

# 574例剖宫产手术指征分析

胡伶俐

(北京市石景山医院妇产科,北京 100043)

**[摘要]** 目的:分析北京市石景山医院患者剖宫产指征,探讨降低剖宫产率的对策。方法:选择北京市石景山医院2008年剖宫产的574例患者,对其主要指征进行回顾性分析。结果:社会因素、胎儿窘迫、胎位异常、妊娠期高血压疾病是剖宫产的主要手术指征。结论:减少社会因素的干扰,加强孕产期监护,提高处理产科并发症的能力,可降低剖宫产率。

**[关键词]** 剖宫产;社会因素;胎儿窘迫;胎位异常;妊娠期高血压疾病

**[中图分类号]** R719.8

**[文献标识码]** C

**[文章编号]** 1674-4721(2009)05(a)-192-02

近年来,剖宫产技术的提高、麻醉方法的改进,大大增强了剖宫产的安全性。受社会、人为等诸多因素的影响,剖宫产率迅速提高,随之而来的并发症也日益增多,已成为国内外产科医学界十分关注的问题<sup>[1]</sup>。本文分析了北京市石景山医院2008年574例剖宫产术患者的主要手术指征,探讨降低剖宫产率的对策。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

北京市石景山医院2008年分娩总数为1 088例,其中剖宫分娩574例,剖宫产率为52.76%。574例剖宫产患者中,年龄最小20岁,最大40岁。

### 1.2 方法

采用回顾性分析的方法对574例剖宫产手术指征进行分析。当同一患者有几个指征时,以第一指征为准,统计各项指征的构成比。

## 2 结果

剖宫产的手术指征主要为社会因素、胎儿窘迫、胎位异常、妊娠期高血压疾病。574例剖宫产手术主要指征及构成比见表1。

表1 剖宫产主要指征及构成比

手术指征	例数(n)	构成比(%)
社会因素	220	38.33
胎儿窘迫	86	14.98
胎位异常	74	12.89
妊娠期高血压疾病	42	7.32
瘢痕子宫	36	6.27
高龄初产	32	5.57
其他	84	14.64
合计	574	100

## 3 讨论

1985年世界卫生组织提出,任何一个国家或地区剖宫产率都不应超过10%,而国内大部分医院剖宫产率为40%~60%<sup>[2]</sup>,如此高的剖宫产率令人担忧。本院2008年剖宫产率为52.76%,剖宫产指征中社会因素的干预列为第一位。社会因素是指无明显的手术指征,孕妇自己要求剖宫产。其原因主要包括:①社会上对分娩方式存在误区,认为剖宫产对孕妇及胎儿更安全,不愿胎儿有丝毫低氧或产伤的风险。有的家

庭还选择良辰吉日进行剖宫产。另外,优越生活条件下成长起来的很多年轻母亲缺乏吃苦精神,疼痛耐受性差,存在着对分娩的恐惧。加上术后镇痛的普及更增添了她们对剖宫产的依赖性,将分娩责任完全交给医务人员。针对这种情况,应大力普及产前教育,介绍妊娠和分娩的基本知识、自然分娩的优越性,使孕妇了解剖宫产术和可能带来的危害。进行专业的心理教育及疏导,消除孕妇紧张情绪。指导孕妇合理饮食、适当运动,让每一位孕妇在医护人员的指导下以平静的心态、充沛的体力顺利分娩。②目前舆论导向对医生的决定权很不利,将医生由在医学知识方面的“强势群体”变成了医疗纠纷中的“弱势群体”,产科医生也担心在分娩过程中万一出现母婴并发症将处于被指责地位,从而放宽了剖宫产手术指征。因此呼吁建立健全相关的法律法规,保障医患双方的合法权利,降低剖宫产率需要全社会共同努力<sup>[3]</sup>。

据统计,胎儿窘迫发生率为2.7%~38.5%<sup>[4]</sup>,胎儿窘迫主要表现为胎心率异常、羊水粪染及胎动减少或消失。仅凭胎心监护或羊水性状的异常而忽略了其他各项指标判断胎儿窘迫,导致过度诊断,手术操之过急,出现假阳性。所以,产科医师要增强业务水平,根据产程中各项指标综合分析,努力提高胎儿窘迫诊断率,减少非必要的手术指征。

胎位异常主要是臀位和持续性枕后位。部分孕中期发现臀位的孕妇不愿行膝胸卧位纠正胎位,从而使晚孕期臀位的发生率及剖宫产率上升。部分持续性枕后位的孕妇不愿通过手法旋转异常胎方位试产,也坚持进行剖宫产。其实就臀位而言,经产妇、骨盆相对较宽、足月胎儿相对较小,经有经验的助产人员接产是可以经阴道分娩的;就枕后位而言,若无头盆不称情况下加强宫缩是可以转为枕前位顺产的,或者通过手法旋转异常胎方位也可使难产变顺产。不能单凭一时的枕后位而做剖宫产。这就需要加强难产早期识别及试产技巧,提高年轻一代产科医生阴道助产能力。

妊娠期高血压疾病占本院剖宫产的7.32%。患妊娠期高血压疾病时,全身小动脉痉挛,各器官组织因缺血低氧而受到损害,严重时出现抽搐、昏迷,甚至母婴死亡,产科医生应注意防治子痫及严重并发症,适时行剖宫产手术终止妊娠。在严重妊娠期高血压疾病时行剖宫产分娩是降低母子死亡率和发病率的非常有效的手段。而单纯血压升高患者经及时合理的治疗,病情多可缓解,部分仍可经阴道分娩,Nassar等与Alexander等分别回顾了远离足月的重度先兆子痫孕

# 磁疗加电针治疗周围性面神经麻痹疗效观察

郑威平

(江汉油田总医院五七院区康复科,湖北潜江 433121)

**[摘要]**目的:观察磁疗结合电针治疗周围性面神经麻痹的临床疗效。方法:将172例周围性面神经麻痹患者随机分为磁疗结合电针组和常规针灸组,磁疗电针组和常规针灸组各86例,两组均进行红外线治疗仪照射及其他相关临床治疗。结果:两组的总有效率和痊愈所用时间经统计学处理,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:磁疗结合电针方法治疗周围性面神经麻痹的疗程短,治愈率高,值得推广。

**[关键词]** 面神经麻痹;磁疗;电针;常规针灸

**[中图分类号]** R745.1+2

**[文献标识码]** C

**[文章编号]** 1674-4721(2009)05(a)-193-02

周围性面神经麻痹为临床常见病之一,多发于冬春季,夏季吹冷也可发病。现代医学认为其发病诱因与病毒感染或寒冷有关,因为乳突孔内面神经由于炎症缺血水肿而受压,产生一侧面部表情肌瘫痪,额纹消失,口角歪斜等症状<sup>[1]</sup>。自2005年2月~2009年3月,笔者所在科室与神经内科合作,共收治周围性面神经麻痹患者172例,并随机分组治疗,现报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

共收治172例患者,其中96例为门诊患者,76例为住院患者,按首诊日期单、双日随机分组,单号日就诊为治疗组,双号日就诊为对照组,172例患者均有不同程度的表情肌瘫痪,口角歪斜,眼裂变大,眼睑闭合不全,鼻唇沟变浅。额纹部分或完全消失等表现。所有患者均排除脑血管意外引起中枢性面瘫,两组资料比较见表1。

表1 两组患者一般资料比较(n)

组别	例数	性别		年龄(岁)					病情		
		男	女	1~20	21~39	40~59	60~79		轻	中	重
治疗组	86	40	46	12	28	25	21		10	55	21
对照组	86	42	44	15	19	27	25		9	53	24

**[作者简介]** 郑威平(1968-),湖北嘉鱼县人。1993年毕业于咸宁医学院,一直在江汉油田总医院康复科工作,现任主治医师。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 综合治疗组 起病初期(1~7 d)用苏州产低频综合电磁治疗,仪治疗于患侧颜面部置磁头一个,场强350~550高斯,每日1次,每次20 min,10 d为1个疗程,7 d后再进行电针治疗。取穴:地仓透颊车、阳白透鱼腰、攒竹、太阳、颧髻、迎香、鼻通、下关、风池、夹承浆、口禾髂、合谷。其中夹承浆、口禾髂均采用斜刺,针尖刺向患侧,发病10 d内,所有患者均口服泼尼松、地巴唑、维生素B<sub>1</sub>、肌注维生素B<sub>12</sub>,如为Hunt面瘫,乳突疼痛者加20%甘露醇250 ml,地塞米松10 mg静脉滴注。

1.2.2 对照组 采用常规针灸治疗方法,取患侧阳白、太阳、攒竹、四白、下关、迎香、地仓、双合谷穴,行平补平泻手法,留针40 min,每10 min行针1次,得气为度。并予以红外线治疗仪照射。每日1次,10次为1个疗程。

两组均治疗4个疗程后评价疗效。

## 2 结果

### 2.1 疗效标准

参照《实用内科手册》<sup>[2]</sup>面神经功能恢复评定标准进行疗效评定。痊愈:面部所有区域正常;显效:仔细观察可看出轻微的功能减弱,可能有轻微的连带运动,面部静止时对称,张力正常,上额运动中等,眼睛用力可完全闭合,口轻度不对称;有效:有明显的功能减弱,单双侧无损害不对称,可观察到并不严重的连带运动,挛缩和(或)半侧面部痉挛,面部静

妇阴道分娩与剖宫产的围产结局,发现阴道分娩对低体重儿无损害<sup>[5]</sup>。

许多年以来,瘢痕子宫被认为是分娩的禁忌证。然而,据美国妇产科医师学会研究发表最新实验数据,如1996年,有28%的妇女前次剖宫产后经阴道再次分娩<sup>[6]</sup>。故在能实施紧急剖宫产的医院是可以考虑尝试阴道分娩的。

总之,为降低异常的高剖宫产率,应普及产前教育,介绍自然分娩的优越性,营造自然分娩的良好氛围,减少社会因素的干扰。同时医务人员也应有过硬的业务能力,加强孕产期监护,熟练阴道助产技术,提高处理产科并发症的能力。另外医疗环境的不断改善、构建和谐医患关系均有利于剖宫产率的降低。

## [参考文献]

- [1] 杨雪峰,程金华,封全灵,等.剖宫产率及剖宫产指征14年变化研究[J].中国实用妇科与产科杂志,2002,18(1):47-48.
- [2] 黄醒华.对剖宫产术的思考[J].中国实用妇科与产科杂志,2003,11:19.
- [3] 曾春燕.1301例剖宫产指征分析[J].中国保健,2008,16(17):758-759.
- [4] 乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:135.
- [5] 郎景和.妇产科热点问题聚焦[M].北京:北京大学医学出版社,2007:402.
- [6] 张怡.威廉姆斯产科学手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2006:194.
- [7] 曾小红,李小梅.三种剖宫产术的临床比较分析[J].中国现代医生,2008,46(32):30.
- [8] 杜邦邦.剖宫产后再次妊娠的产科处理(附131例临床分析)[J].中国医药导报,2007,4(22):93.

(收稿日期:2009-02-25)