

• 临床医学 •

文章编号: 1002 - 0217(2019) 04 - 0333 - 03

McRobert 位联合无保护会阴接产技术在初产妇正常阴道分娩中的应用

钱安荣¹ 李书勤²

(1. 皖南医学院第二附属医院 妇产科, 安徽 芜湖 241000; 2. 皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 妇科, 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 探讨 McRobert 位联合无保护会阴接产技术在初产妇正常阴道分娩中应用的临床效果。方法: 将 2017 年 7 月~2018 年 7 月在皖南医学院第二附属医院产科分娩的初产妇作为观察组(55 例), 采用 McRobert 位联合无保护会阴接产技术接产; 选择 2016 年 4 月~2017 年 6 月在同科室分娩的初产妇作为对照组(55 例), 采用传统仰卧位膀胱截石位下托肛保护法接产。比较两组产妇产会阴侧切率、会阴完整及轻微擦伤率、会阴 II 度裂伤率、新生儿窒息率、产后出血率、产程时间等情况。结果: 观察组会阴侧切率(21. 82%) 较对照组(72. 73%) 下降, 观察组 II 度会阴裂伤率(3. 63%) 低于对照组(18. 19%), 会阴完整及轻微擦伤率(74. 55%) 高于对照组(9. 09%), 两组相比差异均有统计学意义($P < 0. 05$)。新生儿窒息率、产后出血率、产程时间比较差异无统计学意义($P > 0. 05$)。结论: McRobert 位联合无保护会阴接产较传统仰卧位膀胱截石位下托肛保护法降低了初产妇的会阴侧切率, 增加了会阴的完整率, 减轻了会阴的裂伤程度, 产程也未延长, 对产妇及新生儿均无不良影响, 值得在临床上推广应用。

【关键词】McRobert 位; 无保护会阴接产; 初产妇; 阴道分娩; 会阴侧切; 会阴裂伤

【中图分类号】R 714. 3; R 473. 71 **【文献标志码】**A

【DOI】10. 3969/j. issn. 1002-0217. 2019. 04. 009

Applying McRobert position and unprotected perineal delivery to normal vaginal delivery in primiparae

QIAN Anrong LI Shuqin

Department of Obstetrics and Gynecology, The Second Affiliated Hospital of Wannan Medical College, Wuhu 241000, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical effect of McRobert position combined with unprotected perineal delivery primiparae undergoing normal vaginal delivery. **Methods:** Fifty-five primiparae undergoing McRobert position plus unprotected perineal delivery in the obstetric department of the Second Affiliated Hospital of Wannan Medical College between July of 2017 and 2018 were included in the observational group, and another 55 primiparae delivered by conventional supine lithotomy position with perineal protection in the same hospital were recruited from April 2016 to June 2017 as controls. The two groups were compared pertinent to the rate of lateral perineotomy, intact perineum, minor perineal injury and laceration, incidence of neonatal asphyxia and postpartum hemorrhage as well as duration of labor. **Results:** The lateral perineotomy rate was significantly lower in the observational group(21. 82%) than in the control group(72. 73%). Primiparae in observational group had lower perineal laceration(degree II), yet higher intact perineum and minor perineal injury than the controls(3. 63% vs. 18. 19%; 74. 55% vs. 9. 09%, respectively, all $P < 0. 05$). The difference was insignificant in incidences of neonatal asphyxia and postpartum hemorrhage as well as duration of labor($P > 0. 05$). **Conclusion:** McRobert position combined with unprotected perineal delivery may reduce lateral perineotomy, yet improve intact perineum and perineal laceration, and will not delay the labor process and produce any adverse effects on both puerperae and newborns, suggesting that this practice is worth wider recommending in clinic.

【Key words】McRobert position; unprotected perineal delivery; primiparae; vaginal delivery; lateral perineotomy; perineal laceration

20 世纪初期, 孕妇分娩过程被认为属于病理过程, 在接产中, 多采用仰卧位膀胱截石位下托肛保护法, 以降低分娩可能出现的并发症。近些年国际开

始推荐无保护会阴接产技术^[1], 以降低会阴侧切率, 增加会阴的完整性, 减轻会阴裂伤程度。国内也开始使用这种接产技术, 取得了肯定的效果。受肩

基金项目: 安徽高校自然科学基金项目(KJ2015A142)

收稿日期: 2019-02-23

作者简介: 钱安荣(1973-), 女, 主管护师, (电话) 15855988179, (电子信箱) 2022464042@qq. com;

李书勤, 女, 主任医师, 副教授, 硕士生导师, (电子信箱) shuqinli5648@163. com, 通信作者。

难产时处理首选 McRobert 位启发 ,McRobert 位能增大骨盆出口前后径 ,将无保护会阴接产技术与 McRobert 位结合在一起 ,更好地体现无保护会阴接产的优势。皖南医学院第二附属医院产科于 2017 年 7 月 ~2018 年 7 月 ,由高年资助产士对初产妇采取 McRobert 位联合无保护会阴接产技术进行接产。报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2016 年 4 月 ~2018 年 7 月 ,皖南医学院第二附属医院分娩的初产妇作为研究对象 ,采取历史对照法 ,2016 年 4 月 ~2017 年 6 月为对照组(55 例) ,2017 年 7 月 ~2018 年 7 月为观察组(55 例) 。观察组年龄 21 ~36 岁 ,平均(26. 56 ± 3. 46) 岁 ,孕周 37 ~41⁺²周 ,平均(38. 28 ± 1. 65) 周; 对照组年龄 20 ~31 岁 ,平均(25. 65 ± 4. 18) 岁 ,孕周 37⁺⁵ ~41⁺⁴周 ,平均(38. 46 ± 1. 73) 周。两组资料比较差异无统计学意义(*P* > 0. 05) ,有可比性。两组均为第一胎头位妊娠 ,无头盆不称、胎位不正 ,无妊娠并发症及合并症 ,愿意参加本研究 ,签署知情同意书 ,并申报医院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 接产前充分评估 产妇无妊娠并发症及各种合并症 ,沟通及遵医行为良好 ,会阴条件良好; 胎儿体质量 <3500 g ,无胎儿窘迫表现; 助产士要有丰富熟练的接产经验 ,具有良好的沟通能力 ,接产时充分体现灵活性和个性化 ,根据产妇的不同条件随时采取适宜的接产方式 ,以避免会阴 III、IV 度裂伤的发生。

1.2.2 观察组 采取 McRobert 位联合无保护会阴接产技术接产。当胎头拔露至会阴后联合紧张时采用 McRobert 位 ,产妇平躺于产床上 ,屈膝屈髋 ,双大腿外展 ,双手抱住双膝 ,宫缩时双手用力使膝盖、大腿贴近腹壁 ,使髋部处于极度弯曲、外展的状态 ,臀尖可翘起一点离开床面。助产士分开单手五指 ,食指到无名指扣放在胎头上 ,以调控胎头娩出速度 ,胎头娩出速度每次宫缩时不宜超过 1 cm ,不用帮助胎头俯屈与仰伸 ,胎头娩出的方向不用干预。当胎儿双顶径娩出时 ,宫缩期嘱产妇张口快节奏呼气 ,宫缩间歇期嘱产妇屏气缓慢向下用力 ,不刻意仰伸胎头 ,以免前庭及小阴唇内侧裂伤 ,待胎头娩出后 ,用大拇指从上到下挤压鼻口腔 ,清理鼻口腔羊水、黏液 ,等待下一次宫缩 ,宫缩时根据产妇宫缩的强弱告知产妇呼气或屏气用力 ,顺势娩出前后肩。

1.2.3 对照组 采用传统仰卧位膀胱截石位下托

肛保护法接产。产妇取膀胱截石位 ,助产士洗手上台 ,当胎头拔露 3 ~4 cm 见会阴部紧张时 ,视情况行会阴左侧切开术 ,然后开始用右手掌根处保护会阴 ,宫缩用力时向上托住会阴后联合 ,左手屈肘抱胎头 ,胎头娩出后 ,左手挤净口鼻黏液 ,右手继续保护会阴 ,直至胎头双肩娩出。

1.3 观察指标

1.3.1 会阴情况 包括会阴侧切率、会阴完整及轻微擦伤率、会阴 II 度裂伤率。会阴撕裂程度判定: I 度为会阴皮肤及阴道黏膜发生撕裂; II 度为会阴皮肤、阴道黏膜及阴道肌层发生撕裂; III 度为会阴皮肤、阴道黏膜、阴道肌层及肛门外括约肌均发生撕裂; IV 度为内、外层肛门括约肌和直肠肛门黏膜发生撕裂^[2]。

1.3.2 分娩结局 包括总产程时间、产后出血率、新生儿窒息率。产后出血: 胎儿娩出后 24 h 内产妇出血量 ≥500 mL; 新生儿窒息: 采用 Apgar 评分法 0 ~3 分为重度窒息 4 ~7 分为轻度窒息 8 ~10 分为正常。

1.4 统计学方法 计数资料以百分率(%) 表示 ,组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法 ,计量资料以均数 ± 标准差表示 ,组间比较采用 *t* 检验 ,*P* < 0. 05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇会阴情况比较 观察组会阴侧切率低于对照组 ,II 度裂伤率低于对照组 ,会阴完整及轻微擦伤率高于对照组 ,差异有统计学意义(*P* < 0. 05) ,见表 1。两组均无 III、IV 度会阴裂伤。

表 1 两组产妇会阴情况比较 [n(%)]

组别	例数	会阴侧切	会阴完整及轻微擦伤	会阴 II 度裂伤
观察组	55	12(21. 82)	41(74. 55)	2(3. 63)
对照组	55	40(72. 73)	5(9. 09)	10(18. 19)
χ^2		28. 594	48. 424	5. 986
<i>P</i>		<0. 001	<0. 001	0. 014

2.2 分娩结局 两组产妇总产程时间、产后出血率及新生儿窒息率比较 ,差异无统计学意义(*P* > 0. 05) ,见表 2。

表 2 两组产妇分娩结局比较

组别	例数	新生儿窒息率 n(%)	产后出血率 n(%)	总产程时间/h
观察组	55	2(3. 63)	1(1. 82)	7. 93 ± 3. 42
对照组	55	2(3. 63)	2(3. 63)	7. 92 ± 2. 72
<i>t</i>		*	*	0. 019
<i>P</i>		1. 000	1. 000	0. 985

* 表示用 Fisher 确切概率法。

3 讨论

3.1 McRobert 位联合无保护会阴接产技术可以明显降低会阴侧切率,增加会阴的完整率,减轻会阴的裂伤程度。传统接产方式为预防产妇出现会阴裂伤,往往在膀胱截石位下采取托肛保护加会阴侧切法保障母婴安全,致使会阴侧切率居高不下^[3-4]。会阴侧切应用于有适应证的产妇,而不应作为常规手术在临床中使用^[5]。防止软产道损伤的关键是,使产道充分扩张,控制胎头娩出速度^[6],而不是进行会阴的常规侧切。会阴侧切是会阴部组织“一刀两断”的分离,创面大,出血多,疼痛明显,增加产妇盆底功能障碍性疾病风险^[7],有的产妇因为害怕疼痛,直接选择了剖宫产,增加了剖宫产率^[8]。传统的托肛保护法由于手掌对会阴部的保护,人为的把会阴体向骨盆出口前三角方向推^[9],不但不能顺应胎儿娩出的自然过程,还增加了产妇会阴的不适感,时间长了会阴部血液循环和肌肉拉伸受到影响,使会阴部充血水肿,降低了会阴部的弹性。

McRobert 位又被称为屈髋屈膝位,产妇屈曲髋关节,能减小脊柱腰骶段的弯曲,使骨盆骶骨向后伸展,减小骨盆的倾斜度,使耻骨弓向上,尾骨向下,增加骨盆出口前后径,有利于胎头顺利通过耻骨弓。McRobert 位联合无保护会阴接产技术充分利用骨盆解剖的有利径线,从胎头拨露到着冠均有效控制了胎头娩出速度,利用胎头枕骨以耻骨弓为支点的仰伸动作,充分扩张会阴部组织,以最大径线将胎儿娩出^[9],降低了会阴侧切率。会阴在分娩过程中受力均匀,逐步扩张,增加了会阴的完整率,降低了会阴的裂伤程度^[10]。产妇会阴大多是完整的,或是阴道入口黏膜的轻微擦伤,擦伤表浅,无需缝合。本研究表明,观察组会阴侧切率明显低于对照组,Ⅱ度会阴裂伤率亦低于对照组,会阴完整及轻微擦伤率高于对照组。

3.2 McRobert 位联合无保护会阴接产不增加总产程时间、产后出血及新生儿窒息发生率。会阴侧切是产妇自然分娩的恐惧来源之一。McRobert 位联合无保护会阴接产技术通过正确引导,与产妇充分地沟通,提供支持性护理,产妇没有了会阴侧切的恐惧,能积极、主动参与到分娩过程中,增加顺利分娩的自信心,不增加总产程时间。良好的情绪有利于产后子宫收缩,会阴部大多是表浅的擦伤,无明

显出血,不增加产后出血的发生率。McRobert 位联合无保护会阴接产完全顺应胎儿娩出的自然过程,减少医疗干预,产程进展顺利,胎头受力均匀,不增加新生儿窒息的发生率。本研究结果显示,两组产妇总产程时间、产后出血发生率、新生儿窒息发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

综上所述,McRobert 位联合无保护会阴接产技术的应用,能显著降低初产妇的会阴侧切率,增加会阴的完整率,减轻会阴的裂伤程度,对母婴均无不良影响;更接近无创分娩,减轻产妇的痛苦,增加顺产的概率,降低剖宫产率;与世界卫生组织倡导的“使分娩回归自然”一致,值得在临床上推广应用。

【参考文献】

- [1] HAJIAN S, SHARIATI M, NAJMABADI KM, *et al.* Use of the extended parallel process model(EPPM) to predict Iranian women's intention for vaginal delivery [J]. *J Transcult Nurs* 2015, 26(3): 234 - 243.
- [2] 穆曦燕,刘兴会.英国皇家妇产科医师学会(2015)的三四度会阴裂伤指南解读[J].*实用妇产科杂志*,2017,33(4):268 - 270.
- [3] 胡静,肖红,邹颖,等.无保护会阴分娩技术用于初产妇会阴分娩效果的 Meta 分析[J].*中华护理杂志*,2016,51(4):413 - 419.
- [4] DEMIREI D, GOLBASI Z. Effect of penineal massage on the rate of episiotomy and penineal tearing [J]. *International J of Gynecology and Obstetrics* 2015, 2(131): 183 - 186.
- [5] HARSONO M, POURCYROUS M. Perineal Groove: A rare congenital midline defect of perineum [J]. *American Journal of Perinatology Reports* 2016, 6(1): 30 - 32.
- [6] BORDERS N, WENDLAND C, HAOZOUS E, *et al.* Midwives' verbal support of nulliparous women in second stage labor [J]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013, 42(3): 311 - 320.
- [7] GRIEBLING TL, RERAILTY. Cognitive impairment and functional disability in older women with female pelvic floor dysfunction [J]. *J Urol* 2017, 197(5): 1318 - 1321.
- [8] 侯磊,李光辉,邹丽颖,等.全国剖宫产率及剖宫产指针构成比调查的多中心研究[J].*中华妇产科杂志*,2014,49(10):728 - 735.
- [9] 张蓓.无保护会阴接生法对产妇会阴裂伤的影响[J].*护理与康复*,2017,6(16):650 - 651.
- [10] MORAIS L, LEMOS A, KATZ L, *et al.* Perineal pain management with cryotherapy after vaginal delivery: a randomized clinical trial [J]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016, 38(7): 325 - 332.