

## 同侧俯卧位纠正产妇胎方位 240 例临床观察

杨冬梅

(通海县医院妇产科, 云南 通海 652700)

[关键词] 胎方位; 同侧俯卧位; 自然分娩率

[中图分类号] R714.44 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 01-0127-02

胎头位置异常是头位难产的主要原因<sup>[1]</sup>, 为了降低围产期孕产妇及新生儿死亡率, 做好优生优育, 促进自然分娩率, 解决头位难产已成为产科工作者的一个重要课题。持续性枕横位或持续性枕后位占头位难产之首位, 手术率极高, 给母儿带来一定的影响。而在产程活跃期及时纠正, 将之转为枕前位可以使部分难产产妇变为自然分娩。

### 1 资料与方法

#### 1.1 资料

通海县医院妇产科从 2011 年 1 月至 2011 年 7 月入院分娩的产妇, 产程活跃期查持续性枕横位、枕后位 240 例, 采取同侧俯卧位纠正胎方位进行观察 (观察组), 同时选择同类产妇 213 例与之对照 (对照组), 两组产妇年龄均在 21~33 岁, 孕周 37~41 周, 均为单胎, 头位, 无严重并发症及合并症, 具有可比性。

#### 1.2 条件

头盆评分 $\geq 8$ 分, 排除头盆不称因素; 查清胎方位及胎儿背部位于产妇腹部的方位; 排尽小便, 以免膀胱充盈影响胎头下降; 保持合适的宫缩。

#### 1.3 方法

帮助产妇了解特殊体位纠正胎方位的原理, 取得产妇的配合, 未破膜者行人工破膜, 在上述条件下协助产妇取同侧俯卧位, 即依胎背同侧的侧卧卧

位, 前胸尽量贴近床面, 取左侧俯卧位者, 左腿后伸, 右腿屈曲于腹前。取右侧俯卧位者, 右腿后伸, 左腿屈曲于腹前。根据力学原理, 重力的方向永远指向地心。胎儿的重心在胎儿背侧, 产妇取同侧俯卧位时, 在羊水浮力、胎儿自身重力、子宫收缩的合力作用下, 胎儿背部会向产妇腹部前方的方向移动, 同时带动胎头旋转至枕前位<sup>[2]</sup>。此时保持良好的宫缩是纠正胎方位的关键, 加强宫缩有可能不自觉地帮助了胎方位的改变。当胎方位转正后, 继续保持同侧俯卧位维持 2~3 次阵缩以巩固胎方位, 伴随着有效的子宫收缩力胎头会明显下降, 这时胎头已不再容易恢复到枕横位、枕后位, 可按正常产程观察和处理。

### 2 结果

观察组产妇由专人指导, 采取上述方法纠正胎方位; 而对照组产妇未采取特殊体位自然临产。两组比较差异有显著意义。通过以上观察比较, 笔者认为, 在产妇产程活跃期采用同侧俯卧位纠正持续性枕横位、枕后位为枕前位是有效可行的, 见表 1。

### 3 讨论

近几年来, 剖宫产率上升较快, 但母婴病死率, 胎儿死亡率并未进一步下降, 术后并发症也随

表 1 两组分娩结果比较 (n)

组别	n	分娩方式		自然分娩率 (%)
		自然	异常	
观察组	240	200	40	83.3*
对照组	213	131	82	61.5

与对照组比较, \* $P < 0.05$ .

(下转第 129 页)

[作者简介] 杨冬梅 (1965~), 女, 云南通海县人, 大专, 主管护师, 主要从事产科助产临床工作。

膀胱破裂。

自发性膀胱破裂的诊断：因自发性膀胱破裂缺乏特殊症状，详细询问病史及全面系统的体格检查是诊断自发性膀胱破裂并减少误诊的最主要方法。患者常以突发下腹痛为主要症状，伴排尿困难，少尿或仅排出少量血尿，无法解释的腹水是高度怀疑此病的依据之一。实验室检查常可见血象升高；由于尿性腹水在腹腔内重吸收，引起血 BUN、Cr 异常升高，造成假性肾衰，是诊断腹膜内型膀胱破裂的重要指标<sup>[3]</sup>；B 超能发现大部分膀胱破裂的直接征象及间接征象，并常可区分腹膜内外型膀胱破裂<sup>[4]</sup>；膀胱造影是诊断膀胱破裂最直观、最重要、最可靠的检查方法，多角度摄片可多角度摄片显示膀胱形态，裂口的大小及部位；膀胱注水试验也常用于诊断膀胱破裂，但常有一定的假阴性及假阳性，一般需注水 200~300 mL。

治疗：对于诊断明确的患者原则上需急诊行膀胱修补术，患者一般情况允许可同时进行病因处理，如肿瘤切除，尿道狭窄扩张及切开等，同时给抗生素防治感染，保持尿管引流通畅。下列情况适合非手术治疗（即仅行尿管引流）<sup>[5]</sup>：（1）无其他并发损伤需行外科探查者；（2）无与膀胱破裂相关的重症感染、败血症；（3）<1 cm 的线状裂口；（4）能严密观察尿管引流状况，充分控制尿外渗和出血者；（5）位于膀胱前壁、腹膜外型破

裂者，且无引起膀胱破裂的基础疾病如尿道狭窄、肿瘤等。

本例患者为剖宫产后慢性尿潴留，因未及时发现和处理最终导致自发性膀胱破裂，考虑裂口为线状且较小，放置尿管 10 余小时后已闭合，故膀胱造影未见破口。该病例警示医生：（1）对产后患者每日查房均应认真检查膀胱排空情况，及时发现和处理尿潴留方可避免此类病案再发生。（2）对急腹症患者应全面详细地询问病史，特别是饮食及大小便等基本情况，以便尽早做出诊断。

#### [参考文献]

- [1] 韩振藩. 泌尿外科手术并发症[M]. 北京:人民卫生出版社,1993:208.
- [2] PATEL R I,HASS C,SPRINAK J P, et al. Spontaneous extraperitoneal bladder rupture[J].J Urol,1998,159:2 089 - 2 090.
- [3] ITOH N,KOUNAMU T. Spontaneous rupture of abladder diverticulum ultrasonographic diagnosis [J]. Juro, 1994,152:1 206 - 1 207.
- [4] 李文玉, 赵莉莉, 王爱秋. B超诊断膀胱破裂的价值[J]. 中国超声诊断杂志,2003,4(8):619 - 620.
- [5] 李泽良,王毅,刘同才,等. 自发性膀胱破裂[J]. 中华泌尿外科杂志,2000,11(21):670.

(2011 - 10 - 1 收稿)

(上接第 127 页)

之而来。对围产儿来说，剖宫产并不是绝对安全的分娩方式。促进自然分娩，中国在行动，我们也在行动。胎头位置异常导致的头位难产增加了剖宫产率，处理不当对母婴危害极大。因此，纠正持续性枕横位和持续性枕后位为枕前位已成为防治难产的重要课题。在枕先露的分娩机制中，子宫间歇性的收缩，胎头的衔接、俯屈、内旋转使胎儿的下降动作贯穿于分娩全过程。因此，对活跃期仍处于持续性枕横位、枕后位的产妇可以采取同侧俯卧位，综合胎儿重力、子宫收缩力、及羊水浮力三者的合力作用，将之转为枕前位，从而降低难产的发生率及剖宫产率。

综上所述，纠正胎方位异常是预防头位难产最主要的措施。在产程活跃期对持续性枕横位和枕后位实施卧位指导，采取同侧俯卧位是有效的。证明

了决定分娩的因素，产力、产道、胎儿及精神因素可在产妇特殊卧位条件下相互适应，促使分娩顺利进行，进而提高自然分娩率。

#### [参考文献]

- [1] 韩爱卿, 张志伟, 侯艳梅. 及时处理持续性枕横位枕后位可降低头位难产 [J]. 中国妇幼保健杂志, 2005,20(22):3 037 - 3 038.
- [2] 刘向莲,高丹凤,南延荣. 44例持续性枕横位及枕后位手法转位的临床观察 [J]. 护理研究杂志,2002,16(2):84 - 85.
- [3] 徐燕. 对侧侧俯卧位纠正持续性枕后位和枕横位70例分析[J]. 青海医药杂志,1998,28(10):25 - 26.

(2011 - 11 - 17 收稿)