1.2 方法

采用上海新华医院应用的交叉型产程图，图中设宫口开大和胎头下降曲线及警戒区，称二线一区，当确认临产后在产程图上注明临产日期和时间，于宫口开大 3 cm 时或入院时宫口开大大于 6 cm 时绘制产程图并同时画出警戒线和处理线，然后根据产程图进展速度 1 ~ 2 h 检查一次，并绘画在产程图上。根据产程图上二线一区进行判断：①正常产程图是警戒线前结束分娩；②产程图进入警戒区视为异常产程图，自然分娩减少若处理及时恰当，有可能经阴道分娩；③产程超过处理线，难产明显存在，大多为手术结束分娩。

2 结果

312 例分娩结束时在产程图中所处位置，可见随着产程进入警戒线前，警戒区内和处理线后自然分娩在逐渐减少，见表 1。两组剖宫产的手术指征和剖宫产率监护组 8.83%，对照组 15.83%，两组相比有极显著的意义（$P<0.01$），见表 2（剖宫产率中不包括胎儿窘迫数）。

表 1 312 例在产程各区分娩方式比较（n）

分区	自然分娩	阴道分娩	剖宫产	合计(%)
警戒线前	229	6	7	242(77.56)
警戒线内	12	18	27	57(18.27)
处理线后	2	3	8	13(4.17)

表 2 两组剖宫产术第一指征比较（n）

组别	头盆不称	产力异常	骨盆狭窄	宫颈异常	头位异常	巨大胎儿	胎儿窘迫	高龄产妇	剖宫产率(%)
监护组	0	17	5	3	12	5	8	0	8.37*
对照组	31	20	9	5	24	14	26	8	15.83

*：与对照组比较，$P<0.01$

3 讨论

产程图表能将分娩 3 大因素（产道、胎儿、产力）对产程影响结果用一张图表清楚地显示出来，而头位分娩评分是在产程过程中对影响分娩的 3 大因素进行综合评分，评分的高低记录和评价异常产程图表出现的原因和程度，可提醒医务人员给予适当及时的处理，以便及早发现头位分娩中的顺产与难产的相互转化结果，为分娩方式的选择提供决策性的参考[1-2]。

产程图中宫颈扩张曲线和胎头下降曲线是产程进程的标志，加上二线一区，一目了然的反映出产程全过程。在警戒线前结束分娩的大多为自然分娩；产程进警戒区自然分娩率明显下降，但该区内有 4 h 可供医护人员处理和观察（基层医院有足够时间转院）；产程超过处理线后仅有 2 例自然分娩，占总数 0.42%，与文献报道 2.3% 有一定差距，分析可能与本组观察样本数少有关。通过产程监护后的剖宫产率较对照组明显下降，两组相比差异显著，本文认为以图形的方式来识别难产要比文字记录更方便、更明了，产程图中的数据还可作为诊断和处理难产的依据。

随着现代医学科学的发展，新的监测仪器、检测手段层出不穷。但自 20 世纪 50 年代发展起来的产程图在产程观察中仍有着不可替代的临床作用。妊娠危及产妇与胎儿的因素很多，在分娩过程中危及产妇及胎儿的因素更为复杂。在产前或分娩中，微小的异常可使分娩由正常逐渐变为异常。这些微小异常在产前难以估计。用产程图监护产程，可以使这些微小的变异反映在产程进展中，及时采取措施，减少母婴合并症的发生，确保母婴安全[3]。

[参考文献]

[1] 左 艳. 产程图结合头位分娩评分在头位分娩中的应用[J]. 家庭护士，2008，6(5)：1362 - 1363.

[2] 王 颖. 难产的临床观察与处置体会[J]. 局解手术学杂志，2008，17(4)：260.

[3] 张粉梅. 产程图在产科中的临床应用及体会[J]. 山西医药杂志，2008，37(3)：286.

（编辑：左艳芳）

《局解手术学杂志》被收录为“中国科技论文统计源期刊”

重庆市科学技术协会主管，重庆市解剖学会和第三军医大学主办，第三军医大学外科应用与解剖手术学教研室承办的《局解手术学杂志》由中国科学技术信息研究所经过多项学术指标综合评定及同行专家评议推荐，被收录为“中国科技论文统计源期刊”（中国科技核心期刊），标志着本杂志的办刊质量和水平迈上了新台阶。

（本刊编辑部）