

产钳分娩新生儿并发症的分析及护理对策探讨

林书雅

厦门市第五医院神经外科 福建厦门 361101

摘要 目的 分析产钳分娩新生儿并发症的发生特征,评价护理质量改进效果。方法 2017年1月~12月,医院产科阴道分娩、阴道助产的产妇315例,改进前,常规护理。2018年1月~11月,医院产科阴道分娩、阴道助产的产妇320例,改进后,在分析当前产钳分娩的执行情况下,指定落实一系列的改进措施。结果 改进后,产钳分娩成功率与改进前相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。改进后,产钳相关新生儿并发症发生率低于改进前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。改进前后新生儿Apgar1min评分差异无统计学意义($P > 0.05$),改进后第二产程时间低于改进前,改进后Apgar5min评分高于改进前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。改进后新生儿窒息率低于改进前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。改进前后羊水粪染、进入NICU率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 产钳分娩新生儿的并发症主要为面部皮肤损伤,通过助产技术改进,一定程度上降低了产钳分娩新生儿并发症的发生风险。

关键词 新生儿;产钳;分娩;护理

中图分类号 R473.71

文献标识码 A

文章编号 1672-4356(2019)03-116-02

产钳助产士处理第二产程延迟的有效方法之一,可以降低剖宫产率、改善母婴结局。但是产钳分娩也存在新生儿并发症,可能导致新生儿产钳损伤,临床对于产钳的适应症、操作技术仍然存在争议^[1]。为进一步规范产前助产的合理应用,提升技术水平,医院通过研究开始探索产钳助产技术改进的改进方法,以降低产钳分娩新生儿并发症的发生风险。

1 资料及方法

1.1 一般资料

2017年1月~12月,医院产科阴道分娩、阴道助产的产妇315例,改进前,产妇年龄(26.3 ± 1.4)岁,孕周(38.8 ± 0.4)周。2018年1月~11月,医院产科阴道分娩复合阴道助产的产妇320例,改进后,产妇年龄(26.6 ± 1.3)岁,孕周(38.9 ± 0.5)周。纳入标准:①可疑胎儿窘迫;②第二产程延长;③母体有严重合并症或并发症;④临床资料完整。

1.2 方法

1.2.1 改进前

产钳助产的要求及操作步骤均参照《中华妇产科学(临床版)》(第3版),新生儿科医生配合保胎。在达到阴道助产的标准后,产科医师与产妇及其家属充分沟通,签署《知情同意书》。采用Simpson产钳实施低位或出口产钳助产,需注意检查矢状缝与产钳柄长轴要位于同一平面,后凶距离产钳柄超过一手指,人字缝距离产钳两侧叶等距。牵引胎头不下降时需注意是否为头盆不称。

1.2.2 改进后

在分析当前产钳分娩执行情况下,指定落实一系列的改进的措施,主要内容如下:①在第一产程,便需要充分的评估胎儿大小、骨盆情况,评估难产的风险,使用阴道助产技术的需求;②在选择阴道助产技术时,选择合适的器械,使用产钳、胎头吸引器有利有弊,需要根据具体情况、个人临床经验选择,产钳更适合辅助胎位不当、转胎需求的对象,以及分娩孕周较短(< 34 周)的对象;③在分娩过程中,需要确认宫

口开全,根据胎儿的大小、胎方位、骨盆情况,评估产钳助产条件,如胎先露过高不建议产钳助产,提倡会阴保护分娩,尝试徒手方式判断牵引条件,而不是盲目的使用产钳助产;

④对于产钳叶片的放置,需要基于胎儿、骨盆的关系选择合适的放置角度,若无法扣合,则需要配合调整胎方位再放置;

⑤保证产钳处于骨盆中轴线上,沿着骨盆轴的轴线持续、缓慢牵引,配合宫缩,以利于胎儿的自然娩出,减少产钳的操作;

⑥密切观察会阴扩张情况,不能用力过度,从而为胎先露下降留出空间;

⑦会阴保护者与牵引者相互之间随时进行有效的沟通,保护者需要告知会阴的张力、压力、扩张情况以及胎头下降情况、宫缩情况告诉牵引者,尽量确保两者步调一致,相互配合,减少产钳操作的时间;

⑧对于产钳的取出,应当随着胎头的下降,胎头着冠、即将娩出时,将产钳顺势带出;

⑨会阴保护者,需要指导产妇配合宫缩,控制腹内压,将胎儿缓慢娩出,尽量维持匀速,从而更好的控制会阴保护的角

度和力量;⑩不推荐贯序使用胎头吸引器和产钳助产。

1.3 观察指标

产钳分娩新生儿并发症的发生情况,包括面部撕裂伤、面神经瘫痪、骨折、颅内出血、眼部损伤等。

自然分娩成功对象的第二产程时间、新生儿Apgar1min评分、Apgar5min评分、新生儿窒息、羊水粪染等新生儿不良结局发生情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS18.0软件以及WPS表格进行统计学处理,第二产程时间、新生儿Apgar评分、Apgar评分服从正态分布,采用(均数 $\bar{x} \pm$ 标准差s)表示,观察组与对照组的组间对比采用t检验,产钳分娩新生儿并发症的发生情况、产钳分娩成功率、不良事件比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 产钳分娩成功率以及产钳相关新生儿并发症

改进后产钳分娩成功率与改进前相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。改进后,产钳相关新生儿并发症的发生率低于改进前,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

作者简介: 林书雅(1988.06),女,汉,福建厦门,本科,主管护师,助产士,研究方向:产科相关。

表1 改进前后产钳分娩成功率以及产钳相关新生儿并发症发生情况对比 [n (%)]

时间	n	产钳助产成功	面部撕裂伤、皮肤擦伤	颅内出血	骨折	眼伤	合计
改进后	320	301 (94.1)	3 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.9)
改进前	315	292 (92.4)	11 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	12 (3.8)
χ^2		0.478	4.805	-	-	0.000	4.500
P		0.489	0.028	-	-	0.994	0.034

2.2 产程以及 Apgar 评分

改进前后新生儿 Apgar1min 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，改进后第二产程的时间低于改进前，改进后 Apgar5min 评分高于改进前，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 改进前后产程以及 Apgar 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	第二产程 (h)	Apgar1min 评分	Apgar5min 评分
改进后 (n=320)	3.16 ± 0.44	9.8 ± 1.4	10.0 ± 1.1
改进前 (n=315)	3.32 ± 0.41	9.7 ± 1.2	9.8 ± 1.3
t	4.739	0.966	2.094
P	0.000	0.335	0.037

2.3 不良新生儿结局

改进后新生儿的窒息率低于改进前，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。改进前后羊水粪染、进入 NICU 率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表3。

表3 改进前后不良新生儿结局发生情况对比 [n (%)]

时间	n	新生儿窒息	羊水粪染	进入 NICU
改进后	320	3 (0.9)	17 (5.3)	18 (5.6)
改进前	315	11 (3.5)	21 (6.7)	17 (5.4)
χ^2		4.805	0.517	0.016
P		0.028	0.472	0.900

3 讨论

产钳、胎头吸引器助产引起新生儿的并发症与助产器械相关，常见的并发症为皮肤面部损伤，少部分会发生颅骨骨折，极少部分会出现颅内出血、眼部损伤。不同文献报道的结果存在较大的差异，以面部撕裂伤为例，发生率在 0.5%~5% 之间，并发症反映了产钳助产的管理水平^[2-3]。本次研究中，改进前产钳助产新生儿并发症的发生率达到 3.8%，其中面部裂伤、皮肤擦伤达到 3.5%，处于正常偏高水平，有较大的改进空间。

产钳助产引起的新生儿并发症发生机制虽然较复杂，但绝大多数是可以预防的，产钳使用不当，特别是反复的钳夹、

用力过度、时间过长、拔出力度过大等是导致产钳相关新生儿并发症的主要原因^[3]。实践发现，牵引、会阴保护、产钳的相互配合不到位以及经验不足是导致产钳操作不当的根本性原因。近年来，医院提倡采用会阴保护分娩技术，但是在实践过程中，助产士处于担心预后不良、胎儿宫内窘迫等原因，助产干预过于积极，操作过于频繁。世界卫生组织认为，产科应尽量创造接近自然分娩的环境、减少医源性干预，可以使产妇以及新生儿获益。频繁、密切的干预，可能会干扰宫缩、胎头下降的速度，不仅增加产妇体力的消耗，还会影响会阴保护措施地开展，增加产妇的痛苦^[4]。为此，医院通过制定落实一系列的改进措施，改进助产技术水平。结果显示观察组对象明显获益，产钳新生儿并发症的发生率为 0.9%，较改进前显著下降，与此同时观察组新生儿窒息率明显减少、Apgar5min 评分上升，这可能与产程时间缩短有关^[5]。

小结：产钳分娩新生儿并发症主要为面部皮肤损伤，助产技术改进，一定程度上降低了产钳分娩新生儿并发症的发生风险。

参考文献

[1] 李严平, 陈沂, 刘春霞, 等. 不同分娩方式对母婴健康影响的 meta 分析 [J]. 中国医刊, 2015, 50(9):87-93.
 [2] 时春艳, 李博雅. 新产程标准及处理的专家共识 (2014) [J]. 中华妇产科杂志, 2014, 7: 486-487.
 [3] 胡静, 肖红, 邹颖, 等. 无保护会阴分娩技术用于初产妇会阴分娩效果的 Meta 分析 [J]. 中华护理杂志, 2016, 51(04):413-419.
 [4] 胡静, 肖红, 邹颖, 等. 无保护会阴分娩技术用于初产妇会阴分娩效果的 Meta 分析 [J]. 中华护理杂志, 2016, 51(04):413-419.
 [5] 刘慧妹. 掌握产房技术减少母婴损伤 [J]. 中华产科急救电子杂志, 2018, 7(03):129-131.

(上接第 115 页)

并维护患者，在每一个护理环节中关爱融入其中，为患者创造温馨舒适的病房环境，与患者形成良好的护患关系，全程提供优质的护理服务，以此达到提高护理质量、提升治疗的目的^[5]。本研究结果显示，B 组护理后的 SAS、SDS、PSQI 评分均低于 A 组，且护理满意度高于 A 组，提示 B 组患者的心理状态、睡眠质量以及护理满意度均优于 A 组，由此说明，B 组的护理效果优于 A 组，即全程优质护理在宫颈癌中的实行效果优于常规护理。

综上所述，全程优质护理在宫颈癌中的实行效果显著，可明显改善患者的心理状态与睡眠质量，且可提高护理满意度，值得应用。

参考文献

[1] 张小东, 佟婷婷, 姜淑娟. 全程优质护理在宫颈癌

患者中的应用 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2016, 26(11):1381-1383.
 [2] 贾桂英, 雷凤英, 张立婷. 优质护理运用于宫颈癌病人护理中的价值评价 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(17):5-7.
 [3] 智博, 孔丹丹, 姚郁雯. 全程优质护理干预对宫颈癌患者负性情绪、遵医行为及生活质量的影响 [J]. 慢性病学杂志, 2018, 19(12):1701-1702.
 [4] 高静. 责任制优质护理全程追踪模式对宫颈癌化疗后癌因性疲乏和睡眠障碍的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(24):24-26.
 [5] 王继红, 曹玉晶, 陈立新. 全程优质护理服务在子宫颈癌放疗中的应用 [J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(16):4447-4448.