

瘢痕子宫再次足月妊娠分娩 应用综合护理干预的临床研究

聂 芹

(湖北省十堰市湖北医药学院附属东风医院 产科, 湖北 十堰, 442000)

摘要:目的 探讨综合护理干预与瘢痕子宫再次足月妊娠分娩的关系。方法 选择本院住院分娩的1700例适合自然阴道分娩的瘢痕子宫再次足月妊娠的孕妇,采用随机数字表法选取其中250例作为对照组,进行常规产检、孕产妇监护及分娩评估等措施。再选取500例作为实验组,除常规的措施外,增加产前健康指导及全程导乐陪产的干预,对2组产妇的分娩情况进行比较。结果 实验组阴道分娩率为86.0%,阴道分娩成功率为45.1%,对照组分别为26.4%、12.1%,2组阴道分娩率及阴道分娩成功率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。与对照组比较,实验组产程较短,且胎儿窘迫、产后大出血、新生儿窒息的发生率以及阴道助产率均较低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 应用综合护理对瘢痕子宫再次足月妊娠分娩的产妇进行干预,可提高阴道分娩率和成功率,缩短产程,减轻母体疼痛,降低并发症的发生率,从而改善母婴预后。

关键词: 瘢痕子宫; 再次足月妊娠; 综合护理干预; 产前健康指导; 导乐陪产; 自然阴道分娩

中图分类号: R 473.71 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)04-135-03 DOI: 10.7619/jcmp.201704041

Clinical study of comprehensive nursing intervention on delivery of the pregnancy with scar uterus

NIE Qin

(Department of Obstetrics, Dongfeng Hospital Affiliated to Hubei University of Medicine, Hubei, Shiyan, 442000)

ABSTRACT: Objective To study the relationship between comprehensive nursing intervention and full-term delivery of scar uterus. **Methods** A total of 1700 cases with uterine scar suitable for natural vaginal delivery were selected as research objects, and 250 cases were selected as the control group, given routine check, maternal care and delivery evaluation and 500 cases were selected as experimental group prenatal health guidance and Doula accompany intervention based on conventional measures, the delivery condition of the pregnancy in the two groups were compared. **Results** Vaginal delivery rate was 86%, and vaginal delivery success rate was 45.1% in the experimental group, and were 26.4%, 12.1% in the control group, and there was significant difference in vaginal delivery rate and vaginal delivery success rate ($P < 0.05$). Compared with the control group, experimental group had shorter labor time and lower incidences of fetal distress, postpartum hemorrhage, neonatal asphyxia and vaginal delivery rate, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Comprehensive care for full-term delivery for the pregnancy with uterine scar can increase the rate of vaginal delivery and successful rate, shorten the production process, and reduce maternal pain and the incidence of complications so as to improve the maternal health outcomes.

KEY WORDS: scar uterus; full-term pregnancy; comprehensive nursing intervention; prenatal health guidance; Doula accompany delivery; spontaneous vaginal birth

分娩是指胎儿脱离母体成为独立存在的个体的过程^[1]。而产力、产道、胎儿以及精神心理因素等其中一种或几种因素发生变化均会影响分娩过程,可引起自然阴道分娩失败,需转成剖宫

产^[2],尤其是瘢痕子宫,很大程度地影响再次足月妊娠的分娩过程及产后,再加上孕产妇对分娩的认知不足或对分娩过程产生的巨大疼痛的阴影和过度恐惧,从而拒绝自然阴道分娩,或由于自然

阴道分娩失败最终不得转成剖宫产。本研究探讨综合护理干预对瘢痕子宫再次足月妊娠分娩的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2013 年 5 月—2015 年 5 月住院的适合自然阴道分娩的瘢痕子宫再次足月妊娠者患者 1 700 例。采用随机数字表法选取 250 例作为对照组,再选取 500 例作为实验组。患者年龄 22~43 岁,平均为 (30.1 ± 2.5) 岁,平均身高 (158.4 ± 8.5) cm,平均体质量 (64.5 ± 4.3) kg,孕次 2~3 次,此次分娩距上次剖宫产时间 3~7 年,平均 (3.2 ± 1.4) 年。实验组平均年龄 (30.1 ± 3.1) 岁;平均孕周 (38.2 ± 2.1) ;产妇平均身高 (159.7 ± 7.9) cm;产妇体质量 (64.7 ± 4.5) kg;胎儿体质量 (3.2 ± 3.1) kg;对照组平均年龄 (29.7 ± 2.8) 岁;平均孕周 (37.9 ± 2.4) ;产妇平均身高 (160.2 ± 8.1) cm;产妇体质量 (65.3 ± 3.9) kg;胎儿体质量 (3.0 ± 2.9) kg。纳入标准:有 1 次子宫下段剖宫产史;怀孕满 37 周且不超过 42 周;无阴道分娩史;宫颈成熟良好。排除标准:有自然阴道分娩禁忌症者。2 组孕妇的年龄、孕周、身高、体质量及胎儿体质量等一般资料差异均无统计学意义 ($P < 0.05$)。此次研究孕产妇或其家属已签署相关知情同意书。

1.2 方法

对照组实施常规产检、孕产妇监护和分娩评估等措施。实验组除实施常规的措施外,增加综合护理干预,包括进行产前健康指导和全程导乐陪产。

1.2.1 产前健康指导:积极热情接待孕产妇及其家属,介绍本院的助产技术及综合实力,并说明此次分娩的相关知识、妊娠病情评估情况、自然阴道分娩的优点以及再次剖宫产的风险。根据孕产妇具体情况客观分析比较自然阴道分娩与剖宫产的预后状况,帮助产妇克服心理障碍使其自愿同意和积极配合自然阴道分娩和分娩失败随时转成剖宫产。告知患者自然阴道分娩利于母婴健康,可减少新生儿呼吸系统疾病,降低产后出血的发生率,产妇可尽早下床活动,促进乳汁分泌,利于婴儿吸收营养,而且产后体型恢复的快,住院时间短、药物治疗少、经济负担较轻。而再次剖宫产的操作难度较大,可能会造成膀胱等周围脏器的损伤、产后出血、感染并引起子宫内膜炎和子宫肌炎等疾病,有切除子宫的风险,还会有慢性盆腔疼痛、月经紊乱、异位妊娠等影响生活质量的疾病。

1.2.2 全程导乐陪产:经产妇及医护人员同意,可允许丈夫或亲人陪伴,为使产妇顺利完成分娩,其自行选择专业且经验丰富的本院助产人员在产妇分娩过程中给予导乐分娩。根据产妇在产程的不同时期的生理以及心理需求的变化,导乐师要为患者提供个性化服务,为加强产妇自然阴道分娩的信心,鼓励和赞美产妇,随时将产程进展及胎儿宫内情况及时告知产妇及其家属,鼓励家属与导乐师一同鼓励产妇,增强生产的信心。潜伏期时调整呼吸以减轻阵痛,每隔一段时间给予流质饮食,避免断断续续的进食。鼓励产妇在疼痛不剧烈时变换体位,以使胎头适应产道。在宫口开全之前,指导产妇应用腹压并屏气用力。

1.3 评价指标

阴道试产率:即同意阴道试产以及阴道试产失败转成剖宫产的产妇数占每组产妇总数的比例。阴道试产成功率:阴道试产成功的产妇数占所有阴道试产孕妇数的比例。对产程时间、胎儿窘迫、阴道助产率、新生儿窒息、产后大出血等产妇的分娩情况进行比较。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计软件对资料进行比较。采用 t 检验来计算 2 组正态分布资料如年龄、孕周、身高以及产程时间等的平均值的差异。采用卡方检验来计算 2 组的阴道试产率、胎儿窘迫等构成比的差异,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组产妇阴道分娩率及成功率比较

实验组同意阴道分娩的产妇 430 例,阴道分娩率为 86.0%,阴道分娩成功率为 45.1%;对照组同意阴道分娩的产妇 66 例,阴道分娩率为 26.4%,阴道分娩成功率 12.1%。2 组阴道分娩率及阴道分娩成功率比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组产妇分娩结局比较

2.2.1 2 组产妇分娩结局比较

与对照组比较,实验组的产程所需时间较短 ($P < 0.05$),且胎儿窘迫、产后大出血、新生儿窒息的发生率以及阴道助产率均较低,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2.2 2 组产妇分娩结局比较

与对照组比较,实验组的产程所需时间较短 ($P < 0.05$),且胎儿窘迫、产后大出血、新生儿窒息的发生率以及阴道助产率均较低,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表1 2组产妇产结局比较[n(%)]

组别	产程时间(min)	胎儿窘迫	新生儿窒息	阴道助产率	产后大出血
实验组	370.8±12.5	81(16.2)	28(5.6)	81(16.2)	13(2.6)
对照组	465.8±13.7	68(27.2)	25(10.0)	72(28.8)	15(6.0)

3 讨论

产妇由于对于分娩的认知不足,导致过度紧张、焦虑和恐惧,使产程延长,产程进展变慢,导致胎儿窘迫及新生儿窒息^[3-4]。尤其对于有过剖宫产史但无自然阴道分娩史的子宫瘢痕再次妊娠者,由于这类产妇对自然阴道分娩产生过度的焦虑和恐惧,害怕子宫破裂大出血威胁母婴生命,从而以剖宫产结束分娩而不接受自然阴道分娩^[5-6]。研究^[7-8]表明,自然阴道分娩利于母婴健康,可减少新生儿呼吸系统疾病,降低产后出血的发生率,促进乳汁分泌,利于婴儿吸收营养,而且产妇产后体型恢复快、住院时间短、药物治疗少、经济负担较轻。而再次剖宫产的操作难度较大,可能会造成膀胱等脏器的损伤,易导致产后出血、感染并引起子宫内膜炎和子宫肌炎等疾病。

本研究结果显示,实验组产妇500例,同意阴道分娩的有430例,阴道分娩率为86.0%,阴道分娩成功率为45.1%;对照组产妇250例,同意阴道分娩的有66例,阴道分娩率为26.4%,阴道分娩成功率12.1%。2组阴道分娩率及阴道分娩成功率比较差异具有统计学意义,提示应用产前健康指导可提高产妇的阴道分娩率和成功率。与对照组比较,实验组产程所需时间较短,且胎儿窘迫、产后大出血、新生儿窒息的发生率以及阴道助产率均较低,提示应用综合护理干预的实验组的产程较短,产程进展较快,产妇疼痛程度较轻,分娩并发症的发生率较低,分娩结局较好。因此,为增加自然阴道分娩率,必须做好产前健康指导^[9-10],详细说明自然分娩的相关知识、妊娠病情评估情况、自然阴道分娩的优点以及再次剖宫产的风险、根据孕产妇具体情况客观分析比较自然阴道分娩与剖宫产的预后状况、帮助产妇克服心理障碍使其自愿同意和积极配合自然阴道分娩和分娩失败随时转成剖宫产^[11]。产前健康指导不但减少了产妇的焦虑和恐惧等不良情绪,增强信心,也提高阴道分娩率及成功率^[12],而且可降低剖宫产率和并发症的发生率,从而改善母婴预后状况^[13]。本研究还对实验组实施全程导乐陪

产,根据产妇在产程的不同时期的生理以及心理需求的变化,给予专业的个性化服务。

参考文献

- [1] 邹琴童, 张文颖. 9 582 例孕妇剖宫产率及剖宫产指征回顾性分析[J]. 安徽医药, 2013, 17(6): 974-976.
- [2] Kehl S, Weiss C, Wamsler M, et al. Double-balloon catheter and sequential vaginal prostaglandin E2 versus vaginal prostaglandin E2 alone for induction of labor after previous cesarean section[J]. Arch Gynecol Obstet, 2016, 293(4): 757-765.
- [3] 周卫东, 李春季. 剖宫产后再次足月妊娠200例临床分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2012, 23(3): 331-333.
- [4] Aubert M, Heckenroth H, Guidicelli B, et al. Evaluation of adherence to French guidelines concerning the information of the women having a scarred uterus on their mode of delivery[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2016, 45(5): 490-5.
- [5] 丁华. 剖宫产术后再次妊娠167例分娩方式分析[J]. 安徽医药, 2012, 16(10): 1480-1481.
- [6] 王志英, 徐凌燕, 王芳, 等. 瘢痕子宫妊娠破裂的原因分析与防护对策[J]. 护理与康复, 2014, 13(11): 1059-1061.
- [7] Majeed T, Waheed F, Mahmood Z, et al. Frequency of placenta previa in previously scarred and non-scarred uterus[J]. Pak J Med Sci, 2015, 31(2): 360-3.
- [8] Ballantyne M, Benzies K M, McDonald S, et al. Risk of developmental delay: Comparison of late preterm and full term Canadian infants at age 12 months[J]. Early Hum Dev, 2016, 101: 27-32.
- [9] 潘春煦, 杨鹏. 4 117 例二次妊娠合并瘢痕子宫产妇剖宫产并发症情况分析[J]. 山东医药, 2014, 54(2): 39-40.
- [10] 董秀英, 杨秋英, 刘亚辉, 等. 瘢痕子宫再次足月妊娠两种分娩方式的临床效果比较[J]. 河北医学, 2015, 21(9): 1505-1507.
- [11] Pomorski M, Fuchs T, Zimmer M. Prediction of uterine dehiscence using ultrasonographic parameters of cesarean section scar in the nonpregnant uterus: a prospective observational study[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2014, 14: 365-368.
- [12] 高丽欣, 刘群. 瘢痕子宫再次剖宫产的并发症分析[J]. 中国全科医学, 2012, 15(23): 2709-2711.
- [13] Flo K, Widnes C, Vårtun Å, et al. Blood flow to the scarred gravid uterus at 22-24 weeks of gestation[J]. BJOG, 2014, 121(2): 210-5.