

疏松症的治疗。

7 其他药物

阿法骨化醇和骨化三醇是维生素 D 衍生物,研究证明骨质疏松患者使用骨化三醇与使用钙制剂相比,脊柱骨折发生率明显降低。但维生素 D 衍生物能够诱导高钙血症和高钙尿症,导致肾损害或肾结石,应监测血和尿钙浓度,必要时调整剂量。

根据目前的研究结果,阿仑膦酸盐、雷洛昔芬、利塞膦酸盐能够明显减少脊柱骨折的发生,而钙和维生素 D 则是减少老年人非脊柱骨折最安全和有效的选择。PTH 能够降低脊柱骨折和非脊柱骨折风险,对严重骨质疏松患者是极好的选择。预防骨质疏松症的药物选择需要根据患者的个体情况,考虑患者年龄、骨密度和存在的其他危险因素,雌激素可以作为出现绝经综合症的妇女早期预防骨质疏松的首选药物,而对远离绝经期的妇女非脊柱骨折的高危人群,可以选用雷洛昔芬或双膦酸盐。此外,由

骨质疏松导致骨折后治疗和护理近年来也有了较多的研究。总之,骨质疏松应该引起社会的足够重视^[5]。

【参考文献】

[1] 罗助荣. 骨保守治疗桡骨远端骨折的愈后分析[J]. 东南国防医药, 2010, 6(11): 523-525.
[2] Bowring CE, Francis RM. National Osteoporosis Society's Position statement on hormone replacement therapy in the prevention and treatment of osteoporosis[J]. Menopause Int, 2011, 17(2): 63-65.
[3] Narod SA. Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer[J]. Nat Rev Clin Oncol, 2011, 8(11): 669-676.
[4] Goldstein SR, Duvernoy CS, Calaf J, et al. Raloxifene use in clinical practice: efficacy and safety[J]. Menopause, 2009, 16(2): 413-421.
[5] 王美霞, 袁 鹰, 于沛林. 骨质疏松症药物治疗进展[J]. 青岛医药卫生, 2010, 42(5): 372-373.

(收稿日期: 2011-08-05)

(本文编辑: 潘雪飞)



• 短 篇 •

手转胎头术配合体位改变纠正持续性枕横位的临床效果观察

孔凤琳, 胡美霞, 周丽英, 李兰妹

【关键词】 持续性枕横位; 手转胎头术; 体位改变; 剖宫产率

【中图分类号】 R714.44 【文献标志码】 B 【文章编号】 1672-271X(2011)06-0541-02

胎头位置异常在头位难产中占的比例很高, 持续性枕横位占胎头位置异常的 24.95%^[1]。为了解手转胎头术配合体位改变纠正持续性枕横位的效果。本文对 100 例持续性枕横位的孕妇进行比较, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 对象 2008 年 1 月至 2009 年 12 月在我院住院、宫口扩张 6 cm 以上出现延缓或停止超过 2 h, 经阴道检查证实为枕横位的初产妇, 均为单胎, 骨盆内诊无明显头盆不称, 无严重合并症, 胎膜已破, 羊水正常。100 例随机分两组, 观察组 50 例, 年龄 (26.32 ± 3.12) 岁, 孕周 (39.2 ± 1.6) 周, B 超预测胎儿体重 (3000 ± 332) g, 胎儿双顶径 (9.2 ± 1.3) cm; 对照组 50 例, 年龄 (26.22 ± 2.51) 岁, 孕周 (39.2 ± 1.3) 周, B 超预测胎儿体重 (3000 ± 349) g, 胎儿又顶径 (9.2 ± 1.6) cm。两组产妇年龄、孕周、胎儿体重及双顶径无显著差异, 具有可比性。

1.2 手转胎头术指征 ①无骨盆狭窄, 无明显头盆不称; ②宫颈扩张 6 cm 后出现延续或停滞; ③胎头骨质部分坐骨棘水平或以下; ④静脉点滴缩宫素加强产力已无自然转位; ⑤胎膜已破; ⑥无前置胎盘, 胎盘早剥; ⑦胎儿情况良好, 无胎儿窘迫, 胎儿体重估计在 4000 g 以下。

1.3 方法 两组均行缩宫素处理, 观察组加用手转胎头术配合体位改变方法, 孕妇排空膀胱, 取膀胱截石位, 常规消毒外阴、阴道, 术者右手戴无菌手套, 根据大小囟门及矢状缝位置确定胎方位, 矢状缝位于骨盆横位上, 小囟门位于骨盆右侧为右枕横, 位于骨盆左侧为左枕横, 并了解骨盆、胎方位、宫口扩张情况, 充分评估胎头转位成功后经阴道分娩的可能性, 在宫缩间歇期时, 将右手食指与中指伸入阴道内, 与矢状缝平行, 食指与中指成 30°, 指端位于小囟门处, 在宫缩间歇期缓慢旋转胎头, 右枕横位顺时针方向转 45° ~ 90°, 左枕横位作逆时针旋转 45° ~ 90°, 并待宫缩 2 ~ 3 次, 感胎头下降并不再回转, 胎头固定于枕前位时将手抽出。施术后孕妇向胎儿肢体方向侧卧位, 即左枕横位时向右侧卧位, 右枕横位

(下转第 566 页)

健全各类危机应对预案。凡事“预则立,不预则废”,必须根据给类危机发生的可能性,结合医院实际情况,制定各类防范预案,如应对各类自然灾害、重大交通事故、群体性事件、医疗纠纷、医院安全事件等预案,并定期组织相关演练、修订预案,做到常备不懈,闻令而动。二是高效严谨的管理机构。危机的处理,必须把握“快、准、稳”,医院必须设置一个专门的管理机构,减少管理的层级,实现扁平化管理,突破惯性思维,以变制变;制定严格的危机管理制度,如医疗不良事件的非惩罚性报告制度、医疗纠纷管理规定、医院安全管理制度等,对危机处理实施严格的奖惩。三是具备有效的公关能力。危机管理的主体是医院,但也可能涉及地方公安、交通、新闻、各级卫生行政部门等方方面面的协助,因此必须有较强的公关能力,进行有效的协调,同时,必须合理运用媒体,争取新闻舆论的主动权,通过公开、透明的信息沟通,消除医务人员、患者和社会公众由于不了解实情而引起的过度恐慌,有力地回击以讹传讹的小道消息,为医院处理危机创造一个良好的舆论环境^[6]。

医院危机管理是一个复杂动态的过程,并不是危机发生和危机后的管理,而是一种长期的、系统化的管理,是一种长期的和系统化的反危机战略。危

机发生原因的多样化和不可预知、危机表现形式的多样化、危机造成影响的多样化等决定了没有普遍适用的危机处理方式和方法,而是要针对危机发生的不同原因并根据具体形势而决定。医院必须加强危机管理的职能,提升把危机转化为机遇的能力,将危机看成一种特殊的财富,一种凝聚医院力量的手段,从而推动医院在危机和竞争中向更高层次和水平发展。

【参考文献】

- [1] 任彩娟,戴 星.危机管理在现代医院管理中的应用[J].中国卫生质量管理,2008,15(6):88-89.
- [2] 闻德亮.现代医院的危机管理策略[J].现代医院管理,2005(3):16-18.
- [3] 劳伦斯·巴顿.组织危机管理[M].2版.北京:清华大学出版社,2002:25.
- [4] 诺曼·奥古斯丁.危机管理[M].北京:中国人民大学出版社,2001:4.
- [5] 王 倩,刘玉秀,袁 波,等.完善“三基”训练考核模式 提高临床医师综合素质[J].东南国防医药,2009,11(5):470-471.
- [6] 沈 烈,裴 波,李瑞斌,等.危机医疗救援组织的特征与管理研究[J].东南国防医药,2010,12(6):560-562.

(收稿日期:2011-07-29)

(本文编辑:孙军红)

(上接第 541 页)

时向左侧卧位,并使腹部尽量贴近床面,下方腿伸直上方腿曲髋曲膝。

1.4 转位成功的标志 胎儿以枕前位自阴道分娩,并根据胎头娩出后的位置加以证实为转位成功标志,而转位失败为剖宫产结束妊娠,并根据术中取出胎头位置加以证明。

1.5 结果

1.5.1 分娩方式 观察组经阴道分娩 43 例,占 86.0%,7 例行剖宫术,对照组经阴道分娩 12 例,占 24.0%,38 例行剖宫术。

1.5.2 新生儿情况 新生儿出生时评分,观察组轻度窒息(新生儿 1 min Apgar 评 4~7 分)4 例,对照组 3 例,窒息发生率差异无显著性,提示手转胎头术并不增加新生儿窒息危险,剖宫产并不能显著降低新生儿窒息的发生率。

2 讨 论

手转胎头的时机选择非常重要,我们认为宫口扩张 6~8 cm,先露在坐骨棘平至棘下 1.5 cm,此时手转胎头最为适宜,当宫口扩张 ≤ 4 cm 时,胎头处于下降潜伏期,还不是内旋转时机,当宫口开大 4~5 cm,胎头偏高,旋转中胎头上升,羊水大量流出,同时易伴随脐带脱垂,而当宫口扩张 9~10 cm 时,胎头过低,此时产瘤形成,骨缝难以查清,胎头紧

嵌于阴道内,给手转胎头带来一定困难^[2]。在操作手转胎头时的注意事项:①严格掌握手术指征,准确判断头位异常的具体情况;②在宫缩间歇期进行;③胎头紧贴骨盆不易转动时,可将胎头轻轻上推,感觉胎头松动后再旋转,但不能上推过高,避免脐带脱垂;④一次旋转不成功可再次旋转,但失败 2 次以上则停止操作,改行剖宫产;⑤操作期间连续行胎儿监护,观察胎心变化,若出现胎心异常,立即停止操作,给产妇吸氧,根据胎心是否恢复,胎头位置高低,宫口开大情况选择分娩方式结束分娩;⑥宫颈水肿时可用 2% 盐酸利多卡因或阿托品行宫颈封闭治疗;⑦宫口近开全又难以开全影响胎头下降,可上托宫颈,使胎头大径线越过后再取出手,有利于产程进展;⑧对巨大儿应持谨慎态度,不可强求,可适当放宽剖宫产指征;⑨脐带绕颈 2 周以上不宜手转胎头,以防缠绕过紧发生胎儿窘迫。

【参考文献】

- [1] 乐 杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2009:192.
- [2] 黄醒华.提高阴道分娩质量降低难产发生率[J].中国实用妇科与产科杂志,2006,22(2):83.

(收稿日期:2011-05-05;修回日期:2011-06-23)

(本文编辑:黄攸生)