绍分娩常识、告知分娩时限,让产妇了解自己所处哪个分娩阶段,大约还需多长时间,避免产妇产过分急躁,消除产妇的紧张心理,以一种良好的精神状态看待产程。(2)在第一产程中鼓励产妇饮水进食,适当活动,正常排尿排便,当宫缩强时,导乐者抚摸产妇腹部或按摩其腰骶部,嘱其深呼吸,并给予轻声安慰、鼓励,转移其注意力等来缓解疼痛,对特别惧痛者可以实施硬膜外麻醉镇痛,同时密切观察产程进展,及时发现问题,提供准确资料给临床医师,在观察过程中并应减少各种医疗干预,如剃毛、灌汤、持续的胎儿监护、缩宫素静脉滴注等。(3)在第二产程中,指导产妇如何正确地配合宫缩向下屏气增加腹压,在宫缩间歇时放松肌肉,安静休息,保存体力,持续给予舒适地按摩和抚摸,并让其进食牛奶、巧克力等高能量食品,来增强体力,每当产妇有良好的表现和较好的进展时,应给予表扬和鼓励,增强其阴道分娩的自信,从而引导产妇完成分娩的全过程,迎来新生命的第一声啼哭,整个分娩过程是在无焦虑、充满热情、关怀和鼓励的氛围中进行的。

**1.3 评价方法:**将病例分成导乐组(观察组)和无导乐组(对照组),评价项目:(1)观察产妇的疼痛程度;(2)观察统计两组产妇的分娩结果(分娩方式、产程、新生儿窒息、产后出血等情况);(3)产时干预情况(缩宫素滴注使用、硬膜外麻醉镇痛、人工破膜等)。无导乐组(对照组)无导乐陪伴,是由责任医护人员观察,按常规产科处理。

**1.4 统计学方法:**数据采用 $u$ 检验和 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

**2.1 按WHO疼痛分级标准:**比较两组产妇疼痛情况。观察组疼痛以轻、中度为主,产妇80%可以耐受,镇静药物使用率明显低于对照组。

**2.2 两组产妇分娩结果比较:**对照组经阴道分娩108例,平均产程为(8.3±4.0)小时,观察组经阴道分娩233例,平均产程为(7.9±3.4)小时,两组比较为 $u=1.05$ , $P>0.05$ ,差异无明显意义,新生儿窒息及产后出血的情况比较见表1。

## 3 讨论

表1 两组分娩结果的比较(例)

组别	例数	分娩方式			新生儿窒息	产后出血
		阴道分娩	阴道手术助产	剖宫产		
对照组	250	101	7	142	10	7
观察组	250	221	12	17	3	3

分娩过程中剧烈的疼痛使体内儿茶酚氨及肾上腺素等水平升高,子宫胎盘血供不足,造成胎儿缺氧,产妇临产后又不能进行正常活动,影响进食和睡眠,体力消耗过多,心脏负荷加重。子宫血管血流量的减少一方面影响胎儿血供造成胎儿缺氧,另一方面使有效宫缩受影响,导致宫缩乏力,产程延长,增加难产的发生率,可见焦虑和疼痛引起的应激对胎儿都不利<sup>[1]</sup>。虽然一般产妇都有家属陪伴,但经过调查发现,多数家属做不到持续的心理和生理上的支持,甚至随着产程进展而筋疲力尽,甚而比产妇更焦虑、更急躁,这样反而加重了产妇的恐惧感,对分娩失去信心。而导乐陪伴分娩则改变了产时服务模式,从以医生为中心转变成以产妇为中心,从思想上改变了对医疗技术的依赖,超过对产妇能力信任的倾向,以母亲安全为宗旨,支持促进自然分娩。有研究人员经过大量实验表明,按摩和抚摸、关怀和鼓励能降低引起产妇疼痛和焦虑的儿茶酚氨、肾上腺素等水平,使其放松、镇静、充满自信,从而取得较好的镇痛效果,从而减少镇痛药物的使用<sup>[2]</sup>。

本组导乐分娩表明有明显的优越性,降低了剖宫产率,促进了自然分娩,新生儿窒息和产后出血率明显下降。导乐以其充满爱心的服务,给予产妇心理、生理、精神及体力上全面支持,消除顾虑,争取配合,使整个分娩过程在良好氛围中进行,促进自然分娩成功。有利于母婴健康,并可节省家庭和社会开支,符合我国国情,值得提倡和推广。

### 参考文献:

- [1] 华嘉增.产时服务模式的世界动向[J].中国妇幼保健,1998,12(2):113.
- [2] 徐斌,王效道.心身医学[M].北京:中国医药科技出版社,1990.120.
- [3] 吴味辛.提高对无痛分娩的认识[J].实用妇产科杂志,1997,13(3):118.

收稿日期:2006-04-28

# 妊娠高血压综合征患者的血流动力学研究与分析

李云霞,务中卫,王惠娟

(洛阳市妇女儿童医疗保健中心,河南 洛阳 471000)

文章编号:1009-5519(2006)19-2976-02

中图分类号:R71

文献标识码:B

妊娠高血压综合征(妊高征)是妊娠期间特有的疾病,严重威胁母婴健康。多年来,对妊高征的病因和发病机理的研究发现,妊高征与多种因素相关,包括遗传、胎盘和滋养细胞缺血、血管内皮细胞损伤、凝血功能异常等。但具体的病因和发病机理仍然不明。为了探索妊高征患者血流动力学的变化,我院用脉搏波法对112名患妊高征的孕妇进行了研究。

## 1 资料与方法

**1.1 资料:**应用北京理工大学生物工程研究所设计的以压力流量的无损性血管参监测仪,监测7种有关的功能参,即:平均动脉压(MAP)、心率(HR)、心搏量(HV)、心排出量(CO)、心脏指数(CI)、心搏<sup>1</sup>指数(SVI)和外周阻力(TPR)。

**1.2 仪器原理:**根据血流动力学中弹性管理论,心搏出量大小,主要取决于动脉波形状和脉压差,而脉搏形态是人体外周阻力、血管弹性和血液黏度变化的具体反应,以 $K$ 来表示。心搏出量简化计算公式为:心搏出量(SV)= $17/K^2$ [收缩压( $P_s$ )-舒张压( $P_d$ )]。 $K=(P_m-P_d)/(P_s-P_d)P_m$ 为脉搏波形状定积分法求得的平均动脉压。

**1.3 测定方法:**测量受检者体重、身高,并于卧床休息5~10分钟后仰卧位测量左臂血压。将身高、体重、血压值输入微机,传感器置于桡动脉搏动最明显点,在示波屏上观察脉搏的变化直至图形稳定不变,通过微机自动打印上述参及脉搏波形。

**1.4 监测对象:**于1999~2004年在我院门诊围保病历及住院病历,20~36岁患妊高征孕妇112例,观察孕20~24周,28~32周,

36~38周及产后72小时,轻度51例,中度36例,重度A 16例,B 9例,分为2组,A组本院门诊诊断为妊高征,及时收住入院,B组外院转入病程长未及时治疗的(见表1)。

表1 妊高征患者治疗各项指标值

分类	例数	HR (次/min)	SV (ml/次)	MAP (kPa)	CO (L/min)	CI ( $m \cdot s^{-1} \cdot m^{-2}$ )	SVI ( $l/m^2$ )	TPR (PRU)
轻度	100	82.9±12.0	60.0±14.8	14.0±0.3	4.8±0.6	48.4±6.7	36.0±9.2	1.3±0.3
中度	38	84.1±13.4	64.3±13.1	11.6±1.3	5.1±8.1	5.1±8.1	38.7±7.5	1.5±0.3
治疗后		83.8±11.2	62.1±12.5	14.2±0.8	4.9±5.6	4.9±5.6	37.2±8.0	1.4±0.1
重度A		85.4±16.5	67.1±12.7	19.2±3.0	5.6±11.7	5.6±11.7	41.1±8.7	1.6±0.4
治疗后		85.8±13.5	67.1±14.0	16.5±2.6	5.5±11.7	5.5±11.7	37.9±8.8	1.4±0.3
重度B		92.0±18.3	34.7±8.4	18.7±3.5	3.3±15.0	3.3±15.0	22.1±6.8	2.8±0.9
治疗后		90.4±16.1	62.9±19.8	14.8±0.9	6.1±18.4	6.1±18.4	43.3±22.2	1.2±0.3

2 结果

妊高征患者的心功能参数与心脏做功、平均动脉压和心搏量有关。轻度妊高征外周阻力增加平均动脉压略有上升,心搏量(60.0±14.8)ml/次,属正常范围。中度妊高征与重度妊高征A组,初发病平均动脉压明显增高,心搏量也较轻度妊高征有所增加(P<0.01)。因周围血管强烈收缩,外周阻力增高,末梢血液回流心脏,心脏压力增加,心搏量可代偿性增加,此时给予

解痉、降压、扩容,降低外周阻力,充盈外周血管,心排出量可恢复正常。重度妊高征B组病程长,病情未及时治疗,血压高虽同A组,但因血容量不足,外周阻力继续上升,心脏虽继续增加做功,但心排出量继续下降,急需解痉扩容,但要注意输出量和输液速度,因心脏做功已不能代偿心排出量,不能使心脏超负荷,以免发生心衰。

3 讨论

妊高征是妊娠期所特有的疾病,属高危妊娠。其病理生理变化为全身小血管痉挛收缩,引起外周阻力增加,循环流量减少。初期心功能并未受累,左心室呈高动力状态,心排出量有增加的趋势,以克服组织流量不足。此期表现为心脏做功增加,如不及时给予解痉适当扩容,可继发血液浓缩,组织灌流量不足,组织缺氧,毛细血管通透性增加。心肌动力和频率增加,亦不能代偿心排出量的下降,故需积极解痉扩容,降低外周阻力,疏通微循环,补充胶体液体以增加胶体渗透压。但扩容过程更应动态观察,以免超负荷发生心衰。所以应用脉搏波法研究妊高征患者的血液动力学,用心功能参数指导治疗,及时纠正妊高征,同时对分娩的时机和分娩方式提供参考依据,提高妊高征预后的效果。

收稿日期:2006-05-08

睾丸扭转 30 例临床分析

杜刚

(盘锦市第二人民医院泌尿外科,辽宁 盘锦 124000)

文章编号:1009-5519(2006)19-2977-02

中图分类号:R6

文献标识码:B

睾丸扭转是泌尿外科急症之一,我院1990年1月~2004年12月共收治睾丸扭转30例,现对此病的诊断和治疗分析如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料:本组30例患者发病年龄6~50岁,平均17岁,<25岁24例(80%)。阴囊内睾丸扭转29例(左侧21例,右侧8例),腹股沟型隐睾扭转左侧1例。在安静时发病15例,睡眠中发病9例。发病至就诊时间<6小时4例,6~24小时6例,24小时以上20例。30例患者中4例发病6小时内经我院诊治,26例初诊时误诊,其中误诊为附睾睾丸炎25例,绞窄疝1例。

1.2 临床表现:发病<6小时临床表现睾丸隐痛,继之加剧并变为持续性剧痛,疼痛有时向腹股沟及下腹部放射,伴恶心呕吐,检查发现阴囊皮肤无红肿,睾丸明显肿胀,触痛明显,睾丸上移呈横位。阴囊托高试验(prehn's test)阳性,透光试验阴性,少有发热。发病2~7天者疼痛渐缓解,睾丸渐变软,患者阴囊皮肤红肿(发病12小时后可出现),体温<38℃。发病>7天者局部疼痛减轻,全身症状缓解,睾丸与周围组织粘连,阴囊红肿、感染、破溃、脓性渗出,但尿常规检查正常。

1.3 辅助检查:血常规检查白细胞多数正常或轻度升高<11.5×10<sup>9</sup>/L,尿常规正常。30例患者中20例行彩色多普勒血流显像(CDFI)检查,其中16例示患睾增大,血流量减少或消失,4例患者出现假阴性,但发现有睾丸鞘膜少量积液,本组CDFI检查者确诊率为80%(16/20)。

1.4 处理:30例患者均行手术探查,患睾保留9例,其中6例患睾用温热盐水湿敷15分钟内色泽转红予以保留,另3例因家属拒

绝切除而保留坏死睾丸,此9例患者均行患侧睾丸复位内固定术及健侧睾丸内固定术,余21例患者均行患睾切除及健侧睾丸内固定术。

2 结果

30例患者中,患睾保留9例,切除患睾21例,术后随访0.5~5年,4例患睾萎缩,其中3例为因家属要求保留发现坏死的睾丸,余5例存活。

3 讨论

睾丸扭转分鞘膜内型和鞘膜外型,内型多见,好发于青春期;外型罕见,常发生于新生儿和1岁以内婴儿,早期诊断不易。先天性解剖异常,睾丸、附睾活动度增大是本病发生的内因,睾丸扭转左侧发生率高于右侧,一般认为与左侧精索略长有关。睡眠、运动、外伤及低温可诱发本病。

睾丸扭转起病急,疼痛剧烈,患者大多能早期就诊,但本组初诊时高于80%(26/30)的误诊率直接导致扭转睾丸挽救率降低,本组为17%(5/30),因此对于突发一侧阴囊内睾丸疼痛,尤其是青少年患者,如初期不伴发热,没有不洁性交史,没有泌尿道有创性操作史及外伤史,应首先考虑睾丸扭转,再结合查体和CDFI检查,是不难明确诊断的,关键是要提高警惕,诊断要及时不能延误时间,一经诊断甚至遇到可疑病例应立即手术探查,争取6小时内完成<sup>[1]</sup>,以提高患睾成活率,如果手术探查为急性附睾炎、睾丸炎,亦非手术禁忌证,也可减压引流,缩短病程,若证实为睾丸扭转后将患睾复位,用温热盐水纱布湿敷睾丸15