

第二产程分阶段体位管理对分娩影响的临床研究

黄 怡

江永县人民医院 湖南永州 425400

[摘要] 目的 研究第二产程分阶段体位管理对分娩影响的临床效果。**方法** 从我院进行分娩的初产妇中随机选取出 120 例, 根据不同的体位管理法, 将 120 例初产妇分为对照组和观察组, 每组各 60 例。在第二产程, 对照组初产妇采取膀胱截石仰卧位或常规仰卧位进行分娩, 观察组初产妇采用分阶段体位管理, 观察两组初产妇的第二产程时间、生殖道受损情况、剖宫产率、自主用力时间、产妇满意度。**结果** 观察组初产妇的第二产程时间、生殖道受损情况、剖宫产率、自主用力时间均少于对照组, 其产妇满意度高于对照组。两组初产妇在第二产程时间、生殖道受损情况、剖宫产率、自主用力时间、产妇满意度的比较差异 $P < 0.05$, 有统计学意义。**结论** 在第二产程应用分阶段体位管理产妇, 可以减少第二产程时间, 使产妇生殖道减少损伤, 提高顺产率, 值得推广应用。

[关键词] 分阶段体位管理; 第二产程; 分娩

[中图分类号] R473.71

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 02-255-02

本文认为在第二产程, 可以应用分阶段体位管理产妇, 分开对待分娩体位和待产体位^[1]。产妇在待产时, 各种体位都可以被灵活运用, 以便产妇找到最适合用力的体位。产妇在分娩时, 在产床上可以采取俯卧位、半卧位、平卧位、侧卧位, 既有利于产妇顺利分娩, 也利于助产士进程接生操作。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

我院进行分娩的初产妇中随机选取出 120 例, 根据不同的体位管理法, 将 120 例初产妇分为对照组和观察组, 每组各 60 例。所有初产妇均行 B 超检查, 均是单胎头位, 测量其骨盆内外均正常。对照组初产妇年龄 23-39 岁, 平均年龄 (31 ± 2.5) 岁, 孕周 36-42 周, 平均孕周 (39 ± 3) 周, 预计胎儿体重 2.3-3.8 kg, 预计胎儿平均体重 (3.05 ± 0.75) kg。观察组初产妇年龄 22-38 岁, 平均年龄 (30 ± 8) 岁, 孕周 36-42 周, 平均孕周 (39 ± 3) 周, 预计胎儿体重 2.4-4.0 kg, 预计胎儿平均体重 (3.2 ± 0.8) kg。两组初产妇的一般资料经过比较没有明显差异, $P > 0.05$, 没有统计学意义, 有可比性。

1.2 排除标准

(1) 头盆不称; (2) 脐带脱垂; (3) 宫内胎儿窘迫; (4) 软产道异常, 使宫口扩张、胎头下降受到阻碍; (5) 胎位异常; (6) 重要脏器不全; (7) 胎膜早破; (8) 伴有糖尿病、心脏病、高血压^[2]。

1.3 方法

在第二产程中, 给予产妇常规护理, 及时补充产妇充足的营养和水分, 并给予产妇心理支持, 在自主用力期间指导产妇用力, 防止过度消耗体力。对照组初产妇采取膀胱截石仰卧位或常规仰卧位进行分娩^[3]。观察组初产妇采用分阶段体位管理即产妇的宫口全开后, 产妇可按照舒适度, 选择适合用力的体位, 可借助分娩车、分娩球、分娩凳, 可采取坐位、蹲位、侧卧位、仰卧位, 在宫缩间歇期可以休息或自由活动。在间歇期要对胎心音进行监测, 如果胎心音出现异常, 可变换体位再评估。当胎头露出 4cm*4cm 后, 产妇可采取俯卧位、半卧位、侧卧位、平卧位, 由助产士接生^[4]。

1.4 观察指标

观察两组初产妇的第二产程时间、生殖道受损情况、剖宫产率、自主用力时间、产妇满意度。院内自制满意度调查表对产妇的满意度进行调查, 包括 20 个调查项目, 分为 1-5 级, 5 级为极度满意、4 级为很满意、3 级为满意、2 级为有点满意、1 级为不满意。

1.5 统计学方法

应用 SPSS19.0 软件对所得数据进行统计处理与分析, 用 $n/\%$ 表示计数资料, 用 χ^2 检验计数资料, 用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, 用 t 检验计量资料, 差异明显, $P < 0.05$, 有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组初产妇的分娩方式

对照组中有 30 例初产妇进行自然分娩、10 例初产妇进行阴道助产、20 例初产妇进行剖宫产, 对照组的剖宫产率是 33.3%, 观察组中有 40 例初产妇进行自然分娩、15 例初产妇进行阴道助产、5 例初

产妇进行剖宫产, 观察组的剖宫产率是 8.3%。两组初产妇在剖宫产率的比较具有明显差异, $P < 0.05$, 有统计学意义。具体数据见表 1 所示。

表 1: 比较两组初产妇的分娩方式 ($n/\%$)

组别	例数	阴道分娩		剖宫产
		阴道助产	自然分娩	
对照组	60	10 (16.7)	30 (50.0)	20 (33.3)
观察组	60	15 (25.0)	40 (66.7)	5 (8.3)

注: $P < 0.05$

2.2 比较两组初产妇的生殖道受损情况

对照组初产妇的宫颈裂伤 I 度裂伤、II 度裂伤的情况多于观察组, 两组初产妇在生殖道受损情况的比较具有明显差异, $P < 0.05$, 有统计学意义。具体数据见表 2 所示。

表 2: 两组初产妇的生殖道受损情况 ($n/\%$)

组别	例数	宫颈裂伤	会阴侧切	会阴裂伤	
				I 度裂伤	II 度裂伤
对照组	60	25 (41.7)	15 (25.0)	10 (16.7)	5 (8.3)
观察组	60	10 (16.7)	5 (8.3)	8 (13.4)	3 (5.0)

注: $P < 0.05$

2.3 比较两组初产妇的产妇满意度、自主用力时间、第二产程时间

观察组初产妇的自主用力时间、第二产程时间均少于对照组, 其产妇满意度高于对照组。两组初产妇在产妇满意度、自主用力时间、第二产程时间的比较具有明显差异, $P < 0.05$, 有统计学意义。具体数据见表 3 所示。

表 3: 两组初产妇的产妇满意度、自主用力时间、第二产程时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产妇满意度 (分)	自主用力时间 (min)	第二产程时间 (min)
对照组	60	85.5 $\pm$ 5.9	49.6 $\pm$ 6.7	60.7 $\pm$ 6.8
观察组	60	98.5 $\pm$ 6.2	32.4 $\pm$ 3.5	40.4 $\pm$ 3.5

注: $P < 0.05$

3 讨论

在宫口全开到分娩出胎儿的过程为第二产程, 在分娩过程中, 第二产程是关键时期, 一般初产妇会经历 1-2 小时^[5]。在第二产程中, 膀胱截石仰卧位是传统的体位, 使用该体位可以将手术视野充分显示, 并方便助产士进行接产操作和抢救突发情况。但膀胱截石仰卧位不容易使产妇用力, 会加大分娩难度, 且会压迫产妇的盆腔血管、下腔静脉、腹主动脉, 减少循环血量, 减少胎盘血供, 使宫内的胎儿增加窘迫, 增加新生儿的窒息率。近些年临床有新的研究指出产妇在分娩时可以采取自由体位、坐位、立位、蹲位、跪位、卧位等多种体位。坐位、立位、蹲位均符合生理体位有利于产妇在分娩时用力, 但助产士不方便接产胎儿。

本文对我院进行分娩的初产妇使用不同的体位进行分娩, 应用分阶段体位管理的初产妇的剖宫产率 8.3% 明显低于进行膀胱截石仰卧位或常规仰卧位的初产妇的剖宫产率 33.3%, 其产妇满意度

(下转第 257 页)

者可给予药物治疗方法;伴宫颈上皮内瘤样病变Ⅰ级或Ⅱ级以及各种糜烂的患者可给予物理治疗方法;伴宫颈上皮内瘤样病变Ⅲ级和Ⅳ级以上患者可给予手术方法治疗。其中数物理疗法最可靠,它主要是利用高温/低温迫使糜烂的组织坏死、凝固和脱落,最后通过上皮修复和组织增生治愈,其方法主要包括激光、微波、红外线、冷冻和热烙等等。不过已经有很多学者研究指出,以上物理治疗方法阴道出血、排液等副反应较多^[4],此疗法虽可治愈,但不能根本上改善和减少术后并发症,严重影响患者预后。

聚焦超声治疗亦可归为物理范畴,不过其与别的现有物理疗法在原理、病变组织治疗部位以及程度等有很大差别。能量可穿透表层组织直接聚焦于预设的靶区组织,作用于表皮以下特定深度,且深度可用焦距控制。另外可以调整辐照剂量来控制病变组织的破坏程度,达到不一样的效果,与别的物理疗法单一损伤有很大区别。基于上述分析,聚焦超声治疗慢性宫颈炎拥有如下优势:①基本为无创治疗,无辐照组织急性坏死情况,安全性高;②不损伤表皮组织,没有其他物理治疗方法出现的脱落、结痂以及上皮修复等过程,因而组织坏死引起的局部感染以及阴道出血等情况不会出现,患者康复快;③聚焦超

声治疗后只出现一过性水肿和充血的情况,无明显阴道排液。

超声生物学效应的有关文献提,聚焦超声的声学参数和组织声学特性均可影响聚焦超声的治疗效果,在相关声学参数一定的情况下,组织超声能量沉积或治疗效果只与辐照时间和组织声学特性有关^[5]。

综上,经过本次研究证实,聚焦超声单次治疗对慢性宫颈炎具有很好的临床效果;辐照时间依据糜烂面积与不同组织声能量沉积的差异来确定,让整个治疗过程更加可控,提高了临床效果。

[参考文献]

- [1] 陈锦云,周德平,刘玉明.聚焦超声与激光治疗慢性宫颈炎的对比较研究[J].中国超声医学杂志,2013,24(3):285-287.
- [2] 乐杰.妇产科学.6版.北京:人民卫生出版社,2005:265-267.
- [3] 胡静,韩腊娥,王冬芹.聚焦超声联合云南白药治疗慢性宫颈炎的临床观察[J].时珍国医国药,2013,24(3):683-685.
- [4] 张翊燕,阮素华.超声聚焦治疗慢性宫颈炎临床效果观察[J].中国当代医药,2012,19(17):187-188.
- [5] 李发琪,张楠,杜永洪,等.高强度聚焦超声治疗剂量对组织升温影响的研究[J].生物医学工程学杂志,2003,20:466-471.

(上接第 252 页)

来说,米非司酮治疗子宫内膜异位症安全性高,副作用少,价格低,经济有效,跟其他药物比较,有明显的优势^[6-7]。

本研究中,常规组应用药物孕三烯酮治疗,米非司酮组应用药物米非司酮治疗,结果显示,米非司酮组患者疾病治疗效果高于常规组, $P < 0.05$;米非司酮组谷丙转氨酶升高等不良反应发生率低于常规组, $P < 0.05$ 。治疗前两组内膜情况、内分泌激素水平比较无显著差异, $P > 0.05$ 。治疗后米非司酮组内膜情况、内分泌激素水平改善幅度更大, $P < 0.05$ 。

综上所述,子宫内膜异位症应用药物米非司酮治疗的效果确切,可有效改善患者临床症状,调节内分泌,改善激素水平,无严重不良反应,安全有效,可推广应用。

[参考文献]

- [1] 贾小丽.子宫内膜异位症应用米非司酮治疗的应用意义[J].实用妇科内分泌电子杂志,2016,3(7):62-62,64.

(上接第 253 页)

[参考文献]

- [1] 欧阳君.不同剂量米非司酮配伍米索前列醇药物在晚期妊娠引产中的临床观察[J].国际医药卫生导报,2012,18(10):1470-1472.
- [2] 卢丽萍.米非司酮联合乳酸依沙吖啶在中晚期妊娠引产中的临床疗效观察[J].当代医学,2012,18(12):152-153.
- [3] 杨芸.米非司酮与催产素在晚期妊娠引产中的应用[J].中国社

- [2] 陆宁.米非司酮联合桂枝茯苓与戈舍瑞林用于子宫内膜异位症临床疗效回顾分析[J].中国血液流变学杂志,2015,25(3):342-344,383.
- [3] 张丽红.子宫内膜异位症应用米非司酮治疗的效果及作用机制初步分析[J].中国现代药物应用,2016,10(13):196-197.
- [4] 蒋莹,黄利红.米非司酮对子宫腺肌病患者在位和异位内膜组织中多向生长因子表达的影响[J].广东医学,2010,31(21):2808-2810.
- [5] 罗胜田,尹艳英,李娜等.腹腔镜联合药物对子宫内膜异位症患者手术前后IFN- γ /IL-4的影响机制研究[J].中国医药导报,2012,09(21):53-54,59.
- [6] 赵丹阳,刘新华,杨建梅等.超声引导下穿刺注射无水乙醇联合米非司酮治疗绝经期子宫内膜异位症的疗效评价[J].中国医学物理学杂志,2015,32(2):298-300.
- [7] 刘素梅,邱玉琴.米非司酮治疗子宫内膜异位症的临床疗效及作用机制探讨[J].基层医学论坛,2015,19(35):4941-4942.

区医师,2016,32(29):58-58,60.

- [4] 邓霞梅,罗运山,钟永红等.三种引产方式在中晚期妊娠引产中的应用效果分析[J].中国当代医药,2014,21(33):20-22.
- [5] 胡珊,胡燕.米索前列醇与催产素在晚期妊娠引产中的应用分析[J].重庆医学,2012,41(17):1687-1688,1692.
- [6] 刘珺,高洁兰.晚期妊娠引产中米索前列醇与催产素的临床价值分析[J].中外医疗,2013,32(7):100,102.

(上接第 254 页)

< 0.05)。说明雌激素乳膏联合甲硝唑治疗老年性阴道炎的疗效显著,患者各项临床症状均得到明显改善,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 张勤连.复方甲硝唑阴道栓治疗阴道炎的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2015,8(15):66-67.
- [2] 黄德宁,张云.妇科洗剂联合保妇康栓治疗老年性阴道炎的观

察[J].中西医结合杂志,2013,19(22):1110-1112.

- [3] 姚方华.复方甲硝唑阴道栓治疗 3 种阴道炎的临床价值研究[J].中国医药指南,2015,13(13):113-114.
- [4] 叶辉.甲硝唑联合小剂量雌激素治疗萎缩性阴道炎的疗效研究[J].现代诊断与治疗,2015,26(5):1017-1018.
- [5] 许华,于学兰.复方甲硝唑阴道栓治疗滴虫性阴道炎疗效观察[J].中国医药导报,2010,7(21):132-133.

(上接第 255 页)

(98.5 $\pm$ 6.2)分也明显高于进行膀胱截石仰卧位或常规仰卧位的初产妇的产妇满意度(85.5 $\pm$ 5.9)分,且其自主用力时间、第二产程时间、生殖道受损情况也明显少于进行膀胱截石仰卧位或常规仰卧位的初产妇,研究发现在第二产程应用分阶段体位管理产妇,可以减少第二产程时间,使产妇生殖道减少损伤,提高顺产率,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 区彩庆,黄莉,魏晓儒,唐春柳.基层医院开展产妇产时分娩体位管理的临床研究[J].全科护理,2016,09(07):949-951.

[2] 诸媛.新型分娩体位在第二产程的应用研究[J].科技视界,2016,09(05):294-311.

- [3] 祁志宇,张殿尧,党翠玲,霍丽敏.产时合理选择分娩体位及自然娩肩对妊娠结局和母体产后恢复的临床研究[J].河北医药,2016,08(06):1215-1219.
- [4] 林明影,陈求珠,陈垂海.分阶段体位管理联合王不留行籽穴位按压对初产妇分娩的影响[J].护理研究,2016,25(09):3187-3189.
- [5] 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,2016,05(04):523-525.