

膝胸卧位联合屈膝侧卧位纠正胎儿枕后位的效果观察

牟兰芳,沈萍华,施琴琴

湖州市妇幼保健院,浙江湖州 313000

摘要:目的 观察膝胸卧位联合屈膝侧卧位对纠正胎儿枕后位的效果。方法 按随机数字表将 200 例枕后位初产妇分为对照组和观察组,每组 100 例。对照组采用传统仰卧截石位待产,观察组采取膝胸卧位联合屈膝侧卧位待产。比较两组产妇产位纠正率、自然分娩率、第一产程和第二产程时间、新生儿窒息率。结果 对照组胎位纠正率为 62.0%,观察组胎位纠正率为 81.0%,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组自然分娩率为 69.0%,观察组自然分娩率为 86.0%,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组第一、二产程时间明显短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组新生儿窒息率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 膝胸卧位联合屈膝侧卧位对纠正胎儿枕后位有效,可缩短产程,提高自然分娩率。

关键词:枕后位;膝胸卧位;屈膝侧卧位;产妇;胎儿 Doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2020.08.010

中图分类号:R473.71

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2020)08-0043-04

近年来,随着新型产时服务模式的大力提倡,自然分娩的优点深入人心,我国自然分娩率得到有效提高。但由于分娩过程中的不确定性因素,只有在试产中才能确定采取何种分娩方式,部分产妇最终试产失败而选择剖宫产。其中,头位难产是导致试产失败的重要因素之一。持续性枕后位占头位难产的 60%~70%,占分娩的 5%^[1]。持续性枕后位产妇的胎儿头部不能用最小的径线来衔接,与骨盆之间很容易出现不对称情况,导致胎儿头部俯屈不良,胎儿头部在宫缩时不能及时压迫宫颈,或胎儿枕部过早压迫直肠,迫使产妇控制不住地过早屏气用力,造成宫颈水肿^[2],导致产程时间延长,甚至停滞,使剖宫产率显著增加。如何降低因持续性枕后位引起的剖宫产成为目前临床急需解决的问题之一。目前临床上产妇常规采取传统仰卧截石位,但是这容易使胎儿在重力作用下处于子宫后壁,胎头多以枕后位入盆,同时传统仰卧截石位骨盆空间有限,产道狭窄,也容易导致胎头下降阻力增大,产程过长^[3]。研究表明,膝胸卧位联合屈膝侧卧位可使得胎儿背部逐渐往产妇前方、侧方移动,胎头慢慢退出骨盆后再重新入盆,有利于胎儿在下降过程中逐渐旋转至枕前位,从而加速产程进展。本研究采用膝胸卧位联合屈膝侧卧位纠正胎儿枕后位,使产妇顺利分娩。现报道如下。

作者简介:牟兰芳(1983—),女,本科,主管护师。

收稿日期:2019-12-12

1 对象与方法

1.1 对象

本研究获得医院伦理委员会审核批准。纳入标准:经阴道检查及 B 超确诊为持续性枕后位;骨盆外测量正常,无头盆不称;采用硬膜外镇痛自然分娩的初产妇;知情同意,自愿参加本研究。排除标准:合并心、肝、肺、肾功能障碍等疾病,合并妊娠其他疾病。2018 年 3 月至 6 月,选取符合纳入标准的产妇 200 例,按随机数字表分为对照组和观察组各 100 例。观察组:年龄 21~30 岁,平均(26.65±1.53)岁;孕 37~41⁺²周,平均(38.26±2.15)周;枕左后位 66 例,枕右后位 34 例;高中 15 例,大专及本科 75 例,研究生及以上 10 例;胎儿体质量 2 400~3 900 g,平均(2 853.21±381.35)g。对照组:年龄 20~31 岁,平均(25.27±1.75)岁;孕 38~40⁺⁵周,平均(37.63±3.28)周;枕左后位 71 例,枕右后位 29 例;高中 14 例,大专及本科 78 例,研究生及以上 8 例;胎儿体质量 2 400~3 800 g,平均(2 678.31±421.33)g。两组产妇一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用传统的仰卧截石位。产妇入院后统一实行家庭化分娩护理,向产妇及家属讲解自然分娩的优点及过程,实时告知产程进展,提高产妇对自然分娩的信心。产妇在进入活跃晚期后(宫口开 6 cm 以上),评估胎方位,通过阴道检查,根据胎儿大小、骨缝、耳廓朝向等辨识胎方位,通过

B超,根据胎儿脊柱、眼眶位置确诊胎方位。上产床呈仰卧位待产,待产妇进入第二产程后,双脚稍屈置于产床两旁的脚架,双手紧握两边扶手,由助产士指导产妇配合子宫收缩屏气用力等常规护理进行分娩。在产程观察及分娩过程中,如出现胎儿宫内窘迫、第二产程延长等,行产钳或剖宫产结束分娩。

1.2.2 观察组

在常规护理基础上实施膝胸卧位联合屈膝侧卧位。向产妇及家属讲解膝胸卧位联合屈膝侧卧位的优点及方法,以增加产程中对特殊体位的配合度。确认枕后位后让产妇排空膀胱,然后上产床给予体位指导。首先给予膝胸卧位,抬高产床背部,让产妇呈俯卧姿势,双膝平行着于产床上,双前臂屈起高于胸部,平贴床面,两大腿与床垂直,小腿与床平行,双膝分开与肩同宽,尽量抬高臀部,躯干斜靠产床背部,与大腿之间的夹角大于90°。活跃晚期宫缩时指导产妇深呼吸减轻疼痛,也可适度左右摇摆臀部,使骨盆有不同的倾斜角度,宫缩间歇期充分休息,适当补充能量,保持该体位20~30 min。进入第二产程后,实行屈膝侧卧位,床头抬高30°,产妇侧躺于产床上,背与产床面垂直,上身可前倾,宫缩时贴近产床的腿伸直,另一条腿踩于床架上,双手拉住同侧产床扶手,指导产妇宫缩时深吸气,使用腹部压力向下屏气用力,当感到无力时立刻换气并继续重复屏气用力动作,直到宫缩结束。在宫缩间隙期产妇双腿并拢或放置床上全身放松,等待下一阵宫缩。采取对侧侧卧位,胎儿左枕后位则产妇向右侧侧卧,胎儿右枕后位则产妇向左侧侧卧,同样坚持该体位20~30 min。结束后复查胎方位,如果未改正为枕前位,可行多次重复。在产程观察及分娩过程中,如出现胎儿宫内窘迫、第二产程延长等,行产钳或剖宫产结束分娩。

1.3 观察指标

1.3.1 胎位纠正率

进入第二产程后,每20~30 min复查一次,评估胎方位纠正情况,直到胎头拔露,准备接生为止。胎位由枕后位转至枕前位视为胎位纠正。胎位纠正率=胎位纠正例数/总例数×100%。

1.3.2 自然分娩率

分娩方式包括自然分娩、产钳助产和剖宫产。自然分娩率=自然分娩例数/总例数×100%。

1.3.3 第一产程和第二产程时间

参照第8版《妇产科学》^[1],第一产程分为潜伏期和活跃期:潜伏期为宫口扩张缓慢阶段,一般初产妇不超过20 h,经产妇不超过14 h;活跃期为宫口扩张的加速阶段,可在宫口开至4~5 cm,最迟至6 cm,进入活跃期,直至宫口开全,此期宫口扩张速度应≥0.5 cm/h。第二产程初产妇不应超过2 h,硬膜外麻醉无痛分娩时以不超过3 h为标准。

1.3.4 新生儿窒息率

参照《实用新生儿学》^[4]Apgar评分判断标准:包括新生儿出生时的心率、呼吸、肌张力、反射和皮肤颜色5项内容,每项0~2分,共0~10分,Apgar评分越高,表示窒息程度越轻,0~3分为重度窒息,4~7分为轻度窒息。新生儿窒息率=新生儿窒息例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件进行分析,采用Mann-Whitney U检验和 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胎位纠正率比较

对照组胎位纠正例数为62例,纠正率为62.0%,观察组胎位纠正例数为81例,纠正率为81.0%,经比较, $\chi^2=8.858, P=0.003$,差异有统计学意义。

2.2 两组分娩方式及自然分娩率比较

两组分娩方式及自然分娩率比较见表1。观察组自然分娩率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组分娩方式及自然分娩率比较

组别	例数	分娩方式/例			自然分娩率/%
		自然分娩	产钳助产	剖宫产	
观察组	100	86	3	11	86.0
对照组	100	69	5	26	69.0
χ^2 值					8.287
P值					0.004

2.3 两组第一产程和第二产程时间比较

观察组第一、二产程时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),两组产程时间比较见表2。

表2 两组第一产程和第二产程时间比较

组别	例数	第一产程时间/h	第二产程时间/h
观察组	100	7.16±1.51	1.12±0.87
对照组	100	9.83±2.32	1.91±1.03
Z值		7.891	4.783
P值		<0.001	<0.001

2.4 两组新生儿窒息率比较

两组新生儿窒息率比较,差异无统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 两组新生儿窒息率比较

组别	例数	新生儿窒息/例		新生儿窒息率/%
		窒息	不窒息	
观察组	100	6	94	6.0
对照组	100	5	95	5.0
χ^2 值				0.096
P值				0.756

3 讨论

3.1 膝胸卧位联合屈膝侧卧位可纠正异常胎位

传统仰卧截石位使胎儿随着重力的作用逐渐下沉,与子宫后壁靠近,且子宫也会对产妇脊柱进行施压,固定了胎儿的纵轴部位,也会出现枕后位的现象^[5]。本研究观察组在活跃晚期采取膝胸卧位,能使骨盆有不同的倾斜角度,将胸部处于最低点。在羊水中胎儿处于浮动的状态,以及间歇的宫缩作用下,胎头由于俯屈下降而引发重力变化,会从骨盆中退出,之后在强烈的宫缩作用下发生转变,以利于调整为枕前位。然后再次进入骨盆,在浮力和重力的影响下,胎儿不断前移并转变为枕前位,可有效降低发生胎头俯屈不良的概率^[6]。在第二产程观察组采取屈膝侧卧位可调整骨盆线,有助于骶骨向骨盆后方移动,避免产妇及胎儿因自身重量引起骶尾关节扩张不充分,导致骨盆出口狭窄,从而使侧卧位中母体产轴与胎儿的纵轴一致,有效调整胎头位置,同时利用骨盆后三角,增加骨盆出口平面,促进胎儿下降,帮助胎头顺利适应产道,完成衔接^[7-8]。本研究结果显示,观察组胎位纠正率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.2 膝胸卧位联合屈膝侧卧位能有效缩短第一产程和第二产程时间

进入活跃晚期或第二产程后,枕后位产妇若

采用传统仰卧截石位,胎儿旋转至枕前位的可能性降至最低,因胎背受重力作用下沉,胎头因俯屈不全易顶压在耻骨联合上,增加了头位难产的发生率。同时,传统仰卧截石位也不符合正常分娩的生理体位,限制了骨盆可塑性,会缩小产道,增加难产可能性,并延长产程,加大产妇体力的消耗,继发宫缩乏力^[9]。在产程中选择膝胸卧位联合屈膝侧卧位可有效调整胎头位置,促使胎儿下降,也可引起骨盆形状的细微改变,以提供更大的骨盆空间,使胎头转动速度加快,促进分娩,从而有效缩短产程^[10-11]。此外,屈膝侧卧位可增强产妇四肢肌群、腹肌、盆底肌的收缩力,增强产力,提高产妇的舒适度,从而促进分娩的顺利进行^[12]。本研究结果显示,观察组第一产程和第二产程时间较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.3 膝胸卧位联合屈膝侧卧位能显著提高自然分娩率

研究表明,仰卧位不利于骨盆活动和局部血液循环,产妇在仰卧情况下胎头直接压迫耻骨联合,增加产妇疼痛感,继发宫缩乏力,导致产程延长或剖宫产率增加^[13]。通过膝胸卧位联合屈膝侧卧位体位的变换,能及时纠正胎位异常,减轻产妇心身负担,放松会阴,加快产程,有助于胎头缓慢、节律性下降,扩张阴道及会阴,实现自然分娩^[14]。同时,使用膝胸卧位联合屈膝侧卧位时产妇坐骨棘间径可增加约6 mm,骨盆出口后矢状径可增加约3 mm,坐骨结节间径亦有所增加,有利于纠正胎位异常,对帮助产妇自然分娩具有积极作用^[15-16]。本研究结果显示,观察组自然分娩率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。而两组新生儿窒息率差异无统计学意义($P>0.05$),说明膝胸卧位联合屈膝侧卧位能提高自然分娩率,且不会增加新生儿窒息风险。

参考文献:

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 209, 197-199.
- [2] 呼亚清. 头位难产剖宫产指征与时机探讨[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(28): 5383-5384.
- [3] 唐秧玉. 体位干预配合分娩辅助设施对产程及分娩结局影响的研究进展[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(5): 688-690.
- [4] 邵肖梅, 叶鸿瑁, 丘小汕. 实用新生儿学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 222-225.
- [5] 赵秀兰. 手抱膝改变体位徒手旋转胎头术矫正枕横位、枕后位的临床效果观察[J]. 黑龙江医药科学, 2015, 38(2): 144-145.

[6] 熊颖. 开展膝胸卧位在第一、第二产程时间的临床应用效果[J]. 临床医药文献杂志, 2018, 5(38): 93-94.

[7] 龙良平, 林莹. 侧卧位分娩对母婴结局影响的荟萃分析[J]. 护理学杂志, 2018, 33(13): 96-100.

[8] 何海燕, 刘宏. 侧卧位在产妇第二产程中应用的安全性及可行性研究[J]. 护理管理杂志, 2017, 2(2): 146-147.

[9] 张丽玲, 申灵芝, 陈燕丽. 侧卧位分娩对产程及妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(16): 3683-3685.

[10] 何秀玲, 梁燕霞, 罗曼云, 等. 侧卧位分娩姿势在持续性枕横位和枕后位初产妇中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2016, 23(17): 168-170.

[11] 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.

[12] 徐夏英, 符纯, 陈星梅. 自由体位分娩对初产妇分娩结局的影响[J]. 中国当代医药, 2016, 23(15): 179-181.

[13] 刘艳. 坐式分娩与仰卧位分娩的分娩效果对比[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(9): 167-168.

[14] 高美. 自由体位提高自然分娩率以及降低剖宫产的临床效果观察[J]. 中外女性健康研究, 2017(16): 18, 46.

[15] 胡建梅, 陈清, 刘芬, 等. 活跃期运用自由体位对枕后位及枕横位产妇分娩结局的影响研究[J]. 当代医学, 2017, 23(33): 87-89.

[16] 朱春丽, 廖庆辉, 董云, 等. 足月头位衔接的胎膜早破孕妇待产体位对其分娩结局的临床影响[J]. 中国医药科学, 2018, 8(2): 87-89.

直肠肛门畸形腹腔镜下肛门成形术术后患儿并发症的预防及护理

赵杭燕, 陈朔晖, 黄寿奖

浙江大学医学院附属儿童医院, 浙江杭州 310052

摘要: 总结 138 例新生儿直肠肛门畸形行腹腔镜下肛门成形术后并发症的护理。术中及术后给予综合保温措施, 避免术后低体温发生; 加强肛门切口护理, 妥善固定各类导管, 保持引流通畅, 密切观察肛门局部形态及皮肤黏膜, 保持肛门局部清洁干燥, 预防直肠回缩、直肠黏膜外翻、肛周狭窄和大便失禁, 促进切口愈合; 严密观察病情, 监测体温变化, 重点关注腹部体征, 合理选择抗生素, 预防腹腔感染; 同时嘱出院后规律护肛。经治疗和护理, 本组患儿生命体征正常, 病情稳定, 于术后 7~12 d 出院, 1 例大便失禁的患儿于术后 1 年恢复排便功能, 并继续扩肛治疗。

关键词: 患儿; 直肠肛门畸形; 腹腔镜; 肛门成形术; 并发症; 护理 Doi: 10. 3969/j. issn. 1671-9875. 2020. 08. 011

中图分类号: R473. 72

文献标识码: B

文章编号: 1671-9875(2020)08-0046-03

先天性直肠肛门畸形(anorectal malformation)是新生儿常见的消化道畸形, 发病率为 1/1 500~1/5 000, 其发病、预后与直肠末端肠壁内神经系统的发育异常相关, 出生后患儿在正常肛门位置无肛门开口, 可引起不同程度的肠梗阻, 根据直肠盲端相对于肛提肌的位置, 将先天性直肠肛门畸形分为高位、中位和低位 3 种类型^[1-2]。随着腹腔镜技术的发展, 腹腔镜手术也逐渐应用到先天性直肠肛门畸形的治疗中^[3-5]。腹腔镜下肛门成形术(laparoscopically assisted anorectal pullthrough)相对传统的后矢状入路肛门成形术具有很大的优越性, 但术后会发生低体温、腹腔感染、直肠回缩、直肠黏膜外翻等并发症, 影响手术

效果及切口愈合, 远期可发生大便失禁, 严重影响患儿和家庭后续生活质量^[6]。因此, 早期识别腹腔镜下肛门成形术的并发症并及早干预非常重要。2010 年 1 月至 2018 年 7 月, 浙江大学医学院附属儿童医院对 138 例直肠肛门畸形患儿行腹腔镜下肛门成形术, 经积极预防及治疗护理, 患儿恢复良好。现将护理报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 138 例, 均为男性, 年龄 35~126 d, 平均 (52. 62±27. 31) d, 均因肛门闭锁入院, 入院后完善各项检查, 如心电图、心脏超声、胸片、倒腹部立位片, 确诊后立即行一期结肠造口术, 其中 81 例横结肠造口术、57 例乙状结肠造口术, 经术后 1~3 个月的合理喂养后, 患儿生命体征平稳, 营养状况良好, 行二期腹腔镜下肛门成形术, 三期再行造口还纳术。

作者简介: 赵杭燕(1980-), 女, 本科, 主管护师, 护士长。

收稿日期: 2019-03-04

通信作者: 陈朔晖, chesh2@zju.edu.cn

基金项目: 2017 年浙江省教育厅一般科研项目, 编号 Y201738817