



徒手旋转在头位难产产妇助产护理中的临床应用效果观察

李译文

(汉寿县人民医院 湖南常德 415900)

【摘要】目的：探析在头位难产产妇生产过程中应用徒手旋转护理操作法的临床效果。**方法：**选取2014年3月至2017年12月期间入我院产科生产的83例头位难产产妇作为研究对象，以产妇及其家属对研究知情、自愿为前提，根据就诊顺序编号按随机数字表法将其化为研究组（43例，常规助产护理配合徒手旋转操作）、对照组（40例，常规助产护理）两个组别，观察两组产妇护理应用效果差异。**结果：**研究组顺产率88.4%明显高于对照组的63.5%（ $P<0.05$ ）；与对照组相比，研究组胎儿宫内窘迫发生率更低、顺产产妇第二产程时间更短（ $p<0.05$ ）。**结论：**在头位难产产妇生产过程中应用徒手旋转助产护理操作能促进阴道顺产，降低剖宫产率和胎儿宫内窘迫率，可改善妊娠结局。

【关键词】头位；难产；徒手旋转；助产护理

Observation on the clinical effect of hand rotation in the midwifery nursing of head dystocia women.

Li Yiwen Hanshou People's Hospital (Hunan, Changde) 415900

[Abstract] Objective: To explore the clinical effect of manual rotation nursing in the production process of head dystocia puerpera. Methods: 83 cases of dystocia born in obstetrics and gynecology from March 2014 to December 2017 were selected as the research object. The study group (43 cases, regular midwifery nursing coordination with unarmed rotation), and the control group (40 cases, regular midwifery Nursing) were converted into the study group according to the number of random numbers according to the sequence number of the pregnant women and their families. The difference of nursing application effect between the two groups was observed. Results: The rate of parturients in the study group was 88.4% significantly higher than that of the control group (63.5% ($P<0.05$)). Compared with the control group, the incidence of fetal distress in the study group was lower than that of the control group, and the second birth time of parturients was shorter ($p<0.05$). Conclusion: The application of hand rotating midwifery nursing in the production of head with dystocia can promote vaginal delivery, reduce the rate of cesarean section and fetal distress, and improve the pregnancy outcome.

[keyword] head position; dystocia; unarmed rotation; midwifery care.

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 16-013-02

头位难产是临床常见难产类型，发生率高，具体指的是盆腔回转受阻，表现出持续性枕横位、枕后位或胎头俯屈不良，并以头先露、仰伸胎头为主要特征的难产，这种状况若不及时采取有效处理措施，直接可对产妇、新生儿带来不利影响，因此临床头位难产受到了广泛关注。本文旨在探析在头位难产产妇生产过程中应用徒手旋转护理操作法的临床效果，特选取2014年3月至2017年12月期间入我院产科生产的83例头位难产产妇进行了研究分析，现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取2014年3月至2017年12月期间入我院产科生产的83例头位难产产妇，年龄21~37岁，平均年龄（28.56±6.97）岁；孕周37+3~41+5，平均（39.94±1.62）w；生产经历：经产妇13例、初产妇70例；胎头头位：枕横位、枕后位分别42例、41例。研究纳入标准：检查无子宫内窘迫症，胎儿胎心状况良好；单胎妊娠；头盆评分≥10分，无骨盆畸形、狭窄等情况；无妊娠并发症，如妊娠高血压、妊娠糖尿病等；无严重肝肾功能异常；非主观选择剖宫产术生产的产妇。根据就诊顺序编号按随机数字表法将其化为研究组（43例，常规助产护理配合徒手旋转操作）、对照组（40例，常规助产护理）两个组别，两组孕妇孕周、头位情况、一般资料对比，差异均不具统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组给予产妇常规助产护理，如生产指导、体位护理、心理护理、必要时辅助阴道助产操作等，研究组在对照组基础上结合徒手旋转操作帮助生产。

徒手旋转助产护理方法及操作步骤：助产士在进行徒手操作前，首先应指导产妇排空尿液，排尿障碍者可辅助导尿管排空膀胱，外阴消毒，同时再次做系列阴道检查，掌握骨盆情况、宫颈扩张程度、宫颈有无水肿等信息，确立胎儿位置。产妇宫口打开≥6cm，活跃期延长或阻滞，破膜后胎头下降至头骨棘1~2cm部位，指导产妇取膀胱截石位，适当时机借助子宫收缩压力，助产士右手进入阴道内，四指并拢和拇指呈分开状，轻握胎头，辅助宫缩压力慢慢旋转胎头至正

常枕前位；下一次宫缩固定枕前位，指导产妇正常向下用力，利于胎头下降；第三次宫缩时评估胎头有无回转趋势，若胎头衔接好，能良好下降，脐带无脱垂异常，可抽出右手完成助产操作[1]。经过20分钟后再次检查胎头，若旋转失败需再次行下一次徒手旋转操作，方法同上，若仍生产困难，必要时选择剖宫产或辅助阴道助产操作（如侧切术）帮助生产。

1.3 观察指标

（1）统计两组产妇最终择取的生产方式，记录顺产病例是否进行过阴道助产操作；（2）观察并记录胎儿是否发生宫内窘迫现象；（3）记录产妇第二产程。

1.4 统计学方法

将数据纳入SPSS19.3分析，计数资料“t”检验，并以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示；或纳入卡方“ χ^2 ”比较，以率“%”表示，若p值低于0.05则为有统计学意义。

2 结果

2.1 分娩方式 研究组剖宫产率11.6%明显低于对照组的37.5%、顺产率88.4%明显高于对照组的63.5%（ $\chi^2=7.584$, $p=0.005$ ），阴道分娩方式见表1。

表1 两组顺产产妇分娩方式情况对比[n(%)]

组别	例数	自然分娩	阴道助产
研究组	38	26 (68.4)	12 (31.6)
对照组	25	8 (32.0)	17 (68.0)
χ^2	—	8.051	8.051
p	—	0.004	0.004

2.2 胎儿宫内窘迫发生情况 研究组胎儿宫内窘迫发生率6.9%（3/43）明显低于对照组的25.0%（10/40）（ $\chi^2=5.096$, $p=0.023$ ）。

2.3 两组产妇顺产第二产程时间对比 研究组选择顺产的产妇第二产程时间（0.5±0.1）h明显短于对照组的（1.8±0.4）h（ $t=19.550$, $p=0.000$ ）。

3 讨论

头位异常是导致产妇难产的重要原因，有数据统计显示其发生率



·论 著·

在所有难产病例中约占 85%，分析头位难产现象出现原因，主要有产力、骨盆先天条件、产道形态等，多因素作用下，一旦发生胎头下降受阻，时间延长，胎儿不能正常娩出，不仅延长产程给产妇带来极大痛苦，也明显增加了胎儿宫内窘迫并发症发生率，严重者可威胁围产儿生命安全，因此助产医务人员需积极寻找有效处理方法[2]。

头位难产发生主要是因为胎头俯屈不良，使其在骨盆内旋受到阻碍，影响胎头下降，基于此产科医学研究者设定出徒手旋转胎头的构想，将胎头调整至正常枕前位，促使胎头下降，要完成生产过程中需巧妙结合宫缩压力，操作顺利可有效缩短产程，提升顺产率[3]，本次研究结果显示，研究组顺产率 88.4%明显高于对照组的 63.5% ($P < 0.05$)；与对照组相比，研究组胎儿宫内窘迫发生率更低、顺产产妇产第二产程时间更短 ($p < 0.05$)，也再次证实了徒手旋转纠正难产头位的安全性和有效性。而徒手旋转胎头变换头位这种方式的应用效果和助产士个人临床操作经验有关，实际操作应注意以下几点：(1) 首先分娩时应全程实时产程监测，以便及时发现头位难产现象，并采取有效处理措施。(2) 产程已经进入活跃期，但胎头仍下降不良，到宫缩时若胎头为枕横位或枕后位，且宫口扩张超出 6 厘米，头先露至达棘一厘米处，这时是最佳徒手旋转时机[4]。(3) 右手操作性强、

安全性高，但注意旋转胎头时严禁用力过大。(4) 旋转胎头后需经过 2-3 次宫缩期的观察，以免胎头回旋。(5) 徒手旋转产妇产往往感知到更大疼痛感，心理恐惧、担心、不安等负面情绪显著，因此还应配合针对性心理护理，必要时补给高热量食物，为生产供给体力[5]。

综上，对头位难产产妇实施徒手旋转助产操作可明显降低剖宫产率，缩短产程，降低胎儿宫内窘迫发生率，有利于改善妊娠结局，保证母婴安全、健康。

参考文献:

- [1]周广菊.徒手旋转在头位难产产妇助产护理中的应用[J].护理实践与研究,2014,(9):47-48.
- [2]朱翠萍.头位难产产妇助产护理中徒手旋转的应用意义研究[J].医药前沿,2016,(3):263-264.
- [3]刘巧玲,刘辉姐.徒手旋转在头位难产产妇助产护理中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(24):162-163.
- [4]王芳芳.徒手旋转在头位难产产妇助产护理中的应用效果观察[J].中国医药指南,2015,13(33):247-248.
- [5]廖贵华.头位难产产妇助产护理中的徒手旋转应用分析[J].大家健康(中旬版),2015,(2):225-226.

(上接第 12 页)

注：治疗前后比较 $\Delta P < 0.01$ ，与对照组比较 $\ast P > 0.05$ ，* $P < 0.01$

2.3 治疗前后中医单项症状积分及差值的情况分析 两组治疗前后各中医症状积分比较，差异有统计学意义 ($P < 0.01$)；治疗组泄下急迫、肛门灼热症状积分明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果见表 11

表 3 治疗前后中医单项症状积分及差值情况分析表 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗组 (n=32)		对照组 (n=31)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
泄下急迫	4.86 $\pm$ 1.37	0.69 $\pm$ 1.18 $\ast\ast$	4.15 $\pm$ 1.62	1.42 $\pm$ 1.80 $\ast\ast$
大便秽臭	4.13 $\pm$ 1.56	1.52 $\pm$ 1.04 $\ast\ast$	3.68 $\pm$ 1.36	1.97 $\pm$ 1.72 $\ast\ast$
肛门灼热	3.52 $\pm$ 1.32	0.48 $\pm$ 0.64 $\ast\ast$	3.35 $\pm$ 1.89	1.26 $\pm$ 1.31 $\ast\ast$
烦热口渴	1.85 $\pm$ 0.74	0.37 $\pm$ 0.26 $\ast\ast$	1.54 $\pm$ 0.67	0.79 $\pm$ 0.42 $\ast\ast$
脘腹疼痛	1.92 $\pm$ 0.63	0.24 $\pm$ 0.19 $\ast\ast$	1.43 $\pm$ 0.36	0.65 $\pm$ 0.47 $\ast\ast$
恶心呕吐	1.77 $\pm$ 0.84	0.32 $\pm$ 0.28 $\ast\ast$	1.67 $\pm$ 0.74	0.82 $\pm$ 0.50 $\ast\ast$
小便短黄	2.18 $\pm$ 0.53	0.43 $\pm$ 0.37 $\ast\ast$	1.96 $\pm$ 0.68	0.82 $\pm$ 0.35 $\ast\ast$

注：治疗前后比较 $\Delta P < 0.01$ ，与对照组比较 $\ast P < 0.05$

2.4 治疗前后两组患者舌象、脉象积分的比较分析 两组患者治疗前后舌苔、脉象积分比较 ($P < 0.01$)，两组间有显著性差异；两组舌苔、脉象治疗后积分比较 ($P > 0.05$)，两组间无显著性差异。

表 4 治疗前后两组患者舌象、脉象积分比较

	治疗组 (n=32)		对照组 (n=31)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
舌象	0.98 $\pm$ 0.26	0.33 $\pm$ 0.42 $\ast\ast$	0.84 $\pm$ 0.26	0.52 $\pm$ 0.37 $\ast\ast$
脉象	0.83 $\pm$ 0.33	0.36 $\pm$ 0.43 $\ast\ast$	0.78 $\pm$ 0.32	0.43 $\pm$ 0.38 $\ast\ast$

注：治疗前后比较 $\Delta P < 0.01$ ，与对照组比较 $\ast P > 0.05$

3. 讨论

湿热泄泻关键病变脏腑在脾胃，湿热是导致本病发生的主要病因病机。湿热泄泻多由感受湿热，或为夏令暑湿时邪伤及肠胃，或饮食肥甘及误食不洁之物，导致肠胃湿热蕴结，腑气不通，故腹痛、泻下臭秽之物；又因肠中有热，热邪类火，火性急迫，所以泻下急迫而肛门灼热。研究发现，脾虚为病之本，湿、热为病之标，这与现代医学认为与病毒、细菌、饮食等因素所致的一致。故其治疗大法，应清健脾祛湿为主，佐以清热解暑化滞，涩肠止泻。

笔者治疗湿热泄泻多年的临床中发现湿热泄泻在泄泻发病中占重要地位。并创制自拟健脾祛湿止泻方加减，其药物基本组成：焦术、茯苓、葛根、黄连、焦渣、秦皮、马齿苋、木香、白头翁等，焦术、茯苓健脾渗湿；葛根解肌清热止泻；秦皮清热燥湿、解毒、止痢；木香行气止痛，健脾消食；白头翁清热解毒，凉血止痢，燥湿杀虫为佐，诸药合用，具有清热燥湿、涩肠止泻、理气止痛之功。研究显示健脾祛湿止泻方对湿热型泄泻具有较好的疗效，其对肛门灼热、脘腹胀痛、恶心呕吐等症状的改善要明显优于肠康片。治疗组临床总疗效、中医症候积分等方面均明显优于对照组，据临床观察无明显毒副作用且疗效确切，药物来源广泛，服用方便，易被患者接受。临床观察提示，自拟健脾祛湿止泻方治疗湿热型泄泻是安全的和有效的。

参考文献:

- [1]魏承毓.我国肠道传染病的基本状况与防治对策[J].《海峡预防医学杂志》,2006,12,(3):1-4
- [2]中国腹泻病诊断治疗方案[J].中国实用儿科杂志 1998 年(第 13 卷)第 6 期 381
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则—北京:中国医药科技出版社,2002.4

基金项目:湖南省中医管理局重点项目(项目编号:201642)