

针对性自由体位分娩对疤痕子宫阴道分娩患者阴道试产成功率及安全性的影响

张云燕 朱茂灵 韦小容 卢冠名 郑海兰

(广西壮族自治区南宁市妇幼保健院妇科, 广西 南宁 530015)

【摘要】目的: 分析研究疤痕子宫阴道分娩患者应用针对性自由体位分娩对阴道试产成功率及安全性的影响。**方法:** 把2020年1月~2022年1月于我院分娩的疤痕子宫阴道分娩患者98例, 随机分为研究组与参照组, 传统仰卧位阴道分娩应用于参照组, 针对性自由体位应用于研究组, 比较两组产程时间、出血量、阴道试产成功率及安全性。**结果:** 研究组产妇第一产程为(650.67±54.49) min, 第二程为(98.34±7.36) min, 第三程为(8.02±1.09) min, 产中出血量为(100.71±44.18) ml, 产后出血量为(203.42±28.44) ml, 均低于参照组($t=30.593, P < 0.001; t=19.650, P < 0.001; t=5.943, P < 0.001; t=4.451, P < 0.001; t=11.077, P < 0.001$); 研究组产妇阴道试产成功率为79.59%, 明显高于参照组($X^2=5.409, P=0.017$), 而剖宫产率为20.41%, 低于参照组($X^2=5.709, P=0.017$); 研究组产妇阴道助产率为10.26%, 与参照组无显著差异($X^2=0.122, P=0.727$); 研究组新生儿Apgar评分为(9.39±0.61)分, 显著高于参照组($t=8.387, P < 0.001$)。**结论:** 在疤痕子宫阴道分娩产妇中应用针对性自由体位分娩能够获得良好的临床效果, 可显著缩短产程, 减少出血量, 有利于降低会阴侧切率、会阴裂伤率及宫颈裂伤率, 不仅能够提高阴道试产成功率, 还能够更大程度上保证产妇与新生儿安全, 具有较高临床应用推广价值。

【关键词】 自由体位分娩; 疤痕子宫; 阴道分娩; 试产成功率; 安全性

【中图分类号】 R473.71

【文献标识码】 B

【文章编号】 1672-3783 (2022) 03-07-263-03

随着二胎率上升, 疤痕子宫阴道分娩患者在产科临床工作中逐渐增多, 而剖宫产技术的不断提升有效保护了母婴安全。但剖宫产也存在提高新生儿呼吸系统并发症发生率的弊端^[1-2]。现今, 根据世界卫生组织指导原则, 为缓解产妇分娩痛苦、降低剖宫产率、缩短产程, 提倡针对性自由体位分娩^[3-4]。本研究对针对性自由体位分娩对疤痕子宫阴道分娩患者阴道试产成功率及安全性的影响进行分析研究, 现对具体研究情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

把2020年1月~2022年1月于我院分娩的疤痕子宫阴道分娩患者98例随机分为研究组与参照组, 传统仰卧位阴道分娩应用于参照组, 针对性自由体位应用于研究组各49例。研究组产妇年龄为21~40岁, 平均年龄(30.14±5.36岁), 孕周为36~41周, 平均孕周为(38.18±1.32)周; 参照组产妇年龄为20~39岁, 平均年龄(29.04±5.86岁), 孕周为36~40周+5, 平均孕周为(37.84±1.78)周。比较两组产妇年龄、孕周等基础资料无显著组间差异($P > 0.05$), 不存在统计学意义, 能够进行比较研究。

基金项目: 广西壮族自治区卫生健康委员会科研基金项目(Z20201004)

1.2 纳入标准和排除标准

纳入标准: 本次妊娠于前次间隔时间超过18个月; 产妇产无内外科合并症、严重妊娠并发症; 产妇及其家属对自由体位分娩充分了解并完全知悉为自愿参与并签署同意书; 本研究通过医院伦理委员会审核确认。

排除标准: 恶性肿瘤、严重脏器功能障碍、传染性疾病者需排除; 内分泌疾病、神经功能异常者需排除; 病例资料不全者需排除。

1.3 方法

以常规的仰卧位阴道分娩应用于参照组。采取传统平卧位或侧卧位的方法待, 宫口开全后上产床, 采取膀胱截石位接产, 由医生或助产士指导产妇屏气用腹压分娩, 必要时行会阴切开。生产过程中对产妇情况严密观察, 若出现胎儿窘迫或先兆子宫破裂、产程停滞等紧急情况立即使用阴道助产或剖宫产, 保护母婴安全。

以针对性自由体位应用于研究组产妇。待产时使用立、坐、卧、蹲、跪等自己感到舒适的自由体位的前提下分别在临产时(宫口开1cm)、活跃早期(宫口开4cm)、活跃晚期(宫口开8~9cm)、第二产程(宫口开全后)等4个时间节点进行检查和总体评估, 发现存在胎方位异常、骨盆倾斜度过大、产力差、胎头下降及俯屈不良等难产因素时, 分别给予以下针对性的体位进行干预, 每种体位坚持4~8阵宫缩: ①枕后

位及枕横位:采用对侧侧俯卧位、前倾位、膝胸卧位。②不均倾位、高直后位:采用开放式膝胸卧位、手膝位。③胎头衔接及俯屈不良:采用前倾位、不对称位。④骨盆倾斜度过大(悬垂腹):采用半坐卧位、双手抱膝屈曲位。⑤宫缩乏力:垂直坐位、蹲位。2.第二产程:间断采用摇摆骨盆+支撑蹲位。同样,在生产过程中对产妇情况严密观察,若出现胎儿窘迫或先兆子宫破裂、产程停滞等紧急情况立即使用阴道助产或剖宫产,保护母婴安全

1.4 观察指标

记录并比较两组产妇三段产程时间、产中出血量及产后出血量。

记录并比较两组产妇阴道试产成功率、阴道助产率及中转剖宫产率。

对比两组产妇安全性,比较指标包括会阴侧切率、会阴裂伤率及宫颈裂伤率。

通过对肌张力、呼吸、肤色、心率及反应情况的分析,比较两组新生儿 Apgar 评分,每项为 0-2 分,10 分即为正常,低于 7 分则为轻度窒息,小于 4 分则为重度窒息。

1.5 数据处理

本研究处理患者数据使用 SPSS22.0 统计学软件进行,分析研究 98 例疤痕子宫阴道分娩患者治疗情况,会阴侧切率、会阴裂伤率、宫颈裂伤率、阴道试产成功率、阴道助产率及中转剖宫产率使用卡方检验,并表达为(n%);产程时间、出血量以及新生儿 Apgar 评分使用 t 值检验,并表达为(均值 ± 标准差)。以 P < 0.05 为本研究校准基线,若 P < 0.05 则比较有统计学意义。

2 结果

2.1 产程时间与出血量

研究组产妇三段产程时间均短于参照组,且产妇产中、产后出血量更低(P < 0.05),对比有统计学意义,详细对比数据见表 1。

表 1 产程时间与产中、产后出血量对比($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 第一产程(min) | 第二产程(min) | 第三产程(min) | 产中出血量(ml) | 产后出血量(ml) |
|-----|----|----------------|---------------|-------------|----------------|----------------|
| 研究组 | 49 | 650.67 ± 54.49 | 98.34 ± 7.36 | 8.02 ± 1.09 | 100.71 ± 44.18 | 203.42 ± 28.44 |
| 参照组 | 49 | 980.43 ± 52.19 | 130.35 ± 8.71 | 9.56 ± 1.45 | 139.48 ± 42.03 | 269.47 ± 30.55 |
| t | | 30.593 | 19.650 | 5.943 | 4.451 | 11.077 |
| P | | P < 0.001 | P < 0.001 | P < 0.001 | P < 0.001 | P < 0.001 |

2.2 阴道试产成功率、阴道助产率及中转剖宫产率

相较于参照组,研究组产妇阴道试产成功率更高,且中转剖宫产率显著降低(P < 0.05),对比有统计学意义,但两

组产妇阴道助产率无明显差异,(P > 0.05),对比无统计学意义,详细对比数据见表 2。

表 2 阴道试产成功率、阴道助产率及中转剖宫产率对比[n(%)]

| 组别 | 例数 | 阴道试产成功率 | 阴道助产率 | 剖宫产率 |
|----------|----|------------|-----------|------------|
| 研究组 | 49 | 39 (79.59) | 4 (10.26) | 10 (20.41) |
| 参照组 | 49 | 28 (57.14) | 5 (17.86) | 21 (42.86) |
| χ^2 | | 5.709 | 0.122 | 5.709 |
| P | | 0.017 | 0.727 | 0.017 |

2.3 会阴侧切率、会阴裂伤率及宫颈裂伤率

研究组产妇会阴侧切率、会阴 II 裂伤率及宫颈裂伤率均低于参照组,但两组产妇无显著差异(P > 0.05),对比无统计学意义。

2.4 新生儿 Apgar 评分

参照组新生儿 Apgar 评分为(8.46 ± 0.48)分,显著低于研究组新生儿 Apgar 评分(9.39 ± 0.61)分,比较有统计学意义(t=8.387,P < 0.001)。

3 讨论

3.1 针对性自由体位在疤痕子宫试产的效果及安全性:

虽然疤痕子宫患者再次分娩过程中进行阴道试产相较于无疤痕子宫产妇有更高的子宫破裂风险,一旦发生对新生儿与产妇健康与安全均有严重威胁,会导致产妇出血量骤增,子宫切除可能性上升,新生儿窒息可能性同时上升,甚至导致产妇与新生儿危险^[5-6],但由于再次剖宫产的手术风险及并发症较初次剖宫产及阴道分娩的明显增高,故疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择,越来越受到广大产科工作者及孕妇、家属的重视。随着产科技术发展提升,近年来已经摆脱了“一次

剖宫产、永远剖宫产”的问题,从临床研究中可以证实,剖宫产产妇再次分娩时行阴道试产具有较高成功率与相对安全性^[7],符合条件的疤痕子宫妊娠阴道试产是可行的,因此,为提高疤痕子宫再次妊娠的阴道试产成功率,笔者单位从2020年1月开始探讨出使用针对性自由体进行疤痕子宫阴道试产的方法,实施于符合阴道分娩条件的疤痕子宫孕妇,方法可行,效果好,安全性大,从上述研究结果中(表1、表2)可知,使用针对性自由体位组产妇的产程更短、出血量更低,且阴道分娩成功率更高,会阴裂伤、阴道Ⅱ裂伤、宫颈裂伤及新生儿窒息发生率也相对降低,有利于保护产妇与新生儿安全。

3.2 针对性自由体位的应用机理:对侧侧俯卧位,可使“胎背朝向天花板”,利用胎儿重力的方向改变及羊水的浮力带动胎枕和躯体转至枕前位^[8],前倾位可增加骨盆入口前后径和调整胎头的角度,从而促使胎头更好的入盆及内旋转,开放式胸膝卧位可使以枕后位入盆的胎头退出再重新以枕前位入盆;手膝位可使中骨盆坐骨棘间径及骨盆出口前后径和横径均增大,有利于胎头俯屈及内旋转,可使不均倾位的胎头变为均倾位、高直后位的胎头内旋转及俯屈变为枕前位;不对称位可改变骨盆的形态,促使衔接异常的胎头与骨盆贴合容易衔接及俯屈;半坐卧位及双手抱膝屈曲位,使人体躯干后仰,从而可使骨盆的倾斜度变小,有利于纠正骨盆倾斜度过大,适合悬垂孕妇;在宫缩时采取垂直坐位、蹲位,可使宫颈及阴道直接受到胎头的压迫及牵引,可反射性引起体内催产素的释放,从而增强宫缩^[9];第二产程采用摇摆骨盆,可使骨盆各关节活动度增加,韧带纤维拉长,骶结节韧带及骶棘韧带宽度增加,增加了胎儿在骨盆中活动空间,利用羊水、胎儿重力、宫缩力等的共同作用,有利于胎头进一步旋转、俯屈、下降^[10],支撑式蹲位能利用臀部外展向下的重力作用使坐骨结节间径扩大2cm、骨盆出口前后扩大1-2cm,从而骨盆出口面积扩大了28%,促使胎儿在盆底旋转和下降,同时蹲位可增强子宫收缩,加强产力,加速胎头的下降、分娩。因此,使用针对性自由体位,可有效缩短产程、降低分娩阻力,从而减少裂伤,降低新生儿窒息发生率。

针对性自由体比单纯的自由体位更有优势,它克服了单纯的自由体位的盲目性、无针对性,对存在诸多难产因素的、

试产中有着子宫破裂风险的疤痕子宫妊娠试产,在产程的关键点实时通过各种有效的、针对性的体位纠正难产因素,从而更快的缩短了产程,提高了疤痕子宫妊娠的试产成功率,减少了母婴并发症,有着实用的临床意义及必要性。

综上所述,在疤痕子宫阴道分娩患者中针对性自由体位分娩应用效果显著,有利于提升阴道试产成功率,降低剖宫产率,缩短产程、减少出血和裂伤、降低新生儿窒息发生率,有效保障产妇与新生儿安全。

参考文献

- [1] 陈美娜. 探讨影响疤痕子宫再次经阴道分娩的危险因素及对妊娠结局影响[J]. 中外医疗, 2021,40(30):76-79.
- [2] 苗金辉. 疤痕子宫足月妊娠阴道分娩52例临床观察及分析[J]. 健康大视野, 2013,21(19):98.
- [3] 伍少仪. 疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩的可行性和安全性[J]. 中国实用医药, 2021,16(10):92-94.
- [4] 叶玉柳, 丁玲玲, 梁桂娇, 等. 疤痕子宫再妊娠经阴道分娩的产程监测及临床护理干预效果[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(3):127-128.
- [5] 刘艳秋. 疤痕子宫再次妊娠分娩方式的选择及经阴道分娩安全性的临床研究[J]. 数理医药学杂志, 2020,33(10):1463-1464.
- [6] 王梦琦. 疤痕子宫再次妊娠经阴道分娩的效果及安全性分析[J]. 临床研究, 2020,28(10):73-74.
- [7] 王凌云. 疤痕子宫阴道分娩的可行性与安全性探讨[J]. 系统医学, 2021,6(3):123-125.
- [8] 赖焕娣, 廖英艺, 谭丽珍. 疤痕子宫再次妊娠阴道分娩及对母婴结局的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021,31(8):180-181.
- [9] 李华萍. 促进疤痕子宫再次妊娠阴道分娩成功因素及措施探讨[J]. 中外医疗, 2020,39(13):26-29.
- [10] 权云云. 疤痕子宫再妊娠经阴道分娩产妇的产程观察与护理[J]. 心理月刊, 2019,14(21):142.