

产妇侧卧位分娩结合无保护会阴接生的临床护理研究

江为,孙金燕(通讯作者)

[南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)产房,江苏 南京 210006]

【摘要】目的:研究产妇侧卧位分娩结合无保护会阴接生的临床护理措施。**方法:**选取2020年11月~2021年4月于医院采取经阴道分娩的87例产妇作为研究对象,采取随机数表法将其分为对照组(43例)和观察组(44例)。对照组接受常规经阴道分娩接生护理,观察组应用侧卧位分娩联合无保护会阴接生护理干预,比较两组产妇干预后不良事件[会阴撕裂伤、会阴侧切、压力性尿失禁(SUI)]总发生率,同时评估两组产后2h出血量、干预后各时间点的Oxford骨盆底肌力评分,参考阿氏评分(Apgar)标准评估两组新生儿健康状况。**结果:**观察组产后不良事件总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组产后2h出血量低于对照组,干预后42d、3个月的Oxford骨盆底肌力评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组新生儿娩出后1min、5min的Apgar评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**对产妇应用侧卧位分娩结合无保护会阴接生临床护理,可显著提升分娩安全性,有效降低产妇产后出血风险、强化其骨盆底肌力,同时改善新生儿健康状况。

【关键词】侧卧位分娩;无保护会阴接生;临床护理;Oxford骨盆底肌力评分

中图分类号:R473.71

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2022)18-0105-03

合理选择分娩方式,是促进胎儿顺利娩出、改善产妇预后质量的关键;既往临床常采取的仰卧位分娩可能会影响产妇骨盆的可动性,且全程保持仰卧位可能会导致其腹部大血管持续受压,进而影响胎盘血供及母婴物质交换活动^[1]。侧卧位分娩联合无保护会阴接生充分顺应了产科服务要求,通过减少分娩协助来避免手部操作对胎头、产妇会阴部施加过多压力,阻止人为因素所致骨盆底肌或周围软组织损伤的发生^[2]。考虑到这一模式与传统分娩方式有所不同,加上精神因素同样会对分娩质量产生影响,应在此阶段强化护理干预以控制以上因素对分娩的影响。现就产妇侧卧位分娩联合无保护会阴接生的临床护理措施进行研究,旨在为临床分娩护理水平的提升提供建议,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2020年11月~2021年4月于我院采取经阴道分娩的87例产妇作为研究对象,采取随机数表法将其分为对照组(43例)和观察组(44例)。对照组年龄24~33岁,平均(27.89±2.88)岁;孕周37~41周,平均(39.52±0.72)周;初产妇29例,经产妇13例。观察组年龄23~33岁,平均(27.87±2.83)岁;孕周37~41周,平均(39.51±

0.69)周;初产妇29例,经产妇15例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。产妇及其家属已知晓研究意义、流程并签署知情同意书,本院医学伦理委员会批准此次前瞻性研究开展。(1)纳入标准:头位单胎妊娠,骨盆位置正常。(2)排除标准:合并重度子痫前期、妊娠期急性脂肪肝、胎盘前置等顺产禁忌症者;存在产前会阴严重水肿、炎症及盆底肌损伤史者。

1.2 方法:对照组接受常规经阴道分娩接生护理,产前根据产妇会阴发育、耻骨弓状况,有预见性地准备对应用量的急救处理药品,与产妇讲解仰卧位分娩的流程及过程中可能用到的药物、可能出现的不良反应。分娩时,首先采用温和的语言安抚产妇情绪,后协助产妇取仰卧位分娩,分娩期间密切监测胎心、血压等体征,待胎头拔露阴唇使会阴联合紧张后,用右手托住会阴并对产妇会阴进行保护,同时左手协助胎头俯屈向胎头枕部下压,全程引导产妇调整呼吸以促进胎儿娩出,待新生儿完全娩出后,取前屈侧屈位给予会阴缝合。观察组应用侧卧位分娩联合无保护会阴接生护理干预,(1)产前准备:首先仔细清洁产妇外阴以免感染,后在助产士协助下取侧卧位进行分娩,上侧肢体置于腿架上。同时再次与

产妇讲解分娩时调整呼吸的重要性,使产妇认识到侧卧位分娩有助于提高分娩时的舒适度,从而提高其配合度。根据产前会阴发育状况、胎儿大小、有无会阴侧切指征等评估产程内发生不良事件的可能性,备齐药物和急救用品。(2)分娩协助:分娩全程注意关注产妇分娩速度,避免下行力过强导致胎头娩出过快。宫缩时,指导产妇大口哈气;宫缩间隙时,首先对产妇予以鼓励,发现产妇体力下降时给予适量食物以补充体力,同时告知产妇无需过早用力以免软产道水肿致胎头下降。宫缩间隙产妇屏气向下用力时,助产士右手放于胎头上方,不对胎头娩出方向和角度进行干预。待产妇会阴高度膨隆、胎头大径线娩出时,指导产妇大口哈气;宫缩间隙时双手托住胎头,配合产妇的呼吸使胎头自行完成复原外旋动作,进而缓慢娩出,此过程无需对会阴进行保护。至脐动脉搏动消失时剪断脐带,同时告知产妇胎儿以顺利娩出,指导其慢慢调整呼吸,放松心态。(3)产后护理:产后2 h为产妇出血高危时间段,此时密切监测产妇阴道出血、宫缩情况及血压变化,尽快将新生儿的具体情况告知产妇以稳定其心态,嘱咐家属此时勿询问过多信息,为产妇提供安静的休息空间。待产妇精神状态恢复后,与产妇讲解产后可能出现的并发症,并说明相关的处理措施以降低其不安感。可与亲属交流,引导亲属产后常与产妇交流近期想吃的食物、腹部或胸部有无不适感,加强社会支持。

1.3 观察指标:比较两组产后3个月内不良事件[会阴撕裂伤、会阴侧切、压力性尿失禁(SUI)]总发生率,同时评估两组产后2 h出血量、干预后各时间点的Oxford骨盆底肌力评分,参考阿氏评分(Apgar)标准评估两组新生儿健康状况。(1)Oxford骨盆底肌力评分依据产妇产后盆底肌收缩强度依次分为0级(感觉不到盆底肌收缩)、1级(收缩力较弱)、2级(收缩力较弱,肌肉张力增加但无挤压感)、3级(收缩力中等,阴道检查手指可感受到挤压感)、4级(收缩良好,骨盆底肌可对抗阻力使阴道后壁抬高)、5级(收缩力强),0~5级分别对应0~5分^[3]。(2)Apgar评估内容包括新生儿肌张力、脉搏、刺激反应、肤色及呼吸,各项内容由差至优依次计0~2分,各项内容得分之和为Apgar总分,分值越高表示新生儿越健康^[4]。

1.4 统计学方法:采用SPSS22.0统计软件进行数

据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不良事件总发生率比较:观察组产后不良事件总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组不良事件总发生率比较[例(%)]

组别	例数	会阴撕裂伤	会阴侧切	SUI	总发生率
观察组	44	0(0.00)	0(0.00)	1(2.27)	1(2.27)
对照组	43	2(4.65)	3(6.98)	2(4.65)	7(16.28)
χ^2					5.109
P					0.024

2.2 两组产后2 h出血量、干预后各时间点Oxford骨盆底肌力评分比较:观察组产后2 h出血量低于对照组,干预后42 d、3个月的Oxford骨盆底肌力评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组产后2 h出血量、干预后各时间点Oxford骨盆底肌力评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产后2 h出血量 (ml)	Oxford骨盆底肌力评分(分)	
			干预后42 d	干预后3个月
观察组	44	180.42 ± 25.26	4.27 ± 0.38	4.45 ± 0.31
对照组	43	253.16 ± 25.27	3.73 ± 0.49	3.91 ± 0.37
t		5.514	2.664	3.290
P		0.017	0.040	0.036

2.3 两组新生儿Apgar评分比较:观察组新生儿娩出后1 min、5 min的Apgar评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组新生儿Apgar评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	娩出后1 min	娩出后5 min
观察组	44	9.42 ± 0.20	9.44 ± 0.18
对照组	43	9.01 ± 0.14	9.05 ± 0.13
t		3.992	4.215
P		0.030	0.028

3 讨论

既往仰卧位分娩过程中,助产士需要对会阴进行保护以避免产妇因用力而致会阴撕裂伤,这一措施虽可降低会阴损伤几率,但同时也对正常的分娩过程形成了干扰,助产士手部操作或影响会阴部肌肉收缩、血液循环,同时弱化会阴组织分娩期间的弹性,加上仰卧位分娩对血管的压迫,最终影响产妇产后恢复,诱发会阴侧切^[5]。侧卧位分娩结合无保护会阴接生模式的出现弱化了传统仰卧位分娩对产妇

会阴盆底肌群、骨骼可动性的影响,这也决定了产妇在此分娩模式引导的过程中需要严格控制自身产力对分娩效果的影响,而合理选择护理措施有助于及时发现分娩过程中的不利因素。

3.1 对分娩安全性、产后出血量的影响:本研究结果显示,观察组产后不良事件总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组产后2 h出血量低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示应用这一接生方式配合护理干预可保证产妇分娩安全性。传统的保护式接生主要利用向上、向内的力保护会阴,而这一用力方向会影响会阴扩张。无保护会阴接生利用了产妇孕末期盆底肌充足的延展性,为胎头提供了充分的活动空间,同时避免了会阴保护措施阻碍会阴扩张^[6]。此外,产前直至分娩结束全程利用言语安抚产妇情绪,同时告知其合理控制呼吸、避免过早用力的重要性,有助于弱化产妇的不安全感,促使其在客观理论指导下顺利完成分娩活动。产妇在情绪稳定的状态下,配合助产士的建议,灵活调整呼吸频率,可合理控制胎头娩出速度,同时加上侧卧位分娩提高产妇分娩舒适度,弱化分娩痛感对宫缩频率、产力的影响,促使分娩期间产妇会阴组织均得到充分扩张,同时去除了人为因素对会阴组织用力方向的干扰,使得会阴组织肌肉、血液循环不易受到压迫和损伤。产后与亲属一同为产妇提供社会支持,同时密切检测血压值,将新生儿的身体状况及时告知产妇,可稳定产妇情绪,避免其因情绪波动而做出大幅度肢体动作、干扰会阴组织恢复,及时发现其出血征兆而做好产后出血预防工作。

3.2 对盆底肌的影响:盆底肌力会受到会阴弹性、产力、胎头娩出速度等因素影响,若产程中胎头娩出速度合适则能够均衡阴道内部受力,进而减少会阴撕裂伤,促进盆底肌功能恢复;阴道分娩本身已对盆底肌功能造成巨大影响,再加上会阴保护措施对尿道周围组织施加压力,可能会破坏盆底肌纤维及会阴血液循环^[7]。侧卧位分娩过程较舒适,可有效减少产妇体力消耗,加上无保护会阴接生为产妇提供充分的会阴肌群活动空间,以上因素降低了会阴不正常受力的可能性,避免人为操作破坏尿道周围组织支撑力,在保证阴道受力均匀的基础上维持会阴肌纤维功能正常运转,避免会阴血液循环受损,从而将分娩方式对产妇盆底肌功能的影响降至最低。本

研究中,观察组干预后42 d、3个月的Oxford骨盆底肌力评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),提示这一接生模式配合护理干预可促进产后盆底肌功能恢复。

3.3 对新生儿的影响:传统的仰卧位分娩会对产妇腹主动脉及下腔静脉产生压迫,进而影响会阴血液循环及母体与胎儿的物质交换活动,增加胎儿发生宫内窘迫的可能性;侧卧位分娩能够使胎儿重力中心稳定于母体中央,加上无保护会阴接生不会对会阴组织施加额外的压力,胎头不易下降过猛或难以露出^[8]。在此基础上配合助产士的呼吸指导,可维持正常的血氧循环,同时减轻仰卧位对腹主动脉、子宫下腔静脉的压迫,促使母婴完成正常的物质交换活动,使得胎头在无干预的状态下充分拨露,得以顺利娩出。本研究中,观察组新生儿娩出后1 min、5 min的Apgar评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),提示产妇采取侧卧位分娩结合无保护会阴接生护理有助于改善新生儿健康状况。

综上所述,对产妇应用侧卧位分娩结合无保护会阴接生护理干预可保证其分娩安全性,降低其产后出血风险,同时促进其产后盆底肌功能恢复,改善新生儿健康状况。

【参考文献】

- [1] 夏春娟. 基于人性化护理的侧卧位分娩对分娩结局的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(5): 821-823.
- [2] 胡晶. 侧卧位分娩配合无保护会阴接生的护理效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18(28): 187-188.
- [3] 蔡燕琴, 肖冬玲. 盆底神经肌肉刺激治疗仪用于产后盆底功能恢复作用的分析[J]. 中国实用医药, 2019, 14(18): 185-187.
- [4] 王丹华. 对Apgar评分的再认识[J]. 中华围产医学杂志, 2021, 24(3): 165-168.
- [5] 叶丽君. 产妇侧卧位分娩配合无保护会阴接生的临床护理分析[J]. 中外医疗, 2019, 38(35): 123-125.
- [6] 孙雪梅, 沈艳萍. 第二产程转侧卧位对母婴结局的影响[J]. 中国妇幼保健研究, 2020, 31(7): 957-960.
- [7] 宋亚珍. 会阴无保护联合无痛分娩对初产妇分娩结局及产后盆底功能的影响[J]. 吉林医学, 2020, 41(8): 1948-1949.
- [8] 臧艳. 产妇侧卧位分娩配合无保护会阴接生的临床护理[J]. 中国医药指南, 2020, 18(26): 142-143.