



· 临床研究 ·

常规阴道分娩和无保护会阴自然分娩的临床对比分析

杨显荣 (长沙市东华生殖妇产医院 湖南长沙 410000)

摘要:目的 重点阐述两种分娩方法:常规阴道和无保护会阴自然的临床效果。**方法** 131例等待分娩的产妇是2018年上半年在我院产科收取,按照不同收取时间将其分为两组即:常规阴道组(65例)给予常规阴道分娩,自然组(66例)给予无保护会阴自然分娩,互比分娩效果。**结果** 自然组出血量和住院用时显著优于常规阴道组,且 $P < 0.05$;自然组会阴完整率高于常规阴道组,且 $P < 0.05$;并发症以少于常规阴道组,且 $P < 0.05$;胎儿Apgar评分两组差异微小,且 $P > 0.05$ 。**结论** 无保护会阴自然分娩会阴完整度较高、创伤小、并发症发生率低,对产妇缩短恢复时有积极意义,故值得临床推广和借鉴。

关键词: 产妇 常规阴道分娩 无保护自然分娩

中图分类号: R714 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2019)04-070-02

医疗体制在不断的改革和进步中,医院对分娩的要求是:保障产妇安全、减少对产妇的创伤,因此依然提倡自然分娩,该方法依旧是大多数产妇的分娩方式^[1]。与常规阴道分娩比较,无保护会阴自然分娩可以在一定程度上减轻对产妇的损伤,而产后产妇恢复时间较快,同时可以减少母婴的各种并发症,为此笔者将两种分娩方法的应用效果进行互比阐述,宗旨是在工作中更好的为产妇服务的同时体现自我价值,相关材料报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

常规阴道组(65例),年龄分布在21~34岁之间,平均(25.9±3.4)岁;孕周在35~41周之间,平均(39.4±1.3)周,全部为单胎。自然组(66例),年龄分布在20~35岁之间,平均(26.2±3.0)岁;孕周在34~41周之间,平均(39.5±1.2)周,全部为单胎。

1.2 常规阴道分娩

助产士在产妇右侧等待胎儿的胎头外露4×4cm后,产妇的阴唇联合出现紧张时,应及时对产妇的会阴进行保护,助产士右手肘在产床上做好支撑点,右手五指分开使用虎口顶住产妇的会阴部位,当产妇再次出现宫缩时,会阴部向上方托起,胎头枕部用左手向下压,协助胎头俯屈后,胎头缓缓娩出;如若胎头过大卡在阴道处,产妇很难将其娩出,应及时会阴侧切,促使阴道口扩张后,胎儿顺利娩出^[2]。

1.3 无保护自然分娩

产妇进入待产室后,如果宫口未达到分娩指标,根据患者的情况指导做产前的活动,例如:下蹲、走动,促进骨盆打开,有利于分娩。当产妇的宫口完全打开后,协助产妇躺在分娩床上,对其会阴进行消毒,将无菌铺垫铺上,不用做备皮操作,当胎头娩出4×5cm后,对其分娩的速度进行控制,指导产妇用双手抱住大腿紧贴于胸前,充分的利用哈气和腹肌的力量,当宫缩停止后做放松动作、哈气,助产士应将胎头托住,及时与产妇交流,并关心产妇的感受,指导分娩的动作。当出现宫缩,指导产妇哈气,在间歇期用力。当胎头娩出时,不对其娩出方向进行干预,使胎儿正常娩出。当胎儿的双顶径娩出时,为了预防小阴唇内侧发生裂伤,不能将胎头仰伸,告知和指导产妇用力均匀,等待间歇期在用力直至娩出胎儿的额头、鼻、口、额以及完整的胎头,等待宫缩间歇时机,托住胎头,指导产妇用力娩出胎儿的前肩。在娩出时保护会阴,防止裂伤,不能用力下压,指导产妇准确的利用腹肌的力量,顺利的娩出胎儿^[3]。

1.4 观察指标

(1)产妇产后出血总量;(2)住院用时;(3)并发症;(4)阴道完整情况;(5)伤口感染情况;(6)阴道裂伤情况;(7)侧切情况;(8)胎儿Apgar评分。

1.5 统计学方法

软件分析:SPSS17.0,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,t检验;数量数据采用(%)表示, χ^2 互比检验,如 P 值 < 0.05 ,则代表具有统计学意义。

2 结果

2.1 计量数据对比

自然组无论是出血量还是住院用时均优于常规阴道组,互比 $P < 0.05$;胎儿Apgar评分两组差异微小,且 $P > 0.05$,详细数据见表1。

表1:互比两组计量数据($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	出血量(ml)	住院用时(d)	胎儿Apgar评分
常规阴道组	65例	198.5±40.6	6.6±2.6	9.35±0.24
自然组	66例	150.5±20.6	3.7±1.4	9.30±0.25
t		7.654	7.987	0.124
P		< 0.05	< 0.05	> 0.05

2.2 互比两组数量数据

自然组阴道完整度、伤口感染以及阴道裂伤均远远优于常规阴道组,详细数据见表2。

表2:两组各项数量数据互比(n,%)

组别	例数	侧切	会阴完整	阴道裂伤	伤口感染
常规阴道组	65	5(7.69)	45(69.23)	5(7.69)	5(7.69)
自然组	66	0(0.0)	63(95.45)	2(3.03)	1(1.52)
χ^2		4.954	19.664	2.654	3.598
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

分娩是指胎儿在母体内发育成熟后,而产妇孕期非常适合,胎儿通过母体阴道开放后,自然脱离母体的整个过程^[4]。常规分娩时,助产士在产妇发生宫缩时,托住胎头,顶住会阴,按压胎儿枕部,极易让产妇会阴弹性较低,部分产妇还会发生水肿。此外如果胎儿胎头过大,被卡住,还需要对其会阴进行侧切,以此来达到胎儿顺利娩出的目的。而无保护会阴自然分娩,在产妇宫缩时,不会挤压胎儿枕部,让胎儿以自然的方向顺利娩出,另外会托住胎头,控制分娩的速度,让产妇的会阴得到充分的扩张和伸展后,以此来减少水肿和充血的情况发生。当宫缩时在指导产妇使用腹肌的力量。在整个分娩的过程中助产士会根据产妇会阴扩张的情况,控制胎儿娩出的速度,保障胎儿顺利的娩出。该种分娩方法尽量不会对产妇的会阴进行侧切、不会对会阴进行压迫,反之会让会阴部均匀的受力,得到充分的扩展后,在对其按摩,使其有足够的弹性,使胎头顺利的娩出^[5]。更重要的是,由于该种分娩方式具有产后创伤小、无侧切,会阴部发生感染的情况较低,故并发症发生率得到有效的控制。本次研究结果显示:自然组出血量和住院用时显著优于常规阴道组,且 $P < 0.05$;自然组会阴完整率高于常规阴道组,且 $P < 0.05$;并发症以少于常规阴道组,且 $P < 0.05$;胎儿Apgar评分两组差异微小,且 $P > 0.05$ 。该数据充分的说明:无保护会阴自然分娩的可行性和安全性。

综上所述,无保护会阴自然分娩会阴完整度较高、创伤小、并发症发生率低,对产妇缩短恢复时有积极意义,故值得临床推广和借鉴。

(下转第75页)



术野受到限制,以防其对组织解剖关系造成影响^[8]。本文研究显示:观察组手术效果明显优于对照组,说明采取经尿道等离子前列腺剜除术可以提升手术效果;观察组治疗总有效率明显高于对照组,说明采取剜除术可以显著地提升对于前列腺增生的疗效;观察组并发症发生率明显低于对照组,说明采取剜除术能够减少并发症。

综上所述,为前列腺增生患者采取经尿道等离子前列腺剜除术不仅可以显著地改善手术效果、提升疗效,而且还可以减少并发症,因此有必要将经尿道等离子前列腺剜除术推广应用于前列腺增生的治疗当中。

参考文献

- [1] 杨梓光,戴勇.经尿道双极等离子腔内前列腺剜除术治疗良性前列腺增生症的疗效观察[J].中国实用医药,2017,12(7):85-87.
- [2] SiJun Wang, XiaoNan Mu, Ji Chen, 等. Plasmakinetic enucleation of prostate versus 160-W laser photoselective vaporization for the treatment of benign prostatic hyperplasia[J]. Asian Journal of Andrology, 2017, 19(1):15-19.
- [3] Yu Y, Lou G, Shen C, et al. Technical aspects of transurethral plasmakinetic enucleation and resection of the

prostate for benign prostatic hyperplasia[J]. Minimally Invasive Therapy, 2017, 26(1):44-50.

[4] 朱进明.经尿道前列腺等离子电切剜除术与电切术治疗良性前列腺增生安全性和疗效的比较[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(16):2991-2991.

[5] Mallikarjuna C, Nayak P, Ghouse S M, et al. Transurethral enucleation with bipolar energy for surgical management of benign prostatic hyperplasia: Our initial experience[J]. Indian Journal of Urology [J] Journal of the Urological Society of India, 2018, 34(3):219-222.

[6] 耿新龙.经尿道等离子前列腺剜除术治疗良性前列腺增生症疗效观察[J].山西职工医学院学报,2017,27(4):30-32.

[7] 陈卫中,王乃潮,汤鹏等.经尿道等离子前列腺电切术及剜除术治疗良性前列腺增生症的疗效分析比较[J].中外医疗,2018,37(28):57-58.

[8] 黄敏志,黄裕清,余自强等.经尿道等离子剜除术治疗巨大良性前列腺增生症的疗效观察[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2017,9(1):29-32.

(上接第70页)

参考文献

- [1] 林生英,温玲,刘小丽,等.无保护会阴接生技术在正常分娩中的应用效果观察[J].护理研究,2014,(12):1485-1486.
- [2] 高洁,樊雷.无保护会阴接生法在阴道分娩中的应用效果分析[J].东南国防医药,2014,(6):639-640.

[3] 蒋跃青.无保护会阴自然阴道分娩与常规阴道分娩效果比较[J].大家健康(学术版),2015,9(22):167-168.

[4] 常艳红.比较自然阴道分娩采取无保护会阴和常规阴道分娩的临床效果[J].中国实用医药,2015,10(20):275-276.

[5] 葛月娥,何闰.无保护会阴接生法在降低会阴侧切率和促进阴道分娩的效果研究[J].中国妇幼保健,2016,31(8):1773-1775.

(上接第71页)

97.44%,高于对照组的84.62%。这也进一步提示,在牙槽突骨折患者的治疗中,应用口腔正畸固定矫治术可取得满意疗效,其临床应用价值更高。

综上所述,在牙槽突骨折患者的治疗中,应用口腔正畸固定矫治术治疗可取得满意效果,有助于提升患者矫治疗效,值得临床应用与推广。

参考文献

- [1] 罗力民,谢程芳.口腔正畸固定矫治技术对比牙弓夹板治疗牙

槽突骨折的临床观察[J].家庭医药,2018,23(10):153.

[2] 王玉刚.口腔正畸固定矫治技术、牙弓夹板治疗牙槽突骨折的临床效果比较[J].饮食保健,2018,5(37):43-44.

[3] 唐晨耀.观察口腔正畸固定矫治技术治疗牙槽突骨折的疗效[J].特别健康,2018,11(13):57.

[4] 肖文秀.口腔正畸固定矫治技术治疗牙槽突骨折的疗效[J].全科口腔医学电子杂志,2018,5(31):51,65.

[5] 王海燕,鲁娟,孔丽娟.口腔固定矫正术治疗牙槽突骨折疗效分析[J].临床心身疾病杂志,2018,24(5):197-199,202.

(上接第72页)

施和治疗措施,能够提高儿童家长对斜视弱视的认知程度,增强患儿对治疗的依从性,有效提高患者的视力。

参考文献

- [1] 李丽红.在儿童斜视、弱视治疗过程中,如何为患儿进行合理的屈光矫治[J].中国眼镜科技杂志,2018(9):103-104.
- [2] 李任达,张彬.综合疗法治疗小儿微小度数斜视性弱视的临床

效果观察[J].中国医药指南,2017(30):52-53.

[3] 吴晓璇.屈光参差性弱视与斜视性弱视的电生理研究[J].中国现代医学杂志,2017(27):101.

[4] 孟智勇.数字化多媒体系统治疗儿童弱视的疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(80).

[5] 余焕云.间歇性外斜视儿童矫正术后远期疗效[J].中华眼视光学与视觉科学杂志,2018,20(5):286.

(上接第73页)

动脉栓塞术治疗。结果显示,观察组手术实施的总时间长度、手术之后住院观察的天数、核心生命质量量表分数优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组子宫切除率低于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,双侧子宫动脉栓塞术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的痊愈出院概率确切,可更好改善核心生命质量量表分数,值得推广应用。

参考文献

- [1] 熊玉芬.宫腔镜治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的痊愈出院概率观察[J].基层医学论坛,2018,22(26):3666-3667.
- [2] 李凤梧,李岩.剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠的临床分析[J].智慧健康,2018,4(01):34-36.

[3] 杨勇政,周山,万建国.瘢痕子宫及子宫瘢痕妊娠的MRI影像表现[J].现代医用影像学,2017,26(06):1711-1713.

[4] 陆伟,陈汝君,李怀芳,童晓文.不同方案治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠28例临床分析[J].现代妇产科进展,2017,26(10):773-776.

[5] 谢小健,陈丽萍,蒋清清,吴幼萍.经阴道彩超在子宫瘢痕妊娠诊断中应用效果探讨[J].中外医学研究,2017,15(27):82-84.

[6] 敬巧.子宫动脉栓塞术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的结局分析[J].航空航天医学杂志,2017,28(09):1052-1053.

[7] 罗丹梅.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的腔内超声诊断价值分析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2017,4(25):42-43.

[8] 曹三梅.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠行子宫动脉栓塞术的临床研究[J].中国处方药,2017,15(08):138-139.