

文章编号: 1004-9231(2013)08-0484-02

• 临床交流 •

撤台助产法的临床研究

胡久琼, 王英芬, 张石, 张多毅 (浙江省宁海县妇幼保健院, 浙江 宁海 315600)

虽然目前剖宫产术已普及, 但自然分娩将永远占据主导地位。提高助产技术, 减少自然分娩过程中的母婴并发症, 仍是目前产科关注的重点。2009 年我院在兄弟医院助产经验的基础上, 对传统的接生模式进行了改良和创新, 取得了较好的效果, 现将结果报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选择身体健康、足月妊娠、单胎头位分娩的产妇。对 2011 年 8 月—2012 年 10 月入院的产妇进行编号, 单号为撤台组, 双号为对照组。临床实施过程中剔除: ① 产妇及家属不愿接受撤台助产法者; ② 巨大胎儿或过期妊娠者, 会阴及阴道炎症、水肿, 以及临床资料收集不完整者; ③ 产程中因难产以剖宫术、胎头吸引器助产及产钳助产结束分娩者。两组一般资料见表 1。

表 1 两组一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

一般资料	对照组	撤台组	t 值/ χ^2 值	P 值
年龄(岁)	26 $\pm$ 3.0	27 $\pm$ 2.9	0.1	>0.05
身高(cm)	157 $\pm$ 5.2	158 $\pm$ 5.0	0.7	>0.05
体重(kg)	56 $\pm$ 3.9	55 $\pm$ 4.0	1.1	>0.05
孕周	39.5 $\pm$ 0.4	39.5 $\pm$ 0.5	0.7	>0.05
初产率(%)	69.8	71.5	0.6	>0.05

注: 其中初产率为 χ^2 检验, 其余均为 t 检验

1.2 方法

1.2.1 产床 两组均使用撤台式产床。产床分为前后两部分, 前半部分为固定, 后半部分可推进, 两侧设有固定脚架。

1.2.2 操作方法 撤台组在接生前将后半部分产床向前推进, 产妇一直处于膀胱截石位, 助产者面对产妇会阴, 铺好无菌区域后, 右手掌托一消毒会阴垫垫于产妇臀下, 右肘支在自身髂骨上, 利用手掌和身体随产妇臀部的变动而自由移动。胎头娩出后协助抬头外旋转, 助产者左手轻压胎儿颈部, 有利于胎儿前肩从耻骨弓下娩出, 并协助娩出后肩, 右手顺着胎体抓住胎儿的双下肢, 使其处于头低臀高位, 有利于呼吸

道羊水的流出。胎儿娩出后仍保持头低臀高位, 助产者以左手挤压出胎儿口鼻内羊水, 后断脐, 放置贮血器, 助产者坐在手术凳上进行产道检查、会阴缝合等后续工作。对照组采用传统助产法: 助产时产床结构不发生变化, 消毒会阴后会阴部铺盖消毒巾, 助产者位于产妇右侧, 右肘支在产床上, 右手拇指与其余 4 指分开, 利用手掌大鱼际肌顶住会阴部, 每当产妇宫缩时向上内托压。胎头娩出后, 右手仍保护会阴, 不要使胎肩急于娩出, 协助胎头复位和外旋转, 助产者左手向下轻压胎儿颈部, 有利于胎儿前肩从耻骨弓下娩出。胎儿娩出后在产床上清理呼吸道、断脐。

1.2.3 评价指标 统计两组产妇的并发症(软产道损伤、产后出血和会阴裂伤)及新生儿并发症(锁骨骨折、新生儿窒息和肩难产)。

1.2.4 统计学分析 采用 SPSS 13.0 医学统计学软件进行分析。计量资料比较采取两样本 t 检验, 计数资料比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

比较两组产妇软产道损伤 ($P < 0.01$)、会阴裂伤 ($P < 0.05$)、新生儿锁骨骨折 ($P < 0.01$)、肩难产 ($P < 0.01$) 发生率差异均有统计学意义, 而产妇产后出血和新生儿窒息两项差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2、表 3。

表 2 两组产妇并发症例数及发生率比较 (例, %)

组别	例数	软产道损伤	产后出血	会阴裂伤
撤台组	1000	37(3.70)	46(4.6%)	9(0.90)
对照组	1000	65(6.50)	53(5.3%)	20(2.0)
χ^2 值		8.10	1.12	4.23
P 值		<0.01	>0.05	<0.05

注: 括号内为百分率(%)

表 3 两组新生儿并发症例数及发生率比较 (例, %)

组别	例数	锁骨骨折	新生儿窒息	肩难产
撤台组	1000	1(0.10)	25(2.50)	12(1.20)
对照组	1000	15(1.50)	27(2.70)	30(3.00)
χ^2 值		12.35	0.08	7.88
P 值		<0.01	>0.05	<0.01

注: 括号内为百分率(%)

作者简介: 胡久琼(1973—), 男, 副主任医师, 学士。

3 讨论

通过本次对照试验的研究, 撤台接生法比传统助产法具有一定的临床应用优势。两种方法相比, 其产时在宫缩间歇期所采取的体位不同, 对照组所采取的是助产时产床结构不变, 产妇需自行双手抱膝至截石位; 而撤台组所采取的是也是膀胱截石位, 但产妇可将双脚放于脚架上, 便于用力。产妇由于姿势转化过程不同而导致其在第二产程中自宫缩开始时抱膝及间歇期放松相交替过程中所消耗的体力亦不同, 同时由于平卧位及抱膝加压的动作是重新开始, 容易发生姿势变形而至使用无效腹压, 同时助产者位于产床的一侧, 接生时处于一个侧身姿势。相比之下, 撤台接生法的进步性相对较明显: 产妇处膀胱截石位, 双脚放于脚架上, 便于用腹压, 双腿屈曲紧贴腹部并外展, 使耻骨弓上抬, 改善了骨盆径线, 提供了宽大的分娩空间, 有效纠正了产妇的骨盆倾斜度, 最大程度地符合胎儿下降娩出轴, 增加了胎儿先露下降及顺利娩出的概率, 另一方面助产者正面对产妇会阴, 接生时无需侧身, 更易保持正确的助产姿势, 协助胎儿娩出。

3.1 软产道损伤

通常造成软产道裂伤的因素有宫缩异常、胎位异常、助产技术不当、巨大胎儿或过期妊娠、会阴及阴道炎症、水肿等。本组资料中撤台组和对照组软产道损伤的发生率分别为 3.70%、6.50% ($P < 0.01$)。在本次试验中巨大胎儿或过期妊娠、会阴及阴道炎症、水肿均被排除在样本之外。宫缩因素、胎位因素可通过产程处理进行调节, 虽会造成软产道裂伤, 但差异无统计学意义。两组助产人员均为同一组助产士, 助产技术不当基本可以排除。传统的助产法助产者位于产妇右侧, 右肘支在产床上, 右手拇指与其余 4 指分开, 利用手掌大鱼际肌顶住会阴部, 每当产妇宫缩时向上内托压, 其姿势持续至胎儿娩出, 时间较长, 容易产生身体疲劳, 从而导致姿势变形, 进而发生会阴保护不当至软产道损伤。与此相比, 助产者面对产妇会阴, 铺好无菌区域后, 右手掌托一消毒会阴垫垫与产妇臀下, 右肘支在自身髂骨上, 利用手掌和身体产妇臀部的变动而自由移动, 这样就可以避免长时间侧身, 避免姿势疲劳, 减少会阴保护姿势的变形, 相对胎儿顺利娩出率增加, 降低了软产道损伤的发生率。

3.2 肩难产与新生儿锁骨骨折

肩难产是指胎头娩出后, 前肩嵌顿在耻骨联合上方, 传统助产手法不能娩出胎肩^[1]。在肩难产时双腿紧贴腹部并外展上抬耻骨弓, 同时助手在耻骨联合上

方加压, 其增加胎肩娩出的概率, 在撤台组与对照组统计中 $P < 0.01$, 具有统计学意义。其特点在于撤台助产法充分利用了后盆腔的空间, 胎肩嵌顿的概率减小, 使其肩难产发生率降低。在新生儿锁骨骨折方面撤台助产与传统助产法相比差异有统计学意义。我们分析对比产程中的异同性及数据的差异性后得知, 新生儿锁骨骨折的发生主要是肩难产及胎头娩出后胎肩娩出方法不当所致, 后者很大程度与助产者手法相关。本研究中两组虽然为相同的助产人员, 但是在撤台助产中助产者正面对产妇会阴, 不受自身长时间侧身及产妇体位的影响, 在胎儿娩出后可以轻松自如的进行胎头外旋转, 使胎肩与骨盆出口前后径一致, 进而有序地依次娩出前肩、后肩, 直至娩出胎儿。

3.3 新生儿窒息发生率

新生儿窒息是指出生时不能建立呼吸或呼吸抑制者。无论何因, 窒息的胎儿或初生儿同时存在低氧血症、高碳酸血症和代谢性酸中毒的状态。新生儿窒息导致的脑组织严重损伤及缺氧缺血是引起新生儿死亡和儿童伤残的重要原因之一^[2-3]。因此, 本次研究把新生儿窒息列入观察研究范围内具有重要意义。在影响新生儿窒息发生的众多因素中, 围产期因素占据主要部分。在临床实践中以脐带因素为主, 其他因素包括胎儿因素、胎儿附属物因素、产程因素、母体因素等。结合本次研究, 我们分析了在不同助产方法中产程因素所致的新生儿窒息率, 结合两组数据对比, 撤台接生与传统助产法相比优越性不明显 ($P > 0.05$), 虽然撤台助产法中第二产程所需时间平均比传统助产法缩短 13 min。通过分析两组新生儿窒息主要与胎儿附属物相关, 而产程因素在两组研究中的新生儿窒息相关性不大。

在具有助产资质的单位推广撤台接生对提高分娩质量, 减轻助产人员职业损伤均有一定的价值, 但助产者正面对产妇会阴, 在胎儿娩出时若宫腔压力大, 易发生羊水及血液溅出污染, 增加了一些疾病接触性传播的可能, 这需要我们进一步探索其解决办法。

4 参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 149.
- [2] 中华医学会儿科分会新生儿组. 新生儿缺氧缺血性脑病诊断标准 [J]. 中国当代儿科杂志, 2005, 7(2): 97-98.
- [3] 丁丽, 吴子茂. 新生儿窒息合并多脏器功能损害 252 例分析 [J]. 浙江中医药大学学报, 2009, 33(6): 816-819.

(收稿日期: 2013-02-03)