

# 气囊助产 60 例临床分析

唐春玲

(姜堰市中医院, 姜堰, 225500)

笔者近年来运用气囊助产 60 例, 取得了满意的效果, 现报告如下。

## 1 资料与方法

选取孕周 37~40<sup>+</sup>, 年龄 20~35 岁的孕妇 100 名随机分治疗组 60 名, 对照组 40 名。治疗组运用气囊助产的适应症有: ①计划分娩, 妊娠 38~42 周, 无产兆; ②高危妊娠需终止妊娠, 如妊高征、过期妊娠等; ③头盆相称, 最好是先露部已入盆, 试产孕妇也可用, 一旦试产失败, 行剖宫产术不受影响; ④宫颈成熟度 Bishop 评分 > 4 分 (宫颈软、宫口略开大、胎头固定); ⑤无骨、软产道畸形; ⑥胎儿宫内窘迫, 宫口近开全 (9cm) 扩张阴道可加速产程进展。

方法: 治疗组均先与患者及家属讲明气囊助产的意义, 并征得患者同意后方可进行。本组采用的气囊助产器为长春市南业医用器械厂生产的 QZ-I 型气囊助产器, 治疗组的产妇在征得本人同意气囊助产后先静注糖水 (暂不加催产素), 产妇排空膀胱取膀胱截石位, 常规消毒, 在储气箱内充 0.4MPa 气体, 将无菌的小气囊置于宫颈管内, 宫颈管外口见托盘为宜, 固定, 打开控制阀门, 缓慢向小气囊内充气, 气囊内压力保持在 16~25MPa, 时间为 3~5min, 可将宫颈扩张 6~8cm 形成胎胞, 然后打开放气阀, 放出气囊气体,

取出气囊。在宫缩间歇期人工破膜, 并注意羊水性状和胎心变化。气囊扩张阴道, 先缓慢充气, 充气时间和量同前。经 3 次扩张, 阴道扩张 10~12cm, 产妇屏气, 胎头下降, 阴道气囊被排出体外, 引起宫缩, 后给予催产素 2.5U 加入 10% 葡萄糖 500ml 中静脉滴注。气囊助产第二产程: 当产程进入活跃后期宫口近开全时, 破膜后将气囊置于阴道, 充气时间和量同前, 经 3 次扩张, 阴道扩张 10~12cm, 变松弛, 减少了胎头下降仰伴阻力, 达到缩短第二产程的目的。对照组产妇在潜伏期子宫颈口扩张 1~2cm 时静脉滴注催产素, 浓度为 0.5%, 滴速从 8~10 滴/min 开始, 随时调节浓度及滴速至出现规律有效宫缩后维持。两组均于胎儿娩出后增加催产素, 剂量浓度为 4%, 预防产后出血。

两组均用产程图监测产程进展情况, 并对各产程时间、剖宫产率、新生儿窒息率及产后出血量进行统计。

## 2 结果

气囊助产对产程的影响见表 1。

从表 1 可见, 气囊助产组第一产程和第二产程较对照组明显缩短, 从而使总产程缩短 ( $P < 0.05$ )。

表 1 两组产程分期时间对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	第一产程 (h)	第二产程 (min)	第三产程 (h)	总产程 (h)
气囊助产组	60	5.58±2.50	25±12	10±3	6.05±4.05
对照组	40	11.90±2.23	55±15	15±10	11.80±2.95

表 2 两组新生儿 Apgor 评分、剖宫产率及产后出血率比较

组别	例数	0~3 分 (%)	4~7 分 (%)	剖宫产率 (%)	产后出血量 (ml)
气囊助产组	60	1 (1.67)	5 (8.3)	14 (23)	154±43.77
对照组	40	2 (5)	6 (15)	12 (30)	148±47.55

两组新生儿 Apgar 评分比较, 气囊助产组新生儿窒息发生少, 剖宫产率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组均在产程中使用有效浓度催产素, 产后出血

发生率基本相同, 统计学处理无显著性差异 ( $P > 0.05$ ), 见表 2。

(下转 214 页)

病菌，大多发生于免疫机能未成熟的新生儿。特别是营养状况差的，或感染途径来自皮肤、呼吸道、消化道的患儿。

新生儿机会菌败血症的治疗，抗生素的合理选择是关键，但由于机会菌种类繁多，同一细菌的耐药谱也不相同，宜按药敏试验结果选择抗生素。本组药敏结果表明，大多数表皮葡萄球菌能产生青霉素酶（β内酰胺酶），可破坏青霉素而耐药，不少菌株也产生青霉素酶耐苯唑青霉素等及头孢菌素类。近年来，由于机会菌的致病菌对常用抗生素的耐药菌株明显增多，而本组病例药敏试验头孢氨噻肟钠的耐药率仅为16%。头孢氨噻肟钠对多种β内酰胺酶高度稳定，能抑制细菌细胞壁粘肽交叉联结，对产青霉素酶葡萄球菌及革兰氏阴性菌均有极强的杀灭作用。其血清半衰期较长，静脉滴注后可迅速达到血药浓度高峰，峰

值与药物剂量呈正态相关，故显效快，优于第一、二代头孢菌素，是目前使用疗效较佳的抗生素。其副作用主要为皮疹及腹泻，有些病例在继续用药的过程中自行消失，有的则停药后恢复正常。未见严重的过敏性反应和肝脏肾脏功能的损害。机会菌败血症患儿大多免疫功能低下，因此，支持疗法特别重要，配合输新鲜血、血浆等，有条件时可采用免疫疗法。

### 参考文献

- 1 金汉珍主编. 实用新生儿学. 北京: 人民卫生出版社, 1990; 196
- 2 郭异珍, 等. 新生儿耐甲氧苄青霉素表皮葡萄球菌败血症的临床分析和治疗. 中华儿科杂志, 1994; 32 (2): 85
- 3 赵传明, 等. 新生儿机会菌败血症临床特征及药敏试验观察. 中国实用儿科杂志, 1995; 10 (4): 251

(收稿日期: 1997-03-23)

(上接 212 页)

### 3 讨论

本组资料表明在产妇产程中应用气囊助产器助产，可加速软产道扩张，从而使产程缩短，其明显优于对照组。

在产程中应用气囊助产器可选择性作用于宫颈及阴道，使其扩张，降低先露下降的阻力，减少产妇体能消耗，进而提高产力的时效性，从而达到缩短产程减少产痛，改善围产预后的目的。

气囊助产时，由于产程缩短，使胎儿受压时间相应较短，对胎儿胎盘血循环影响较少，从而降低了胎儿宫内缺氧和新生儿窒息的发生率。由于产程缩短，产妇和胎儿因产程延长所致的各种并发症减少；另产妇体力好，宫缩乏力性难产减少，所以气囊助产组剖宫产率明显低于对照组。

产程中应用气囊助产，应注意助产器的气囊

部分需灭菌后方能使用，使用过程中应严格无菌操作，以防产后感染；宫颈放置气囊时必须检查宫颈成熟度，Bishop 评分>4分（宫颈软，宫口略开大，胎头固定）时方可进行。宫颈气囊不宜过高（宫颈外口见托盘为宜。如充气量过大，气囊放置过高会使子宫下段急剧扩张，产后子宫乏力出血多；扩张宫颈和阴道时，充气要缓慢，防止宫颈裂伤；另气囊助产法产程短，胎儿受压时间短，注意防止羊水吸入，应立即清理口腔。通过本组 60 例临床实践未发现以上不良现象。

总之，只要严格掌握气囊助产的适应症，操作正确，就能缩短产程，降低围产期并发症及剖宫产率，取得满意疗效，并有助于计划分娩，对提高产科质量有一定的临床意义。

### 参考文献 (略)

(收稿日期: 1997-04-13)