

单手保护会阴接产法会阴评估及侧切裂伤的研究*

罗庆平, 桑晓梅, 罗蓉戎[△], 徐云芳, 周 蕾, 杜雨然, 朱 莉, 叶科容, 郭绍俊(四川省泸州市人民医院妇产科 646000)

【摘要】目的 探讨单手保护会阴接产法与传统保护会阴接产法的会阴条件评估、侧切率及裂伤程度的比较, 以提高助产技能及评估能力, 减少会阴损伤。**方法** 采用前瞻性临床随机对照研究, 研究对象为足月、头位、无妊娠合并症与并发症, 无胎儿窘迫经阴道分娩者。其中研究组 293 例, 对照组 294 例, 研究组采用单手保护会阴接产法, 对照组采用传统保护会阴接产法, 观察两组产妇产会阴条件、新生儿体质量、会阴侧切及裂伤情况。**结果** 两组会阴体长度、会阴弹性、新生儿体质量差异无统计学意义($P>0.05$), 研究组会阴侧切率显著低于对照组, 两组分别为 17.1%、40.5%, 研究组会阴裂伤程度显著低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 两组会阴Ⅲ度裂伤发生率差异无统计学意义($P>0.05$), 两组均无Ⅳ度裂伤发生。**结论** 单手保护会阴接产法较传统保护会阴接产法能提高会阴评估能力, 降低会阴侧切率, 减轻会阴裂伤程度, 并不增加会阴Ⅲ、Ⅳ度裂伤的发生率。

【关键词】 单手保护会阴; 会阴侧切; 会阴裂伤; 会阴评估

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.17.007 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)17-2500-03

Study on perineum assessment and perineum laceration in single hand perineum protection delivering method* LUO Qing-ping, SANG Xiao-mei, LUO Rong-rong[△], XU Yun-fang, ZHOU Lei, DU Yu-ran, ZHU Li, YE Ke-rong, GUO Shao-jun (Department of Obstetrics and Gynecology, Luzhou Municipal People's Hospital, Luzhou, Sichuan 646000, China)

【Abstract】Objective To compare the perineum condition assessment, perineum episiotomy rate and laceration degree between the single hand perineum protection delivering method and traditional perineum protection delivering method in order to improve the midwifery skills and assessment ability, and reduce the perineum trauma. **Methods** The prospectively randomized clinical study was adopted with the parturients with full-term, head position, without pregnancy comorbidities, complications and fetal distress, and vaginal delivery as the research subjects. Among them, 293 cases were in the research group and 294 cases in the control group. The research group adopted the single hand perineum protection delivering method, while the control group adopted the traditional perineum protection delivering method. The perineum condition, neonatal weight, perineum episiotomy and perineum laceration were observed in the two groups. **Results** The perineum lengths, perineum elasticity and neonatal weight had no statistical differences ($P>0.05$); the episiotomy rate in the research group was significantly lower than that in the control group (17.1% vs. 40.5%), the perineum laceration degree in the research group was significantly lower than that in the control group, the differences were statistically significant ($P<0.05$); the occurrence rate of degree Ⅲ perineum laceration had no statistically significant difference between the two groups ($P>0.05$); no degree Ⅳ perineum laceration occurred in the two groups. **Conclusion** The single hand perineum protection delivering method can elevated the perineum assessment ability compared with the traditional perineum protection delivering method, decreases the episiotomy rate and reduces perineum laceration without increasing the occurrence rate of degree Ⅲ and Ⅳ perineum laceration.

【Key words】 single hand perineum protection; episiotomy; perineum laceration; perineum assessment

近年来,国内外都提倡降低剖宫产率及会阴侧切率,行选择性会阴切开,提高分娩质量。英国国家卫生和临床技术优化研究所(NICE)2007版的会阴切开指南建议:自然分娩中不应常规行会阴切开,会阴切开不可常规用于防止会阴Ⅲ、Ⅳ度裂伤^[1]。本科室近年来通过转变助产士会阴切开观念,将会阴侧切率从2011年的72.56%降至2012年53.72%,但仍然较高。如何正确地运用助产会阴保护技术,提高会阴评估能力,正确地应用会阴切开术,是目前助产研究的方向。中国妇幼保健协会在2010年开展的“促进自然分娩的中国行动”中推荐使用美国妇产科学院范渊达教授推广的无创助产技术(hand-off),

2012年范渊达教授来国内各大医院指导无创助产技术(hand-off),即单手保护会阴接产法。本科室2013年1月起对单手保护会阴接产法与传统保护会阴接产法的前瞻性临床随机对照研究,以期提高会阴评估能力,降低会阴侧切率及会阴裂伤程度,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年1~12月本科室收治的拟行阴道分娩产妇587例作为研究对象,年龄20~38岁,单胎,头位,足月妊娠,孕期检查正常,无妊娠合并症及并发症,产程正常,无胎儿窘迫者,自愿签署知情同意书,按随机数字表(偶数为研

* 基金项目:四川省卫生计生厅科研课题(130517);泸州市科技局科技计划项目[2013-S-46(5/6)]。

作者简介:罗庆平,女,本科,副主任护师,主要从事助产护理方面的研究。△ 通讯作者,E-mail:1240544210@qq.com。

究组,奇数为对照组)预分配到研究组(293 例)与对照组(294 例)。研究经医院伦理委员会批准同意,若产程中出现产程异常或胎儿窘迫者退出研究。为避免各助产士评估能力及接产技能的差异,以及新的接产法可能导致的评估能力、接产技能的变化,不宜采取同一助产士应用两种接产法。因此,将参与研究的助产士分为研究组与对照组,安排各班两组助产士至少各 1 人,为相应组的产妇接生。比较此项研究开始前 3 个月两组助产士总体阴侧切率,分别为 50.35%,52.42%,差异无统计学意义,组间均衡可比性好。为研究组产妇接生的助产士提供单手保护会阴接产法的培训,两组产妇年龄与孕周比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 接产方法 第二产程接产前,两组产妇均可自行选择较舒适自由体位,接产时均为产床上半卧截石位。两组在接产过程中均观察记录会阴弹性情况及测量会阴体长度。研究组采取单手保护会阴接产法,对照组采取传统的保护会阴方法接产。(1)研究组单手保护会阴接产法:当胎头拨露时耐心等待会阴充分扩张,胎头拨露至会阴后联合紧张时开始用一只手(一般为左手)置于胎头上控制胎头娩出速度,防止胎头快速娩出,不刻意协助胎头俯屈与仰伸,另一只手不压迫和托举会阴体。头娩出后挤净口鼻的羊水,不要急于娩肩,耐心等待至少一次宫缩,等待胎儿自主复位旋转,可顺势协助,不人为强行旋转,双手托住胎头,在宫缩作用下胎肩缓慢娩出。(2)对照组传统保护会阴接产法:当胎头拨露使阴唇后联合紧张时,在会阴部盖消毒巾,接产者右肘支在产床上,右手拇指与其余四指分开,利用手掌大鱼际肌顶住会阴部。每当宫缩时应向上内方托压,同时,左手应轻轻下压胎头枕部,协助胎头俯屈使胎头缓慢下降。宫缩间歇时保护会阴的右手稍放松,以免压迫过久引起会阴水肿。当胎头枕部在耻骨弓下方露出时左手应协助胎头仰伸,使胎头缓慢娩出。胎头缓慢娩出后右手仍应保护会阴,左手挤净口鼻的羊水,协助胎头复位旋转,协助娩肩,双肩娩出后保护会阴的右手才可以放松^[2]。两组均指导产妇的配合,提前在宫缩期练习张口呼气动作 1~2 次,指导产妇在宫缩时张口呼气,使胎头缓慢娩出,或让产妇在宫缩间歇期稍向下屏气,使胎头在宫缩间歇期缓慢娩出,需会阴切开时均行会阴侧切。

1.2.2 观察指标 会阴弹性度测量方法:在胎头拨露时,由助产士左手的食、中指插入先露与会阴之间托起会阴皮肤,评估其弹性度。当托起的会阴皮肤可以撑起,且撑起时皮肤色泽正常,无苍白、无皮肤小裂纹,示弹性度好;若会阴皮肤不能撑起,或撑起时苍白、表皮出现许多细丝状的破裂纹,示弹性度差。会阴体长度测量:在产包内准备 20 cm 不锈钢直尺一把,当胎头拨露 4~5 cm 时测量会阴体的长度^[3]。观察记录两组产妇会阴侧切及裂伤情况。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行处理及统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇一般情况及会阴条件比较 本研究主要研究 2 种接产方法对会阴条件评估、侧切及裂伤的影响,对初产妇、经产妇同样适用。两组产妇产次、新生儿体质量、会阴弹性及会阴体长度差异均无统计学意义,见表 1、2。

2.2 两组产妇会阴侧切率、裂伤程度及会阴 III 度裂伤发生率比较 研究组会阴侧切率低于对照组,未侧切的会阴裂伤程度轻于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。单独比较两组会阴 III 度裂伤发生率,差异无统计学意义($P>0.05$),两组均无 IV 度裂伤发生。对照组产妇侧切延裂发生率略高于研究组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3、4。

表 1 两组产妇产次和会阴弹性比较[n(%)]

| 分组 | n | 产次 | | 会阴弹性 | |
|----------|-----|-----------|----------|-----------|-----------|
| | | 初产 | 经产 | 差 | 好 |
| 研究组 | 293 | 216(73.7) | 77(26.3) | 95(32.4) | 198(67.6) |
| 对照组 | 294 | 231(78.6) | 63(21.4) | 115(39.1) | 179(60.9) |
| χ^2 | | 1.902 | | 2.861 | |
| P | | 0.168 | | 0.091 | |

表 2 两组产妇会阴体长度及新生儿体质量比较($\bar{x} \pm s$)

| 分组 | 会阴体长度(cm) | 新生儿体质量(kg) |
|-----|-------------|-------------|
| 研究组 | 4.568±0.938 | 3.300±0.389 |
| 对照组 | 4.619±0.932 | 3.305±0.360 |
| t | 0.658 | 0.159 |
| P | 0.511 | 0.874 |

表 3 两组产妇侧切率、侧切口延裂及 III 度裂伤情况比较[n(%)]

| 分组 | 侧切 | 侧切延裂 | III 度裂伤 |
|----------|------------|----------|----------|
| 研究组 | 50(17.10) | 0(0.00) | 1(0.34) |
| 对照组 | 119(40.50) | 7(5.90)* | 2(0.68)* |
| χ^2 | 39.232 | — | 0.00 |
| P | <0.001 | 0.081* | >0.05 |

注:*表示其中 1 例为侧切后延裂为 III 度裂伤;°表示 Fisher 确切概率法。—表示无数据。

表 4 两组产妇未侧切会阴裂伤程度比较

| 分组 | 未侧切(n) | 完整(n) | I 度(n) | II 度(n) | III 度(n) | 平均秩次 | Z | P |
|-----|--------|-------|--------|---------|----------|-------|-------|--------|
| 研究组 | 243 | 59 | 102 | 81 | 1 | 192.9 | 3.557 | <0.001 |
| 对照组 | 175 | 31 | 52 | 92 | 1 | 232.6 | | |

3 讨论

会阴是胎儿通过母体的最后一道门户,儿头娩出时,若阴道口的弹性度小于儿头周径时,会阴裂伤难以避免。会阴破裂虽不可完全避免,但若保护得法可以减少会阴破裂^[4]。加强第

二产程助产技术手法、理念的改进可避免严重裂伤的发生^[5]。单手保护会阴接产法可有效减少会阴损伤,可有效降低会阴侧切率并减少产后出血,减轻产后会阴水肿程度和产后疼痛,同时不会增加会阴 III、IV 度裂伤的发生率^[6]。传统保护会阴接产

法是助产士左手置于胎头上控制胎头娩出速度,右手掌大鱼际肌顶住会阴部,向上和向内用力托压会阴部,可使会阴不能充分扩张,也可将胎头向上向内推而影响胎头娩出,若会阴组织受压过久可能发生组织缺血、水肿,脆性增加而导致会阴裂伤,且用手托压会阴力量的大小方向只能由助产士根据经验自行掌握,有的由于用力的角度方向大小不合适,压迫会阴至缺血水肿而致组织脆性增加,导致严重会阴裂伤,或造成侧切口向里、向内的延长延深。单手保护会阴接产法仅用一只手放在胎头上控制胎头娩出速度,不用另一只手扶持托压会阴,无外力压迫会阴组织至水肿,让胎头缓慢自然充分的拨露、仰伸,充分扩张会阴,会阴受力均匀,可极大增强会阴弹性和延展性,减轻会阴裂伤程度,同时,能持续直观会阴伸展扩张变化情况。研究组观察到即使一些在胎头拨露时按会阴弹性标准评估差的,随着胎头着冠部分越来越大,会阴伸展性逐渐变好,阴道口逐渐扩张变大,再综合评估会阴体长度及胎儿大小,估计不会发生严重复杂裂伤的即未行侧切,而对照组因不变持续观察会阴弹性变化,只要评估为会阴弹性差的均行会阴侧切。按本研究设计方法评估会阴弹性及会阴体两组无差异情况下,研究组降低会阴侧切率,减轻会阴损伤程度,且并未增加会阴Ⅲ、Ⅳ度裂伤的发生率,说明研究组应用单手保护会阴接产法提高了会阴条件评估能力。

有研究指出,会阴体长度大于 3 cm 有利于会阴保护^[7]。为预防会阴裂伤,正确评估会阴的伸展度及弹性度有重要意义。因此,需全面评估会阴的弹性度、会阴体长度及胎儿体质量大小以决定是否行会阴侧切。研究组观察到,当会阴伸展性好,阴道口足够大时,会阴体短也不会发生严重裂伤。研究组中有 14 例会阴体小于或等于 3 cm,因为其阴道口弹性扩张好而未行会阴侧切也未发生严重裂伤,其中 3 例会阴完整。而会阴弹性及阴道口是持续变化的,不易具体测量,仍然需靠助产者经验评估。本研究发现研究组按本研究初始设计的胎头拨露时评估的会阴弹性及会阴体长度不能决定会阴侧切与否,需要持续观察到胎头着冠后对会阴弹性及会阴体的评估才更利于决定是否行会阴侧切,更能预测会阴裂伤程度。当胎头通过会阴时,最大直径为枕下前额径(儿头颈交接处后上方结节至额隆突的间距),平均值为 10.3 cm,最大值为 11.4 cm,其平面为枕下前额平面,枕下前额周径平均值为 32.9 cm,最大值 35.5 cm。娩胎肩时易裂伤会阴,新生儿肩幅(两侧肩峰之间的距离)平均 11.2 cm,最大 12.8 cm,肩围平均 33.4 cm,最大 36.5 cm。笔者认为,助产者可牢记儿头枕下前额径、枕下前额周径及肩幅,结合会阴弹性及会阴体长度变化,提高目测能力以提高会阴条件评估能力。据此可做以下推测:当枕前位分娩胎头着冠时,双顶径已露出于阴道口横径时,根据胎儿大小个体化评估,阴道口前后径加会阴体长度能大于 11.5~13.0 cm 时应该不会发生严重裂伤。欲更为准确评估会阴条件及确定会阴侧切指征,有待进一步探讨。

会阴保护手法的原则主要是控制胎头娩出速度,使会阴逐渐伸展,胎头缓慢匀速娩出^[8]。本研究中两组会阴Ⅲ度裂伤发生率差异无统计学意义($P>0.05$),对照组共发生 2 例Ⅲ度裂伤,其中 1 例为会阴弹性差,会阴体短,侧切后胎儿快速娩出发生,另对照组与研究组各有 1 例未侧切的Ⅲ度裂伤发生,均为

巨大儿,在评估胎儿大小时失误,且在娩肩时速度过快。研究组因未用手托压会阴,持续观察到了会阴裂伤的变化,胎头娩出时会阴仅Ⅱ度裂伤,肩出后发现Ⅲ度裂伤。对照组因用手托压会阴,无法持续观察,不能明确Ⅲ度裂伤发生时机。为保护好会阴,减轻会阴裂伤程度,在控制胎头娩出速度后,也要控制胎肩娩出速度,特别是巨大儿娩肩时更要慢速娩出,巨大儿肩幅常常大于儿头枕下前额径,同时要强调产妇的用力配合。产妇和助产士的配合协作是完成会阴保护的前提^[7]。虽然两组均在接产前指导了产妇的用力配合,但难免部分产妇不能很好控制自己,需要助产士整个接产过程高度集中注意力,做到细心、耐心、机警。

综上所述,单手保护会阴接产法更符合自然分娩的原理,能提高助产士对会阴条件的评估能力,降低会阴侧切率,减轻会阴裂伤程度,并不增加会阴Ⅲ、Ⅳ度裂伤的发生率。世界卫生组织正常分娩指导鼓励采用非平卧位体位分娩,如侧卧、坐、俯卧、蹲等,单手保护会阴接产法适合于在不同体位接产应用,值得临床推广^[8-9]。但对于单手保护会阴接产法用于侧卧位、跪俯位等自由体位分娩时的会阴条件评估及会阴裂伤有待进一步探讨。

参考文献

- [1] Li Y. The effect of maternal age and planned place of birth on intrapartum outcomes in healthy women with straightforward pregnancies: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study [J]. *BMJ Open*, 2014, 4(1): e004026.
- [2] 谢幸. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013: 180-181.
- [3] 谭华霖,朱斌,柯秉初,等. 分娩期会阴体形态学研究[J]. *中国妇幼保健*, 2007, 22(6): 727-728.
- [4] 王淑雯. 中国产科生理常数研究与难产防治[M]. 天津:天津科学技术出版社, 2002: 305-500.
- [5] Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, 7(12): 66.
- [6] 罗晓菊,陈本祯,陈晓琴. 无创助产技术临床应用效果分析[J]. *中国妇幼保健*, 2013, 28(4): 721-723.
- [7] 罗晓菊,吴雪,曾淑慧,等. 探讨正常分娩会阴保护指标在侧切中的临床意义[J]. *护理研究*, 2010, 24(12): 3137-3138.
- [8] 张宏玉. 助产学[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2014: 368.
- [9] Hogan DR, Salomon JA. Prevention and treatment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in resource-limited settings [J]. *Bull World Health Organ*, 2015, 83(2): 135-143.

(收稿日期:2015-02-25 修回日期:2015-03-15)