

无保护会阴接产法理论及安全性探讨

刘婧岩,朱 珠,钱宇佳

(南京医科大学附属南京妇幼保健院产科,江苏 南京 210004)

[摘要] 目的:探讨阴式分娩中无保护会阴接产方式对母儿结局的影响,评估其安全性。方法:选择经阴道自然分娩、足月、无会阴侧切指征的单胎头位初产妇,以无保护会阴方式接产法为实验组,以传统保护会阴方式接产法为对照组,比较两组产妇第二产程时间、会阴裂伤、产后2 h失血量、24 h产后疼痛、新生儿出生后1、5 min Apgar评分等方面的母儿结局。结果:两组在第二产程时间、失血量、新生儿Apgar评分等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),实验组的会阴裂伤程度和产后会阴疼痛发生率低于对照组($P<0.05$)。结论:无保护会阴接产法与传统的保护会阴接产法相比较,在安全性上无明显差异,安全性有保证,并能减轻产妇会阴损伤,提高产后的舒适度,值得临床推广。

[关键词] 接产;无保护会阴接产;会阴裂伤;Apgar评分;疼痛

[中图分类号] R714.3

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2015)04-564-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20150424

妊娠与分娩对于孕产妇来说是一个正常的生理过程,产科服务重点应促进和保护安全的妊娠过程和自然分娩。产科服务模式在向保健方向转变时,经过愉快而健康的分娩过程是每一位孕产妇的权力,怎样营造一个低创、舒适的分娩,引导妇女自主选择阴道分娩,体会自然分娩的幸福成为助产人员开展工作的核心。无保护会阴接产的少干预理念,给产妇和胎儿一个自然低创的分娩模式。本院于2011年至今已开展这项助产新技术。本文通过无保护会阴接产在会阴裂伤,新生儿出生后评分等母儿结局方面的临床对照研究,探讨无保护会阴接产的原理和安全性。

1 资料与方法

1.1 资料

2011年10月31日~2012年11月31日,在本院分娩,知情同意,头位单胎初产妇98例为观察组,同时选择同期分娩的头位初产妇85例为对照组。入组标准:骨盆测量均在正常范围,无会阴侧切指征,无第二产程延长及胎儿宫内窘迫。除外外阴病变、妊娠期并发症合并症、各种内外科疾病,产前通过产检排除巨大儿和生长受限儿等。两组产妇在年龄、孕周和新生儿出生体重方面数据差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性(表1)。

1.2 方法

对照组:采用传统托肛保护会阴接生法,并以单手(左手)五指稍分,关节自然屈曲以及掌面放置

表1 两组产妇及胎儿的一般资料

基本信息	实验组	对照组	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
年龄(岁)	27.35 ± 2.84	28.09 ± 3.24	1.13	>0.05
孕周(周)	38.99 ± 1.10	39.32 ± 1.23	2.20	>0.05
出生体重(g)	3 233.82 ± 279.53	3 355.70 ± 318.28	2.97	>0.05

胎头枕、顶骨上,产生胎头仰伸方向的反控制力,维持缓慢的露头(即仰伸)速度,协助胎头俯屈。

实验组:当宫口开全,产妇常规外阴消毒,助产士指导其宫缩时正确运用腹压。当胎头拨露3 cm × 4 cm左右时,铺台准备接产。接产者严密观察拨露速度和程度,当胎头着冠时,则单手(左手)五指稍分,关节自然屈曲以及掌面放置胎头枕、顶骨上,产生胎头仰伸方向的反控制力,维持缓慢的露头(即仰伸)速度,不协助胎头俯屈,不干预胎头娩出角度和方向(建议着冠前露头速度过快,接产者要早些碰触胎头),右手没有对产妇会阴、肛门部进行保护托压动作。双顶径娩出时,指导产妇均匀短暂自发力,可宫缩时娩出。宫缩过强,产妇减力不好者,胎头应宫缩间歇期缓慢娩出。娩肩时双手食指、中指虎口分别置于前后肩处,娩前肩不用力下压,后肩多抬举。

评价标准:①会阴裂伤分级、新生儿出生后1、5 min Apgar评分、第二产程时间、产后2 h失血量均参照《妇产科学》第7版标准;②监测脐动脉血pH值;③产后24 h会阴疼痛评分,采用VAS视觉模拟评分法。基本的方法是使用1条长约10 cm的游动标尺,一面标有10个刻度,两端分别“0”分端和

“10”分端,“0”分表示无痛,“10”分代表难以忍受的最剧烈的疼痛,临床使用时将有刻度的一面背向患者,让患者在直尺上标出能代表自己疼痛程度的相应位置,医师根据患者标出的位置为其评出分数。

1.3 统计学方法

数据采用 SPSS 19.0 软件进行统计处理,数值变量资料比较采用成组设计 t 检验,两组率的比较采用 χ^2 检验或 Mann-Whitney 非参数检验,以 $P \leq 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇产会阴裂伤情况比较

实验组会阴裂伤 95 例,对照组会阴裂伤 84 例,均无 III 度裂伤。两组产妇产会阴裂伤发生率比较,差异无统计学意义(96.93% vs. 98.82%, $P > 0.05$);实验组会阴 I 度裂伤所占比例明显高于对照组,两组产妇产会阴裂伤程度构成比,有明显统计学意义($P < 0.01$, 表 2)。

表 2 产妇产会阴裂伤情况比较 (n)

组别	总计	会阴裂伤		
		0	I	II
实验组	98	3	75	20
对照组	85	1	33	51
χ^2 值	76.5			
P 值	<0.01			

2.2 两组产妇产第二产程时间、产后 2 h 失血量比较

实验组产妇产在第二产程时间、产后 2 h 失血量数值均少于对照组,但差异无统计学意义(P 均 > 0.05 , 表 3)。

表 3 第二产程时间、产后失血量分析

项目	实验组	对照组	t 值	P 值
第二产程(min)	29.29 ± 13.23	33.36 ± 15.77	1.39	0.660
2 h 失血量(ml)	249.66 ± 30.58	269.61 ± 64.24	1.76	0.175

2.4 两组产妇产后 24 h 会阴疼痛比较

由专业的麻醉护士采集实验组与对照组产后 24 h 会阴疼痛的 VAS 评分,实验组 VAS 评分 0~3 分 85 例,4~6 分 13 例;对照组 VAS 评分 0~3 分 52 例,4~6 分 33 例,差异有统计学意义($\chi^2=15.50$, $P < 0.05$)。

2.5 两组新生儿 Apgar 评分、脐动脉血 pH 值比较

新生儿出生后通过 Apgar 评分(1, 5 min)评估其活力,实验组虽出现 1 例 1 min Apgar 评分 9 分,但差异无统计学意义($P > 0.05$);脐血 pH 值两组差异无统计学意义(7.23 ± 0.10 vs. 7.21 ± 0.10 , $t=0.52$, $P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 无保护会阴分娩中仰伸扩张机制对会阴组织的影响

经统计,无保护会阴接产(实验组)中会阴裂伤程度和对照组相比程度较轻,差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究发现,无保护会阴接产的会阴侧切和会阴裂 III 度以上裂伤率较会阴保护接产明显降低(分别为 40%、80%)^[1-2]。无保护会阴接产可以降低会阴侧切率以及减轻会阴裂伤的程度。无保护会阴接产法是利用分娩机转中仰伸动作,胎头枕骨以耻骨弓为支点连续地仰伸动作,正式仰伸过程使胎头充分扩张软产道,盆底的各肌肉束移动,阴裂下方的会阴体完全伸展变薄,两侧柔软有弹性的阴唇也被扩张,促使阴道口周围的阴裂各部分组织整体均匀扩大,充分伸展以会阴体为核心的盆底组织,阴道口得以最大化,最后达到胎头双顶径娩出的径线。可见,会阴整体的充分延展扩张保护了会阴,减少了撕裂伤。传统的保护会阴接产强调帮助胎头俯屈,而无保护会阴接产是零俯屈的接产,这样仰伸动作使胎头颅骨娩出产生的压力转移向阴裂上方(耻骨联合和两耻骨降支)的骨性组织,因此,零俯屈一是让胎头仰伸使产道不断扩大,达到娩出空间,二是消除因外加俯屈手法使胎头娩出的力量冲向下方的肛门,防止伤及肛门。避免俯屈手法对菲薄的会阴后联合的挤压,降低会阴压力,减少缺血坏死的发生率,达到保护会阴的目的^[3]。临床观察体会,会阴体越薄其撕裂的力量也越小,伤口表浅,从而减轻软产道损伤,防止更严重裂伤的发生。其次无保护组胎肩多顺势自娩,避免人为牵拉力,从而损伤会阴损伤。

3.2 无保护会阴分娩中对娩出时限的影响

第二产程时间的延长是造成会阴裂伤的一个重要因素,第二产程超过 1 h 将显著增加会阴裂伤的风险^[4]。本研究中两组孕妇第二产程时间无统计学差异。较保护性接产,无保护会阴接产没有加速第二产程时限,也没有刻意阻挡胎儿的娩出,而是让分娩在适度的时限内完成^[5]。而且无保护会阴接产操作是单手控制胎头仰伸速度,防止瞬间露头过快。虽然在两次宫缩间歇娩出胎头,在一定程度上可以减少会阴裂伤的程度和风险,但是在产力均匀的情况下,可以在宫缩时缓慢娩出胎儿。如果胎儿娩出速度过快,产力过强,即使外阴条件良好,导致盆底括约肌群严重损伤的风险也极高^[6]。

3.3 低损伤增加产后舒适度

两组相比较,无保护会阴接产会阴裂伤表浅,整齐,出血少,利于缝合,愈合快,保护会阴接产会阴伤口组织容易因受挤压,产生缺血坏死,水肿将影响愈合过程,并且局部疼痛增加。无保护会阴接产,产后主观舒适度增加,会阴疼痛发生减少,减轻。无保护组的产妇会阴轻度疼痛的发生率相较于会阴保护组明显降低(99% vs. 68%)^[1]。

3.4 对新生儿的影响

两组统计分析显示,无保护会阴接产没有增加胎儿宫内窘迫风险。分娩过程中胎儿是觉醒、敏感的,应受到善待,这点在无保护会阴接产中更容易体现,因为相较于保护组接产时保护会阴力、俯屈按压力对胎儿头颅局部产生较大压强,无保护组胎头娩出时仅受单手较少的适度控制,胎儿头颅所受干预性刺激更少。同时,产道阻力对胎儿颅脑产生的挤压力,随会阴组织的渐进扩张而减小,压力的产生与释放是自发的、均匀的,在这种自然状态下的分娩,减少因产道内外的压力差大造成新生儿颅内出血的可能,对新生儿颅内组织具有保护优势。

无保护会阴接产与传统接产理念的撞击,其优势、潜在的风险以及对于中国孕妇的适应标准、助

产人员的培训要求、医院的医疗支持等影响因素还需要探索研究。

[参考文献]

- [1] Foroughipour A, Firuzeh F, Ghahiri A, et al. The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome[J]. J Res Med Sci, 2011, 16(8): 1040-1046
- [2] Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, 12: D6672
- [3] 任颖, 唐光沐, 陈晨. 水中分娩的理论依据及其安全性评价[J]. 亚太传统医药, 2011, 7(8): 140-141
- [4] Gottvall K, Allebeck P, Ekeus C. Risk factors for anal sphincter tears; the importance of maternal position at birth[J]. BJOG, 2007, 114(10): 1266-1272
- [5] Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, et al. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial[J]. J Midwifery Womens Health, 2005, 50(5): 365-372
- [6] Trochez R, Waterfield M, Freeman RM. Hands on or hands off the perineum; a survey of care of the perineum in labour (HOOPS)[J]. Int Urogynecol J, 2011, 22(10): 1279-1285

[收稿日期] 2013-12-03

(上接第 563 页)

- [7] De Micco C, Vasko V, Garcia S, et al. Fine-needle aspiration of thyroid follicular neoplasm; diagnostic use of thyroid peroxidase immunocytochemistry with monoclonal antibody 47[J]. Surgery, 1994, 116(6): 1031-1035
- [8] Cvejic D, Savin S, Paunovic I, et al. Immunohistochemical localization of galectin-3 in malignant and benign human thyroid tissue [J]. Anticancer Res, 1998, 18 (4A): 2637-2641
- [9] Htwe TT, Karim N, Wong J, et al. Differential expression of galectin-3 in advancing thyroid cancer cells; a clue toward understanding tumour progression and metastasis [J]. Singapore Med J, 2010, 51(11): 856-859
- [10] Makki FM, Taylor SM, Shahnavaz A, et al. Serum biomarkers of papillary thyroid cancer[J]. J Otolaryngol Head Neck Surg, 2013, 42: 16
- [11] Turkoz HK, Oksuz H, Yurdakul Z, et al. Galectin-3 expression in tumor progression and metastasis of papillary thyroid carcinoma[J]. Endocr Pathol, 2008, 19 (2): 92-96
- [12] Xu XC, El-Naggar AK, Lotan R. Differential expression of

- galectin-1 and galectin-3 in thyroid tumors. Potential diagnostic implications [J]. Am J Pathol, 1995, 147(3): 815-822
- [13] Coli A, Bigotti G, Zucchetti F, et al. Galectin-3, a marker of well-differentiated thyroid carcinoma, is expressed in thyroid nodules with cytological atypia[J]. Histopathology, 2002, 40(1): 80-87
- [14] Cipollini M, Pastor S, Gemignani F, et al. TPO genetic variants and risk of differentiated thyroid carcinoma in two European populations [J]. Int J Cancer, 2013, 133 (12): 2843-2851
- [15] Christensen L, Blichert-Toft M, Brandt M, et al. Thyro peroxidase (TPO) immunostaining of the solitary cold thyroid nodule [J]. Clin Endocrinol (Oxf), 2000, 53 (2): 161-169
- [16] Di Cristofaro J, Silvy M, Lanteaume A, et al. Expression of tpo mRNA in thyroid tumors; quantitative PCR analysis and correlation with alterations of ret, braf, ras and pax8 genes [J]. Endocr Relat Cancer, 2006, 13(2): 485-495

[收稿日期] 2014-12-15