榜样，使其起到表率和激励作用。

有调查发现，血透患者积极应对方式较少，所以患者在医院内需得到医护有效的心理干预[6]。但是基层医院此项工作存在诸多问题，以我院为例，血透室的医生护士严重缺编，使得患者的心理干预工作显得尤为不足，而且医护人员学到的只是很肤浅的心理学知识，大多数人不具备心理保健技能，不但不能对患者实施有效的心理干预，甚至自身存在群体心理问题[7]。因此，加强医护人员的自身心理保健及心理干预技能的培训及迫在眉睫，还应强化社区健康管理，血透患者大多数是非住院患者，失去工作后家庭和社区成了他们久留的场所，因此社区医务人员入户随访、建立支持型家庭环境不但能及时了解他们的心理动态，还能这部分患者消除不良心理情绪，帮助患者增强自信、回归社会。

现阶段我县血透患者的心理调查症状自评量表中，焦虑因子均分与常模无显著差异（$P>0.05$），这与石兴元等[8]在2007年的研究不完全相同，可能我县医院就诊的农村患者较多，近年来农村合作医疗保险在各级政府的努力下，覆盖面已近100%，透析费用报销比例正在增加，过去较为突出的经济问题明显好转。当然，调查范围窄，样本量小，未采用随机抽样可能也是影响因素之一，有待进一步研究。

参考文献：

[1] 陈凤锟，李冀军，宋 岩. 2007年度北京地区血液透析患者透析龄调查分析[J]. 中国血液净化，2009，8(12)：680－683.

[2] 韦美丹，吕冬宁，凌彩业，等. 心理干预对维持性血液透析病人心理状况的影响[J]. 中国心理卫生杂志，2009，23(1)：33，59.

[3] 汪向东，王希林，马宏. 心理卫生评定量表手册[J]. 中国心理卫生杂志，1999，12(增刊)：31－35.

[4] 中国就业培训技术指导中心，中国心理卫生协会. 心理咨询师/三级[M]. 北京：民族出版社，2006：239－242.

[5] 田小莲，马行军，齐士君. 血液透析患者心理状况调查分析及护理[J]. 当代护士：学术版，2007，(4)：84－86.

[6] 石艳，廖元江，高小玲. 维持性血液透析患者心理健康状况与其应对方式、社会支持的调查研究[J]. 中国血液净化，2009，8(4)：215－218.

[7] 朱姝，王晓华，李英，等. 综合医院护士“心身耗竭综合征”的调查及相关因素分析[J]. 中国护理管理，2006，6(10)：20－22.

[8] 石兴元，阎云峰，陈宝平. 血液透析病人的心理状况分析[J]. 中国临 床康复，2007，6(13)：1955.

（收稿：2010-05-12 修回：2010-06-12）

（编辑 吴培红）

经验交流

文章编号：1000-5404(2010)17-1912-02

头位足月妊娠胎膜早破514例临床分析

李文霞[1]，颜 颖[1]，皮俏冰[1]，夏爱斌[2]（410007 长沙，湖南省长沙市妇幼保健院产科[1]；410013 长沙，湖南省中南大学湘雅三医院产科[2]）

【关键词】 胎膜早破；妊娠结局；母婴并发症

【中图法分类号】 R714.433 【文献标志码】 B

胎膜早破为产科常见并发症，对孕妇易导致宫内感染、产后出血、难产、剖宫产率增加等风险，对胎儿可导致胎儿窘迫、胎儿宫内感染、新生儿窒息等风险，严重影响新生儿预后，增加孕产妇病率及围产儿病率，适当正确处理胎膜早破（premature-rupture of membranes，PROM），是减少母儿病率的关键[1]。为探讨胎膜早破分娩方式、引产时机及母婴并发症的关系，现将我院收治的514例头位足月胎膜早破患者临床资料分析如下。

1 资料与方法

收集我院2008年10月1日至2009年9月30日住院无妊娠合并症及并发症的头位足月妊娠胎膜早破产妇514例，年龄20～40岁，孕37～42周。选择同期临产后破膜的1 000例产妇作为对照组。诊断标准：临产前破膜者为胎膜早破[2]。均给予外阴消毒，保持外阴清洁，给予抗生素预防感染，尽量减少阴查，以免感染发生。严密观察胎心率的变化、孕妇体温、脉搏、血象、C反应蛋白、羊水性状、子宫有无压痛等。

统计学处理：采用SPSS 13.0软件分析，所得数据计数资料采用卡方检验，计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 胎膜早破与分娩方式

胎膜早破组自然分娩率（338例，65.8%）及剖宫产率（176例，34.2%）与对照组[794例，79.4%；206例，20.6%]比较差异有统计学意义（$\chi^2=33.488$，$P<0.01$）。

2.2 引产时机与分娩方式

将514例确诊为胎膜早破产妇分为2组，破膜24 h内引产组和破膜24 h后引产组，比较分析引产率、阴道分娩率。破膜24 h内未引产组阴道分娩率高于引产组，差异有统计学意义（$P<0.01$）；破膜24 h后引产组阴道分娩率高于未引产组，差异有统计学意义（$P<0.01$）。破膜24 h后引产率（66例，55.0%）高于24 h内引产率（77例，18.3%），比较差异有统计学意义（$\chi^2=63.17$，$P<0.01$），破膜24 h后剖宫产率（64例，53.3%）高于24 h内剖宫产率（112例，28.4%），比较差异有统

【通信作者】 夏爱斌，电话：(0731)88618575，E-mail：mia_xia@hotmail.com

计学意义($\chi^2=25.34$,$P<0.01$)。见表 1。

表 1 不同引产时机的分娩方式比较[例数(%)]

组别	破膜 24 h 内分娩方式		破膜 24 h 后分娩方式	
	阴道分娩	剖宫产	阴道分娩	剖宫产
未引产组	240(74.5)[a]	82(25.5)	8(14.8)	46(85.2)
引产组	42(58.3)	30(41.7)	48(72.7)[b]	18(27.3)

a:$P<0.01$,与 24 h 内引产组比较($\chi^2=7.591$),b:$P<0.01$,与 24 h 后未引产组比较($\chi^2=40.022$)

2.3 胎膜早破与母婴并发症

胎膜早破组中产后出血、新生儿窒息、新生儿肺炎发生率显著高于对照组($P<0.05$),而两组均无产褥病发生(表 2)。但胎膜早破组 C 反应蛋白[(4.30±1.98)mg/L]及白细胞计数[(8.61±2.11)×10^9/L]与对照组[(1.72±1.12) mg/L,(8.01±1.91)×10^9/L]比较差异有统计学意义($t=15.89$,$P<0.01$;$t=4.52$,$P<0.01$)。

表 2 2 组胎膜早破与母婴并发症分析[例数(%)]

组别	n	产后出血(%)	新生儿窒息(%)	新生儿肺炎(%)
胎膜早破组	514	14(2.72)	8(1.56)	22(4.28)
对照组	1 000	11(1.10)	5(0.50)	10(1.00)
χ^2值		5.447	4.451	17.655
P 值		<0.05	<0.05	<0.01

2.4 破膜距分娩时间与母婴并发症的关系

破膜距妊娠结束的时间 <24 h 344 例,其产后出血率、新生儿窒息、新生儿肺炎的发生率分别为 1.74%、2.35%、2.33%;破膜距妊娠结束的时间 >24 h 170 例,其产后出血率、新生儿窒息、新生儿肺炎的发生率分别 4.71%、4.71%、8.24%,新生儿肺炎差异有统计学意义($\chi^2=11.193$,$P<0.01$)。

3 讨论

3.1 胎膜早破与分娩方式的关系

胎膜早破应注意有无骨盆狭窄、头盆不称及头位异常。难产发生,产程延长,阴道检查次数增加,加上破膜后易导致宫内感染,宫内感染又使子宫肌层对缩宫素的敏感性下降,宫颈扩张迟缓,产程停滞,手术产率增加[1]。本研究结果显示胎膜早破组剖宫产率高于对照组,且破膜 24 h 后剖宫产率高于破膜 24 h 内($P<0.01$)。随着破膜时间延长,产程迟迟不发动需引产者难产概率增大,对母儿危害也相应增大。

3.2 胎膜早破的处理

卧床休息,胎头未入盆时宜适当抬高臀部,避免不必要的阴道指检,密切观察产妇体温、心率、子宫压痛感、羊水性状、胎心等,通过实验室检测白细胞计数、中性粒细胞计数、C-反应蛋白等,排除感染征象,破膜 12 h 以上预防性应用抗生素,适时引产。CRP 是机体非特异性炎症反应的敏感标志物[3]。当机体发生创伤或感染时,肝脏大量合成并迅速释放 CRP 入血中,可使组织学改变先于临床改变,因而 CRP 能直接反映组织炎症坏死,本研究表明胎膜早破组血 CRP、白细胞计数均高于对照组,但 CRP 受到肝脏本身功能的影响,如肝病、风湿病等,因而在应用 CRP 指标诊断宫腔内感染时,首先需要排除上述疾病。而白细胞计数则更易受其他炎症的影响而升高。故母血 CRP 和白细胞计数虽可用于检测组织绒毛膜羊膜炎,但有一定的局限性,需进一步结合其他指标或体征。

胎膜早破是产科的一个常见并发症,大部分(65% ~70%)足月妊娠的产妇发生胎膜早破后在 24 h 内临产[4]。本研究发现,破膜 24 h 内未引产组阴道分娩率达 74.5%,高于引产组,故自然破膜 24 h 内可期待治疗。破膜 24 h 后引产组阴道分娩率高于未引产组,且破膜 24 h 后引产率高于 24 h 内引产率,说明破膜 24 h 后仍未临产者视宫颈条件给予相应的引产处理,可提高自然分娩率。

3.3 胎膜早破对母儿的影响

感染是胎膜早破最重要的原因,而胎膜破裂后,阴道及宫颈细菌进入宫腔,可引起绒毛膜羊膜炎,或使感染加重[5]。宫内感染严重者累及蜕膜、子宫肌层而致宫缩乏力,产后出血发生率增加,本研究显示胎膜早破组产后出血率高于对照组($P<0.05$),但产褥病率与对照组无显著差异,且 514 例胎膜早破者中时间最长者达 5 d,而无 1 例出现绒毛膜羊膜炎,说明随着围产医学的发展,对胎膜早破认识的提高以及抗生素研制的发展,正确及时处理胎膜早破可有效的预防绒毛膜羊膜炎,减少产褥病率的发生率。胎膜早破后,羊水大量流失,脐带受压,病原菌上行进入宫腔,污染羊水,宫内感染使胎儿耐受缺氧能力下降,引起胎儿宫内窘迫、新生儿窒息、新生儿肺炎等[6]。本研究新生儿窒息率及新生儿肺炎发生率均高于对照组,且破膜距妊娠结束的时间 >24 h 组中新生儿肺炎的发生率高于 24 h 内分娩组($P<0.01$)。

加强孕产期健康教育,普及孕早、中、晚期保健知识,重视孕期合理的营养摄入,保证母胎的营养需求,避免孕晚期重体力活动,减少性生活。定期产前检查,及早发现不良因素,重视和规范治疗生殖道感染,有助于减少胎膜早破的发生,降低围产儿死亡率和降低剖宫产率。如已发生胎膜早破,应加强产前产时监护,严密观察,发现异常,及时处理,以减少对母儿的危害。

参考文献:

[1] 梁碧秀, 李莉, 刘菊莲. 未足月胎膜早破 365 例临床分析[J]. 重庆医学, 2009, 38(24):3070 -3071.
[2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:377.
[3] 程军, 李金平, 田卓, 等. 肝 X 受体激动剂对 ApoE 基因敲除小鼠主动脉壁 C-反应蛋白和 CD40 配体表达及平滑肌细胞含量的影响[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(13):1281 -1283.
[4] 应豪, 王德芬. 足月妊娠胎膜早破的处理[J]. 实用妇产科杂志, 2001, 17(1):6 -7.
[5] 董宇明, 王志维, 张辉, 等. 胎膜早破 200 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(11):1593.
[6] 孙明霞. 头位胎膜早破母婴围生期结局临床分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2009, 30(18):2278 -2279.

(收稿:2010-02-05 修回:2010-02-23)
(编辑 龙 亮)