对 65 例产后出血相关因素分析

张丽珍 毛琼兰 唐容瑜 张雪玲

(广东省清远市阳山县人民医院妇科, 广东省清远市阳山县文塔路 206 号, 513100)

关键词 产后出血; 相关因素

产后出血是分娩期的严重并发症, 居导致我国产妇死亡原因的首位^[1], 积极处理和预防产后出血的诱因, 可避免或减少产后出血的发生, 降低产妇的死亡率。本文采用回顾性分析法, 对我院 2006 年 1 月 - 2009 年 12 月 65 例产后出血进行回顾性分析, 现将临床资料报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2006 年 1 月 - 2009 年 12 月在我院住院分娩共 4010 例, 发生产后出血 65 例, 产后出血发生率占 1.62%, 与全国产后出血发生率 1.6% ~ 6.4% 相近^[2], 其中 2 例行子宫次全术, 无产妇死亡。年龄最小者 20 岁, 最大者 41 岁, 平均年龄 32 ± 2.4 岁; 孕周最小者 34 周, 最大 42 周, 平均孕周 38 ± 2 周。

1.2 诊断标准 胎儿娩出后 24h 出血量超过 500mL 称为产后出血^[1]。出血测量采用容积法和称重法。

1) 阴道分娩: 胎儿娩出后立即放置聚血盘于产妇臀下收集血液, 至产后 2h 取出, 用量杯测量聚血盘中的血量, 用面积法计算接生区域所用的浸血纱布及血染的产单, 2h 回病房后, 于产妇臀下放置干净的会阴垫, 采用称重法, 称血染纸巾来计算产后 2 ~ 24h 的出血量。

2) 剖宫产术中用容积法及面积法加目测法。上述出血的总和为产后 24h 的出血量。

1.3 统计学方法 以 SPSS 为统计分析工具, 对数据进行 χ^2 检验和单样本平均数检验。

2 结果

2.1 不同分娩方式与产后出血的关系 表 1 显示, 在剖宫产分娩 1524 例中, 产后出血 36 例(占 55.39%)。在阴道分娩 2486 例中, 产后出血 29 例(占 44.61%), 经 χ^2 检验, 不同的分娩方式之间有显著性差异($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 分娩方式与产后出血的关系

分娩方式	例数	产后出血例数	发生率(%)	比例(%)
剖宫产	1524	36	2.36	55.39
阴道分娩	2486	29	1.16	44.61
合计	4010	65	1.62	100

2.2 产后出血原因构成比 按传统的产后出血的分类, 产后出血主要原因有子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道撕裂伤和凝血功能障碍。表 2 显示的 65 例产后出血的原因构成比是: 宫缩乏力 29 例(占 44.61%), 胎盘因素 18 例(占 27.69%), 软产道撕裂伤 7 例(占 10.78%), 凝血功能障碍 11 例(占 16.92%)。经单样本平均数检验, $t = 3.3716$, $P = 0.0434$, 具有显著性差异($P < 0.05$)。

表 2 65 例产后出血原因构成比

原因	产后出血例数	比例(%)
子宫收缩乏力	29	44.61
胎盘因素	18	27.69
软产道撕裂伤	7	10.78
凝血功能障碍	11	16.92
合计	65	100

3 讨论

3.1 剖宫产术发生产后出血的比例明显高于阴道分娩, 并具有统计学意义($P < 0.05$)。原因可能与剖宫产患者本身存在高危因素多有关, 另一方面与选择剖宫产手术的指征和时机是否恰当有关。因此, 剖宫产术前准备要充分, 及时处理高危因素和严格把握手术指征和手术时机。

3.2 宫缩乏力导致的产后出血构成比占首位。子宫收缩乏力是临床中较为常见的病症, 其影响因素是多样化的, 产程延长、多胎、巨大儿、感染、各种妊娠并发症和合并症以及产妇的心理因素等均会影响子宫收缩。若防止产妇过度疲劳和体力消耗, 则易致使产后宫缩乏力, 不利于胎盘剥离和娩出, 又不能有效关闭胎盘附着部子宫壁血窦, 导致产后出血。因此, 应加强产程观察, 及时有效的处理 3 个产程, 防止产程异常、滞产而导致的产后出血。对有可能引起产后出血的高危因素, 如巨大儿、羊水过多、多胎以及产程明显延长的待产头娩出, 立即肌注催产素 10u, 舌下含服米索前列醇 600 μg ^[3]。

3.3 本组 65 例产后出血中, 18 例为胎盘因素所致, 占产后出血原因的构成比第 2 位, 为 27.69%, 胎盘因素与残留、粘连、植入以及前置胎盘都与子宫内层受损、蜕膜发育不良有一定关系。因此, 减少人工流产,

综合康复治疗重症手足口病并中枢神经系统损害 34 例

张 鲜

(河南省开封市儿童医院康复科, 河南省开封市自由路中段 87 号, 475000)

关键词 重症手足口病/中医药疗法

手足口病是儿科常见的肠道传染病, 主要以口腔黏膜溃疡及手、足、臀等处发生疱疹为临床特征。引起手足口病的肠道病毒主要包括肠道病毒 EV71 和柯萨奇病毒(COXA16), 近年来该病有增多、加重趋势。我院康复科收治的 34 例重症手足口病并中枢神经系统损害的患儿, 均经重症监护病房积极救治, 病情稳定后而转入我科。通过对患儿采用系统的综合康复治疗, 取得了较好的疗效, 报道如下。

1 临床资料

34 例重症手足口病患儿均符合卫生部《手足口病预防控制指南(2008 版)》诊断标准。其中并发脑干脑炎 21 例, 并发脊髓炎 13 例; 病程 20~30 天 19 例, 39~40 天 15 例; 年龄 6 个月~1 岁 2 例, 1~3 岁 21 例, 3~5 岁 11 例; 肌力 0 级 4 例, I~II 级 18 例, III 级 12 例; 肌张力低下 27 例, 肢体僵硬强直、肌张力增高 7 例; 其中单独出现或同时出现下列症状: 竖头不稳 18 例, 不能翻身 14 例, 吞咽困难 10 例, 双眼无追视 10 例, 语言障碍 11 例。34 例患儿均不能独坐或独立行走。单肢瘫 4 例, 偏瘫 6 例, 双下肢瘫 9 例, 四肢瘫 15 例。

2 治疗方法

2.1 药物治疗 应用中枢神经营养药物神经节苷脂注射液(GMI)20mg, 静脉滴注, 10 天为 1 个疗程, 间隔 20 天, 未治愈者继续下一个疗程。

2.2 针刺治疗 针刺取穴: 主穴为百会、四神聪、“颞三针”、大椎、合谷、足三里、肾俞、肝俞。智力低下者

加“智三针”、风池; 语言障碍者加哑门、廉泉; 吞咽困难者加承浆、地仓、颊车、下关; 上肢瘫者加“肩三针”、曲池、外关; 下肢瘫者加髀关、环跳、足三里、三阴交、太冲; 追视不好者加攒竹、球后、承泣。头针取穴根据大脑皮层的功能定位在头皮的投影, 结合小儿的临床表现选用相对的运动区、视区、语言区等。头针每次 4~6 穴, 留针 30min, 体针每天 8~12 穴, 肌张力低下者以补法, 留针 30min。肢体僵硬强直, 肌张力增强者以泻法不留针。针刺 30 天, 休息 5 天, 未愈者继续下 1 个疗程。

2.3 推拿手法 头部点揉太阳、上星穴, 颅颈部由轻而重反复捏拿分推风池、风府、天柱穴, 胸背部用双手掌叠按胸前任脉由天突至曲骨穴数遍, 再从大椎穴开始沿两侧膀胱经向下至腰骶部, 用拇指先以揉法, 再以拔法, 最后逐点按督脉腧穴, 四肢先以揉、揉、拿、提等手法放松四肢, 再用大拇指按肩髃、曲池、外关、合谷、承扶、委中、承山、昆仑、涌泉等穴数遍。

2.4 功能训练 根据患儿中枢神经系统损害的具体情况, 进行针对性的功能训练。如头部控制训练、翻身训练, 以及坐、爬、跪、站、走等大运动功能恢复训练; 认知训练、语言训练、吞咽视听训练、手功能训练等。每天 2 次, 每次 30min, 对有能力的患儿增加器械辅助训练。

2.5 低频脉冲电治疗 运用痉挛机、脑循环治疗仪、肌兴奋治疗仪、经络导平治疗仪等低频脉冲设备, 根据患儿的具体病情, 选择性应用, 以达到降低肌张力, 增强肌力, 改善脑循环, 疏通经络的目的。每日治疗 1

以及刮宫后要预防性应用抗生素, 防止子宫内膜炎的发生, 从而减少胎盘异常引起的产后出血因素。对于前置胎盘选择合适的手术切口, 并让有高资历的医生做手术, 做好产后出血的抢救准备, 也是减少术中出血的关键。

3.4 随着产科技术的提高以及剖宫产率的上升, 软产道撕裂伤以及凝血功能障碍引起的产后出血越来越少, 但是凝血功能障碍一直是产后出血的凶险因素, 因此, 对羊水栓塞、子痫前期重度的严重病例要引起高度的重视, 重在早期预防和识别。

总之, 产后出血的原因复杂, 又往往是多因素综合作用的结果。要降低产后出血率应预防在前, 做好规范产前检查, 加强高危管理, 提高产科质量和熟练掌握产科重症抢救水平, 积极干预产后出血因素, 才能真正减少产后出血的发生, 降低产妇死亡率。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 224.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 799.
- [3] 华嘉增. 妇女保健新编[M]. 第 2 版. 上海: 复旦大学出版社, 2005: 179.

(2010-11-02 收稿)◎