

第二产程会阴热敷对减轻阴道分娩产妇会阴裂伤程度的效果评价

杨虹彬

厦门大学附属第一医院 福建厦门 361000

【摘要】目的 探讨第二产程开始对孕妇会阴进行热敷,探索是否能够减轻需要缝合的会阴裂伤的几率。**方法** 选择在我院实施第二产程会阴热敷并传统手法保护会阴分娩的孕妇 206 例作为研究组,同期传统手法保护会阴分娩未行会阴热敷的孕妇 200 例作为对照组,并对产妇的会阴裂伤状况进行综合分析。**结果** 未行第二产程会阴热敷的孕妇会阴 II° 裂伤率明显高于未会阴热敷分娩的孕妇,差别具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 第二产程开始对孕妇会阴的进行会阴热敷,有效减少严重的会阴裂伤,促进了“自然分娩”的成功率,更有利于产妇产后身体健康快速恢复。

【关键词】 会阴热敷; 第二产程; 会阴裂伤; 分娩

【中图分类号】 R473.71

【文献标识码】 A

【文章编号】 1006-3854 (2018) 12-161-02

随着产科医师对会阴切开术而引发的医源性损伤,及其相关问题的深入认识,限制性会阴切开的理念越来越得到重视。随之,如何减少会阴分娩时对会阴损伤也成为目前研究的热点。会阴部按压时间过长会引起局部组织缺血、水肿,导致撕裂,且撕裂伤口不整齐。缝合时,解剖位置难以对和,以致愈合较慢。而第二产程开始对临产孕妇进行会阴部热敷,使会阴弹性及延展性增加,水肿减轻,有效减少 II 度以上会阴撕裂伤,促进自然分娩,减轻伤口疼痛,产妇产后身体迅速恢复。因此,我们对 206 例会阴热敷阴道分娩产妇的会阴裂伤状况进行分析,探索一种更加有效的降低会阴撕裂的方法,以利于产妇生理及心理的及时康复。

1 基线资料与方法

1.1 基线资料

200 例在本院分娩的产妇被选入本组研究,资料选择时间为 2018 年 2 月-2018 年 8 月。均接受第二产程会阴热敷,并将其设为观察组。另选择同一时期在本院分娩,但未接受会阴热敷分娩的 200 例产妇设为对照组。入选标准:均采用传统会阴保护手法进行接生;骨盆内外测量无异常;年龄 19-40 岁;无头盆不称;初产、单胎、足月、头位;未合并内科并发症且胎心良好,胎儿体重估计 2500-4000g。入组产妇均在我院接受规范产检,相关助产人员工作年限均在十年以上。对两组临床资料进行一一对比,使用统计学软件对其进行检验,差异不显著。两组临床资料具有可比性, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

为了试验的准确性,所有入选产妇分娩均由专人操作。对照组采用传统方法待产,未予会阴部任何特殊处理,观察组采用第二产程开始后,为待产孕妇间歇地进行会阴热敷,直至胎儿娩出,热敷纱布为 30-40℃,两组均采用仰卧位接产法,接产手法为传统会阴保护手法,具体方法如下:

1.2.1 观察组

在宫口开全后,与产妇沟通配合,为其进行会阴热敷,可用纱布垫浸透 30-40℃ 温开水,外包裹保鲜膜或使用微型热水袋,内装 40℃ 温开水,外裹毛巾进行热敷。(1)。宫缩间歇期,指导产妇完全放松休息,取截石位,充分暴露会阴部,助产士为其行会阴部热敷,将温热的纱布垫放置于会阴后联合处,热敷同时使用手掌大鱼际肌进行轻柔缓慢的按摩,由后联合按摩到大小阴唇处,嘱产妇完全放松,宫缩时,取下会阴热敷的纱布垫或热水袋,指导其使用腹压,屏气用力。直到抬头拨露直到 6 厘米时开始保护会阴。采用《妇产科学》关于保护会阴的方法:接产者将自己的右肘支撑在产床上,右手的拇指与其余四指分开,使用手掌大鱼际肌将产妇的会阴部顶住。在产妇出现宫缩的时候,接产者的右手向上、向内方向进行托压。同时,接产者利用左手协助胎头进行俯屈。在产妇的宫缩间歇阶段,接产者可稍微放松右手,以避免产妇出现会阴水肿。在胎枕部露出耻骨弓下的时候,接产

者利用左手帮助胎头进行仰伸。此时,如果产妇出现较强的宫缩,接产者要及时指导产妇进行张口哈气。在宫缩间歇阶段,指导产妇稍向下屏气,以促进胎头缓慢娩出,避免产力过强引发撕裂。在胎头娩出后,接产者的右手仍应注意保护会阴,先挤压口鼻中的粘液和羊水,完成胎头的复位外旋转。接产者顺产轴压前肩抬后肩 *8/ 娩出双肩,右手方可放松,协助左手娩出胎体。

1.2.2 对照组

宫口开全后,孕妇仰卧取截石位,指导产妇使用腹压屏气用力。未对会阴部进行任何特殊处理,当胎头拨露使阴唇后联合紧张时应该开始保护使用传统会阴保护手法会阴,直至胎儿娩出。

1.2.3 观察指标

观察、对比两组会阴侧切情况与会阴裂伤情况。其中,会阴裂伤分度标准评估参照《妇产科学》关于阴道会阴损伤程度评估标准:(1)会阴部皮肤与阴道入口粘膜出现一定的撕裂,但出血量少,视为 I 度;(2)会阴体筋膜及肌层出现裂伤,累及阴道后壁粘膜。同时,裂伤延伸至阴道后壁两侧沟,并向上方发生撕裂。较难分辨局部解剖结构,出血量较大,视为 II 度;(3)裂伤扩展至会阴深部,肛门括约肌发生断裂,但直肠粘膜基本完整,视为 III 度。(4)肛门、直肠、阴道全部贯通,直肠肠腔发生外露,局部组织严重损伤,出血量大,视为 IV 度^[2]。

1.3 统计学分析

针对上述研究指标进行统计学处理,利用均数 ± 标准差形式表示各项计量数据,实施 t 检验。使用 (n, %) 表示计数数据,实施卡方检验。对两组数据结果进行统计学处理,使用 SPSS19.00 软件作为数据处理工具,如果 $P < 0.05$,就证明统计学意义十分显著,差异明显。

2 结果

2.1 两组产妇会阴切开情况统计比较

观察组会阴完整率明显高于对照组,对照组会阴切开率明显高于观察组, $P < 0.05$,统计学意义存在。

表 1: 两组产妇会阴切开情况统计比较

组别	例	会阴完整 [例 (%)]	会阴切开 [例 (%)]
观察组	206	23 (11.17)	25 (12.14)
对照组	200	6 (3.0)	64 (30.07)

2.2 两组产妇会阴裂伤情况评估与比较

观察组 I 度裂伤率明显高于对照组, II 度裂伤率明显低于对照组, $P < 0.05$,两组均未出现 III 度裂伤。

表 2: 两组产妇会阴裂伤情况评估与比较

组别	例	I 度裂伤 [例 (%)]	II 度裂伤 [例 (%)]	III 度裂伤 [例 (%)]
观察组	206	156 (75.72)	2 (0.97)	0 (0.00)
对照组	200	80 (40.00)	64 (32.00)	0 (0.00)

2.3 痛感对比

作者简介: 杨虹彬 (1984-), 本科, 女, 厦门, 主管护师, 助产士。

(下转第 163 页)

提前 ($P < 0.05$), 其中主动伸膝时间缩短更加明显。

表 4: 两组患者达到主动伸膝 0° 和屈膝 90° 的时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	主动伸膝 0° 时间 (天)	主动屈膝 90° 时间 (天)
24h 组 (n=30)	7.9 $\pm$ 2.5	8.5 $\pm$ 3.1
72h 组 (n=30)	5.9 $\pm$ 2.6	6.7 $\pm$ 1.9
t 值	3.1	2.7
P 值	0.00	0.01

2.4 两组患者术后并发症及切口愈合情况

两组患者均未见较大血肿、引流管堵塞, 未发生肺栓塞、心肌梗死等严重并发症, 切口愈合均为 I / 甲。冷敷 72h 组有 1 例术后发生症状性下肢深静脉血栓, 冷敷 24h 组有 1 例发生术后全身大面积皮疹, 差异均不具有统计学意义 ($P > 0.05$), 经对症处理后均好转。

3 讨论

本研究采用较长时间持续冷敷的处理措施, 意在使患者减少围术期并发症, 更加快速安全地康复^[1]。持续冷敷能够使血管收缩, 减少局部血液渗出, 有效降低膝关节表面温度, 从而减轻术后膝关节周围肿胀, 缓解疼痛^[2]。但在冷敷疗法的持续时间上, 以往的文献报道各不相同, 一般为术后 1-3d^[3]。陈松等^[4]在 TKA 术后运用 10% 盐水冰袋持续冰敷 24h, 发现可以在术后短期内减少 VAS 评分, 增加膝关节活动度。Stockle 等^[5]研究显示, 经过 1 天治疗, 持续冷疗可减轻 33% 的水肿, 而间断冷疗只能减轻 17%; 经过 4 天治疗, 持续冷疗减轻 70% 的水肿, 而间断冷疗减轻 45%。这与

本研究显示的持续长时间冷敷可有效减轻患肢肿痛结论一致。

经我们临床观察, 许多患者不仅在术前存在屈曲挛缩畸形, 在术后康复期内膝关节伸直方面也存在困难。这不仅与术中软组织平衡及术后股四头肌肌力降低有关, 还与术后膝关节肿胀、疼痛及膝关节后方组织挛缩有关。应用冷敷法同时具有压迫功效, 不仅可以起到压迫止血, 亦可辅助拉伸膝关节后方肌腱、韧带等软组织, 辅助膝关节进行伸直锻炼, 使患者尽快恢复膝关节正常屈伸功能。本研究提示在 TKA 术后进行持续加压冷敷, 并将冷敷时间延长到 3 天可进一步减轻疼痛肿胀等症状, 而无明显不良反应, 且方便易行, 取得较满意效果。

参考文献

- [1] Kullenberg B, Ylipaa S, Soderlund K, et al. Postoperative cryotherapy after total knee arthroplasty: a prospective study of 86 patients [J]. J Arthroplasty. 2006; 21: 1175-1179.
- [2] 饶世明, 蒋乐佩, 郑文娟, 等. 持续性生物冰袋冷敷在全膝关节置换术后减轻关节肿痛的研究 [J]. 现代实用医学, 2010, 22: 821-822.
- [3] Hubbard TJ, Denegar CR. Does Cryotherapy Improve Outcomes With Soft Tissue Injury [J]. J Athl Train 2004; 39(3): 278-279.
- [4] 陈松, 符培亮, 吴海山. 全膝关节置换术后膝周持续冰袋加压冷敷的镇痛效果分析 [J]. 中华关节外科杂志, 2014, 8(2): 175-180.
- [5] Stockle U, Hoffmann R, Schutz M, et al. Fastest reduction of posttraumatic edema: continuous cryotherapy or intermittent impulse compression [J]. Foot Ankle Int. 1997; 18: 432-438.

(上接第 160 页)

药效更持久, 治疗效果更佳^[6]。此次研究中欣母沛组患者不良反应发生率与卡孕栓组相比明显较低, 分析其原因是欣母沛生物活性更强, 因此患者用药后对机体刺激较小, 因此患者不良反应更少, 安全性更高^[7]。

综上, 宫缩乏力性产后出血患者采取欣母沛治疗效果更佳, 可有效减少患者产后出血症状, 治疗效果显著, 且患者不良反应较少, 用药安全性高, 具有良好的临床运用价值。

参考文献

- [1] 余方. 欣母沛在宫缩乏力性产后出血中的应用研究 [J]. 实用药物与临床, 2013, 16(7): 636-637.
- [2] 何建秀, 杜雪莲, 郭雪花, 等. 欣母沛与卡孕栓治疗宫缩

乏力性产后出血的疗效对比 [J]. 成都大学学报 (自然科学版), 2014, 33(2): 127-129.

[3] 杨真, 尚玉敏. 欣母沛与卡孕栓治疗宫缩乏力性产后出血的对照研究 [J]. 天津药学, 2013, 25(5): 44-45.

[4] 朱小红. 欣母沛治疗宫缩乏力性产后出血 48 例临床观察 [J]. 临床医学工程, 2019, 20(10): 1235-1236.

[5] 吴秋艳. 欣母沛与卡孕栓对于治疗宫缩乏力性产后出血的疗效差异对比 [J]. 中外健康文摘, 2013, 10(44): 166-167.

[6] 张金环. 欣母沛联合葡萄糖酸钙治疗宫缩乏力性产后出血 76 例疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(12): 111-112.

[7] 刘咏梅. 欣母沛与卡孕栓治疗宫缩防产后出血的对照研究 [J]. 医学信息, 2014, 27(39): 54-54.

(上接第 161 页)

206 例观察组产妇中痛感为 0 级的有 16 例 (7.77%), I 级为 128 例 (62.14%), II 级为 62 例 (30.10%), 200 例对照组产妇中痛感为 0 级的有 2 例 (1%), I 级为 108 例 (54%), II 级为 86 例 (43%), III 级为 4 例 (2%)。观察组产妇痛感为 0 级的人数高于对照组, 但是痛感为 I ~ III 级的人数低于对照组, 上述差异统计学意义明显 ($P < 0.05$)。

3 讨论

临床分娩中, 剖宫产容易导致多种并发症的出现^[3]。分娩过程中, 为帮助产妇分娩, 助产士经常会使用一定的接生技术, 对产妇实施会阴切开或者会阴保护等。以往的一些研究报道, 分娩过程中对产妇实施会阴侧切可能会增强其产后疼痛感, 不利于产妇的康复^[4]。在妊娠末期, 产妇产阴和阴道变软变厚, 组织伸展性增强。同时, 产妇产骨盆的不同关节也会出现一定的松弛。在分娩过程中, 胎儿会沿着产轴不断下降, 会阴部软组织随之不断扩张。在第二产程, 通过对产妇实施会阴热敷, 能够增加会阴部弹性及延展性, 利于阴道的充分扩张, 进而避免对会阴实施侧切。同时, 也有利于促进分娩, 减少产妇的疼痛感, 缩短第二产程时间。但是, 采用传统会阴保护手法进行助产, 因过多的保护, 容易导致

会阴水肿的出现, 甚至导致会阴发生裂伤^[5]。会阴热敷可以减轻水肿, 促进会阴部血液循环, 减轻会阴裂伤。复杂的裂伤造成过多的医疗行为 (解剖结构对和错位、愈合不良、线结反应等) 和产妇的痛苦。而相比较之下, 第二产程对会阴部进行热敷, 尽管在会阴裂伤率方面与传统保护会阴分娩时无明显差异 ($P > 0.05$), 但是对照组 II° 裂伤率明显高于观察组, 差别具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 第二产程会阴热敷技术在正常分娩中具有一定的优势, 值得广泛应用。

参考文献

- [1] 王少芳, 黄银英, 章慧燕, 等. 会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用 [J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(03): 69-71.
- [2] 陈丽. 会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用 [J]. 中国社区医师, 2015, (10): 55-56.
- [3] 孙爱莲. 会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用 [J]. 中外女性健康研究, 2015, (14): 57.
- [4] 聂津, 牛保兰, 董文敬, 等. 无保护接生的可行性研究 [J]. 医学研究与教育, 2014(02): 83-86.