

体位管理在产程观察中的应用探讨

施慧萍

上海市宝山区中西医结合医院, 上海 201900

摘要: 目的 探讨实施体位管理用于改变持续性枕后位和枕横位的临床效果。方法 选取我院 2018 年 1~12 月 200 例临产后持续性枕后位和枕横位的产妇, 随机分为两组, 观察组(改变体位组) 100 例, 对照组(常规体位组) 100 例。结果 观察组总产程、手术助产、产后出血率明显少于对照组。结论 产程观察过程中出现持续性枕后位和枕横位及时实施体位管理可缩短产程, 减少难产, 降低手术率, 提高阴道分娩质量。

关键词: 产程观察; 持续性枕后位、枕横位; 体位

随着围产医学的不断发展, 人们对剖宫产术后并发症所带来的人体伤害认识逐步提高, 头位难产是难产常见因素之一, 其中又以持续性枕后位和枕横位多见。它可使产妇疲劳, 易发生产程延长、滞产、胎儿宫内窘迫, 对母儿影响较大。临床上往往以剖宫产或手术助产结束分娩, 因此, 如何选择最合适的体位以提高分娩质量、增加产妇舒适度、减轻产妇痛苦成为提高产科质量的课题之一。

助产人员除了要为产妇提供新的产时服务模式外, 还必须提高对头位难产的认识, 降低头位难产的发生率, 为此, 我院自 2018 年起对孕妇产时实施体位管理, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2018 年 1 月~12 月经阴道试产的持续性枕后位、枕横位产妇 200 例, 随机分为观察组(改变体位组) 和对照组(常规体位组) 各 100 例。

纳入标准: ①单胎头位, 临产后经阴道检查为枕后位、枕横位; ②初产妇, 年龄 22 岁~35 岁, 孕周 37 周~42 周; ③头盆相称, 估计胎儿体重 <4000g; ④无内外科疾病、妊娠合并症及并发症; ⑤胎头已衔接。

1.2 方法

(1) 观察组: 按产程常规处理, 做好分娩宣教及心理护理, 解除紧张焦虑情绪, 鼓励产妇增强分娩信心, 对助产人员产生信任感, 提高处置依从性; 合理补充水分和饮食, 注意适当休息, 以保持充沛的体力; 及时排空膀胱, 以利胎头下降; 适时破膜, 宫颈水肿者行封闭; 宫缩乏力者, 静滴催产素。进入活跃期后, 宫口开大 3~5cm 时, 经阴道检查, 发现枕后位或枕横位时, 产妇取胎背对侧的侧卧位, 即产妇侧卧腰部, 含胸屈膝, 将上方大腿上收至与产轴脊柱纵轴约成 90° 角, 下方大腿伸直, 腹前侧壁尽量贴向床面。宫口开全后, 宫缩时, 嘱产妇取半卧屈腿外展式, 即双手抱膝, 使髋关节和膝关节高度屈曲, 膝部尽可能靠近胸部。观察记录产程进展和胎心变化。

(2) 对照组: 产妇按上述产程常规处理, 不作体位指导, 取自觉舒适的随意体位, 同样观察记录产程进展和胎心变化。

1.3 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验对两组间的数值进行比较, 检验水准 $\alpha = 0.05$, 计数资料采用 χ^2 检验, 当 $P < 0.05$ 时有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇各产程平均时间比较 见表 1

表 1 两组产妇各产程平均时间分析

组别	N (例)	第一产程 (分钟)	第二产程 (分钟)	第三产程 (分钟)
观察组	88	322±14.16	40±2.87	9±2.78
对照组	71	397±13.21	62±4.11	10±3.66
t 值		34.46	38.21	1.9
P 值		<0.05	<0.05	>0.05

(备注: 剖宫产者不计入内)

表 1 显示: 观察组与对照组第一、第二产程时间有显著差异, 而第三产程两组体位无变化, 差异不显著, 充分表明体位管理可明显缩短第一、二产程时间。

2.2 两组产妇分娩方式比较 见表 2

表 2 两组产妇分娩方式分析比较

组别	N (例)	顺产 例数 %	阴道助产 例数 %	剖宫产 例数 %
观察组	100	88 88.0	1 1.0	11 11.0
对照组	100	71 71.0	2 2.0	27 27.0
χ^2 值		8.87		
P 值		<0.05		

表 2 显示: 观察组的产妇自然分娩率高, 手术产率低; 对照组的产妇自然分娩率低, 手术产率高。经统计学处理, 两组差异有显著性。

3 讨论

产力、产道、胎儿和精神心理因素是决定分娩的重要因素。其中, 产道、胎儿为固定因素不可改变, 但胎方位和产力在分娩过程中可依赖正确的体位管理实现利于自然分娩的变化。

分娩过程中, 胎儿由于受各种力的相互作用, 处于相对静止或转动状态, 悬浮在羊水水中的胎儿, 受自身体重和羊水浮力的影响, 使胎儿沿自身纵轴产生旋转^①。凌萝达^②认为, 胎头以枕横位衔接者占大多数, 枕后位次之, 枕前位最少, 胎儿能否以枕前位娩出, 胎头的内旋转机制十分重要。枕后位、枕横位时, 产妇取胎儿脊柱对侧侧卧位, 可以综合胎儿自身重力、羊水浮力及宫缩形成的偶力作用, 使胎儿背部靠近母体脊柱, 向产妇腹部前方的方向移动, 进而带动胎头枕部向前旋转, 在间歇性宫缩作用和胎头下降作用下, 促使胎方位逐渐转至最有利的枕前位经阴道分娩^③; 宫口开全后, 胎头位于坐骨棘平面以下, 胎儿重力和羊水浮力对胎方位影响减少, 而枕后位的胎头多于棘下 1cm~3cm 或拔露时仍处于旋转状态。此时, 取半卧双手抱膝位, 胎儿纵轴与产轴一致, 骨盆出口前后径增大, 有利于胎头下降和俯屈。

本次研究结果提示: 观察组的产程短, 手术率低, 不增加产后出血及新生儿窒息发生率。

由此可见, 临产后及早发现持续性枕后位和枕横位, 予以合适的体位管理可有效矫正胎方位, 减少难产, 降低手术率, 提高产妇分娩质量, 临床应用简便, 易于推广。

参考文献

- [1] 白晓霞, 田亚丽. 阴道手法旋转胎头纠正胎方位异常临床分析[J]. 宁夏医学杂志, 2012, 34(3): 234-235.
- [2] 姚伟英. 分娩期体位护理干预对矫正胎方位异常的临床分析[J]. 医药前沿, 2014(15): 59-60.
- [3] 凌萝达. 重视头位难产[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1994(04): 194-195.
- [4] 范福香, 李家凤. 产妇产时体位在难产中的作用, 山西医科大学学报, 2000, 31(1): 256.