

自由体位对枕后位和枕横位产妇分娩结局的影响

陈允蒙 林丹

持续性枕横位或枕后位是头位难产的重要原因,极易造成产妇产程延长、剖宫产率及新生儿窒息发生率的增加,如若处理不及时,还会危及到母婴安全^[1]。随着近年各国专家不断对产科服务的探讨,自由体位分娩逐渐被广大产妇和医务工作者所接纳,而国内有关枕后(横)位自由体位分娩的报道尚不多见,本次研究观察采用自由体位的120例枕后(横)位产妇分娩结局。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年3月至2017年4月于温州医科大学附属第一医院产科收治的240例枕横位及持续性枕后位的产妇作为研究对象,纳入标准:孕37~41周,单胎妊娠、胎儿情况良好;经B超阴道检查确定为枕横位或枕后位。排除标准:①孕妇年龄<18岁或>35岁者;②无产科阴道分娩禁忌证,无椎管内麻醉禁忌证,无严重合并症和并发症、高龄产妇、多胎妊娠、巨大儿等高危因素者;③孕期有前置胎盘、羊水过多或过少、过期妊娠等者;④胎心图、产程图发现异常者。将符合纳入标准的240例初产妇按照随机数字法分为观察组(120例)和对照组(120例),观察组产妇年龄22~34岁,平均年龄(27.64±3.81)岁,初产妇78例,经产妇42例,枕横位孕妇57例,枕后位63例;对照组产妇年龄23~35岁,平均年龄(26.69±3.77)岁,初产妇74例,经产妇46例,枕横位孕妇61例,枕后位59例;两组一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 观察组的产妇采取自由体位,根据产妇自我感受、喜好和舒适度决定自由体位,包括行走、侧卧位、坐卧位、膝胸卧位、趴、蹲及卧等。①行走:

产妇可下床在待产室走动;②侧卧位:宫缩开始时,协助产妇侧卧于床上,腿部弯曲,双手环抱膝盖,使上腿尽量贴近腹部并外展,屏气用力,宫缩间歇时双腿放平充分休息;③坐卧位:床头抬高接近直立,产妇倚靠在床头,宫缩时助产士协助产妇从膝盖外侧环抱大腿,使大腿尽量贴近腹部,屏气用力,宫缩间歇时双腿放平充分休息;④膝胸卧位:床头抬高20°~30°,宫缩时协助产妇前臂和双膝着地,胸部紧贴创面,臀部高于胸部,前臂支撑体重,双腿与躯干夹角大于90°,配合宫缩屏气用力;⑤趴:双手抱棉被或分娩球趴在软垫或床上,保持上身前倾;⑥蹲位:宫缩时,协助产妇下蹲在产床上,利用重力充分屏气用力,宫缩间歇时双腿放平充分休息;⑦卧:产妇可以选择仰卧、半卧或者左右侧卧,可一种或多种体位变换使用,期间常规听胎心,必要时行胎心监测,待宫口开全胎头拨露时上产床分娩。对照组产妇自宫缩规律后,常规待产室仰卧位、侧卧位待产,全程胎心监测,宫口开全后上产床截石位分娩。

1.3 观察指标 观察两组产妇两组阴道分娩率、产后出血及新生儿窒息(新生儿Apgar评分≤7分)的发生情况,并记录比较两组阴道分娩产妇各产程时间及总产程时间。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇各产程和新生儿窒息率比较见表1

由表1可见,观察组产妇第一、第二产程及总产程时间均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=7.82、5.38、6.57, P 均<0.05)。观察组阴道分娩率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=23.27, P < 0.05$),观察组产妇产后出血(>500 ml)和新生儿窒

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.05.040

作者单位:325015 浙江温州,温州医科大学附属第一医院产科

息的发生率均明显低于对照组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=5.76、6.84, P 均 <0.05)。

表1 两组产妇各产程时间和阴道分娩、产后出血、新生儿窒息率比较结果

组别	n	产程时间/h				阴道分娩	产后出血 (>500 ml)	新生儿窒息
		第一产程	第二产程	第三产程	总产程			
观察组	120	8.75 \pm 3.34*	0.74 \pm 0.38*	0.12 \pm 0.10	9.46 \pm 3.80*	99(82.50)*	2(1.67)*	3(2.50)*
对照组	120	12.76 \pm 3.72	1.18 \pm 0.59	0.13 \pm 0.12	13.02 \pm 4.55	63(52.50)	14(11.67)	12(10.00)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

在自然分娩过程中,胎方位是判别头位分娩难易度的重要指标,持续性枕后位和持续性枕横位是造成头位难产的主要原因^[3,4]。有报道表明,骨盆大小异常引起的胎头俯屈不良、胎儿大小、子宫收缩乏力及产妇精神和心理状态等是导致持续性枕横(后)位头位难产的主要原因^[5]。尽管胎儿的大小及母体的产道的条件不可能改变,但根据体位的调节可以改变胎儿跟母体产道的关系,产妇采取坐位、卧位、蹲位、膝胸卧位等各种自由体位的变换调整引起骨盆形状的细微改变而实现胎儿重力的转变,从而提供更大的骨盆空间使胎头转动速度加快,有利胎头旋转促进分娩,从而加快产程进展,同时产力也是可以受体位影响的^[6]。

本次研究通过对自由体位和传统卧位的调查比较发现,自由体位产妇大部分经过站立、趴、蹲及卧、骨盆摇摆等自由体位变换后,产妇第一产程、第二产程、总产程时间比传统卧位明显缩短(P 均 <0.05),且阴道分娩率明显增高($P<0.05$),提示自由体位能够缩短枕后(横)位产妇产程时间,提高自然分娩率;自由体位产妇产后出血(>500 ml)和新生儿窒息的发生率均低于传统卧位($P<0.05$);本次研究结果与何亚琴等^[7]观点相一致,提示实施自由体位能够有效改善枕后(横)位产妇分娩结局,有利于纠正胎头枕位异常,提高自然分娩率,缩短产程、减少产后出血的发生。持续性枕横(后)位产妇由于头盆不称,骨盆容积不足,影响胎头、俯屈及内旋转,传统卧位待产不仅限制了骨盆活动,容易造成骨盆出口狭窄,同时体位极易导致下腔静脉及腹主动脉压迫,使得子宫动脉血流减少,导致胎盘供血不足等,进而造成胎儿窘迫的发生;而实施自由体位分娩的产妇可通过体位的适时变化使骨盆骨骼进行重新调整,从而使骨盆的形状和容积发生改变,适应胎儿需求,同时还能调整下降角度,更利于胎儿通过。相关研究显示,自由体位分娩下不同体位不同时限

的应用可以发挥诸多优势^[9],例如产妇半坐位可以增大骨盆入口径线,提高胎儿氧供。侧卧位时在胎儿在骨盆下降时,骶骨不受来自胎儿重力压迫,有利于骶骨向骨盆后方移位,蹲位利用重力作用有利于胎头下降,膝胸卧位使产妇骨盆有不同的倾斜角度,在胎头重新入盆前旋转,有助于胎头最有利的入盆,避免脐带脱垂^[8]。此外,自由体位分娩还可以引发更频繁、持续时间更长的有效宫缩,缩短了第二产程的时间,增加了胎儿的氧供,降低了胎儿宫内窘迫的发生率和新生儿窒息率。

综上所述,自由体位能有效改善枕后位和枕横位产妇的分娩结局,不仅提高了阴道分娩率,缩短了产程时间,同时减少了产后出血和新生儿窒息的发生。

参考文献

- 王陶然,张敏. 持续性枕横位和枕后位病例的产程特点及影响[J]. 中国妇产科临床杂志,2013,14(3):201-203.
- 罗庆平,罗容戎. 73例持续性枕横位与枕后位产程的观察及处置[J]. 护理研究,2012,26(11):1021-1023.
- 薛东巧. 自由体位用于持续性枕横位、枕后位初产妇的临床观察与分析[J]. 临床合理用药杂志,2013,6(17):115-116.
- 林翠红. 特殊体位护理在矫正产妇活跃期持续性枕横枕后位中的应用效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2014,20(10):10-12.
- 李正俭. 自由体位对初产妇持续性枕后位、枕横位分娩的临床观察[J]. 中外医学研究,2012,10(23):32-33.
- 林素青,胡晓娜,余丽珍. 第二产程初采用支撑式前倾坐位对分娩结局的影响[J]. 全科医学临床与教育,2016,14(5):523-525.
- 何亚琴,章惠琴. 枕后位和枕横位产妇分娩中应用自由体位对产程的影响[J]. 中国妇幼健康研究,2015,26(4):853-854.
- 罗玉珍. 分娩球配合自由体位助产对孕产妇分娩时疼痛及分娩控制感的影响[J]. 蚌埠医学院学报,2015,40(12):1718-1720.

(收稿日期 2017-10-18)

(本文编辑 蔡华波)