

210 例低位及出口产钳助产的临床研究^{*}

吴俊平¹,王洪斌²(1. 河北省青县新兴中心卫生院 062650;2. 河北省沧州市青县中医医院
妇产科 062650)

【摘要】 目的 通过对低位和出口产钳助产术适应证及并发症的分析,分析其常见并发症及临床应用价值。**方法** 对 2012 年 1 月至 2013 年 3 月收治的 210 例行低位及出口产钳术的分娩孕妇进行回顾分析,将同期的正常阴道分娩 230 例孕妇纳入健康对照组。比较两组阴道裂伤、宫颈裂伤、产后出血、阴道壁血肿以及会阴伤口裂开等母体损伤发生率,头皮血肿、头面部皮肤损伤、颅内出血及骨折等胎儿损伤发生率,新生儿 Apgar 评分结果。**结果** 产钳组与健康对照组的母体损伤率、胎儿损伤率、新生儿的 Apgar 评分结果相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 低位及出口产钳术是一种比较安全、有效的阴道助产手段,可有效减少产钳对母体和胎儿的伤害,保证母婴健康安全。

【关键词】 低位; 出口; 产钳助产术
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)18-2583-02

近年来,由于麻醉学、输血、输液、水电平衡知识以及手术方式、手术缝合材料的改进和控制感染等措施的进步,剖宫产率急剧上升。剖宫产产妇术中出血、术后血栓形成率、再次妊娠发生前置胎盘和子宫破裂的概率远高于经阴道分娩的产妇^[1];同时剖宫产新生儿并发呼吸系统功能异常及发生弱视的概率高于阴道分娩新生儿,其抵抗力远低于阴道生产新生儿。而低位产钳术、出口产钳术相比剖宫产,具有困难小,对产妇、新生儿损伤小等优点。本研究回顾性分析了本院 2012 年 1 月至 2013 年 3 月实施的 210 例低位产钳和出口产钳助产术,旨在探讨低位产钳术与出口产钳术的临床应用价值,以减少剖宫产率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2012 年 1 月至 2013 年 3 月收治的分娩孕妇 440 例作为回顾性分析研究对象。将 210 例行低位及出口产钳术助产分娩的孕妇纳入产钳组,同期经阴道正常分娩的孕妇 230 例纳入健康对照组。产钳助产适应证有:(1)因第二产程中宫缩乏力,持续性枕后位或枕横位导致第二产程延长者。(2)胎儿宫内窘迫,或产妇有明显衰竭者。(3)产妇合并有心脏病、高血压、妊娠性高血压症、肺部疾患等需缩短第二产程者。(4)吸引器助产失败,确认无明显头盆不称或胎头已入盆甚至已通过坐骨棘平面者。(5)臀位、后出头须产钳助产者。(6)有剖宫产史而须缩短第二产程者。行产钳助产须满足以下条件:(1)宫口已开全;(2)术前破膜;(3)胎儿先露头在+3 或以下;(4)活胎;(5)胎方位是正枕前位或正枕后位。

1.2 方法 产钳组 210 例行低位及出口产钳术的分娩孕妇全部符合产钳助产适应证及条件。按照《最新临床妇产科诊疗技

术》^[2]中产钳助产操作规范进行。健康对照组分娩孕妇按照《妇产科学(第 8 版)》^[3]的相关规范协助产妇正常分娩。所有胎儿娩出后参照《电子监护学(第 2 版)》^[4]规定的 Apgar 评分原则,对新生儿的呼吸、心率、肌张力、皮肤颜色、喉反射等五项指标进行评分。每项 0~2 分,满分为 10 分。如五项总分 0~<4 分为重度窒息,4~<8 分为轻度窒息,8~10 为无窒息;详细记录所有产妇的阴道裂伤、宫颈裂伤、产后出血、阴道壁血肿以及会阴伤口裂开等损伤情况;记录新生儿头皮血肿、头面部皮肤损伤、颅内出血及骨折等损伤情况。比较产钳组与健康对照组产妇与胎儿损伤的发生率及新生儿 Apgar 评分结果。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。计数资料采用百分率表示,组间比较采用卡方检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 产钳手术指征 临床上手术指征有时不止一个,以主要指征列入分析,210 例行低位及出口产钳术的分娩孕妇中胎儿宫内窘迫、胎位异常、第二产程延长、母体并发症(妊娠性高血压综合征、心脏病等)、子宫收缩乏力所占比例分别为 59.52%(125/210)、17.14%(36/210)、10.47%(22/210)、6.68%(14/210)、6.19%(13/210)。

2.2 产钳组与健康对照组的母体损伤率比较 产钳对母体的损伤与放置产钳术的位置有关,产钳组与健康对照组的阴道裂伤、宫颈裂伤、产后出血、阴道壁血肿以及会阴伤口裂开发生率比较,比较差异无统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 低位及出口产钳助产术对母体的损伤率对比[% (n/n)]

组别	n	阴道裂伤	宫颈裂伤	产后出血	阴道壁血肿	会阴伤口裂开
产钳组	210	11.43(24/210)	7.14(15/210)	9.05(19/210)	3.81(8/210)	2.38(5/210)
健康对照组	230	10.86(25/230)	7.82(18/230)	8.69(20/230)	3.91(9/230)	3.04(7/230)

2.3 产钳组与健康对照组的胎儿损伤率比较 产钳组与健康对照组对胎儿造成头皮血肿、头面部皮肤损伤、颅内出血及骨折发生率比较,比较差异无统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.4 产钳组与健康对照组新生儿的 Apgar 评分结果比较

采用 Apgar 评分法对产钳组与健康对照组的新生儿进行评分,产钳组:4 分以下 3 例,占 1.43%;4~<8 分 18 例,占 8.57%。健康对照组:4 分以下 3 例,占 1.30%,提示有重度窒息;4~<8 分 14 例,占 6.08%;产钳组与健康对照组轻度窒息

^{*} 基金项目:河北省中医药管理局科研计划课题(2013140)。

发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 低位及出口产钳助产对胎儿的损伤率比较					
组别	<i>n</i>	头皮血肿	头面部 皮肤损伤	颅内出血	骨折
产钳组	210	5.23(11/210)	4.28(9/210)	0.95(2/210)	0.47(1/210)
健康对照组	230	6.08(14/230)	3.91(9/230)	0.87(2/230)	0.43(1/230)

3 讨 论

产钳术是指使用产钳牵引胎头帮助胎儿娩出的手术,高位系指儿头末衔接时上产钳,危险性大,已不采用。胎头衔接后上产钳,称中位产钳术,目前也很少采用。儿头颅顶骨最低部位(不是先锋头的最低部分)降达会阴部时上钳,称低位产钳术。儿头显著于阴道口时应用产钳,为出口产钳术。尤其是出口产钳术,困难多较小,较安全。低位及出口产钳术已成为解决难产和某些产科合并症,挽救产妇和围产儿生命的有效手段^[5]。低位及出口产钳术虽然对母婴较安全,并发症少,但应注意产钳助产指征和实施时机的把握尺度,否则对母婴的危害极大。本研究中实行产钳助产的指征主要是胎儿宫内窘迫 125 例、第二产程延长 22 例、子宫收缩乏力 13 例、胎位异常 36 例以及母体并发症(妊娠性高血压综合征、心脏病)14 例。当第二产程发现胎儿窘迫的时候,只要胎头位置达到助产要求,产钳助产可在数分钟内娩出胎儿,比剖宫产术更能缩短胎儿娩出时间,并且对母婴的创伤很小^[6]。若此时实施剖宫产手术,取胎头会很困难,子宫切口往往延裂出血,缝合困难,严重者损伤输尿管。自阴道上推儿头的方法,可能导致逆行性感染。因此,特定条件下,产钳助产相对剖宫产术而言,具有更加高效、安全的优点,并非剖宫产术所能取代^[7]。

阴道分娩时因胎儿窘迫,轻度头盆不称,第二产程过长,胎儿过大,胎位不正,产妇有妊娠性高血压症、心脏病等并发症或合并症等原因需尽快终止妊娠时,如果应用产钳术,需注意产钳术的并发症^[8]。本研究中产钳组发生的主要母体并发症依次为阴道裂伤、宫颈裂伤、产后出血、阴道壁血肿及会阴伤口裂开,与健康对照组比较差异没有统计学意义($P<0.05$)。产钳的正确位置应当是胎儿的顶颞部,即胎耳与眼眶之间。如果放置不当,会造成胎儿眼球损伤、面神经瘫痪、颅内出血等严重创伤^[9]。本研究中 210 例产钳助产新生儿有 11 例发生头皮血肿,9 例头面部皮肤损伤,2 例颅内出血,1 例骨折,各种损伤发生率与健康对照比较差异没有统计学意义($P<0.05$),表明低

位及出口产钳助产术对胎儿的损伤不大。从理论上讲,第二产程超过最大的时限才考虑使用产钳助产,助产完毕,部分产妇第二产程可达 5 h,甚至更长时间。由于第二产程时间相对正常产程长,新生儿窒息发生率必然高,因此应用产钳助产应警惕第二产程延长对胎儿造成的影响^[10],本组研究资料中,产钳组 Apgar 评分在 4 分以下 4 例,提示有重度窒息,4~<8 分 18 例,提示有轻度窒息,产钳组轻度窒息发生率较健康对照组稍高,但二者比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

综上所述,只要充分重视低位和出口产钳术的适应证、必备条件,掌握分娩机转及适应证,熟练手术操作规程,可有效减少产钳对母婴造成的伤害,保证母婴健康安全,降低剖宫产率。

参考文献

[1] 郭洁斐,叶苑华. 低位及出口产钳助产 216 例临床分析[J]. 中国医药指南,2012,10(11):244-245.

[2] 高楠,杨鹏. 最新临床妇产科诊疗技术[M]. 天津:科技翻译出版公司,2012:111-115.

[3] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:198-203.

[4] 韩玉昆,杨于嘉,邵肖梅,等. 新生儿缺氧缺血性脑病[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:105-123.

[5] 程文君. 低位或出口产钳助产术 132 例分析[J]. 浙江中西医结合杂志,2013,(2):149-150.

[6] 董春梅,谢穗,许园园,等. 产钳术 90 例临床分析[J]. 中国医药导报,2011,8(10):50-51.

[7] Biswas N, Beckett D, Taylor AA, et al. Uterine fibroid managed by uterine artery embolization and delivered vaginally by obstetric outlet forceps; a case report[J]. J Reproduct Med, 2012, 57(3-4):181-184.

[8] 张萍. 低位产钳术 205 例临床分析[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(2):174-175.

[9] 余平芝,谢穗,江世芳,等. 低位产钳术 172 例临床分析[J]. 安徽医学,2012,33(6):714-715.

[10] 孙文萍. 剖宫产胎头娩出困难内倒转术与产钳助产比较的临床分析[J]. 中国医学创新,2010,7(26):47-48.

(收稿日期:2014-01-22 修回日期:2014-04-13)

(上接第 2582 页)

[4] 尚瑜,尹爱萍. 5000 例肾脏疾病患者肾组织活检临床病理资料分析[J]. 中国慢性病预防与控制,2011,19(3):289-291.

[5] 潘俊美,尹忠诚,李胜开. 1217 例肾活检患者临床与病理资料分析[J]. 临床内科杂志,2013,30(3):179-181.

[6] Mesquita M, Fosso C, Baboto Sol E, et al. Renal bioposy findings in Belgium: a retrospective single center analysis [J]. Axta Clin Belg, 2011, 66(2):104-109.

[7] Zhou FD, Zhao MH, Zou WZ. The changing spectrum of primary glomerular diseases within 15 years: a survey of 3331 patients in a single Chinese centre[J]. Nephrol Dial Trans Plant, 2009, 24(3):870-876.

[8] 冯立英,王志东. 肾活检 239 例病例资料分析[J]. 中国药物与临床,2012,12(4):428-430.

[9] 赵春秀,贾利敏,郭铁标,等. 肾活检 190 例临床与病例资

料分析[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(29):3610.

[10] 王雅,徐城林. 316 例肾组织活检病理资料分析[J]. 现代医药卫生,2008,24(8):1135-1136.

[11] 潘俊美,尹忠诚,李胜开. 1217 例肾活检患者临床与病理资料分析[J]. 临床内科杂志,2013,30(3):179-181.

[12] 汪湜,刘殿阁,沈京群,等. 江苏部分地区 805 例肾活检临床病理例资料分析[J]. 东南大学学报:医学版,2010,29(3):301-305.

[13] 张瑜琪,杨桂芳. 56 例肾组织活检病例资料分析[J]. 吉林医学,2010,31(27):4758.

[14] Kyrieleis HA, Lowik MM, Pronk I, et al. Long-term outcome of biopsy-proven, frequently relapsing minimal-change nephrotic syndrome in children[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2009, 4(10):1593-1600.

(收稿日期:2014-01-17 修回日期:2014-04-13)