

同侧卧位与对侧卧位配合徒手转胎头术在产程中对纠正胎方位的临床比较

叶雪健 鲍立军 盛 秋

摘 要 **目的** 观察同侧卧位与对侧卧位配合徒手转胎头术在产程中对纠正胎方位的临床疗效,以提高自然分娩率。**方法** 将 2010 年 1 月~2014 年 8 月于笔者医院经阴道分娩过程中出现持续性枕横位及持续性枕后位的 500 例产妇随机分为实验组及对照组两组,各 250 例,对照组采用同侧卧位配合徒手转胎头纠正胎方位,实验组采用对侧卧位配合徒手转胎头纠正胎方位,观察比较两组自然分娩率、产程及产妇产后出血率、新生儿窒息率。**结果** 实验组顺产率 86.0%,对照组顺产率为 69.2%,实验组顺产率显著高于对照组($\chi^2 = 20.296, P < 0.01$);实验组剖宫产率为 3.6%,对照组剖宫产率为 11.2%,实验组剖宫产率显著低于对照组($\chi^2 = 10.536, P < 0.01$);实验组第 1 产程、第 2 产程平均时间明显低于对照组($t = 12.226, 7.498, P < 0.05$);实验组自然分娩产妇产后出血与新生儿窒息发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.597, 0.487, P > 0.05$)。**结论** 同侧卧位与对侧卧位配合徒手转胎头术在产程中对纠正胎方位均具有良好效果,但对侧卧位配合徒手转胎头术更具有优势,值得临床进一步研究推广。

关键词 同侧卧位 对侧卧位 徒手转胎头术 胎方位

中图分类号 R714.4

文献标识码 A

DOI 10.11969/j.issn.1673-548X.2015.08.048

Comparison of the Clinical Effects between Ipsilateral Lateral Position and the Opposite Lateral Position both Coordinated with Manual Rotation of Fetal Head on Fetal Position Correction in Stages of Labor. Ye Xuejian, Bao Lijun, Sheng Qiu. Department of Gynecology and Obstetrics, Wenzhou Ou Hai District People's Hospital, Zhejiang 325005, China

Abstract **Objective** To observe the clinical curative effect of the ipsilateral lateral position and the opposite lateral position both coordinated with manual rotation of fetal head on fetal position correction in stages of labor, thus to improve the spontaneous delivery rate. **Methods** Five hundred cases of puerperal, who had persistent occiput transverse position and persistent occipitoposterior position during vaginal delivery in our hospital from January 2010 to August 2014, were divided randomly into two groups (experimental group and control group), with 250 cases in each group. Individuals in the control group adopted the ipsilateral lateral position coordinated with manual rotation of fetal head to correct fetal position, while those in the experimental group adopted the opposite lateral position coordinated with manual rotation of fetal head to correct fetal position. The spontaneous delivery rate, stages of labor and postpartum hemorrhage rate, neonatal asphyxia in two groups were observed and compared. **Results** The spontaneous labor rate of the experimental group was 86.0%, but that of the control group was 69.2%, which indicated that the spontaneous labor rate of experimental group was significantly higher than that of control group ($\chi^2 = 20.296, P < 0.01$). Cesarean section rate of the experimental group was 3.6% and that of control group was 11.2%, which indicated the cesarean section rate of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($\chi^2 = 10.536, P < 0.01$). The average time of the first and the second stage of labor in the experimental group was significantly lower than that in the control group ($t = 12.226, 7.498, P < 0.05$). There was no statistical significance between incidence of maternal postpartum hemorrhage and that of neonatal asphyxia during spontaneous delivery in the experimental group ($\chi^2 = 0.597, 0.487, P > 0.05$). **Conclusion** Both ipsilateral lateral position and the opposite lateral position both coordinated with manual rotation of fetal head to correct fetal position in stages of labor have good effects, but the opposite lateral position coordinated with manual rotation of fetal head is more advantageous and is worthy of clinical further research and promotion.

Key words Ipsilateral lateral position; Opposite lateral position; Manual rotation of fetal head; Fetal position

近年来,头位性难产在难产中所占比例呈上升趋势

势,其中尤以持续性枕横位或枕后位最甚,若处理欠妥,则对母婴安全带来严重威胁。但这并不意味着所有的头位难产都将以剖宫产告终。自 20 世纪 90 年代以来,我国每年剖宫产率呈显著上升趋势^[1]。虽然在保证母婴安全方面具有一定效果,但却使人的生

作者单位:325005 温州市瓯海区人民医院妇产科(叶雪健);
710061 西安交通大学医学院第一附属医院妇产科(鲍立军),妇幼中心(盛秋)

通讯作者:叶雪健,电子信箱:qqmm0100@163.com

育能力下降,且易增加新生儿呼吸系统并发症。相对于阴道自然分娩来说,各种类型的剖宫产对母儿的风险均较高。因此,降低剖宫产率,及时正确处理头位难产,减少对母儿的影响,提高产科工作质量,此乃为我们每一个妇产科临床工作者义不容辞的责任。目前,在分娩过程中发生枕横位或枕后位,有报道说应当向同侧卧位,也有报道说应当向对侧卧位,究竟是该向同侧卧位还是对侧卧位来纠正胎方位,国内外报道众说纷纭^[2]。本研究采用对侧卧位配合徒手转胎头术在产程中纠正胎方位,取得良好疗效,现报道如下。

资料与方法

1. 一般资料:选取 2010 年 1 月~2014 年 8 月于笔者医院经阴道分娩过程中出现持续性枕横位及持续性枕后位的 500 例产妇,均为单胎、头位,排除头盆评分<8 分者,排除合并严重合并症者,均经充分试产,产程出现异常,经阴道检查确定为枕横位或枕后位。按数字表法随机分为实验组和对照组,实验组 250 例,产妇年龄 22~34 岁,平均年龄 27.6 ± 3.8 岁;孕周 37~41 周,平均孕周 39.3 ± 2.1 周;初产妇 190 例,经产妇 60 例。对照组 250 例,产妇年龄 23~35 岁,平均年龄 27.5 ± 3.4 岁;孕周 38~41 周,平均孕周 38.9 ± 2.2 周;初产妇 185 例,经产妇 65 例。两组产妇年龄、孕周等资料差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2. 方法:徒手转胎头指征^[3]:①骨盆正常,头盆正常,盆大小、胎儿体重、胎头位置、产力强弱 4 项评分超过 11 分;②宫颈扩张近开全,阴道检查确认枕后位或枕横位,产程延滞;③胎膜已破;④胎头无水肿,且无产瘤形成;⑤宫缩与产力良好(若宫缩乏力,可静滴催产素增强宫缩);⑥无子宫先兆破裂、前置胎盘、胎盘早剥、胎儿窘迫等情形,胎儿状况良好。实验组采用对侧卧位,胎头枕部面向前方,左侧取右侧卧位,右侧取左侧卧位,常规消毒,助产妇导尿,于宫缩间歇,术者示指与中指伸入阴道,两指合并,指端于小阴门下方 1cm 处,待宫缩缓慢转动胎头,枕左横位逆向旋转 45°,枕左后位逆向旋转 90°,枕右横位与枕右后位顺向旋转,旋转角度与枕左横位、枕左后位一样。待到 2~3 次宫缩后,胎头固定于转位,可抽出手指。第 1 次旋转失败,可于 20min 后行第 2 次旋转,方法同前。两次旋转未果,则需行剖宫产。对照组采用同侧卧位,产妇取于胎儿脊柱同方向侧卧位,腰部微微弯曲,含胸屈膝,同侧下肢后伸,腹前贴床,对侧下肢上收,与脊柱纵轴成直角,配合徒手转胎头矫正胎位。观察比较两组自然分娩率、产程及产妇产后出血率、新生儿窒息发生率。

3. 转位成功标志:旋转操作后,胎儿以枕前位自然娩出,则为成功;转位失败,需行剖宫产结束分娩,则表明转位失败^[4]。

4. 统计学方法:采用统计学软件包 SPSS 16.0 对本研究所有数据进行比较和分析,计数资料采用百分率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,

组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

结 果

1. 两组产妇分娩方式比较:实验组顺产率 86.0%、剖宫产率为 3.6%,对照组顺产率 69.2%、剖宫产率为 11.2%,与对照组比较,实验组顺产率显著提高,剖宫产率显著降低,两组数据比较差异有统计学意义($P<0.05$),详见表 1。

表 1 两组产妇分娩方式比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	阴道顺产	阴道助产	剖宫产
实验组	250	215(86.0)	26(10.4)	9(3.6)
对照组	250	173(69.2)	49(19.6)	28(11.2)
χ^2		20.296	8.298	10.536
<i>P</i>		0.000	0.004	0.001

2. 两组产妇阴道分娩产程时间比较:与对照组比较,实验组第 1 产程平均时间与第 2 产程时间均相对较少,两组数据比较差异有统计学意义($P<0.01$),详见表 2。

表 2 两组产妇阴道分娩平均产程时间比较 ($\bar{h}, \bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	第 1 产程	第 2 产程
实验组	250	7.28 ± 1.46	0.76 ± 0.18
对照组	250	9.38 ± 2.29	0.93 ± 0.31
<i>t</i>		12.226	7.498
<i>P</i>		0.000	0.000

3. 两组自然分娩产妇产后出血及新生儿窒息情况比较:实验组自然分娩产妇产后出血及新生儿窒息发生率略低于对照组,但两组比较差异无统计学意义($P>0.05$),详见表 3。

表 3 两组自然分娩产妇产后出血及新生儿窒息情况比较 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	2h 内阴道出血量 ≥500ml	4 分 ≤ APgar 评分 ≤ 7 分	APgar 评分 <4 分
实验组	215	1(0.47)	2(0.93)	0(0)
对照组	173	2(1.17)	3(1.73)	0(0)
χ^2		0.597	0.487	—
<i>P</i>		0.439	0.485	—

讨 论

头位难产是指因胎头所朝向位置或胎头俯屈不良所造成的分娩困难,是头位胎儿在分娩过程中发生产程进展停滞、延缓或延长,尤以持续性枕横位枕后位所占比重最大,也是临床最为常见的头位难产。在正常分娩过程中,胎头俯屈良好,胎儿应以枕前位娩出,而当胎头俯屈不良,在盆腔内旋转受阻,未能向

前旋转 90° 或 135°, 则会产生持续性枕横位或枕后位。近年来, 由于人们生活水平显著上升, 且多数家庭为独生子女, 孕妇营养富足, 运动量相对匮乏, 致使胎儿体重增加, 产妇耐受力削弱, 使头位难产增加。对于持续枕横位或枕后位头位难产, 若处理不当, 胎头保护欠妥, 则会使新生儿窒息发生率增加, 同时对产妇产道也会造成严重损伤。故此, 如何纠正胎头位置, 预防或减少头位难产成为广大医护工作者的重要课题。

大量研究表明, 胎儿方位与孕妇临产前卧姿密切相关。胎儿重心在重力影响下向孕妇侧后方偏移, 易出现枕后位与枕横位, 在加上盆骨、产力等因素的影响, 头位难产的发生概率进一步增加^[5]。由于胎儿在重力、羊水浮力、宫缩力三者共同作用下, 可使其背部向产妇侧方或前方转移, 从而有利于自然娩出的枕前位娩出。本研究表明, 胎头枕横位或枕后位时, 采取对侧卧位配合徒手转胎头纠正胎方位效果更为突出, 本组实验组顺产率 86.0%、剖宫产率为 3.6%, 对照组顺产率 69.2%、剖宫产率为 11.2%, 实验组顺产率高于对照组, 剖宫产率低于对照组, 且实验组产程时间短于对照组, 两组数据比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。这主要是由于对侧卧位时, 胎儿重力、羊水浮力共同形成的有效偶力大于同侧卧位时二者形成的有效偶力, 这与乐杰^[6]所推荐的“让产妇向胎腹的方向侧卧”具有一致性, 而与刘新萍等^[7]报道相左, 这可能与本研究样本量较大, 且枕右横位产妇较多有关。

徒手转胎头操作简易, 对产妇损伤较小, 不易引起产妇产后相关病症, 利于产妇顺利分娩, 在保证母婴安全方面具有重要作用。本研究所有产妇在进行徒手转胎头手术操作过程中, 严密监测胎儿及产妇生

命体征, 积极预防胎儿窘迫, 避免产道较大损伤, 本组实验组与对照组自然分娩产妇产后出血及新生儿窒息发生率均较低, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。值得一提的是, 以手转胎头配合矫正胎位时, 要控制好手术时机, 在潜伏期, 胎头位置偏高, 宫口扩张不足, 易造成脐带脱垂, 且旋转胎头固定难度较大, 易使手术失败; 而宫口进入第 2 产程, 则因胎头位置不易改变, 再加之产瘤等因素的影响, 使操作极为不便, 故此在进行徒手转胎头操作时, 应待宫口扩张近开全, 先露位于棘上 1cm 至棘下 2cm 时, 进行手转胎头操作, 从而提高旋转成功率^[8,9]。

综上所述, 同侧卧位与对侧卧位配合徒手转胎头术在产程中对纠正胎方位均具有良好效果, 对侧卧位配合徒手转胎头术根据优势, 应把握徒手转胎头的操作时机, 从而有效降低剖宫产率, 提高顺产率。

参考文献

- 1 美国家庭医师学会. 产科高级生命支持 [M]. 盖铭英译. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2010: 191 - 193
- 2 单红梅. 徒手旋转胎头术治疗枕横位和枕后位难产的效果观察 [J]. 中国医药指南, 2012, 35: 212 - 213
- 3 李彩霞, 于晓霞, 李媛媛, 等. 新法徒手旋转胎头在头位难产中的应用 [J]. 航空航天医学杂志, 2012, 6: 705 - 706
- 4 毕嫣, 宋雁, 康立. 徒手旋转胎头法在头位难产产程处理中的作用 [J]. 中国妇幼保健, 2011, 8: 1243 - 1244
- 5 周晓莉. 徒手旋转胎头术在 210 例头位难产中的临床应用 [J]. 当代医学, 2010, 13: 90 - 91
- 6 乐杰. 妇产科学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 192 - 194
- 7 刘新萍, 陆影仪, 何顺英. 225 例持续性枕横位体位临床研究 [J]. 中国妇幼保健杂志, 2007, 22(8): 1 128
- 8 吴霞, 范玲, 王琪, 等. 两种体侧卧位法纠正枕后位的临床观察 [J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(8): 468 - 469
- 9 罗兆莲, 褚桂莲. 产妇同侧侧卧位分娩 114 例的临床观察 [J]. 广西医学, 2009, 31(2): 248 - 249 (收稿日期: 2014 - 12 - 10)
(修回日期: 2015 - 01 - 04)

(接第 186 页)

- 9 Liu D, Zhang M, Yin H. Signaling pathways involved in endoplasmic reticulum stress - induced neuronal apoptosis [J]. Int J Neurosci, 2013, 123(3): 155 - 162
- 10 Fridman JS, Lowe SW. Control of apoptosis by p53 [J]. Oncogene, 2003, 22(56): 9030 - 9040
- 11 Shih HM, Chang CC, Kuo HY, et al. Daxx mediates SUMO - dependent transcriptional control and subnuclear compartmentalization [J]. Biochem Soc Trans, 2007, 35(Pt 6): 1397 - 1400
- 12 Sudharsan R, Azuma Y. The SUMO ligase PIAS1 regulates UV - induced apoptosis by recruiting Daxx to SUMOylated foci [J]. J Cell Sci, 2012, 125(Pt 23): 5819 - 5829
- 13 Harder Z, Zunino R, McBride H. Sumo1 conjugates mitochondrial substrates and participates in mitochondrial fission [J]. Curr Biol, 2004, 14(4): 340 - 345
- 14 Zunino R, Schauss A, Rippstein P, et al. The SUMO protease

SEN5 is required to maintain mitochondrial morphology and function [J]. J Cell Sci, 2007, 120(Pt 7): 1178 - 1188

- 15 Zunino R, Braschi E, Xu L, et al. Translocation of Senp5 from the nucleoli to the mitochondria modulates DRP1 - dependent fission during mitosis [J]. J Biol Chem, 2009, 284(26): 17783 - 17795
- 16 Wasiak S, Zunino R, McBride HM. Bax/Bak promote sumoylation of DRP1 and its stable association with mitochondria during apoptotic cell death [J]. J Cell Biol, 2007, 177(3): 439 - 450
- 17 Feligioni M, Brambilla E, Camassa A, et al. Crosstalk between JNK and SUMO signaling pathways: deSUMOylation is protective against H₂O₂ - induced cell injury [J]. PLoS One, 2011, 6(12): e28185
- 18 Leitao BB, Jones MC, Brosens JJ. The SUMO E3 - ligase PIAS1 couples reactive oxygen species - dependent JNK activation to oxidative cell death [J]. FASEB J, 2011, 25(10): 3416 - 3425

(收稿日期: 2014 - 11 - 01)

(修回日期: 2014 - 11 - 20)