

# 低位产钳联合产时导乐体位管理在足月初产妇阴道分娩中的应用

沈婷 赵昱 沈萍华

阴道分娩可避免手术带来的一系列风险,产后恢复快,且在分娩过程中子宫会自动收缩,有助于胎儿的肺部得到充分锻炼<sup>[1]</sup>。但初产妇因缺乏分娩知识,常伴随恐惧心理、紧张情绪,影响正确用力,而导致胎心异常、第二产程延长,增加难产风险<sup>[2]</sup>。因此,在足月初产妇阴道分娩中应用科学、有效的助产方法十分重要。产时导乐是指导乐人员既对产妇生理情况进行专业指导,同时对产妇的心理进行疏导干预,帮助产妇顺利生产的一种分娩模式<sup>[3]</sup>。产时导乐体位管理要求助产人员在分娩过程中根据不同产程的需要帮助产妇调整体位,通过发挥重力优势作用,促进分娩顺利、缩短产程,减少产妇痛苦<sup>[4]</sup>。但依靠产妇自身导乐体位管理对促进顺利分娩有一定局限,对此需要其他助产方案协助分娩。低位产钳助产术利用产钳牵引胎头,可帮助胎头旋转并拉出,促进胎儿快速娩出,缩减分娩时间,减少母体损伤<sup>[5]</sup>。因此,本研究旨在探讨低位产钳联合产时导乐体位管理对足月初产妇的阴道分娩的影响,为优化初产妇阴道分娩助产方案提供参考。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择医院2023年1月至2023年12月阴道分娩的197例头位难产足月初产妇为研究对象,纳入标准为:①初次分娩;②单胎、足月分娩;③胎位为头位,胎方位清楚,产道通畅;④第二产程延长,胎心异常;⑤产妇认知功能及精神状态正常;产妇均签署导乐知情同意书。排除标准为:①合并妊娠期高血压疾病;②伴有心、肝、肾等重要脏器功能不全;③合并凝血功能障碍;④年

龄<22岁或>35岁;⑤已明确为死胎、畸胎;⑥产道阻塞。根据是否实施导乐体位管理分为观察组(99例)与对照组(98例)。观察组年龄22~34岁,中位年龄29.00(27.00,29.50)岁;体重指数22.20~29.90 kg/m<sup>2</sup>,中位体重指数25.50(23.60,26.70)kg/m<sup>2</sup>;分娩孕周38~40周,中位分娩孕周39.00(39.00,39.00)周;有流产史31例。对照组年龄22~35岁,中位年龄28.00(27.00,30.00)岁;体重指数22.00~30.9 kg/m<sup>2</sup>,中位体重指数25.15(23.80,26.80)kg/m<sup>2</sup>;分娩孕周37~40周,中位分娩孕周39.00(38.00,39.00)周;有流产史34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 对照组实施低位产钳助产术:分娩期间严格观察产妇情况,并监测胎心,行会阴神经阻滞麻醉,外阴消毒,待产妇宫口全开,确定胎膜已破、顶先露,胎儿矢状缝倾斜时旋转胎头成正枕前位或正枕后位,不常规切开会阴,实施低位产钳术。助产人员涂润滑剂后先将左叶产钳置入阴道内,同时伸入右手四指触摸胎儿耳廓,避免产钳误夹胎儿面部。左手握左叶产钳沿右手掌缓慢滑行至胎头左侧,确认位置无误后放置左叶产钳并固定,并以同法放置右叶产钳,确认位置无误后合拢钳扣。待产妇宫缩时向外、向下牵拉,缓慢牵引,配合产妇宫缩及屏气用力。胎头枕部娩出后,松开钳扣,取出产钳,产钳取出后注意控制胎头娩出速度,防止胎头及胎体过快冲出产道。

观察组在对照组基础上实施产时导乐体位管理:在临产后的潜伏期阶段指导产妇调节呼吸缓解疼痛,指导自由体位,包括蹲、坐、跪、趴以及在此基础上进行延伸的各种体位,并告知不同体位的优势及其注意事项,同时可借助分娩球、导乐车等各种辅助工具进行体位调整,注意保持子宫前倾、产轴

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2025.003.029

作者单位: 313000 浙江湖州, 湖州市妇幼保健院分娩室

与胎儿纵轴一致。第一产程时助产人员认真检查胎位,确定胎背方向后嘱产妇取胎儿脊柱同侧卧位。待产妇宫口全开后,引导产妇调节呼吸,放松肌肉,辅助产妇取舒适且利于分娩用力的体位,待胎头降低至骨盆出口位置,指导产妇取膀胱截石位,期间注意尽量避免产妇私处暴露。低位产钳助产术步骤同对照组。

1.3 评价指标 ①产妇情况:观察并记录产妇软产道裂伤<sup>[6]</sup>、产后尿潴留发生情况。②新生儿情况:于新生儿出生后1、5 min采用Apgar评分<sup>[7]</sup>评估新生儿状况,该评分包含心理、呼吸、皮肤颜色、对刺激的反应、肌张力5个方面,总分0~10分,分数越高表明新生儿状况越好。③产妇满意度:于出院时采用自制满意度调查问卷对产妇进行助产过程满意度调查,包含对助产人员工作态度、工作效率、助产室环境、沟通能力、知识宣教、助产期间舒适度等10个项目,总分0~100分,<60分为不满意,60~90分为满意,>90分为非常满意。

总满意率=(非常满意+满意)例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 25.0软件,符合正态分布的计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )描述,采用独立样本 $t$ 检验;偏态分布的资料用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,采用曼-惠特尼 $U$ 检验;计数资料用率表示,用 $\chi^2$ 检验;等级资料用秩和检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组产妇情况比较见表1

表1 两组产妇情况比较/例(%)

| 指标       | 观察组       | 对照组       |
|----------|-----------|-----------|
| 软产道裂伤    |           |           |
| 无裂伤      | 2(2.02)   | 0         |
| I度       | 15(15.15) | 7(7.14)   |
| II度      | 2(2.02)   | 1(1.02)   |
| III度     | 0         | 0         |
| IV度      | 0         | 0         |
| 会阴切开     | 79(79.80) | 85(86.74) |
| 会阴切开+I度  | 1(1.01)   | 4(4.08)   |
| 会阴切开+II度 | 0         | 1(1.02)   |
| 产后尿潴留    | 3(3.03)*  | 11(11.22) |

注:\*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,观察组软产道裂伤严重程度、产后尿潴留发生率均低于对照组,差异均有统计学意义( $Z=$

$2.69, \chi^2=5.01, P$ 均 $<0.05$ )。

### 2.2 两组新生儿情况比较见表2

表2 两组新生儿情况比较/分

| 组别  | 1 min Apgar评分 | 5 min Apgar评分 |
|-----|---------------|---------------|
| 观察组 | 8(8,9)        | 8(8,9)        |
| 对照组 | 8(8,8)        | 8(8,9)        |

由表2可见,两组1、5 min新生儿Apgar评分比较,差异均无统计学意义( $Z$ 分别=1.33、1.70,  $P$ 均 $>0.05$ )。

### 2.3 两组产妇满意度比较见表3

表3 两组产妇满意度比较/例(%)

| 组别  | $n$ | 非常满意      | 满意        | 不满意     | 总满意        |
|-----|-----|-----------|-----------|---------|------------|
| 观察组 | 99  | 49(49.49) | 49(49.49) | 1(1.01) | 98(98.99)* |
| 对照组 | 98  | 36(36.73) | 53(54.08) | 9(9.18) | 89(90.82)  |

注:\*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,观察组产妇总满意率高于对照组,差异有统计学意义( $\chi^2=6.83, P<0.05$ )。

## 3 讨论

阴道分娩过程需要消耗大量体力,且要求产妇有坚强的意志,以面对长时间的分娩及宫缩带来的疼痛<sup>[8]</sup>。而足月初产妇较经产妇宫口打开较慢,待产时间较长,且缺乏分娩经验,受到心理因素、体质因素影响,在阴道分娩时需采取助产方案促进分娩<sup>[9]</sup>。

有研究表明,分娩过程中会对膀胱和尿道产生压迫,易出现产后尿潴留<sup>[10]</sup>。本次研究观察组产妇采用低位产钳联合产时导乐体位管理,对照组产妇仅采用低位产钳术,结果显示,观察组尿潴留发生率明显低于对照组( $P<0.05$ ),提示低位产钳联合产时导乐体位管理可以降低产后尿潴留的发生率。分析其原因,产钳助产术在助产过程中易对产妇盆底组织造成一定压迫与摩擦,导致局部组织水肿和尿路水肿,会增加产后尿潴留发生风险。而产时导乐体位管理根据产妇的意愿、舒适度及自身情况变换调整体位,可使胎背部的重心在羊水的浮力和重力作用下,向产妇隆起的腹部方向移动,带动胎头枕部向产妇骨盆前方旋转,使胎儿下降的轴线不断调整以保持产轴的方向一致,有利于胎儿下降,缩短胎头先露部分对膀胱及尿道的压迫时间,从而降低尿潴留发生率<sup>[11]</sup>。

同时,本次研究结果显示,观察组产妇软产道裂伤严重程度低于对照组( $P<0.05$ ),提示低位产钳

术联合产时导乐体位管理可有效减轻软产道裂伤程度,与张敏楠等<sup>[12]</sup>研究结果一致。在产时导乐体位管理的辅助下,会阴弹性变好,胎头位置较低,放置产钳较为容易,且牵引阻力小,可避免产钳误夹宫颈、阴道软组织的情况发生,从而减轻软产道裂伤程度<sup>[13]</sup>。但临床操作中应由专业的医生完成,保证产钳位置准确,动作轻柔,避免造成软产道裂伤。因此,将低位产钳与产时导乐体位管理联合应用,通过合理的体位调整,使产妇处于最佳分娩状态,使用低位产钳协助胎儿娩出,可充分发挥二者优势,提高分娩安全性。

新生儿窒息为阴道分娩中常见的并发症,与分娩方式、助产方案密切相关,严重威胁新生儿生命<sup>[14]</sup>。本次研究对比两组新生儿情况发现,两组1、5 min 新生儿 Apgar 评分无明显差异( $P$ 均 $>0.05$ ),但观察组产妇对助产方案的满意度优于对照组( $P<0.05$ ),提示低位产钳助产联合产时导乐体位管理对新生儿的安全性良好,且能够提高产妇满意度。

综上所述,通过低位产钳联合产时导乐体位管理,可变换体位对宫内压力产生影响,如平卧位改为坐位或站位时,可增加子宫静止期压力,作用于胎体时可促进胎先露下降,从而促进产程的进展,减少机体不适感,降低足月初产妇阴道分娩的软产道裂伤、产后尿潴留发生率,进而提高满意度。

#### 参考文献

- 亢春苗,沈亚梅,贾玄慧.超声心动图比较经阴道分娩与剖宫产新生儿肺动脉压力[J].中国医学影像学杂志,2022,30(2):139-144.
- Çankaya S, Şimşek B. Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study[J]. Clin Nurs Res, 2021, 30(6): 818-829.
- 马玲. AIDET标准沟通模式联合导乐分娩在初产妇分娩中的应用效果[J].中国性科学, 2021, 30(2): 100-103.
- 代庆林,马加锐,陶莹秀.导乐陪伴分娩联合自由体位分娩对产妇产道损伤的影响[J].海军医学杂志, 2023, 44(6): 622-626.
- Rose K, Kwan L, Pluym ID, et al. Forceps-assisted vaginal delivery: The landscape of obstetrics and gynecology resident training[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2021, 34(18): 3039-3045.
- 谢幸,孔北华,段涛,等.妇产科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:205-206.
- Ward Platt M. Validation for Dr Apgar's score[J]. Arch Dis Child, 2019, 104(1): 1-2.
- 白润芳,王淑娥,杨萍,等.分娩镇痛在初产妇阴道分娩中的应用研究[J].护士进修杂志, 2021, 36(10): 915-917.
- 叶杰微,王小慧.团队助产服务模式对初产妇围生期自我效能和分娩结局的影响[J].中国妇幼保健, 2021, 36(4): 735-738.
- 汪红娟,胡健女,章立英.初产妇产后尿潴留危险因素分析[J].中国妇幼保健, 2021, 36(6): 1376-1378.
- 王静,李晶.孕期个体化体质量管理联合体位管理对孕妇分娩结局的影响[J].中国药物与临床, 2021, 21(9): 1627-1629.
- 张敏楠,胡艳萍.超声评价低位产钳助产分娩患者的肛提肌和肛门括约肌损伤的影响[J].贵州医药, 2022, 46(10): 1647-1649.
- 邓洪,罗丹,魏璐,等.初产妇产钳助产的相关因素及母儿结局分析[J].四川医学, 2022, 43(12): 1227-1231.
- 李璐瑶,赵扬玉.器械助产与新生儿产伤[J].中国实用妇科与产科杂志, 2022, 38(8): 798-801.

(收稿日期 2024-03-18)

(本文编辑 葛芳君)