

2.2.3 肩难产的处理 当胎头娩出后,不必急于行外旋转。凡胎头复位后点状缝在骨斜径上,而胎肩在骨盆另一斜径上,(斜径大,有利于肩娩出)令产妇屏气用力,切忌牵引胎头,稍压胎头使前肩松动,且是入骶凹处,由耻骨联合下娩出前肩,这样可以预防肩难产的发生。第二产程延长应采取剖宫术。如发生肩难产可采取以下手法:

2.2.3.1 屈曲大腿助产法 令产妇尽量屈膝屈髋,使双腿尽量紧贴腹部,双手抱腿或抱膝,使腰骶部脊柱弯曲度缩小,缩小骨盆倾斜度,耻骨联合升高数厘米,此时骨盆入口前后径增加,嵌顿于耻骨联合后的前肩自然松动,前肩娩出。

2.2.3.2 压前肩法 在耻骨联合上方向

胎前肩加压,有助于嵌顿的前肩娩出。

2.2.3.3 旋肩法 胎儿双肩嵌顿在骨盆入口前后径上,助产者于伸入阴道,放在胎儿肩峰与肩胛间,握其后肩,促其向胸部方向转动,另一手置胎儿前肩部双手加压;旋转胎肩达骨盆斜径上,使嵌顿的前肩松动得以娩出。也可将后肩旋转180°,在旋转过程中娩出后肩。双肩先后娩出,牵引胎头不可用力过大,更不可误转方向或双肩同时娩出,否则损伤臂丛神经,致成严重产伤。

2.2.3.4 先牵出后臂娩出后肩法 助产者手顺骶骨部伸入阴道,胎儿背在母体右侧用右手,在左侧用左手,将食指与中指放入胎儿后肘窝,然后以手压后肘窝,使胎儿屈后肘并屈前臂然后握住胎儿的手,沿胸的方向将手和前臂牵出阴道而

娩出后肩。

2.2.3.5 锁骨处理问题 若胎儿已死,立即行锁骨切断术,缩短双肩、使胎儿易于娩出。

总之,肩难产的处理方法很多,笔者认为可同时采用屈曲大腿及旋肩法娩出胎儿效果很好,可缩短时间,争取抢救新生儿的机会,降低新生儿产伤及死亡率。肩难产时处理较困难,新生儿产伤机会多,故应在分娩前准确估计胎儿体重,B超测量头围、胸围、肩围,预测有无肩难产的可能。更重要的是孕期合理营养指导,预防巨大儿的发生。

收稿日期:2002-07-17

(责任编辑:许昌泰)

MP 妊高征监测系统在临床中的应用

Clinical application of monitor system for hypertension of pregnancy symptom

王海俊 杨金荣 山东省沂南县妇幼保健院 276300

主题词 妊高征;监测(hypertension of pregnancy symptom; monitor)

中国图书馆分类号 R714.74

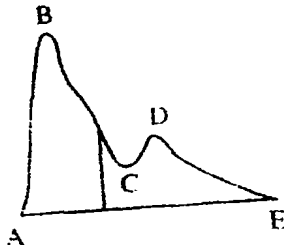
文章编号:1563-3993(2002)-18-1460-02

妊娠高血压综合征是妊娠特有的和常见的并发症,严重威胁母婴生命与健康,其发病率为9.4%,是孕产妇及围生儿死亡的重要原因之一。病因尚未阐明,预测、治疗相当重要。“MP”监测能有效地及时地预知和指导治疗。

1 MP 妊高征监测系统监测孕妇血流动力学原理

脉搏波幅值和形态包含了血压、血流、血管阻力和血管弹性等血流参数的信息。

正常脉图



一个正常的完整的脉搏图应包括如下几个主要部分
AB:心室射血主动脉上升支(心室快速射血、心肌收缩)
BC:射血末期主动脉下降支(心室扩张)
C:降中峡(为主动脉瓣关闭)

D:降中波(为主动脉血流及反冲击波)

DE:下降支后段(外周阻力)

血管阻力较低和动脉弹性较好,脉搏波的升支与降支均较陡峭,随着血管阻力的增加,脉搏波形从尖、陡化为圆、钝。

2 MP 妊高征监测系统临床应用

应用之一:预测妊高征。

应用范围:妇产科门诊、保健门诊。

检查目的:筛查妊高征患者。

检测对象:孕周 18w 的孕妇。

预测原理:MP 妊高征监测系统是从病理生理入手检测妊高征的,根据阻力波形变化先于血压变化原理,通过检测孕妇血流和阻力的改变,预测妊高征。

病因→小血管痉挛→多脏器缺血缺氧→临床症状

至今未明? 外周阻力增加

脉搏波形变化 { 血压
高水肿
蛋白尿

检测频率:每四周检测一次,若预测结果为阳性,应严密随访,每两周检测一次。

预测阳性标准:波形系数:K>0.4 外周阻力 TPK>1.2 心脏指数:CI<2.5 对临床无症状,MP 预测阳性给予妊高征的预防性治疗。

一般治疗:(1)病人左侧卧位;(2)调整饮食,以新鲜蔬菜、水果为宜。

药物治疗:(1)小剂量阿司匹林的使用:每日40mg,作用机理为抑制血小板凝集。(2)孕期补钙:每日1.5~2.0g,可使孕妇的收缩压和舒张压下降,减少先兆子痫的发生,在于对胎儿的远期影响,母体血压及钙的摄入可能与婴儿及儿童的血压有关。(3) β -受体兴奋剂的应用:舒喘灵,2~4mg,每日三次,口服。(4)VitE 和 VitC 的服用,均100mg,每日三次,口服。

我院自使用此监测以来,对预测阳性而无症状者130人,均以妊高征预防性治疗,结果均满意。

应用之二:妊高征患者血液动力学分型。

应用范围:病房、妇产科、门诊、保健门诊。

检测目的:妊高征患者血液动力学分型。

检测对象:妊高征患者。

检测时间:(1)妊高征患者入院时。(2)疗程前了解分型,为治疗方案的确定提供依据。

原理:(1)正常排高阻型:占56.3%,小血管痉挛导致外用周阻力增加,但心功能正常,仍可维持正常心排量,处于调节主程。(2)低排高阻型:占31.2%,心输出量低于正常,外周阻力明显增加,说明心功能处于失代偿过程。(3)高排低阻型:占12.5%,血液动力学表现是以心肌收缩代偿性加强,心功能处于代偿阶段。

分型标准(见表1)

表1 MP 妊高征分型标准

	低排高阻	正常排高阻	高排低阻
心脏指数 CI	<2.5	2.5~4.0	>4.0
外周阻力 TPR	>1.2	1.2~1.5	<0.9
波形系数 K	>0.4	>0.4	<0.4

应用之三:妊高征治疗监测原理:由于妊高征的血液动力学非一种模式,因此在选择治疗方案时首先要了解妊高征患者的血液动力学状态。

个性化治疗:分型不同,其心脏所处的状态不同,应根据不同分型,采用不同治疗方案。动态治疗:妊高征患者血液动力学变化复杂,疗程间其分型并非一成不变,应随时动态观察,根

据具体情况随时调整治疗方案。

应用范围:病房、妇产科门诊、保健门诊的妊高征患者。

检查目的:(1)了解妊高征患者的病情发展情况;(2)疗效评价。

监测时间:疗程前、疗程中或疗程后;

治疗:根据妊高征的病理生理变化,采用适合病理生理情况的解痉扩容疗法,扩容前除了要掌握扩容指征外,应了解妊高征患者血液动力学功能参数,对不同的血液动力学分型,采用不同的治疗方案。

(1)正常排高阻时:说明妊高征患者小血管痉挛导致外用周阻力增加,但心功能正常处于调节过程,仍可维持正常心排量,扩容解痉治疗,增加血容量治疗效果良好,采用低分子右旋糖酐500ml和5%葡萄糖500ml,各加7.5g硫酸镁,1w后复查;我院48位此型患者,经此治疗后,心脏指数和外周阻力均恢复正常。

(2)低排高阻时:说明心肌收缩差,肺动脉楔压下降,由于组织灌流量不足,血液流速慢。平均滞留时间长,毛细血管通透性增加,血液更加浓缩,外周阻力更高,心脏后负荷增加,可使心功能失代偿,因此宜及时扩容、解痉以降低心脏后负荷,调整心肌收缩力,但此类病人心功能不好,为慎重起见,先给等张液,观察尿量,再给扩容剂,扩容量不宜过多,过快,否则有心衰的可能。扩容剂的选择根据血浆胶体渗透压而定。一般采用5%葡萄糖500ml+低分子右旋糖酐500ml,各加7.5硫酸镁,治疗2w后,均改善或恢复正常。

(3)高排低阻型:说明血液动力学表现是心肌代偿性强力收缩,血流经微循环短路,血液流速平均滞留时间短,以解痉为主,扩容易慎重,治疗单纯解痉,5%葡萄糖500ml+15~20g硫酸镁即可。一般愈后良好。

妊高征血液动力学三型,给解痉扩容后,均有不同程度的改善病情。但治疗过程中应严密监测尿量、尿蛋白、脉充及脉压差,防止心脏超负荷失代偿而发生心衰。

我院自应用“MP”监测来,通过预测后的结果,给予必要的对症治疗或指导,大大降低了妊高征的发生率,几乎杜绝了由妊高征引起的子痫或孕产妇及围生儿死亡,使我县妇幼保健工作又上了一个新台阶。

收稿日期:2002-06-28

(责任编辑:马健文)

欢迎投稿 欢迎订阅