

## · 综 述 ·

## 会阴无保护分娩的应用现状及分析

吴祥美,徐晶晶,童俊华 综述,陈宇 审校

**[摘要]** 会阴无保护分娩技术作为一项新技术具有减少会阴损伤、减轻伤口疼痛等优势,已逐渐应用于临床。本文系统介绍会阴无保护分娩技术的临床应用意义及现状,分析影响该技术开展的相关因素及解决对策。

**[关键词]** 会阴无保护分娩;会阴损伤;应用现状

**[中图分类号]** R714.3 **[文献标志码]** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2014.01.023

为缩短第二产程,预防软产道及会阴裂伤,目前临床广泛使用会阴侧切术。我国会阴侧切率约为 85.0%,部分医院甚至 >90.0%,而该手术在美国约为 62.5%、欧洲仅为 30.0% 左右。由于会阴侧切术可导致近期(包括切口局部疼痛、水肿和感染)和远期(性交疼痛、子宫脱垂、膀胱直肠膨出、加压性尿失禁等)不良反应<sup>[1]</sup>。近年来,国内外学者提倡开展会阴无保护助娩技术,该技术可以很大程度降低会阴侧切率,有效减少会阴损伤、减轻产妇伤口疼痛及会阴侧切术对生活的影响,从而提高产妇的生活质量。其接产原理是:分娩过程中不保护会阴,仅控制胎头娩出速度,使胎头娩出时对阴道产生的压力均匀分布,没有外界阻力,不易引起会阴裂伤<sup>[2]</sup>。现将该技术在临床应用及研究进展综述如下。

## 1 临床意义

**1.1 有效减少会阴损伤** 会阴无保护分娩的精髓是顺其自然,耐心地控制胎头娩出速度,同时不会增加会阴Ⅲ、Ⅳ度裂伤的发生率,不增加产妇会阴裂伤程度<sup>[3]</sup>。据美国妇产协会报道,1976-1994 年会阴侧切率由 86.8% 下降至 10.4%,同期会阴Ⅲ度裂伤率由 9.0% 下降至 4.2%,会阴完整率由 10.3% 升高至 26.5%<sup>[4]</sup>。有研究认为,会阴裂伤与会阴切开、阴道助产、会阴弹性、分娩体位、分娩镇痛麻醉、缩宫素使用及保护会阴的方法有关。研究表明,正常分娩时扩张阴道和会阴按摩、助产配合、控制胎头速度等对产妇会阴损伤程度明显低于行会阴侧切术的产妇。加强第二产程助产技术手法、理念地改进可避免严重裂伤的发生<sup>[5]</sup>。Sleep 等<sup>[6]</sup> 的大样本研究表明,会阴无保护分娩中会阴Ⅲ度裂伤发生例数较少,提示正常分娩中会阴Ⅲ度裂伤的发生率很

低,会阴完整比例明显高于会阴侧切组,而会阴 I、II 度裂伤发生率并无差异。

**1.2 新生儿窒息的影响** 传统观点认为,分娩时胎头受压可引起胎儿颅内压增高,胎儿间断性的缺氧会导致胎儿窘迫的发生,增加新生儿窒息的危险。因此,有专家认为,临床行会阴侧切术可缩短第二产程,从而减少胎儿娩出时间,避免因胎儿受压而引起窒息。而 Woolley<sup>[7]</sup> 回顾性分析 118 例对经阴道分娩新生儿进行超声波检查结果显示,会阴侧切与未侧切者脑血管出血发生率之间无统计学差异。张宏玉等<sup>[8]</sup> 研究发现,会阴侧切组与未侧切组新生儿 1 min、5 min 的窒息发生率比较差异无统计学意义,该研究结果还表明,未行会阴侧切并不会增加新生儿窒息率。上海复旦大学附属妇产医院以及郑州大学附属郑州中心医院的研究结果也证实,会阴无保护分娩中新生儿窒息未受影响<sup>[9]</sup>。

**1.3 第二产程的影响** 王少芳等<sup>[10]</sup>、孔欣等<sup>[11]</sup> 研究表明,未行会阴侧切组产妇与以往同期会阴切开组产妇的第二产程时间比较结果显示两组相差 5.07 min 和 1.3 min,两组间均无统计学差异( $P > 0.05$ )。由此可见,会阴无保护分娩并不会增加第二产程的时间。张宏玉等<sup>[12]</sup> 回顾性分析 1435 例经阴道分娩的产妇,观察会阴侧切对母儿结局的影响,结果发现,会阴侧切组在第一产程、第二产程时间均未短于未侧切组。所以,未行会阴侧切术并不会延长产妇的第二产程时间。

**1.4 疼痛的影响** 会阴无保护分娩可降低产妇疼痛程度。孔欣等<sup>[11]</sup> 研究表明,无保护分娩能使产妇较早地下床活动,有利于母乳喂养及产后的康复,同时还能减少产时、产后的出血及感染等。王少芳等<sup>[10]</sup> 研究证实,行会阴侧切术的产妇产后常见程度不同的会阴伤口疼痛,严重者疼痛难忍、坐卧不安、生活受到很大影响。会阴无保护分娩技术的原理为

不行会阴保护,使胎头娩出时对阴道产生的压力均匀分布,无外界阻力,不易引起会阴裂伤,从而减少分娩中的创伤,减轻产妇疼痛。

**1.5 远期生活影响** 会阴无保护分娩可以最大程度地维护会阴的完整性,因此可以减轻由于行会阴切开术所引起的产妇盆底肌弹性的降低,导致产后性生活障碍、会阴瘢痕处瘙痒及疼痛等。Sartore 等<sup>[13]</sup>对 519 例产妇进行了产后 3 个月的随访调查,将结果进行统计分析发现,两组产妇在大小便失禁、生殖器脱垂发生率方面无显著差异。但会阴侧切术组的会阴疼痛及产后性生活障碍的发生率显著高于未行会阴侧切术组。Clemons 等<sup>[14]</sup>的研究发现,随着会阴侧切术率的下降,因侧切术而引起肛门括约肌裂伤的发生率也显著下降。

## 2 影响因素

**2.1 产妇依从性欠佳** 虽然对孕产妇实施的健康教育和心理支持,可以做到由产前贯穿至分娩全过程,但由于分娩时的宫缩阵痛,易导致产妇出现不稳定的心理状态。而此时对产妇实施健康教育较产前相比难度增大。加之产房环境特殊,易使部分产妇产生恐惧、焦虑、孤独无助等消极情绪。在第一产程中过度消耗体力,而导致第二产程时体力不支,产妇很难保持对医护人员良好的依从性,从而增加了会阴无保护分娩的难度<sup>[15]</sup>。所以,尽管助产人员分娩前对产妇进行了准确评估,实施规范地助产操作技术,但若产妇依从性差,往往是导致会阴裂伤或再侧切的重要原因<sup>[11]</sup>。

**2.2 助产技术差异** 助产士的主观原因(如情绪、态度、精神状况等)对会阴结局有明显影响<sup>[16]</sup>,助产士感到劳累时,易产生心里暗示,倾向于行会阴侧切术,以尽快结束第二产程<sup>[17]</sup>。张宏玉等<sup>[8]</sup>研究发现,不同助产人员会阴侧切率差异很大,最低为 33.0%,最高则达 94.2%,该数据说明会阴侧切术的应用指征模糊,会阴侧切术的应用与实践者本人的理解力和判断标准有关。

## 3 解决对策

**3.1 充分评估产妇条件** 通过充分地评估产妇各方面条件,确定该产妇是否适合进行会阴无保护分娩。在诸多学者的研究<sup>[2,18-20]</sup>中均明确列出会阴无保护分娩的纳入标准:要求足月,单胎,头位初产,定时完成正规产前检查的孕妇,估计胎儿体重 2500 ~ 3500 g,无明显头盆不称,会阴体长度 3 ~ 6 cm。排除早产、过期产、巨大儿、有糖尿病、心脏病及妊娠高

血压等,胎儿窘迫且短时间不能阴道分娩行剖宫产的产妇,以避免会阴裂伤的发生和造成新生儿窒息的可能<sup>[21]</sup>。

**3.2 完善健康宣教** 产妇应做到定期产检,并参加孕妇学校课程学习,按课程指导做好孕期营养和体重管理,适当运动,进行孕妇球操、呼吸减痛法<sup>[22]</sup>等锻炼;产程中做好呼吸指导,采取自由体位,提倡家属陪伴与一对一人性化音乐分娩;产时指导呼吸,正确运用腹压,减少医疗干预。保证产妇精神状态良好,有应对分娩的能力,经过产科宣教能够主动配合分娩全过程,从而减少会阴裂伤发生率。

**3.3 提高助产技术** 助产士均应接受过会阴无保护技术的培训,不断学习专业知识,丰富知识内涵,掌握过硬的专业技能,更好地胜任本职工作<sup>[23]</sup>,完善助产手法。其方法如下:胎头拨露后会阴舒张时,不再以手掌保护会阴,而是以单手控制胎头娩出速度,缓慢娩出双顶径,胎头后,不急于娩肩,等待下一次宫缩时产妇自主用力缓慢娩出胎肩、胎儿<sup>[24]</sup>。对于会阴体紧张者可以在阴道处女膜环内、外及胎先露部涂擦润滑剂(如消毒的液状石蜡),利用食指与中指放入阴道内扩张并按摩会阴体,控制胎头娩出速度,在宫缩间歇时指导产妇与助产士密切配合,利用哈气运动所产生的腹肌力量将胎儿缓慢从阴道滑出<sup>[8]</sup>。

## 4 前景展望

由于会阴无保护分娩技术能有效地降低会阴损伤,减轻分娩时疼痛,增强产妇对远期生活的信心、减少对医疗干预的依赖。所以该项技术是国际产科发展的新趋势。现阶段,在倡导会阴无保护分娩技术的同时,我们还需通过多种途径来增强产妇的依从性和提高助产人员的助产技术,从而加速产科产时服务模式的转变。真正做到倡导和支持会阴无保护分娩,保障母婴安全。

### 【参考文献】

- [1] 余竹清. 会阴切开术的护理体会[J]. 解放军护理杂志, 2003, 20(1): 16-18.
- [2] 黄群丰, 凌笑琼. 探讨会阴无保护分娩的临床应用[J]. 现代医院, 2013, 13(3): 55-56.
- [3] Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, et al. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study [J]. BJOG, 2008, 115(13): 1695-1703.
- [4] Harrison RF, Brennan M, North PM, et al. Is routine episiotomy necessary[J]. BMJ, 1984, 288(6435): 1971-1975.
- [5] 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):721-723.

[6] Sleep J, Grant A, Garcia J, et al. West berkshire perineal management trial[J]. BMJ, 1984, 289(6445):587-590.

[7] Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy; a review of the english-language literature since 1980. Part I [J]. Obstet Gynecol Surv, 1995, 50(11):806-820.

[8] 张宏玉, 谢春丽, 黄明娟, 等. 低危初产妇正常分娩会阴侧切的病例对照研究[J]. 护理学报, 2011(5A):10-12.

[9] 李晓燕, 徐括琴. 无保护会阴接生法的临床探讨[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(18):3053-3055.

[10] 王少芳, 黄银英, 章慧燕. 会阴无保护接生技术在低危孕妇正常分娩中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(3):69-71.

[11] 孔 欣, 郭培奋. 经阴道头位分娩中倡导限制会阴切开[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2012, 28(2):117-120.

[12] 张宏玉, 胡春霞, 李亚洁. 会阴侧切对母子结局的影响及相关因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2011(23):3642-3644.

[13] Sartore A, De Seta F, Maso G, et al. The effect of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery[J]. Obstet Gynecol, 2004, 103(4):669-673.

[14] Clemons JL, Towers GD, McClure GB, et al. Decreased anal sphincter laceration associated with restrictive episiotomy use[J]. Am J Obstet Gynecol, 2005, 192(5):1620-1625.

[15] 宋亚琴, 马锦琪, 徐惠英, 等. 护理干预在限制会阴侧切中的临

床探讨[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(22):3832-3833.

[16] 曾荔苹, 沈 伶, 李丽萍, 等. 产妇自然分娩时软产道裂伤的危险因素分析[J]. 中国全科医学, 2005, 7(9):609-611.

[17] 刘佩蓉, 涂伟妹. 无保护会阴接生的临床观察[J]. 实用临床医学, 2013, 14(4):70-71.

[18] 刘淑艳. 限制性会阴切开的临床应用[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(13):1761-1762.

[19] 李玉玲, 郭培奋, 孔 欣, 等. 自然分娩中限制会阴切开的应用[J]. 武警医学, 2012, 23(6):468-471.

[20] 李小敏. 阴道分娩非常规会阴侧切 100 例临床分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2012, 15(7):1017-1018.

[21] 周 临. 改良拉玛泽呼吸法在第二产程中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(3):115

[22] 陈 宇. 呼吸按摩法在减轻产妇自然分娩疼痛中的作用[J]. 医学研究生学报, 2010, 23(11):1192-1193.

[23] 魏晓霞, 王淑琴. 妇产科门诊医疗风险的影响因素及防范措施[J]. 东南国防医药, 2012, 14(6):577-578.

[24] 梁 静, 芦小娟, 张 颖. 改良式接生手法的临床应用[J]. 陕西医学杂志, 2013, 42(6):763-764.

(收稿日期:2013-10-22;修回日期:2013-11-28)

(本文编辑:黄攸生)

(上接第 69 页)

[26] Zhang XB, Xiong ZW, Zhang HD. Expression of Snail protein in patients with osteosarcoma and its clinical significance [J]. Med Pharm J Chin PLA, 2011, 23(3):8-10.

[27] Hu CT, Wu JR, Chang TY, et al. The transcriptional factor Snail simultaneously triggers cell cycle arrest and migration of human hepatoma HepG2 [J]. J Biomed Sci, 2008, 15(3):343-355.

[28] 蒋朋翔, 刘光耀, 梁柏坚, 等. MMP-9 和 Snail 在骨肉瘤中的表达及其诊断意义[J]. 中国实验诊断学, 2012, 16(5):916-917

[29] Zhang K, Chen D, Jiao X, et al. Slug enhances invasion ability of pancreatic cancer cells through upregulation of matrix metalloproteinase-9 and actin cytoskeleton remodeling[J]. Lab Invest, 2011, 91(12):426-438.

[30] Yang MH, Chen CL, Chau GY, et al. Comprehensive analysis of the independent effect of twist and Snail in promoting metastasis of hepatocellular carcinoma [J]. Hepatology, 2009, 50(5):1464-1474.

[31] 苏 涛, 谭 潭. 骨恶性肿瘤组织中 Claudin-1 和 Snail 的表达及其临床病理意义[J]. 中国现代医学杂志, 2009, 19(13):2001-2004.

[32] Sharili AS, Allen S, Smith K, et al. Expression of Snail2 in long

bone osteosarcomas correlates with tumour malignancy [J]. Tumour Biol, 2011, 32(3):515-526.

[33] 程中衡, 张泽米, 杨 芳, 等. 反义 Snail 转录因子对骨肉瘤细胞增殖和影响转移能力的[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(15):2690-2692.

[34] Sharili AS, Allen S, Smith K, et al. Snail2 promotes osteosarcoma cell motility through remodelling of the actin cytoskeleton and regulates tumor development [J]. Cancer Lett, 2013, 333(2):170-179.

[35] Nakajima G, Patino-Garcia A, Bruheim S, et al. CDH11 expression is associated with survival in patients with osteosarcoma [J]. Cancer Genomics Proteomics, 2008, 5(1):37-42.

[36] Shields MA, Krantz SB, Bentrem DJ, et al. Interplay between b1-integrin and Rho signaling regulates differential scattering and motility of pancreatic cancer cells by Slug protein [J]. J Biol Chem, 2012, 287(9):6218-6229.

[37] Yang H, Zhang Y, Zhou Z, et al. Snail-1 regulates VDR signaling and inhibits 1, 25(OH)-D3 action in osteosarcoma [J]. Eur J Pharmacol, 2011, 670(2/3):341-346.

(收稿日期:2013-10-03;修回日期:2013-10-19)

(本文编辑:黄攸生)