

不要盲目选择剖宫产手术

□徐平 黄家贤

近期,由广东省医师协会围产医学医师分会与香港中文大学、广州医科大学附属第三医院联合举办的国内首届降低剖宫产率专题技术强化培训班。在培训班上,我国的高剖宫产率问题备受关注,国内和香港的妇产科专家共同为这一问题把脉。

剖宫产率高居不下带来的风险较大

广州妇产科研究所所长、广州重症孕产妇救治中心主任陈敦金指出,世界卫生组织的调查显示,我国剖宫产率接近50%,已远远超过世界卫生组织对剖宫产率设置的警戒线15%。广州市2012年的剖宫产率达到了40%,有些医院的剖宫产率甚至高达60%。

剖宫产的增加,自然分娩率的下降,已经成为影响我国妇女儿童的健康,成为我国又一个严重的公共卫生问题。自然分娩对宝宝来说经历阴道分娩的锻炼,心肺、呼吸系统的发育会更好,对母亲而言,创伤小、出血量少、恢复较快,但也有很多人认为,剖宫产较为安全,没有生产时的疼痛且不会有阴道松弛和侧切的问题。

对此,陈敦金指出,剖宫产手术对母体的精神和肉体都会产生创伤,手术及麻醉存在一定的风险,剖宫产手术的出血量也比顺产要多,术后子宫的恢复及全身的恢复都比顺产要缓慢,普通顺产产妇几个小时可以下床,一般剖宫产的产妇则需要两三天才可以下床。而且,

剖宫产手术是早期妊娠胎盘植入的高危因素,再次妊娠和分娩时,会造成孕产妇腹腔大出血甚至威胁生命。因此,健康的产妇,一般推荐产时选择顺产,除非是有高危因素的才会推荐选择剖宫产。

医疗与孕产妇共同推高剖宫产率

既然剖宫产的弊端十分明了,但为何我国的剖宫产率居高不下?陈敦金介绍说,剖宫产率的走高,既有医疗技术、医生方面的原因,也有孕产妇的主观原因。

从医疗方面来讲,第一,随着有效输血、麻醉水平的提高以及广谱抗生素等的运用,使子宫下段剖宫产术的安全性不断提高,使得剖宫产手术得以更广泛地开展;第二,臀位剖宫产明显增多。在以前,足月臀位的分娩是阴道助产,由于技术与认识原因,不会将其视为高危因素,但是现在由于技术发展,可以预见,为了避免胎儿后出头困难,胎儿窒息骨折及产道损伤,在必要的情况下会采取臀位剖宫产,这也使臀位剖宫产率明显上升;第三,为了减少产道和胎儿创伤,中位产钳被剖宫产代替;第四,较以往,产科对高危妊娠处理观点有了改变,以往对妊娠合并心脏病采用剖宫产认为是禁忌,但随着手术技术的提高,良好麻醉及严密监护,采用剖宫产后的死亡率反而下降,子痫前期或子痫采用剖宫产终止妊娠也取得了良好的预后,这使得部分妊娠合并心脏病的产妇得以剖宫产分

娩;第五,生物物理仪器检测和生物化学检测技术的应用,使得胎儿宫内窘迫的诊断率上升。而当出现胎儿宫内窘迫情况时,有时候会采用剖宫产。产前诊断技术的提高,更全面检测胎儿宫内安危,把胎儿病人来考虑剖宫产的增加是可理解;第六,多胎妊娠增多。排卵药物应用及试管婴儿的开展,试管婴儿成功率达40%~50%,不孕症多胎妊娠明显增多,大部分均采用剖宫产结束分娩。此外,陈敦金也指出,医务人员为避免医疗纠纷,放松剖宫产适应症是目前我国剖宫产率升高的原因之一。

广州医科大学附属第三医院产科副主任余琳介绍,国内外情况反映,随着社会的发展,人民文化及经济水平的提高与剖宫产率的高低有关,还和孕妇的认识有关。随着经济水平的提高,剖宫产的费用对一部分产妇来说不会特别高,另外当前的城市的孕妇运动量少,营养好,胎儿都偏大,很多孕妇担心会因为胎儿大而要侧切,再加上当前年轻人的疼痛耐受力较差,并且更加关注阴道分娩后是否会影响到夫妻生活,很多没有剖宫产医学指征的孕妇会主动要求剖宫产。据统计,我国非医学指征剖宫产(社会因素)达到24.6%,很多临床医师都有被孕产妇主动要求为其开展剖宫产的经历。

余琳还指出,经过资料搜索发现,近20年来,我国的高龄初产妇不断增加,据上海某妇产医院的统计,1999~2000年其初产妇占分娩总数90.3%。过往20年,

年龄30~39岁生第一胎孕妇比70年代呈双倍增加,40~44岁初产妇增加50%,高龄产妇的身体风险原因更多选择剖宫产。这是剖宫产率居高不下的另一种原因。

“单独两孩”政策或为推广自然分娩的契机

当前“单独两孩”政策的实施,会出现一个具有“两孩”生育意愿的初次生育的妈妈群体出现,可以说,关注初次剖宫产显得更为重要。美国医学界目前达成的共识是降低剖宫产率,而这恰恰是我国目前面临的突出问题,必须要降低社会因素为指征的剖宫产。

陈敦金指出,各医院和社区应该加强分娩知识教育,帮助孕产妇正确认识剖宫产的适应症及坏处,不要盲目选择,而拉玛泽呼吸分娩法、催眠分娩等,都能有效降低孕产妇的分娩痛苦。目前降低顺产疼痛的方法很多,比如练习拉玛泽呼吸分娩、椎管内分娩镇痛、催眠分娩等,而不管是顺产和剖宫产都会造成产道松弛,产后经过母乳喂养和康复锻炼,阴道的松紧程度都可以达到分娩前的状态。同时,医生也要提高责任感,严格把关剖宫产指征。

尤其是随着“单独两孩”政策的实施,将来会有一批符合政策的具有生育“两孩”意愿的初次生育的妈妈,这些人如果想生第二个孩子,更要把好初次分娩,尽量选择自然分娩。(来源:医学论坛网)

□钟丽欢

感动天使

——讲述身边的护理故事



2014年“讲述身边的护理故事”征文比赛三等奖作品选登

我的妈妈是千千万万护理人员中的一员,她是平凡的,也是忙碌的。妈妈怀孕十月,在这十个月里,从未离开工作岗位,我甚至能感受到妈妈处理病人突发情况时脚步的急促,心跳加速时脉搏的波动,医院每天发生的悲喜交加事情就是对我的胎教。可能正是这个原因,我对医院有种莫名的熟悉感,很多小朋友害怕医院,讨厌消毒粉的味道,害怕戴口罩的医生和护士,甚至看到穿白色工作服的医护人员就会哭。我却不一样,我喜欢去医院,因为我知道,妈妈就在医院里辛勤工作,医院可以看见妈妈,那是件多么幸福的事情。

1986年,一个女婴呱呱坠地,妈妈心头上的一块肉掉了。从此,天使的翅膀上多了一份牵挂,那就是我,可妈妈由于工作的繁忙,只有奶奶带我。一天晚上,妈妈哄我睡着后便去上班。半夜里,我蜷缩成一团,全身发冷,脸蛋热得通红,睡在旁边的奶奶发现后,轻轻拍了我几下,当时我已经烧得迷迷糊糊,没睁开眼睛,奶奶用体温计一量——39.5℃!奶奶急忙叫醒隔壁房间的爸爸,爸爸抱起我,摸了摸我的额头,轻轻叫了我,我睁开眼睛,嘴里念着:“妈妈,妈妈,我要妈妈。”爸爸赶忙把我送到医院急诊室,输液后,我的烧慢慢退了,睁开眼睛,看见爸爸坐在床边,环顾四周,没有妈妈,顿时嚎啕大哭,哭喊着要找妈妈。爸爸实在没办法,帮我拨通妈妈的手机,可一直没人听。我抽咽着等待,直至手机呼叫声停止,留下“嘟嘟嘟嘟”的忙音。我的眼泪刷刷的流,我觉得妈妈不要我了。这对一个孩子来说,是件多么残酷的事情!“孩子,别哭,妈妈不是不要你了。”爸爸将我抱入怀里,轻轻帮我擦去眼泪,他指着不远处护士说:“妈妈跟那个护士阿姨一样,正在医院上班,照顾病人,可能太忙了,没听到你的电话。我知道你病了难受,希望得到妈妈的照顾和疼爱,但妈妈正在做神圣的事业,她正在护理危重病人,处理非常紧急的事件。护士阿姨是上天派来的天使,守护大家的健康,在我们身体生病时,他们会给予阳光般的温暖和妈妈一样的呵护。所以你要乖,要体谅妈妈,知道吗?”对于四岁的我,爸爸的话我没能完全听懂。

第二天早上,我听到了熟悉的声音——妈妈。她正在回爸爸的情况,我惺忪的睁开眼睛,从床上坐起来,揉揉红红的双眼,“妈妈!”我欣喜地叫着。妈妈马上走过来,帮我盖好被子,摸了摸我的脸,眼里充满了疼惜与内疚。妈妈刚下班就直奔急诊室,一脸倦容,眼里布满血丝,一看便知她一夜忙碌,头发有点凌乱,但脸上一直保持着微笑,嘴里说:“没事的,孩子,别怕。”妈妈的微笑是一种爱的传递,浅浅一笑,能让我变得踏实。我想妈妈在病人面前也是这样令人感到亲切、放松、信任的笑容。

家离妈妈上班的医院很近,妈妈值班时,奶奶总会带着我给妈妈送饭。小时候,我最喜欢做的一件事便是给妈妈送饭,每次都争着提保温瓶,小小年纪的我将保温瓶一手挽在肘里,走路一摇一摆的,路过的叔叔阿姨都会笑着表扬。

爱是一种传承,我深受天使的爱而感动。天使就在身边,我甘愿跟随千千万万护理人员,在平凡的岗位上,珍爱生命,崇尚科学,乐于奉献,团结进步。(作者单位:番禺区何贤纪念医院)

预防早产分娩最新临床要点

早产是指在满28孕周至37孕周之间(196~258天)的分娩,此时产妇产出的新生儿称早产儿。为各器官未成熟的新生儿。出生体重小于2500g的早产儿早产率国内为12.7%~20.8%,国外则胎龄越小,体重越低,死亡率越高。死亡原因主要是围生期窒息、颅内出血、畸形。早产儿即使存活,亦多有神经智力发育缺陷。中国早产占分娩总数的5%~15%,约15%早产儿于新生儿期死亡。近年来,由于早产儿治疗学及监护

手段的进步,其生存率明显提高,伤残率下降。国外学者建议将早产定义事件上限提前到妊娠20周。因此,防止早产是降低围生儿死亡率和提高新生儿素质的主要措施之一。

《新英格兰医学杂志》(以下简称NEJM)对于预防早产分娩最新临床实践要点:

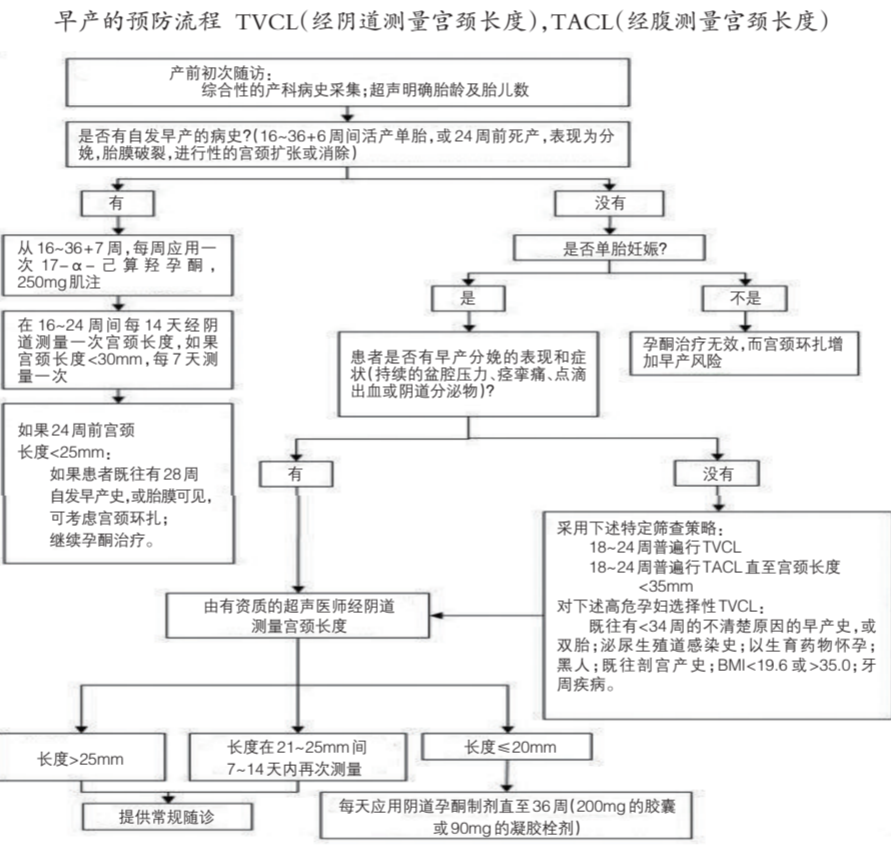
目前,生殖健康管理中的系统性变化(减少多胎妊娠,减少39周前缺乏医学指征的有计划性终止妊娠)和早产率降低有关;

孕早期诊断和治疗医学高危风险(如泌尿生殖道感染和营养不良)的策略对于降低早产率没有效果;

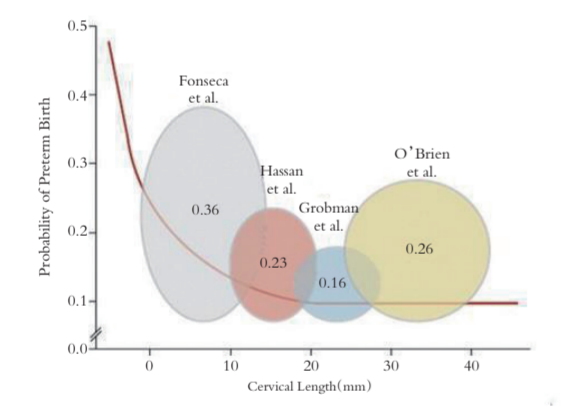
既往早产史和宫颈缩短(经阴道超声测量≤20 mm)是早产的主要高危因素;

随机研究已经证实,对于有早产史、短宫颈或二者兼有的病例,孕激素治疗可以显著降低早产发生率,推荐在这些高危因素的孕妇中应用;

宫颈环扎可以降低短宫颈女性早产复发的风险。(来源:中国妇产科网)



几项重要研究中宫颈长度和早产发生率的关系。图中红线是那些未治疗的人群中基于宫颈长度的早产发生率。图中椭圆形的高度及其内部的数字是研究中早产的发生率,这些椭圆形的大小并不代表研究的样本量。



循因施治复发性流产

□张蜀宁 张建平

复发性流产是指与同一性伴侣连续发生3次及以下的自然流产。多数专家认为,连续发生2次流产即应予以重视。复发性流产是导致育龄妇女生育失败的主要原因之一。不同地区、不同阶层及不同年龄的统计结果显示,发生2次及以上流产的患者约占育龄女性的5%,3次及以上者占1%~2%,且该病的复发风险随流产次数增加而上升。

复发性流产病因复杂多样,缺乏特异性临床表现,多数患者同时存在多种致病因素,若检查项目不全,未能及时给予相应治疗,可能导致再次妊娠失败。但全面筛查涉及的项目繁多,不仅耗费时间,且费用昂贵,因此,临床实践中可以根据流产发生妊娠时及胎儿状况作为判断依据,适当缩小筛查范围,选择适当、必要的检查项目。

一般而言,晚期流产且胚胎组织新鲜或胎儿有生机,主要考虑由解剖因素导致,需明确是否存在宫腔粘连、子宫纵膈等生殖道畸形及宫颈功能不全。对于晚期流产且胚胎已经停止发育,或胎死宫内者的筛查则侧重于血栓前状态、病原体感染及脐带羊水状况等。对于早期流产者则必须依照程序进行全面、规范性的检查。本文对五大流产因素进行重点分析。

胚胎染色体异常

胚胎染色体异常是自然流产的最常见原因,但随着流产次数增加,胚胎染色体异常的可能性逐渐降低。

对有复发性流产史夫妇,需进行外周血淋巴细胞染色体核型分析,观察有无染色体结构畸变及畸变类型,以推断复发概率,实施遗传学咨询。如条件允许,一般建

议甲状腺功能亢进史的复发性流产患者,应在病情控制后开始妊娠;轻度患者在妊娠早期应用抗甲状腺药物如丙基硫氧嘧啶,目前未发现与丙硫氧嘧啶相关的先天畸形。对已经确诊为甲状腺功能减退症者,建议甲状腺功能恢复正常3个月后考虑妊娠,且妊娠期须坚持服用甲状腺激素。

子宫结构异常

子宫结构异常导致的复发性流产占12%~15%,包括子宫先天畸形、宫腔粘连、子宫肌瘤、子宫肌瘤以及宫颈功能不全等疾病。解剖学因素所致的流产基本为晚期流产。

目前建议所有复发性流产女性行盆腔超声检查,明确子宫外部形态、子宫内腔厚度、有无子宫肌瘤等。怀疑存在子宫异常者需通过宫腔镜、腹腔镜等进一步明确诊断。

对于存在鞍状子宫的复发性流产患者,可行子宫矫形术。隔子宫、宫腔粘连多采用宫腔镜切除纵膈或松解粘连。对宫颈功能不全者,可酌情行预防性宫颈环扎术。

内分泌异常

内分泌异常亦是导致复发性流产的常见病因。除妇科内分泌异常外,甲状腺功能异常及糖尿病均可能引起流产。

通常检查女性激素,包括月经第3天检测催乳素、促卵泡生成素、促黄体生成素、雌激素、雄激素,排卵后第12天检测孕酮。此外还应检测甲状腺功能(三碘甲状腺原氨酸、甲状腺素、促甲状腺激素)及血糖,必要时行糖耐量试验。一般建

血栓前状态

血栓前状态包括先天性和获得性两种类型。前者是由于凝血和纤溶有关基因突变造成,后者则由抗磷脂抗体综合征、获得性高半胱氨酸血症以及其他各种引起血液血栓前状态的疾病所致。

目前常用用于血栓前状态可改变子宫、胎盘部位血流,易形成局部微血栓甚至胎盘梗死,使胎盘血供下降,胎儿缺血、缺氧,最终引起胎儿发育不良而流产。

目前常用于检测血栓前状态的项目:凝血常规四项,分别为凝血酶时间、活化部分凝血活酶时间、血浆凝血酶原时间及纤维蛋白;血栓前状态分子标志物,包括蛋白C、蛋白S、ⅩI因子、抗凝血酶Ⅲ及D-二聚体;相关自身抗体,如抗磷脂抗体、抗β2糖蛋白抗体及狼疮抗凝抗体;同型半胱氨酸。

血栓前状态者的主要治疗方式是给予低分子肝素单药或联合应用阿司匹林。用药可从妊娠早期开始,一般可于经血β-绒毛膜促性腺激素确定妊娠开始。治疗过程中如胎儿发育良好,妊娠女性凝血-纤溶指标检测项目恢复正常即可停药。停药后须定期复查凝血-纤溶指标,同时监测胎儿生长发育情况,如有异常需重新开始用药,必要时治疗需持续至整个

妊娠期直到终止妊娠前24小时。

除以上抗栓治疗之外,对于获得性高同型半胱氨酸血症女性,还可通过补充叶酸、维生素B6以及维生素B12取得一定疗效。

免疫紊乱

近年生殖免疫研究表明,复发性流产的病因半数以上与免疫紊乱有关,后者可分为自身免疫型和同种免疫型两大类。自身免疫型主要与抗磷脂综合征、系统性红斑狼疮、干燥综合征等自身免疫疾病和自身抗体有关。同种免疫型主要与妊娠免疫耐受失衡相关,包括保护性抗体缺陷和淋巴细胞紊乱两类。

所有复发性流产女性均应进行抗磷脂抗体的筛查,常用的检测指标为抗心磷脂抗体、抗β2糖蛋白抗体和狼疮抗凝因子。阳性诊断标准是指间隔≥12周出现2次及以上的血清抗磷脂抗体(包括狼疮抗凝因子及抗心磷脂抗体)阳性,或抗β2糖蛋白抗体>20 RU/ml。其它种类的自身抗体包括抗精子抗体、抗甲状腺抗体,与复发性流产的关系尚不明确,但提示可能存在免疫紊乱,对于分析复发性流产病因有一定辅助意义。抗核抗体阳性女性,需注意排除风湿免疫病。

对于免疫性流产女性,应通过细致而全面的检查了解免疫紊乱类型,针对性开展治疗。对于封闭抗体产生不足者,予以小剂量淋巴细胞主动免疫,具体疗程目前尚无统一标准。作者医院常用疗程为妊娠前进行4次主动免疫,每次间隔2~4周。主动免疫后复查封闭抗体,若转为阳性或呈弱阳性,可指导妊娠;若复查封闭抗体仍为阴性,暂不考虑妊娠,应追加4次主动免疫。

对于自然杀伤细胞数目的(或)活性升高的患者,建议予静脉注射丙种球蛋白治疗。对抗磷脂抗体阳性患者,可应用小剂量糖皮质激素抑制抗体产生。

(作者单位:中山大学孙逸仙纪念医院妇产科)

他山之石

美国: 配备心理医生解决医生的心理问题

□张东秀

“医生工作时间长、病人多、责任重大、压力大……”,医生的心理问题引起美国医院管理部门的重视。在美国,为了让医生以愉快、放松的心情面对工作,医院会专门为医生们配备心理医生。

有研究显示,美国约有12%的医生曾患抑郁症。但医生们似乎很难接受、抑郁症以及其它精神疾病应该被视为疾病的现实。当这些精神疾病发生在他们身上时,这种倾向尤为明显。与一般公众相比,医生自杀的危险性更大。一项以14个国家医生为对象的心理健康调查表明,男性医生的自杀率为普通人的3.4倍,女性医生则高达5.7倍。

为此,美国医院极其重视医生们的心理问题,为其配备了“专属心理医生”。这些心理医生的素质很高,首先,心理医生经过系统的培训和教育,必须具备心理学和医学背景外,还要有文学、社会学学位或培训记录等;其次,经过长达6~8年的心理学专业学习和培训;再次,通过能力评估考试,并获得学位和证书。从业前,心理医生还必须通过从业资格考核,获得相应的职业资格证明。另外,在上岗前,医院还会专门针对医生的心理问题和各种相关问题对心理医生进行培训。在美国,当医生感到困惑或压抑时,只需向本医院的心理部门

预约,在非工作时间内都可以去咨询。当然,心理医生绝对会为医生的心理咨询保密。咨询前,心理医生会签署保密文件,最大限度地保护医生的隐私。若医生不方便亲自去咨询,医院还配有专门的心理咨询热线,随时随地解决医生的心理问题。

美国的一项关于医生压力的调查表明,在参加调查的2069名医生中,87%的人每天都感到很有压力。当被问及工作环境中的压力时,39.8%的人认为压力来源于各种任务和行政命令,33.3%的人来源于超长的工作时间,26.9%的人则表示来自于各种随叫随到的行程和人们对他们的高度期望。

除了配心理医生,开心咨询热线外,美国医院还在通过其它举措来纾缓医生们的紧张情绪。医生们的假期比一般人的多,而且医院不鼓励医生经常加班,该休息的假期必须休息,否则出现医疗事故,医生必须承担相应的责任。不仅如此,医院还为医生们定期举行“吐槽大会”,让医生们将自己的想法说出来,医院还会不定期举行聚会、郊游、登山等活动,旨在让大夫们放松心情、舒缓压力。(来源:《生命时报》2014年06月10日 05版)