

出血量、胎盘滞留和会阴切开术对产后败血症发病率的影响

Sheryl Putri Asri* Soetimah

印尼高等健康科学学院 Jln.Harapan Nomor 50 Lenteng Agung 印度尼西亚 南雅加达 12610

【摘要】：据估计，60%的孕产妇死亡发生在分娩后，50%的产褥期死亡发生在头24小时。本研究旨在了解产后败血症病例中出血量、胎盘滞留与会阴切开术之间的关系。采用了分析性描述方法和横断面方法。本次研究的人群是2017年10月至12月在RSAB Harapan Kita Jakarta Barat的罹患产后败血症的产后母亲，共85人。采用随机抽样法，共有32名被调查者。本研究采用病历与问卷进行调查，使用卡方分析法。资料分析具有单变量和双变量的性质，即了解出血量、滞留胎盘和会阴切开术与产后败血症病例之间的关系。这项研究显示了产后败血症与出血量之间的关系， p 值（0.035），OR（7.200）；与滞留胎盘变量之间存在相关性， p 值（0.035），OR值（7.200）；会阴切开术变量与产后败血症病例无关， p 值（0.142），OR（3.500）。研究人员建议RSAB Harapan Kita提高其卫生服务的质量，主要是宣传信息，并对产妇进行各种分娩并发症的教育，如出血和滞留胎盘，以及败血症产妇的风险。

【关键词】：会阴切开术；出血；败血症；胎盘滞留

1 引言

根据2014年世界卫生组织（WHO）的报告，世界孕产妇死亡率（MMR）为28.9万人。一些国家的孕产妇死亡率相当高，如撒哈拉以南非洲地区有17.9万人，南亚有6.9万人，东南亚有1.6万人。东南亚国家的孕产妇死亡率为印度尼西亚每10万活产190人，越南每10万活产49人，泰国每10万活产26人，文莱每10万活产27人，马来西亚每10万活产29人。

作为一个发展中国家，印度尼西亚的孕产妇死亡率仍然很高。印度尼西亚人口和健康调查（IDHS）中的BPS数据（2003年、2008年和2013年）结果显示，2002/2003年，孕产妇死亡率为每10万人307例，2007年IDHS数据显示降至每10万人228例。此外，在2012年IDHS的基础上，这一数字再次上升至每10万人359例。根据2015年人口普查（IPS）结果，2015年孕产妇死亡率（MMR）下降至每10万活产305人。

孕产妇死亡人数最多的是东雅加达和西雅加达。而在千岛群岛，2014年没有发现孕产妇死亡。导致几乎三分之二的孕产妇死亡的直接原因有出血（25%）、感染或败血症（15%）、子痫（12%）、不安全流产（13%）、难产（8%）以及其他直接原因，如宫外孕、栓塞和麻醉相关问题（8%）。相比之下，间接原因导致另外三分之一的孕产妇死亡，即由怀孕或分娩前存在并随着怀孕或分娩而恶化的疾病或其他并发症引起的疾病，如心脏病、高血压、糖尿病、肝炎、贫血、疟疾或艾滋病。

产妇死亡的原因很复杂，可分为产科并发症、保健、社

会和经济因素。产科并发症的因素包括由于助产过程不具备无菌和消毒条件而引发的产褥感染。据估计，60%的孕产妇死亡发生在分娩后，50%的产后死亡发生在头24小时内。在印度尼西亚全国范围内，产褥期感染的发生率达到2.7%，其中0.7%发展为急性感染。因此，产后护理是必要的，因为这对母亲和婴儿都至关重要。

产褥期感染导致印度尼西亚产妇死亡率和发病率高，占产后母亲总数的38%。在印度尼西亚，产褥感染占产科疾病直接原因的10%，占所有产妇死亡的8%。

产妇死亡可能是由产妇对产前和产后问题、卫生保健因素、营养因素、产后败血症和年龄（出血、妊娠中毒、产道损伤和血栓栓塞）的了解不足造成的。

同时，根据Manuaba的说法，主要死亡原因是怀孕期间的出血、感染和中毒以及转诊系统的延误。

产褥期感染如果得不到迅速和集中的治疗，会造成感染扩散到母亲的其他器官，导致母亲死亡。这是产妇死亡的因素之一。

根据2017年4月11日西雅加达RSAB Harapan Kita进行的初步研究，2015年，在850例分娩中，有102例产后败血症（12%）。2016年，在835例分娩中，有98例（11.7%）。作者在医院采访了8位产后妈妈，其中3名没有产后败血症。而罹患产后败血症的5名受访者中，其中3名是由会阴切开术引起的。受访者承认，当个人卫生导致缝线变得潮湿和发炎时，她们害怕用毛巾或纸巾按压缝线。一名受试者因先前少量胎盘滞留引发出血而出现产后败血症，另一名受试者因子宫收缩不良而出血。

根据上述初步研究,8名受访者中有5名(62.3%)患有败血症。2017年,在RSAB Harapan Kita,出血量、胎盘滞留和会阴切开术与产后败血症的发生率之间存在关系。

本研究的目的是确定出血量、胎盘滞留和会阴切开术与2017年RSAB Harapan Kita产后败血症发病率之间的关系。

进行这项研究是因为RSAB Harapan Kita的产后败血症发病率仍然相对较高,约为42.5%。本研究采用非实验性的定量描述性研究方法和横断面研究方法。使用了随机抽样,85人中研究样本32名。本研究的数据管理采用SPSS计算机应用软件。受试者是2017年10月至12月在RSAB Harapan Kita罹患产后败血症的产后母亲。待研究的因变量是产褥败血症的发生率,待研究的自变量是出血量、胎盘滞留和会阴切开术。

2 方法

本研究采用了描述性-分析性研究设计,即旨在确定出血量、胎盘滞留和会阴切开术与产后败血症发病率之间关系。本研究中要分析的变量是因变量,即产后败血症的发生率,观察自变量,即出血量、胎盘滞留和会阴切开术。本研究使用横截面研究,在自变量和因变量之间同时(一次)进行测量或观察。

这项研究于2017年10月至12月在西雅加达RSAB Harapan Kita进行。人群由具备研究人员确定要研究的特定品质和特征的对象/主体组成,然后得出结论。本研究中的群体是2017年在RSAB Harapan Kita Jakarta Barat所有罹患产后败血症的母亲,多达85人。本研究中样本为32位患有产后败血症的母亲,通过随机抽样获得。这是基于当时碰巧存在的案例或受访者的样本,该样本在正在进行的研究背景下可以在某个地方获得。

取样需要采取的步骤是确定研究目标、研究人群、所需数据类型、确定取样技术、样本大小、所需样本单位和选择样本。

样本要求使样本的特征不偏离总体。还必须确定纳入和排除标准。纳入标准是被抽样人群的每个成员必须满足的标准或特征。本研究的纳入标准是在RSAB Harapan Kita Jakarta Barat接受治疗的患产后败血症的产妇,且记录在病历中。非纳入标准不纳入本研究:未在西雅加达Harapan Kita医院接受治疗的患有产后败血症的产妇。排除标准是不能用作本研究的人群成员的标准或特征。本研究中的排除标准是没有经历产后败血症的产后妇女和患有产后败血症但拒绝成为西雅加达Harapan Kita医院受访者的产后妇女。

在将仪器或测量仪器用于研究之前,首先通过测试有效性和可靠性来进行问卷测试。在这项研究中,该工具的有效性使用计算机SPSS 23程序进行测试。

有效性是表明测量仪器测量被测对象的指标。可靠性是用来表明测量仪器可以被信任或可靠程度的指标。

本研究的标题为“出血量、胎盘滞留和会阴切开术与2017年西雅加达RSAB Harapan Kita产后败血症发病率之间的关系”,使用的数据是向受访者提供直接问卷调查和来自登记册的医疗记录,在西雅加达Harapan Kita医院的产后室进行。研究人员首先向西雅加达RSAB Harapan Kita申请研究教育机构的许可,获得许可后,研究人员在西雅加达RSAB Harapan Kita的产后室收集数据。

使用计算机程序处理数据。输入数据,然后对输入的数据进行编码,编码给由几个类别组成的数据一个数字代码或数字,检查要管理的数据。开展这项活动是为了使获得的数据与现有数据保持一致,清理是重新检查已经输入的数据以确保没有错误。录入计算机的过程可能存在错误,在这个清理过程中,请一个朋友帮忙再次更正可能的错误,准确的数据已通过编码、检查阶段,并完成清理以待处理。

在健康研究中,研究者经常需要分析分类变量之间的关系,该分析旨在检验两个或多个样本组的比例差异。在这种情况下,实际使用的测试是卡方检验。由于数据用于分类数据,这项研究使用卡方检验。

数据分析是处理、展示、解释和分析从现场获得的数据的过程,这是为了让读者了解研究结果。

对研究结果中的每个变量进行单变量分析,用频率分布表示。分析结果以表格形式呈现,旨在查看所有研究变量的频率分布。

双变量分析用于查看自变量和因变量之间的关系,旨在确定自变量(出血量、胎盘滞留和会阴切开术)和因变量(产后败血症的发生率)之间是否存在关系。通过卡方检验,获得P值,其显著性水平为0.05。 $P < 0.05$,则两个变量显著相关,意味着拒绝 H_0 和接受 H_a ;如果 $P > 0.05$,则无显著意义,意味着 H_0 被接受, H_a 被拒绝。

卡方检验中使用的标准具有0.05的显著性水平。如果 $P < 0.05$,则因变量和自变量之间存在显著关系; $P > 0.05$ 意味着因变量和自变量之间没有关系。同时,为了确定关系的密切程度或关系的强度,使用了优势比(OR)。

说明以叙述方式呈现,以促进对研究结果的理解。解释

了2017年在西雅加达 Harapan Kita 医院,出血量、胎盘滞留和会阴切开术与产后败血症之间的关系。

3 讨论

3.1 出血量与产褥败血症发病率的关系

统计测试结果显示,2017年在西雅加达 Harapan Kita 医院,出血量和产后败血症的发病率之间存在关系, p 值为0.035,OR值(95%CI)=7.200(1.311-39.557),意味着出血500cc的母亲比出血<500cc的母亲患产后败血症的风险高7倍。

产褥感染是一种发生在分娩后的生殖道细菌感染,其特征是在分娩后的前10天(不包括最初的24小时)中有两天体温升高至38℃或更高。

这项研究符合 Wiknjosastro 的理论,产后出血会增加产后感染的可能性,那是因为子宫内的血管仍然开放,导致患者耐力下降。如果开放的血管有子宫收缩障碍,会抑制血管的闭合,导致大量血液流出,这会在产褥期引发感染。

这些结果是根据 Rahmawati 于2012年在 Sidoarjo 县进行的研究得出的,她在题为“2012年 Sidoarjo 县产后期间产妇死亡率的决定因素分析”的研究中表明, $P=0.001$,OR(95%CI)=9.48(2.66-33.78),这意味着分娩并发症出血与产褥期感染之间存在联系。分娩并发症,如出血,占产褥期感染的25%,并导致产妇死亡。这种出血会导致母亲失血过多;体温会升高以维持身体状况,如果不迅速治疗会导致死亡。

在 RSAB Harapan Kita Jakarta Barat,出血量与由许多因素引起的产后败血症的发生率有关,如分娩创伤、胎盘滞留、弛缓和凝血障碍。同时,产后出血可进一步由胎盘滞留引起。如果不立即处理出血源,将会出现损伤,导致细菌进入,降低身体的抵抗力,并可能迅速引起感染。体温升高和全身虚弱可能是出血引起的产后败血症的迹象。通过做好产前护理,从产妇怀孕时就可以预防出血的风险。怀孕期间保持均衡的食物摄入也可以预防贫血;食物摄入不足会引发分娩或产后出血。高危和有出血史的孕妇建议在医院分娩。

3.2 胎盘滞留对产后败血症发病率的关系

统计测试结果显示,2017年在西雅加达 Harapan Kita 医院,胎盘滞留与产后败血症的发生率之间存在关系, p 值为0.035,OR(95%CI)=7.200(1.311-39.557),这意味着与没有经历胎盘滞留的母亲相比,胎盘滞留的母亲患产后败血症的几率为7倍。

留下的胎盘滞留物被称为“胎盘滞留”或胎盘残余。胎

盘滞留的临床症状是子宫复旧不全,长期轻微出血,也可在停止一段时间后突然大量出血,下腹不适。

这项研究与 Manuaba 的理论一致,导致产妇胎盘滞留的因素有摄入量低、贫血、生育间隔少于两年和经产妇。可能发生的并发症有宫缩乏力、出血和产后败血症。预防胎盘滞留可以通过以下方法来实现:通过平衡饮食保持孕妇的足够摄入量,保持怀孕之间的时间距离不要太近,以及参加计划生育项目。

这些结果与 Yuliawati 于2015年在 Metro Lampun 市进行的一项名为“产后母亲的先兆子痫、滞留胎盘和宫缩乏力与产后感染发病率之间的关系”的研究中获得的结果没有太大差异,该研究的结果市 $P=0.033$,OR(95%CI)=8.982(1.090-74.036),这意味着滞留胎盘与产后败血症的发病率之间存在关系。滞留在子宫内的胎盘主要是由于子宫收缩较少或变弱引起。

在西雅加达 RSAB Harapan Kita 医院,胎盘滞留与产后败血症的发生率有关,因为处理胎盘滞留有可能导致产后败血症。胎盘组织的滞留会抑制子宫伤口的愈合,会干扰子宫收缩,并可能引发产后出血。因处理胎盘的其它部分而造成的伤口易于细菌或微生物的进入,从而导致产后败血症。细菌的进入会降低伤口愈合的有效性,并使伤口由于胎盘的其余部分发炎,从而导致感染。卫生工作者的工作之一是积极管理第三产程;这些措施包括肌肉注射10IU催产素,控制脐带的伸展,按摩子宫。这些方法可以减少胎盘滞留和产后出血的风险。

3.3 会阴切开术与产后败血症的关系

统计测试结果显示,2017年在西雅加达 Harapan Kita 医院,会阴切开术和产后败血症之间没有相关性, p 值为0.142,OR值(95%CI)为3.500(0.760-16.118),表明与做过会阴切开术的母亲相比,没有做过会阴切开术的母亲患产后败血症的几率为3.5倍。

会阴切开术是一种会阴切口,它切开阴道膜、处女膜环、直肠阴道隔组织、会阴肌肉和筋膜,并使会阴前的皮肤变宽,以利于分娩过程。

这项研究的结果与 Darmawati 于2013年在班达亚齐进行的题为“产后会阴伤口愈合时间与伤口愈合影响因素的关系”的研究结果不同,该研究获得的 p 值为0.000,意味着会阴切开伤口与产后败血症之间存在关系。会阴伤口会引起感染,从而导致会阴切口愈合延迟。

根据 Manuaba 的理论,进行会阴切开术是为了防止会阴

不受控制的撕裂，这种撕裂会由于产道损伤而引发出血。进行会阴切开术的正确时间是当婴儿的头部隆起 4-5 厘米，母亲因其头部隆起而用力，这样会阴切开术中的疼痛就消除了。会阴变薄，从而减少了出血的风险。

综上所述，在西雅加达 RSAB Harapan Kita，会阴切开术与产后败血症的发生率之间没有关系，因为会阴切开术不是导致产后败血症的唯一重要因素。如果接生工具符合预防感染的标准，就可以最大限度地降低产褥感染的可能性。如果会阴切开伤口护理不正确，会阴切开伤口可能会感染。合适的感染预防措施可以防止接受外阴切开术的产妇暴露于可能导致产后败血症的细菌或微生物。产妇保持会阴伤口护理和良好的个人卫生，以及含有大量蛋白质的均衡食物摄入，可以预防会阴切开术引起的会阴炎症。

4 结论

根据“出血量、胎盘滞留和会阴切开术与 2017 年西雅

加达 RSAB Harapan Kita 产后败血症发病率之间的关系”的研究结果，可以得出如下结论：西雅加达 Harapan Kita 医院的产后败血症发病率受几个变量的影响，包括出血量和胎盘滞留。出血量与产后败血症的发生率之间存在相关性， $P=0.035 < 0.05$ ，OR (95% CI) = 7.200 (1.311-39, 557)；胎盘滞留与产后败血症的发生率之间存在相关性， $P=0.035 < 0.05$ ，OR (95% CI) = 7.200 (1.311-39.557)；会阴切开术与产后败血症的发生率之间没有关系， $P=0.142 > 0.05$ ，OR (95% CI) = 3.500 (0.760-16.118)。

5 建议

希望 RSAB Harapan Kita 能够提高保健服务的质量，特别是向孕妇宣传有关各种分娩并发症的信息和提供咨询，如出血和胎盘滞留以及产后败血症的危险。希望未来的研究者可以用没有研究过的变量进行进一步的研究。

参考文献：

- [1] Elmeida I. (2014) Analisis Determinan Perdarahan Post Partum Di Rumah Sakit. Dalam Jurnal Keperawatan, Volume X, No. 2, Oktober.
- [2] Mariza A. (2016) Hubungan Pendidikan dan Sosial Ekonomi dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di BPS T Yohan Way Halim Bandar Lampung Tahun. Dalam Jurnal Kesehatan Holistik Vol 10, No 1, Januari.
- [3] Dinas K. P. (2015). Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2014. Jakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
- [4] Fibriana I. (2010). Three Delay Model Sebagai Salah Satu Determinan Kematian Ibu Di Kabupaten Cilacap. Dalam Jurnal Kesehatan Masyarakat KEMAS vol. 6.
- [5] Chapman, V. (2006) Asuhan Kebidanan Persalinan & Kelahiran (The Midwife's Labour and Birth Handbook). Jakarta: EGC.
- [6] Depkes. (2008). Pelatihan Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusu Dini. Jakarta: JNPK-KR.
- [7] Simarmata, O. S., Armagustini, Y., Bisara, D. (2012). Determinan Kejadian Komplikasi Persalinan di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007. Jurnal Ekologi Kesehatan Volume 11 Nomor 1 Maret.
- [8] Hapsari D. (2005). Kejadian Gangguan pada Masa Nifas Hubungannya dengan Penolong Persalinan. Dalam Media Litbang Kesehatan Volume XV Nomor 3 Tahun.
- [9] Sugiyono P. D. (2013). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- [10] Notoadmodjo S. (2011). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- [11] Martono N. (2010). Penelitian Kuantitatif. Jakarta: PT Raya Grafindo Persada.
- [12] Prawirohardjo S. (2009). Ilmu Kebidanan. Jakarta. YBP-SP.
- [13] Marliandiani, Y., & Ningrum, N. P. (2015). Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas dan Menyusui. Jakarta: Salemba Medika.
- [14] Rahmawati P. (2014). Analisis Determinan Kematian Maternal pada Masa Nifas di Kabupaten Sidoarjo Tahun. dalam Jurnal Berkala Epidemiologi. Vol. 2 no. 1. Januari.
- [15] Manuaba C. (2008). Gawat Darurat Obstetri Ginekologi Dan Obstetri Ginekologi Social Untuk Profesi Bidan. Jakarta: EGC.