

368 例臀位孕妇分娩方式与结局临床分析

王艳杰, 彭鸿英

(曲靖医学高等专科学校, 云南曲靖 655000)

[摘要] **目的** 观察 368 例臀位孕妇的分娩方式与结局. **方法** 比较剖宫产分娩的臀位产妇和阴道分娩的臀位产妇的母婴并发症、死亡率. **结果** 剖宫产组新生儿 Apgar 评分 ≤ 3 分和 4~7 分者的比例、新生儿窒息率、骨折率、臂丛神经损伤率、颅内出血率和死亡率显著低于阴道分娩组 ($P < 0.01$), 产后出血率和产褥感染率显著高于阴道分娩组 ($P < 0.01$). **结论** 应全面根据臀位产妇的情况选择适合的分娩方式.

[关键词] 臀位妊娠; 分娩方式; 剖宫产; 阴道分娩

[中图分类号] R714.15*1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4706(2012)03-0113-02

Mode of Delivery and Its Outcomes in 368 Women with Breech Presentation

WANG Yan - jie, PENG Hong - ying

(Qujing Medical College, Qujing Yunnan 655000, China)

[Abstract] **Objective** To investigate mode of delivery and its outcomes in 368 women with singleton breech presentation. **Method** Maternal and neonatal outcomes were measured in women with breech presentation who accepted caesarean section and who accepted vaginal delivery. **Results** The incidence rate of low Apgar score, neonatal asphyxia, fracture, brachial plexus injury, intracranial hemorrhage and mortality in caesarean section group were significantly lower than vaginal delivery group ($P < 0.01$), while the incidence rate of postpartum hemorrhage and puerperal infection was significantly higher than vaginal delivery group ($P < 0.01$). **Conclusion** Mode of delivery should be chosen according to individual condition of women with breech presentation.

[Key words] Breech presentation; Mode of delivery; Caesarean section; Vaginal delivery

臀位是临床最常见的异常胎位, 发生率约占妊娠足月分娩总数的 3%~4%, 分娩时易导致后出胎头困难、胎膜早破、脐带脱垂、宫缩乏力等并发症^[1]. 随着剖宫产术在临床的普及和推广, 臀位分娩的新生儿死亡率、损伤率已显著下降, 但仍比头位高出数倍^[2]. 正确选择臀位的分娩方式以改善新生儿的预后是当前妇产科学研究的重要课题之一. 笔者分析 368 例臀位孕妇的临床分娩方式与结局, 现将结果报告如下.

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2004 年 5 月至 2009 年 10 月在曲靖市妇

幼医院和曲靖市第二人民医院住院分娩的单胎臀位孕妇 368 例, 其中初产妇 238 例, 占 64.67%, 经产妇 130 例, 占 35.33%; 单臀位 271 例, 占 73.64%, 完全臀位 53 例, 占 14.40%, 不完全臀位 44 例, 占 11.96%. 产妇年龄 21~41 岁, 孕次为 1~3 次, 孕周 34~42 周, 宫高 28~38 cm, 腹围 95~110 cm.

1.2 方法

分娩方式分为阴道分娩和剖宫产分娩. 阴道分娩 143 例, 占 38.86%, 其指征为: (1) B 超提示胎儿双顶径 < 9.0 cm; (2) 骨盆外测量正常; (3) 会阴、阴道发育良好; (4) 胎心音良好. 剖宫产分娩 225 例, 占 61.14%, 其指征为: (1) 胎儿双顶径 > 9.5 cm; (2) 胎膜早破; (3) 子宫癍

[作者简介] 王艳杰 (1966~), 女, 吉林德惠市人, 医学学士, 教授, 主要从事妇产科临床工作.

痕；(4) 过期妊娠；(5) 骨盆狭窄；(6) 巨大儿；(7) 胎儿窘迫；(8) 阴道分娩试产失败；(9) 高龄产妇及知情选择。比较2组母婴并发症、死亡率等。

1.3 统计学处理

数据以 SPSS 统计软件进行分析，计数资料采用 χ^2 检验行组间比较。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分娩方式与臀位类型的关系

如表1所示，单臀位、完全臀位、不完全臀位的剖宫产率呈逐级增高的趋势，差异有统计学意义

表1 分娩方式与臀位类型的关系 [n(%)]

Tab. 1 The relationship between breech presentation and mode of delivery [n(%)]

组别	单臀位	完全臀位	不完全臀位	合计
阴道分娩组	128(47.23)	11(20.75)	4(9.09)	143(38.86)
剖宫产组	143(52.77)** $\Delta\Delta$	42(79.25)	40(90.91)	225(61.14)

与完全臀位的剖宫产率比较，** $P < 0.01$ ；与不完全臀位的剖宫产率比较， $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表2 分娩方式与新生儿 Apgar 评分的关系 [n(%)]

Tab. 2 The relationship between mode of delivery and Apgar score [n(%)]

组别	Apgar 评分		
	≤ 3 分	4~7分	≥ 8 分
阴道分娩组	20(13.99)**	35(24.47)**	88(61.54)**
剖宫产组	3(1.33)	12(5.34)	210(93.33)

与剖宫产组比较，** $P < 0.01$ 。

表3 分娩方式与新生儿预后的关系 [n(%)]

Tab. 3 The relationship between mode of delivery and prognosis of fetus [n(%)]

组别	新生儿预后				
	窒息	骨折	臂丛神经损伤	颅内出血	死亡
阴道分娩组	41(28.67)**	8(5.59)**	7(4.90)**	3(2.10)**	14(9.79)**
剖宫产组	15(6.52)	3(1.33)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)

与剖宫产组比较，** $P < 0.01$ 。

表4 分娩方式与产后并发症的关系

Tab. 4 The relationship between mode of delivery and the incidence of complications

组别	产后并发症	
	产后出血	产褥感染
阴道分娩组	7(4.90)**	6(4.20)**
剖宫产组	25(11.11)	21(9.33)

与剖宫产组比较，** $P < 0.01$ 。

($P < 0.01$)。

2.2 分娩方式与新生儿 Apgar 评分的关系

如表2所示，剖宫产组的新生儿 Apgar 评分 ≥ 8 分者的比例显著高于阴道分娩组 ($P < 0.01$)； ≤ 3 分和 4~7 分者的比例显著低于阴道分娩组 ($P < 0.01$)。

2.3 分娩方式与新生儿预后的关系

如表3所示，剖宫产组的新生儿窒息率、骨折率、臂丛神经损伤率、颅内出血率和死亡率均显著低于阴道分娩组 ($P < 0.01$)。

2.3 分娩方式与产后并发症的关系

如表4所示，剖宫产组的产后出血率和产褥感染率显著高于阴道分娩组 ($P < 0.01$)。

3 讨论

已有研究表明，臀位妊娠行阴道分娩时，脐带受压和后出头困难均可造成围生儿的严重缺氧窒息，致使并发症和死亡率增加^[1]。近年来，我国的臀位剖宫产率有逐年升高的趋势，其可缩短手术时间，显著降低新生儿病死率。多数学者认为，适当

(下转第123页)

高,男女之间的比例是7.35:1.推测可能是与男性有吸烟、饮酒、不良饮食习惯等不良嗜好相关^[6].

综上所述,临床中引起上消化道出血的原因较多,其病因的分布与患者的年龄以及性别因素相关.在临床中对UGIH的病因分布以及相关的影响因素进行分析总结,可对临床中疾病的诊治提供有益的启示,也有利于医疗资源的合理配置.

[参考文献]

[1] 陆再英,钟南山,谢毅,等.内科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:483.

[2] 李玉英,陈应伟.上消化道出血176例病因临床分析[J].国际医药卫生导报,2005,11(10):30.

[3] 杜春,苏秉忠.上消化道出血病因及相关因素临床分析[J].Acta Acad Med Nei Mongol Oct,2010,32(5):464-467.

[4] 费修才,蔡陈效.上消化道出血病因、趋势及相关因素分析[J].现在中西医结合杂志,2008,17(18):2793-2794.

[5] 陈灏珠.实用内科学[M].第12版.北京:人民卫生出版社,2005:1866-1877.

[6] 陈连辉,万珠琴.上消化道出血病因及相关因素分析[J].临床荟萃,2003,18(4):200-201.

(2012-01-21收稿)

(上接第114页)

放宽剖宫产指征可显著改善围生儿预后^[2].但亦有学者对剖宫产持审慎态度,强调自然分娩的优势和剖宫产的危险性,指出大部分单臀位、全臀位产妇可顺利经阴道分娩^[3].

本研究结果显示,剖宫产组的新生儿Apgar评分 ≤ 3 分和4~7分者的比例、窒息率、骨折率、臂丛神经损伤率、颅内出血率和死亡率均显著低于阴道分娩组,可能的原因在于:(1)臀位先露部较软,不能紧贴宫颈,影响子宫收缩,宫口扩张慢,使产程延长,胎儿娩出时间长,而剖宫产娩出胎儿简单迅速,因而新生儿出现并发症和死亡的几率降低^[4];(2)剖宫产技术在临床的广泛应用导致产科医务人员普遍缺乏臀位接产基本技能的训练与培养,因而增加产伤的发生率^[5].

值得注意的是,本研究剖宫产组的产后出血率和产褥感染率显著高于阴道分娩组.文献表明,剖宫产的产妇死亡率和可能承受的麻醉意外、大出血、感染、损伤、羊水栓塞等风险高于阴道分娩^[6],提高剖宫产率并不能无限度地降低围产儿的窒息率和病死率,剖宫产率增加到一定程度,围产儿死亡率将不再下降^[7].综上所述,产科医务人员应全面辩证地分析剖宫产和阴道分娩的利弊,根据产妇的

情况、科室的医疗水平和设备条件,选择适合的分娩方式.

[参考文献]

[1] GHOSH M K. Breech presentation: evolution of management[J]. J Reprod Med, 2005, 50(2): 108-116.

[2] 张丽敦,李飞浪,罗东林,等.臀位妊娠分娩方式的选择[J].华北煤炭医学院学报,2004,6(6):703-705.

[3] YAMAMURA Y, RAMIN K D, RAMIN S M. Trial of vaginal breech delivery: current role [J]. Clin Obstet Gynecol, 2007, 50(2): 526-536.

[4] 沈艳辉,敦哲,陈新,等.有关臀位分娩方式的争论[J].中国生育健康杂志,2004,15(3):182-184.

[5] 郑彤彤,包菲菲,章惠琴.臀位分娩方式的变化对新生儿预后的影响[J].中国妇幼保健,2006,21(14):1957-1959.

[6] TIRAN D. Breech presentation: increasing maternal choice [J]. Complement Ther Nurs Midwifery, 2004, 10(4): 233-238.

[7] 蒋乐萍,王彩英.421例臀先露不同分娩方式的结局分析[J].中国实用乡村医生杂志,2005,12(2):31-32.

(2012-01-17收稿)