



# 侧卧位联合徒手旋转胎头对头位难产分娩成功率的影响

曹少珊 何婉平 刘 芬 关桂梅 李绮薇 (中山大学附属第一医院妇产科 广东广州 510080)

**摘要:**目的 探究头位难产产妇实施侧卧位联合徒手旋转胎头对分娩成功率的影响。方法 选择2016年2月-2018年2月期间我院收治的86例头位难产产妇作为研究对象,按随机数表法分成2组,各43例。对照组行胎背对侧卧分娩,观察组行侧卧位联合徒手旋转胎头分娩。比较两组分娩方式、分娩成功率、不良事件发生率以及新生儿妊娠结局。**结果** 观察组剖宫产率与阴道助产率低于对照组,阴道顺产与分娩成功率高于对照组,不良事件发生率较对照组低,新生儿Apgar评分较对照组高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 头位难产产妇选择侧卧位联合徒手旋转胎头,可提高阴道顺产率与分娩成功率,减少不良事件发生,改善新生儿妊娠结局。

**关键词:** 头位难产 侧卧位 徒手旋转胎头 分娩成功率

**中图分类号:** R714.44 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)14-145-02

胎儿娩出过程中,头部先露,经试产后,胎头位置仍无法恢复正常可导致难产,头位难产中以持续性枕后位或枕横位发生率最高,可导致产妇继发性宫缩乏力,延长产程,引起新生儿窒息,降低分娩成功率,此外,宫缩乏力可增加产后出血风险,严重危害母婴生命安全。临床学者认为,根据头位难产的发生原因与体征,可通过侧卧位联合徒手旋转胎头,纠正胎头位置,促使胎头从最小头线进入产道,加快产程,改善妊娠结局<sup>[1-2]</sup>。本研究旨在探讨侧卧位联合徒手旋转胎头对头位难产分娩方式与分娩成功率的影响。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择2016年2月-2018年2月期间我院收治的86例头位难产产妇作为研究对象,按随机数表法分成2组,各43例。对照组年龄23-36岁,平均(29.34±3.22)岁;初产妇28例,经产妇15例。观察组年龄22-38岁,平均(29.48±3.31)岁;初产妇26例,经产妇17例。两组一般资料相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

对照组采取胎背对侧卧分娩,左枕横位取右侧卧位,右枕横位取左侧卧位,保证胎头枕部面向前方,常规分娩指导。

观察组行侧卧位联合徒手旋转胎头分娩,常规消毒铺巾,指导对侧卧位,实施导尿处理,选择宫缩间歇期,操作人员

将食指与中指置入产妇阴道,张开手指成30°角,平行于矢状缝,宫缩时两手缓慢旋转,左枕横位时向右旋转45°;左枕后位则向右旋转90°,右枕横及右枕后则反之向左旋转45°和90°,左手置于腹壁位置,手推胎背至脊前方位,旋转成功后,待宫缩3次后将手抽出,取胎头枕前位,固定胎头,停止回转后,观察胎头周边脐带有无隐性脱落现象,随后将手抽出,叮嘱产妇宫口未全开前不可过度屏气,防止宫颈水肿延长产程。

### 1.3 评价指标

①比较两组分娩方式及分娩成功率;②比较两组不良事件发生率,包括宫缩乏力、胎儿窘迫、产程延长;③比较两组新生儿妊娠结局,采用Apgar评分评估新生儿窒息情况,共10分,评分越低表示新生儿窒息风险越高。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS20.0统计学软件,以“n(%)”表示计数资料,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料,非独立样本t检验用于组间比较;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 分娩方式与分娩成功率

观察组剖宫产率与阴道助产率低于对照组,阴道顺产率与分娩成功率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1: 两组分娩方式与分娩成功率对比n(%)

| 组别        | 剖宫产       | 阴道顺产      | 阴道助产      | 分娩成功      |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 对照组(n=43) | 13(30.23) | 12(27.91) | 18(41.86) | 30(69.77) |
| 观察组(n=43) | 5(11.63)  | 31(72.09) | 7(16.28)  | 38(88.37) |
| $\chi^2$  | 4.497     | 16.791    | 6.824     | 4.497     |
| P         | 0.034     | 0.000     | 0.010     | 0.034     |

### 2.2 不良事件

观察组不良事件发生率较对照组低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2: 两组不良事件发生率对比n(%)

| 组别        | 宫缩乏力     | 胎儿窘迫    | 产程延长     | 总发生       |
|-----------|----------|---------|----------|-----------|
| 对照组(n=43) | 6(13.95) | 3(6.98) | 5(11.63) | 14(32.56) |
| 观察组(n=43) | 2(4.65)  | 1(2.33) | 1(2.33)  | 4(9.30)   |
| $\chi^2$  | -        | -       | -        | 7.026     |
| P         | -        | -       | -        | 0.008     |

### 2.3 新生儿妊娠结局

观察组新生儿Apgar评分较对照组高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

表3: 两组新生儿妊娠结局( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别        | Apgar 评分  |
|-----------|-----------|
| 对照组(n=43) | 7.06±0.85 |
| 观察组(n=43) | 9.24±0.53 |
| t         | 14.271    |
| P         | 0.000     |

## 3 讨论

随着生活质量的提高,孕妇营养状况好但缺乏运动,胎儿体重增加,产妇分娩时缺乏耐力,导致难产风险增加,头位难产常见异常表现为胎头位置呈持续性枕后位或枕前位,胎头俯屈不良,阻碍胎头下降及内旋转,胎头无法以最小径进入产道,该头盆不称情况具有可变性,适当时机采取干预



措施,纠正胎头位置,可促使难产转为顺产,加快产程,降低对母婴的危害,改善妊娠结局<sup>[3-4]</sup>。

头位难产的防治工作已成为产科医护人员关注的重点课题,有关研究学者指出,恰当时机旋转胎头辅以对侧卧位干预可提高分娩成功率,改善妊娠结局<sup>[5]</sup>。本研究显示,观察组阴道顺产与分娩成功率高于对照组,不良反应发生率少于对照组,新生儿Apgar评分较对照组高,表明侧卧位联合徒手旋胎头可提高自然分娩率,减少不良事件发生,降低新生儿窒息与神经行为异常风险,与上述研究结果一致。徒手旋转胎头的选择时机对自然分娩与分娩成功率具有重要作用,胎头在潜伏期时较高,子宫口扩张幅度较小,此时进行胎头旋转处理较为困难,且不易固定,易阴道脐带脱垂,分娩成功率较低;当进入第二产程时,胎头位置固定,产瘤形成,并出现颅骨重叠,此时进行胎头旋转难度更大,成功率较低;当宫口扩张至8cm左右时,胎先露+1~+2为旋转操作的最佳时机<sup>[6-7]</sup>。与胎头吸引术、产钳术相比,徒手旋转胎头更容易掌握,选择适当时机进行操作,成功率较高,对母婴的伤害较小,产妇选择胎背对侧卧位,在子宫收缩时利用胎儿的重力与羊水浮力的合力作用,可促进胎头枕部转向前方,纠正异常胎头位置<sup>[8]</sup>。

综上所述,侧卧位联合徒手旋转胎头可纠正头位难产患

者的胎儿位置,提高分娩成功率,降低不良事件发生率,减少新生儿窒息与神经行为异常发生,改善妊娠结局。

#### 参考文献

- [1] 吕倩灵,林慧敏,谢吉蓉,等.头位难产患者的临床观察与处置体会[J].中国妇幼保健,2015,30(5):2455-2456.
- [2] 连李斌,袁宁霞,杜冬青,等.徒手转胎纠正128例头位难产的临床效果观察[J].现代生物医学进展,2016,16(25):4926-4928.
- [3] 王桂.头位难产90例分析[J].现代中西医结合杂志,2015,24(14):1545-1547.
- [4] 葛俊丽,陈必良,刘玉,等.气囊加力助产处理头位难产的回顾性病例对照研究[J].山西医科大学学报,2015,46(6):590-592.
- [5] 刘晶,孟涛.产程中体位改变联合徒手旋转胎头对改善枕后位分娩结局的临床效果分析[J].中国妇幼保健,2016,31(6):1183-1184.
- [6] 童美和,于海微.产程中枕横位和枕后位的胎头机转临床研究[J].中国医师杂志,2015,17(11):1682-1685.
- [7] 徐冬,蔡淑萍,郎丰,等.自由体位在第二产程中的应用效果[J].中华围产医学杂志,2016,19(6):462-464.
- [8] 叶雪健,鲍立军,盛秋同.侧卧位与对侧卧位配合徒手转胎头术在产程中对纠正胎方位的临床比较[J].医学研究杂志,2015,44(8):165-167.

(上接第142页)

床上大力推广采用。

#### 参考文献

- [1] 汤艳萍,李令建.64排螺旋CT与选择性冠状动脉造影评价急性冠状动脉综合征患者易损斑块形态、成分及大小的价值对比研究[J].临床放射学杂志,2016,35(8):1181-1185.

(上接第143页)

水疏泄;桂枝温化膀胱和疏散表邪;白术健脾祛湿。诸药合用,可共奏温阳化气和健运脾气之功。增加芡实和桑螵蛸可强化缩尿作用;远志则可温通心阳<sup>[5-7]</sup>。

本研究中,对照组给予醋酸去氨加压素进行治疗;中药五苓散组在对照组基础上给予中药五苓散治疗。结果显示,中药五苓散组患儿小儿遗尿治疗效果比对照组高, $P < 0.05$ ;治疗前两组每周遗尿频率、精神状态评分、睡眠质量评分无存在显著差异,中药五苓散组治疗后每周遗尿频率显著低于对照组,精神状态评分、睡眠质量评分比对照组高, $P < 0.05$ ;中药五苓散组2个月内复发率比对照组低, $P < 0.05$ 。

综上所述,中药五苓散用于小儿遗尿治疗的效果肯定,可改善症状,减少遗尿次数,降低复发率,改善患儿精神状态和睡眠质量。

#### 参考文献

- [1] 刘健雄,陈德明,范海鹰,等.乳腺脓肿在彩色B超引导下小切口置管冲洗持续负压引流治疗的研究[J].中国医药科学,2014(2):13-15.

- [2] 肖娟,冯健,杨克雅.益气通脉汤对冠状动脉粥样硬化性心脏病心力衰竭患者的治疗效果及对NT-proBNP水平的影响[J].中药药理与临床,2017(1):172-175.

- [3] 李妙男,王洪臣,汤阳,等.血浆细胞色素P450C19基因多态性与皖北汉族急性冠脉综合征患者氯吡格雷抵抗及冠脉介入术后近期预后的关系[J].临床心血管病杂志,2016,21(3):272-276.

- [1] 陈洁,姚玉芳教授运用五苓散化裁治疗儿科病4则[J].浙江中医药大学学报,2015,39(11):840-842.

- [2] 张玲.经方治疗小儿病症验案3则[J].河北中医,2012,34(3):378-379.

- [3] 李荣华,聂慧.咳嗽遗尿证治体会[J].实用中医药杂志,2016,32(9):932-932.

- [4] 吴玉仙,刘书珍,孙晋营等.五苓散临床应用三则[J].浙江中医杂志,2012,47(4):292

- [5] 翁振声,丘奕文,黄裕华等.加味五苓散治疗小便利[J].河南中医,2012,32(1):5-6.

- [6] 黄钦桑.温阳益气法治疗小儿遗尿症的临床疗效观察[D].广州中医药大学,2015.

- [7] 陈镨.董幼祺教授治疗小儿遗尿病医案三则[C]//中华中医药学会儿科分会第三十二次学术大会论文集.2015:13-14.

(上接第144页)

医护人员的工作量。

综上,切口负压引流和切口换药均为治疗乳腺脓肿的有效方法,但是相比较而言切口负压引流对乳腺脓肿的治疗效果更优,值得推广使用。

#### 参考文献

- [2] 杨振明.小切口闭式负压持续引流在乳腺脓肿治疗中的应用[J].临床合理用药杂志,2014(18):88-89.

- [3] 张立.小切口联合三氧负压与传统脓肿切开引流治疗产后乳腺脓肿的疗效对比[J].世界最新医学信息文摘,2015(39):34-35.

- [4] 马志强,王文胜,李帅,等.微创小切口联合负压引流治疗乳腺脓肿[J].中国现代医生,2016,54(5):48-49.

- [5] 李学伟.负压封闭引流技术治疗乳腺脓肿的临床分析[J].中国疗养医学,2015,24(6):637-638.