

新产程标准与助产措施对产钳助产、 中转剖宫产和新生儿窒息发生率的影响

李容芳,徐燕媚,邓琼

(佛山市南海区第四人民医院产科,广东 佛山 528211)

【摘要】 目的 研究新产程标准与助产措施对产钳助产、中转剖宫产和新生儿窒息发生率的影响。方法 选取2014年8~12月于我院产房试产实施新产程标准与助产措施分娩的4 025例孕妇作为观察组,选择2014年3~7月实施旧产程标准分娩的3 986例孕妇作为对照组。比较两组孕妇的产钳助产、中转剖宫产、分娩并发症及新生儿窒息发生率的差异。结果 观察组孕妇的产钳助产率、中转剖宫产率分别为8.05%和0.97%,均明显低于对照组的9.91%和1.48%;自然分娩率为90.98%,明显高于对照组的88.61%,差异有统计学意义($P<0.05$);因胎儿窘迫产钳助产率为82.41%,明显高于对照组的66.08%,因缩短第二产程以及持续性枕位异常产钳助产率为14.51%和3.09%,明显低于对照组的23.04%和10.89%,差异有统计学意义($P<0.05$);因孕妇潜伏期延长、活跃期停滞剖宫产率为0和15.38%,明显低于对照组的10.17%和33.90%,头盆不对称的剖宫产率为33.33%,明显高于对照组的15.25%,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组和对照组孕妇产后出血、胎儿窘迫、新生儿窒息率分别为6.76%、15.48%、3.23%及6.62%、15.13%、3.11%,经比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论 新产程标准与助产措施的实施可以有效地降低孕妇产钳助产、中转剖宫产发生率,且未增加产后出血、新生儿窒息等并发症率。

【关键词】 新产程标准;助产措施;产钳助产;中转剖宫产;新生儿窒息

【中图分类号】 R719 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2017)19-3227-03

旧产程标准是1954年由Friedman提出用于协助分娩的管理模式,截至目前,已在中国应用几十年^[1]。随着产科技术的现代化进展,按该标准处理分娩极大地增加了产科干预和不必要的剖宫产率,致使其应用受到了一定的限制。故2014年7月国内妇产科分会专家组发布了新产程标准及处理的专家共识(简称新产程标准)^[2]。赵瑞芬等^[3]报道表明,新产程标准给予孕妇充分的时间试产,减少产程干预,有利于提高分娩质量。但也有专家认为,新标准过于放宽产程时限可能会影响到母婴安全^[4]。因此,本研究分析比较新产程标准与旧标准的分娩数据,目的在于探讨新产程标准与助产措施对产钳助产、中转剖宫产和新生儿窒息发生率的影响,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年8~12月按新产程标准与助产措施处理分娩的4 025例孕妇作为观察组,年龄19~40岁,平均(29.16±3.14)岁;孕周36~41周,平均(38.96±1.85)周;孕次1~6次,平均(1.41±0.57)次;新生儿体质量2.37~4.46 kg,平均(3.38±0.37) kg。另选择2014年3~7月按旧产程标准处理分娩的3 986例孕妇作为对照组,年龄20~39岁,平均(28.89±3.46)岁;孕周36~41周,平均(38.07±1.85)周;孕次1~6次,平均(1.38±0.60)次;新生儿体质量2.32~4.48 kg,平均(3.41±0.38) kg。两组一般临床资料经统计学比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。入组孕妇均为足月、单胎、头位,无阴道分娩禁忌证和分娩相关并发症。

1.2 研究方法 对照组孕妇按旧产程标准处理

分娩过程,将潜伏期延长(宫口扩张 <3 cm超过16 h)和活跃期停滞(宫口扩张 ≥ 3 cm超过2 h后停止扩张,先露无下降)作为剖宫产指征。而观察组孕妇按新产程标准与助产措施处理分娩过程:①参照新产程标准,潜伏期延长不作为剖宫产指征,活跃期停滞(宫口扩张 ≥ 6 cm超过4 h后停止扩张)作为剖宫产指征。对于第二产程延长的孕妇进行针对性的助产措施,助产士实施“一对一”的全程陪护,应要求孕妇及时排空膀胱,改变卧姿使上身立位,以充分试产。②心理护理:由于产程是一个动态、复杂的过程,助产者在孕妇产检时应向其介绍试产过程中可能出现的问题以及对策,以消除其心理顾虑。同时在产检时做到动作轻柔,并告知检查的目的和结果,与孕妇及其家属进行交流沟通,使其了解自身情况,以消除紧张情绪。③环境护理:保证室内环境舒适,空气清新,适当播放舒缓音乐,改善孕妇的呼吸方式。点燃香薰创造舒适的环境,同时也能缓解盆底压痛、宫缩痛,达到缓解疲劳的作用,以留有充足的自然分娩。④教育宣教:由于孕妇多数为初孕妇,缺少临床经验。因此孕妇进入产房后助产士应告知相关的分娩知识,如宫缩特点、分娩体位及技巧等,以增强助产者与孕妇在产程中的配合。

1.3 观察指标 观察并记录两组孕妇的分娩方式、分娩并发症、产钳助产术适应证和中转剖宫产指征。

1.4 统计学方法 应用SPSS21.0统计软件进行数据分析,计数资料比较采用 χ^2 检验;计量资料以均

数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用配对 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组孕妇的分娩方式比较 观察组孕妇产钳助产、中转剖宫产发生率低于对照组,自然分娩率高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组孕妇的分娩方式比较[例(%)]

组别	例数	产钳助产	中转剖宫产	自然分娩
观察组	4 025	324 (8.05)	39 (0.97)	3 662 (90.98)
对照组	3 986	395 (9.91)	59 (1.48)	3 532 (88.61)
χ^2 值		8.481	4.332	12.295
P 值		0.004	0.037	0.000

2.2 两组孕妇的分娩并发症比较 两组孕妇产后出血以及胎儿窘迫、新生儿窒息等分娩并发症发病率比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 2 两组孕妇的分娩并发症比较[例(%)]

组别	例数	产后出血	胎儿窘迫	新生儿窒息
观察组	4 025	272 (6.76)	623 (15.48)	130 (3.23)
对照组	3 986	264 (6.62)	603 (15.13)	124 (3.11)
χ^2 值		0.058	0.190	0.092
P 值		0.810	0.663	0.761

2.3 两组孕妇的产钳助产术适应证比较 观察组孕妇因胎儿窘迫产钳助产率高于对照组,缩短第二产程以及持续性枕位异常产钳助产率低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组孕妇的产钳助产术适应证比较[例(%)]

组别	例数	胎儿窘迫	缩短第二产程	持续性枕位异常
观察组	324	267 (82.41)	47 (14.51)	10 (3.09)
对照组	395	261 (66.08)	91 (23.04)	43 (10.89)
χ^2 值		24.336	8.354	15.859
P 值		0.000	0.004	0.000

2.4 两组孕妇的中转剖宫产指征比较 观察组孕妇潜伏期延长、活跃期停滞导致中转剖宫产率低于对照组,头盆不对称剖宫产率高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组在胎儿窘迫及其他方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 4。

表 4 两组孕妇的中转剖宫产指征比较[例(%)]

组别	例数	潜伏期延长	活跃期停滞	胎儿窘迫	头盆不对称	其他
观察组	39	0 (0)	6 (15.38)	14 (35.90)	13 (33.33)	6 (15.38)
对照组	59	6 (10.17)	20 (33.90)	19 (32.20)	9 (15.25)	5 (8.47)
χ^2 值		4.225	4.129	0.143	4.408	1.125
P 值		0.040	0.042	0.705	0.036	0.289

3 讨论

3.1 新产程标准与助产措施对产钳助产的影响 自然分娩是分娩方式的一种,它不仅有利于帮助新生儿完善免疫系统,提高抵抗力,而且有助于孕妇的产后修复,促进母乳喂养。但在自然分娩中可能出

现胎儿窘迫、第二产程延长以及持续性枕位不当等情况,为了确保母婴安全,尽早终止自然分娩十分必要。产钳助产是一种常见的助产方法,当孕妇第二产程延长或子宫收缩乏力时,产钳能有效、快速地助娩^[5]。但产钳也存在着一定的危险,如擦伤新生儿面部、损伤孕妇软产道等。在旧产程标准中,因严格控制产程时限而常需过早使用产钳助产,而在新产程标准中,因极大地放宽了产程时限,使得孕妇能充分试产,进而减少了人工干预^[6-7]。本研究结果显示,新产程标准后的产钳助产率明显降低,符合张浩等^[8-9]报道结果。究其原因,这可能是由于产程时限放宽,加之助产者的有效指导,从而使产钳干预手段实施率下降。因此,可以认为,胎儿窘迫、缩短第二产程、持续性枕位异常是产钳助产术适应证的主要指征,临床助产者应引起关注,以提高妊娠质量。

3.2 新产程标准与助产措施对中转剖宫产的影响 随着科学技术的快速发展,人们对自然分娩带来疼痛感的恐惧心理及对妊娠认知的不良,导致剖宫产呈逐年上升的趋势。有研究显示,无指征剖宫产孕妇的妊娠并发症发生率及死亡率均明显高于自然分娩孕妇^[10]。因此,采取可促进自然分娩的措施显得尤为重要。本研究结果发现,实施新产程标准后的中转剖宫产发生率由 1.48% 降至 0.97%,表明新产程标准能降低剖宫产率。同时,本研究也说明,新产程标准与助产措施能有效地降低中转剖宫产。笔者认为,这主要与新产程标准实施后试产时间过长有关。此外,新产程标准实施后,潜伏期延长不再作为剖宫产指征。这是因为新产程标准中潜伏期延长的定义改变,使得更多的孕妇位于潜伏期,而活跃期停滞导致的剖宫产率也明显降低,这使得孕妇有更多的时间试产,从而有利于降低剖宫产率。此外,新产程标准后头盆不对称导致的剖宫产率上升,笔者认为这可能是本院教育宣教使得更多的孕妇愿意尝试自然分娩。这也从侧面提示应更关注对孕妇难产的监测,给予其充分的关怀。两组因胎儿窘迫的剖宫产率均较高,因此正确诊断胎儿窘迫因引起临床重视。

3.3 新产程标准与助产措施对分娩并发症的影响 分娩是一个自然的生理过程,过度的产程干预可能会将分娩导入误区,给母婴带来较大的危害。本研究结果表明,实施新产程标准后产后出血、新生儿窒息、胎儿窘迫的发生率与旧标准比较无明显差异。提示新产程标准对妊娠的近期预后较好,符合闫思思等^[11]和盛浴澜等^[12]报道结果。需要指出的是,由于本文缺乏多中心的对比研究,新产程标准对孕妇远期预后的影响还需进一步深入探究。

综上所述,新产程标准与助产措施的实施可以有效地降低孕妇产钳助产、中转剖宫产的发生率,并且未增加产后出血、新生儿窒息等并发症发生率,值得临床推广应用。

围生期孕妇支原体感染与产后子宫内膜炎的关系

谢家滨, 陈光元, 黄平

(深圳市宝安区松岗人民医院妇科, 广东 深圳 518105)

【摘要】 目的 探讨围生期孕妇支原体感染与产后子宫内膜炎的关系。方法 选择2014年1月至2016年3月期间深圳市宝安区松岗人民医院收治的合并支原体感染的198例孕妇纳入观察组, 未合并生殖道感染的健康孕妇200例纳入对照组, 比较两组孕妇产后子宫内膜炎发生率以及不良妊娠结局发生情况。结果 观察组孕妇产后子宫内膜炎发生率为9.60%, 明显高于对照组的2.50%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组孕妇早产、胎膜早剥、新生儿肺炎发生率分别为10.10%、6.06%、5.05%, 明显高于对照组的3.00%、2.00%、1.50%, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 围生期支原体感染与产后子宫内膜炎的发生关系密切, 且增加不良妊娠结局发生的风险。

【关键词】 围生期孕妇; 支原体; 子宫内膜炎; 妊娠结局

【中图分类号】 R714.46 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2017)19-3229-02

子宫内膜炎是临床上妇产科的常见病与多发病之一, 分娩后由于其子宫颈部未完全关闭, 胎盘剥离后其剥离面开放, 阴道内病原体容易逆行感染而引起产后子宫内膜炎^[1]。产后子宫内膜炎主要临床症状包括盆腔疼痛、阴道不规则出血等, 且容易反复发作, 严重影响患者的生活质量。支原体属于条件致病菌, 是女性生殖道正常菌群的重要成分之一, 且近年来女性生殖道支原体的感染率也有不断上升的趋势^[2]。本研究旨在探讨围生期孕妇支原体感染与产后子宫内膜炎的关系, 并分析其对妊娠结局的影响, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择深圳市宝安区松岗人民医院于2014年1月至2016年3月期间收治的合并支原体感染的198例孕妇纳入观察组, 年龄23~39岁, 平均(27.4±4.8)岁; 孕周28~36周, 平均(31.3±4.8)周。排除合并衣原体感染、妊娠期高血压、妊娠期糖尿病、子宫

息肉、子宫内膜结核及恶性肿瘤者。选择同期未合并生殖道感染的健康孕妇200例纳入对照组, 年龄22~40岁, 平均(26.9±3.7)岁; 孕周29~37周, 平均(32.7±4.5)周。两组孕妇的年龄、孕周等一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 支原体检测方法 常规消毒外阴, 窥阴器扩张阴道, 使用无菌棉拭子擦净宫颈口分泌物, 再使用另一干净棉拭子探入宫颈口2~4 cm 旋转2周, 停留15~20 s 取出, 将带有宫颈分泌物及带柱状上皮细胞的棉拭子置无菌管保存, 送检验科行支原体培养、鉴定。

1.3 产后子宫内膜炎诊断标准^[3] ①产后突然出现下腹疼痛或坠胀不适, 并伴有腰骶部疼痛; ②白带量多, 色黄色有异味; ③子宫颈口有脓性及血性分泌物, 培养发现致病菌; ④体温升高 $\geq 38^{\circ}\text{C}$, 心率加快; ⑤子宫增大, 且有轻压痛表现; ⑥病理检查提示子宫内膜间质内有大量淋巴细胞及浆细胞浸润。

通讯作者: 谢家滨。E-mail: sgxiejiaabin@163.com

参考文献

- [1] Mohaddesi H, Khalkhali HR, Fakour Z, et al. Investigating the effects of the-neonatal-factors and therapeutic modalities on neonatal mortality in neonatalintensive care unit of Shahid Motahhari Hospital, Urmia [J]. Iran J Nurs Midwifery Res, 2014, 19 (5): 485-490.
- [2] 田晓辉, 麦赞, 邓妮, 等. 新产程标准及处理的临床应用探讨[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2015, 3 (5): 734-738.
- [3] 赵瑞芬, 周莉, 范玲, 等. 新产程管理下第二产程时长对母儿结局的影响[J]. 北京医学, 2015, 37(7): 633-636.
- [4] Gebreegzabher E, Aregawi A, Getinet H, et al. Knowledge and skills of neonatal resuscitation of health professionals at a university teaching hospital of Northwest Ethiopia [J]. World J Emerg Med, 2014, 5(3): 196-202.
- [5] Smit M, Zwanenburg F, van der Wolk S, et al. Umbilical cord prolapse in primary midwifery care in the Netherlands: a case series [J]. Pract Midwife, 2014, 17(6): 24-27.
- [6] 唐桂娥, 易良英. 第二产程异常的孕妇经产钳助产及急诊剖宫产的母婴效果对比[J]. 昆明医科大学学报, 2015, 36(10): 52-54.
- [7] Rakhshan M, Kordshooli KR, Ghadakpoor S, et al. Effects of family-center empowerment model on the lifestyle of heart failure patients: a randomized controlled clinical trial [J]. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2015, 3(4): 255-262.
- [8] 张浩, 史晓红. 全程助产服务模式对分娩结局的影响[J]. 中国生育健康杂志, 2016, 27(2): 143-145.
- [9] 任瑞雪, 贾晨阳. 新产程标准实行对阴道分娩中转剖宫产率的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2016, 44(5): 91-92.
- [10] 郑媛媛, 邹丽颖, 范玲, 等. 新产程标准实施后产程中剖宫产指征的变化及母儿预后分析[J]. 中华妇产科杂志, 2016, 51(4): 245-249.
- [11] 闫思思, 肖玲. 新产程标准及其助产模式对产钳助产、中转剖宫产和新生儿窒息发生率的影响[J]. 中华围产医学杂志, 2016, 19(4): 315-317.
- [12] 盛浴澜, 梁加敏, 郭厉琛, 等. 足月前胎膜早破剩余羊水量对妊娠结局的影响[J]. 海南医学, 2015, 26(12): 1756-1758.

(收稿日期: 2016-07-18)