

损盆底功能。本研究发现，通过盆底康复训练联合生物反馈疗法后，两组患者盆底肌力均提高且观察组较对照组更明显。究其原因可能是采用生物反馈疗法，在臀部与阴道内放入电极片，通过微弱电流刺激使盆底肌肉收缩，从而帮助患者掌握正确盆底肌肉收缩方法^[7]，快速改善症状，并且在脱离仪器刺激后，能够自行正确进行肌肉收缩训练。盆底康复训练通过选择适当的盆底肌肉康复器，锻炼阴道肌肉收缩能力，由开始下蹲、上下楼梯过渡到搬重物、咳嗽、跳动等，使患者阴道肌肉收缩能力逐步增强，过程中做到循序渐进，患者适应后逐步增加盆底肌肉康复器尺寸，因此观察组治疗效果明显优于对照组。

生活中难以避免咳嗽、搬重物等事情发生，SUI 患者在此过程中腹压增加导致尿液不自觉排出，不仅不利于生殖健康，还会对人际交往产生负面影响，从而导致患者生活质量下降，自卑、焦虑等负面情绪产生，造成恶性循环。通过盆底康复训练联合生物反馈疗法后，患者盆底肌力改善，能够自主控制尿道括约肌等肌群，杜绝 SUI 发生。同时在治疗过程中，避免体力劳动，保证良好心态，规律饮食，积极配合治疗，取得良好治疗效果，因此观察组患者生活质量较对照组明显提高，观察组患者负面情绪较对照组明显下降。

综上所述，SUI 患者采用盆底康复训练联合生物反馈疗

法效果较好，可以提高患者盆底肌力，从而改善生活质量，改善情绪。

〔参考文献〕

- (1) 李勤, 姜黎黎, 史惠云, 等. 云南省女性压力性尿失禁发生的产科相关危险因素 (J). 昆明医科大学学报, 2019, 40(6): 85-89.
- (2) 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组. 女性压力性尿失禁诊断和治疗指南 (2017) (J). 中华妇产科杂志, 2017, 52(5): 289-293.
- (3) 李洁盈, 孙文妹, 郑秋梅, 等. 盆底肌肉功能锻炼配合生物电刺激在产后盆底肌功能康复中的作用 (J). 中国妇幼保健, 2017, 32(19): 4695-4697.
- (4) 陈爱中. 90 例女性尿失禁患者的生活质量调查 (J). 中国妇幼保健, 2017, 32(13): 3019-3021.
- (5) 王建平, 林文娟, 陈仲庚, 等. 简明心境量表 (POMS) 在中国的试用报告 (J). 心理学报, 2000, 32(1): 110-114.
- (6) 肖静, 李唯薇, 唐占英, 等. 压力性尿失禁辨证论治思路探讨 (J). 中国中西医结合肾病杂志, 2019, 20(4): 355-356.
- (7) 文礼, 李海华, 吴万文, 等. 阴道哑铃联合生物反馈技术对女性压力性尿失禁的疗效观察与评价 (J). 安徽医药, 2018, 22(10): 1922-1925.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)05-0035-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.013

胎儿宫内窘迫相关因素对新生儿出生结局的影响

朱秀凤 邓宗凤

(佛山市顺德区新容奇医院, 广东 佛山 528300)

〔摘要〕 **目的:** 探讨胎儿宫内窘迫相关因素及与新生儿出生结局的临床关系。**方法:** 选取 2018 年 1 月至 2019 年 6 月佛山市顺德区新容奇医院收治的宫内窘迫胎儿 120 例, 设为观察组; 选取同期正常胎儿 120 例, 设为对照组。采用医院自拟问卷调查表对两组胎儿、母亲临床资料进行调查统计并进行单因素与多因素 logistic 分析, 分析胎儿宫内窘迫相关因素及两组胎儿出生结局。**结果:** 不协调宫缩过强、脐带因素、头位难产、妊娠高血压、羊水过少及剖宫产体位及麻醉是观察组胎儿发生宫内窘迫的危险因素; 两组新生儿的轻度窒息发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组胎儿无窒息发生率低于对照组, 中度窒息、重度窒息发生率高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 胎儿宫内窘迫发生率较高, 相关危险因素也相对较多, 影响新生儿出生结局, 临床上应该采取有效的措施进行干预处理, 改善妊娠结局。

〔关键词〕 胎儿宫内窘迫; 新生儿出生结局; 影响因素

〔中图分类号〕 R 714.5 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2020-10-16

〔作者简介〕 朱秀凤, 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床工作。

胎儿宫内窘迫是临床上常见的疾病，是指孕晚期或分娩期胎儿在子宫内由于缺氧、酸中毒等引起的一系列综合征^[1]。报道显示^[2]：胎儿宫内窘迫发生率为2.7%~38.5%，该病是引起胎儿死亡、新生儿窒息的重要原因。目前，临床上对于胎儿宫内窘迫发病机制尚不完全知晓，普遍认为疾病的发生、发展是一个多因素过程。因此，临床上加强胎儿宫内窘迫相关因素研究，根据相关因素制定有效的干预措施，对改善新生儿出生结局具有重要的意义^[3-4]。因此本研究旨在通过相关研究以探讨胎儿宫内窘迫相关因素及与新生儿出生结局的临床关系。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2018年1月至2019年6月本院收治的宫内窘迫胎儿120例，设为观察组；选取同期正常胎儿120例，设为对照组。观察组胎龄37~41周，平均(39.12±0.48)周，孕妇年龄26~38岁，平均(31.39±2.52)岁，胎儿1 min阿氏(Apgar)评分1~10分，平均(5.39±2.84)分。对照组胎龄37~41周，平均(38.84±0.35)周，孕妇年龄25~39岁，平均(30.27±3.35)岁，胎儿1 min Apgar评分1~9分，平均(4.82±1.57)分。两组孕妇及胎儿的一般资料比较，差异均无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。

观察组纳入标准：(1)符合《妇产科学》第7版^[5]中关于胎儿宫内窘迫临床诊断标准；(2)均经过胎动、胎心音、羊水形状及胎心监护等检查得到确诊；(3)产妇均知情同意本研究。排除标准：(1)不符合宫内窘迫临床诊断标准者；(2)合并严重妊娠高血压、妊娠糖尿病等妊娠疾病者；(3)合并严重心、肝、肾功能异常者。

1.2 方法

采用医院自拟问卷调查表对两组胎儿、产妇临床资料进行调查，包括：不协调宫缩过强、脐带因素、头位难产、妊娠高血压、羊水过少、早产儿、多胎妊娠、剖宫产体位及麻醉等进行单因素与多因素logistic分析。本研究共发放240份问卷调查，回收240份，回收率为100.0%。调查填写前对医院相关人员进行统一的培训，培训合格后开始进行调查，调查过程中对于年龄较大者可以由患者家属根据实际情况填写；对于文化水平较低者，可以由医院相关人员代为填写，比较两组新生儿出生结局情况^[4]。

1.3 统计学分析

采用SPSS 19.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，问卷调查结果采用单因素与多因素logistic分析处理，P<0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组胎儿宫内窘迫相关单因素分析

不协调宫缩过强、脐带因素、头位难产、妊娠高血压、羊水过少及剖宫产体位及麻醉是胎儿发生宫内窘迫的影响因素，见表1。

表1 观察组胎儿宫内窘迫的单因素分析(n=120, n(%))

因素	胎儿宫内窘迫	χ^2	P
不协调宫缩过强			
是	82(68.33)	4.245	0.025
否	38(31.67)		
脐带因素			
是	84(70.00)	4.682	0.030
否	36(30.00)		
头位难产			
是	94(78.33)	3.985	0.018
否	26(21.67)		
妊娠高血压			
是	91(75.83)	2.567	0.023
否	29(24.17)		
羊水过少			
是	96(80.00)	3.897	0.036
否	24(20.00)		
多胎妊娠			
是	62(51.67)	1.126	0.087
否	58(48.33)		
剖宫产体位及麻醉			
是	89(74.17)	3.685	0.021
否	31(25.83)		

2.2 观察组胎儿宫内窘迫的多因素logistic回归分析

不协调宫缩过强、脐带因素、头位难产、妊娠高血压、羊水过少及剖宫产体位及麻醉是胎儿发生宫内窘迫的危险因素，见表2。

表2 观察组胎儿宫内窘迫的多因素logistic回归分析

因素	B	S.E	Wald	P	OR	95% CI
不协调宫缩过强	0.182	0.324	3.295	0.031	2.085	(1.120, 3.881)
脐带因素	0.384	0.462	4.493	0.041	2.762	(1.594, 4.785)
头位难产	0.482	0.448	3.211	0.015	4.018	(2.061, 5.710)
妊娠高血压	0.891	0.518	3.850	0.011	3.395	(3.230, 6.772)
羊水过少	0.775	0.302	8.479	0.003	2.226	(1.210, 4.860)
剖宫产体位及麻醉	2.593	0.603	22.256	0.004	6.140	(3.771, 10.520)

2.3 两组新生儿出生结局比较

两组新生儿的轻度窒息发生率比较，差异无统计学意义(P>0.05)；观察组无窒息发生率低于对照组，中度窒息、重度窒息发生率高于对照组，差异均具有统计学意义(P<0.05)，见表3。

表 3 两组新生儿出生结局比较 (n = 120, n (%))

组别	无窒息	轻度窒息	中度窒息	重度窒息
对照组	108(90.00)	8(6.67)	4(3.33)	0(0.00)
观察组	78(65.00) ^a	7(5.83)	15(12.50) ^a	20(16.67) ^a

与对照组比较, ^aP < 0.05

3 讨论

胎儿宫内窘迫是临床上常见的疾病, 临床上表现为胎动异常、羊水污染、胎心音增快或减慢, 发病后如果得不到及时有效的干预治疗, 将会引起胎儿死亡、新生儿窒息及智力障碍等^[6]。本研究中, 不协调宫缩过强、脐带因素、头位难产、妊娠高血压、羊水过少及剖宫产体位及麻醉是观察组胎儿发生宫内窘迫的危险因素。由此看出: 胎儿宫内窘迫相关因素较多, 应该根据危险因素制定相应的处理措施。(1) 胎儿因素^[5]。胎儿因素是胎儿宫内窘迫的独立危险因素, 主要包括: 脐带因素、胎心律异常、过期儿、巨大儿及早产儿等, 并且脐带因素在上述因素中占据首位, 胎儿脐带缠绕、打结、扭转或过短, 将会引起脐带血流受阻, 对于羊水污染严重者, 将会引起胎儿宫内缺氧, 增加胎儿宫内窘迫发生率。

(2) 分娩时高危因素。产妇分娩时如果催产素使用不正确或者子宫过于敏感, 宫缩过于强烈, 将会引起胎儿宫内缺氧。同时, 产妇如果第二产程过长, 会导致胎儿难产, 加重胎儿缺氧, 增加胎儿窒息发生率, 严重者将会引起新生儿颅内出血, 引起缺氧缺血性脑病^[7]。(3) 母亲相关危险因素。母亲合并妊娠疾病, 包括: 胎膜早破、妊娠高血压、妊娠糖尿病及胎盘供血不足将会引起新生儿胎死宫内或死亡。此外, 胎膜早破、妊娠疾病等导致早产、宫内感染等, 容易增加新生儿临床死亡率。

本研究中, 两组新生儿的轻度窒息发生率比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 观察组无窒息发生率低于对照组, 中度窒息、重度窒息发生率高于对照组, 差异均具有统计学意义 (P < 0.05)。胎儿宫内窘迫容易引起新生儿发生不同程度的窒息, 不利于妊娠结局的改善。临床应该根据胎儿宫内窘迫的相关因素制定针对性的措施, 降低新生儿窒息发生率。(1) 清洗呼吸道。新生儿娩出后应该立即采用手挤压新生儿口鼻, 减少羊水吸入机会; 对于剖宫产产妇应该及时吸除新生儿口腔、咽部羊水, 新生儿行气管插管时应插入声

门下 1.5 cm, 将呼吸道内部的羊水及时清除, 给予新生儿压迫给氧^[8]。(2) 保暖。新生儿娩出后应该注意对其进行保温, 维持肛门温度在 36.5 ~ 37.0 °C, 及时清除体表的羊水、血污等。(3) 纠正酸中毒。对于新生儿窒息者, 应该立即采取有效的措施帮助新生儿纠正酸中毒, 根据新生儿情况选择浓度为 5% 碳酸氢钠静脉推注, 对于酸中毒严重者可重复用药。(4) 改善微循环。对于窒息新生儿常伴有不同程度的微循环障碍, 尤其是肺循环, 应该采取有效的措施帮助新生儿改善微循环。此外, 新生儿抢救时还应该防治脑部损伤, 及时给予新生儿注射纳洛酮减轻机体呼吸抑制和心血管交感神经的抑制, 促进神经细胞功能的进一步改善和恢复^[9]。

[参考文献]

- (1) 薛洁好, 刘群英, 姚小凤. 脐血流与胎心监护联合监测胎儿宫内窘迫的临床价值 (J). 临床医学工程, 2016, 23(10): 1290-1291.
- (2) 王睁, 李利, 雷雪丫, 等. 产妇高龄对新生儿出生缺陷及生后并发症的影响 (J). 中国当代儿科杂志, 2016, 18(11): 1084-1089.
- (3) 邢子君, 周宁, 梁燕清. 脐血气分析和乳酸测定对早产儿窒息的诊断意义 (J). 中国民族民间医药杂志, 2015, 24(4): 101.
- (4) 姜凯, 谢琼, 于凤琴. 围产期缺氧早产儿心功能变化与血清心肌钙蛋白的关系 (J). 贵州医药, 2015, 39(4): 304-305.
- (5) 乐杰. 妇产科学 (M). 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- (6) 吴云霞. 早产儿肌酸激酶同工酶影响因素及果糖干预效果临床分析 (J). 山西医药杂志, 2014, 43(23): 2800-2801.
- (7) 于雁玲, 盖建芳, 冀湧. 早期应用小儿氨基酸对窒息早产儿宫外生长的影响 (J). 中国药物与临床, 2014, 14(11): 1580-1582.
- (8) 杜薇, 徐斌, 王海丽, 等. 窒息儿早产儿血浆脑钠肽右室 Tei 指数与缺氧性肺动脉高压的相关性研究 (J). 河北医学, 2014, 20(12): 2004-2006.
- (9) 胡媛, 杜薇, 白显树, 等. 早产儿和窒息儿肺动脉高压时肺静脉血流频谱的分析 (J). 临床和实验医学杂志, 2014, 13(23): 1952-1954.