

助产士指导下自由体位分娩技术在产科的应用价值

张 洋 汪有新 岑 伟

鄂州市中心医院产科 湖北鄂州 436000

摘要：目的：分析助产士指导下自由体位分娩技术在产科的应用价值。方法：选择2023年12月至2024年12月期间于我院进行分娩的100例产妇为研究对象，随机分为研究组和对照组，各50例。对照组产妇接受常规助产干预，研究组在对照组基础上接受助产士指导下自由体位分娩干预。比较两组产妇产程时间、会阴撕裂程度、新生儿并发症发生率、产后出血发生率。结果：研究组产妇产程时间短于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组产妇会阴撕裂程度轻于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组产妇产后出血发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：助产士指导下自由体位分娩技术可有效缩短产妇的产程时间，减轻产妇会阴撕裂程度，减少产妇产后出血发生率，值得临床应用。

关键词：助产士；自由体位分娩；产程；会阴撕裂；产后出血

分娩作为自然的生理过程，其医疗实践模式始终在安全性与人文关怀的平衡中不断探索^[1]。传统仰卧位分娩虽便于医护人员操作，却存在诸多局限：仰卧姿势可能使骨盆空间变窄，增加胎儿下降阻力；压迫下腔静脉可能减少胎盘血流，影响胎儿供氧；固定体位还可能加剧产妇疼痛与焦虑，导致产程延长^[2]。近年来，自由体位分娩逐渐成为国际产科趋势，鼓励产妇在助产士指导下选择侧卧、蹲位、跪姿等个性化姿势，通过调整身体重心和骨盆角度，帮助胎儿更顺利通过产道^[3]。例如，直立位可利用重力加速胎头下降，侧卧位能缓解腰背压力，手膝位则有助于纠正胎位异常。然而，自由体位的效果高度依赖专业指导——助产士需实时评估胎心、宫缩强度及产妇体力，精准把控体位转换的时机与方式，避免因姿势不当引发风险^[4]。目前，国内对自由体位的应用仍存在误区：一些机构简单理解为“产妇随意换姿势”，缺乏科学引导；另一些研究则局限于分析单一指标，未能系统评估其对母婴结局的全面影响^[5]。本研究聚焦助产士专业指导在自由体位分娩中的核心作用，现报告如下。

一、资料与方法

（一）一般资料

选择2023年12月至2024年12月期间于我院进行分娩的100例产妇为研究对象，随机分为研究组和对照组，各50例。研究组年龄22-35岁，平均（ 28.51 ± 5.32 ）岁；经产妇29例，初产妇21例。对照组年龄20-33岁，平均（ 28.21 ± 5.65 ）岁；经产妇25例，初产妇25例。两组个

人信息对比（ $P>0.05$ ），具有可比性。本研究符合《赫尔辛基宣言》。

纳入标准：①单胎头位妊娠，孕周37-42周；②无子痫前期、未控制的甲状腺功能异常等严重妊娠合并症；③产妇意识清醒，自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准：①存在前置胎盘、胎盘早剥、严重胎儿宫内窘迫等绝对剖宫产指征；②胎位臀位、横位等异常或胎儿预估体重 $\geq 4000\text{g}$ ；③合并严重精神疾病或沟通障碍无法配合体位指导。

（二）方法

对照组产妇接受常规助产干预：助产士定时监测宫缩、胎心及宫口扩张情况。第二产程指导产妇屏气用力，采用标准会阴保护手法，胎头着冠时控制娩出速度。产后常规检查软产道，处理裂伤，监测出血量。

研究组在对照组基础上接受助产士指导下自由体位分娩干预：（1）第一产程动态体位优化。①生理适配评估：助产士每小时采用“触诊-超声”联合评估：触诊骨盆适配度：产妇尝试不同体位时，触诊骶岬活动度 $>5\text{mm}$ 判定为有效体位；超声监测胎方位：使用便携式超声每2h确认胎头矢状缝与骨盆关系，发现枕横/枕后位时启动体位矫正；疼痛-宫缩同步分析：通过胎监仪宫缩曲线与产妇疼痛主诉匹配度，调整体位缓解无效宫缩。②靶向体位干预：潜伏期（宫口 $<6\text{cm}$ ）时：指导产妇坐于分娩球，双足平踏地面，以0.5Hz频率上下弹动，同时顺时针/逆时针旋转骨盆（10min/次，间隔5min休息），通过振动刺激加速宫颈后唇消退。活跃期

(宫口6-10cm)时:采用“三步复位法”:手膝位15min(扩大骨盆入口前后径11-13mm);侧卧位(非胎背侧向下)联合腰骶部热敷,促进胎头内旋转;不对称坐位(健侧臀部垫高10cm)纠正枕后位。(2)第二产程生物力学协同:①体位-用力协同策略:助产士根据胎头下降平面动态调整:胎头+1以下:采用半坐位,双腿外展 $<90^\circ$,足跟抵住脚踏板,指导产妇宫缩时双手环抱大腿向腹部加压,增加腹压传导效率。胎头+2至着冠:转换为侧卧位,上腿屈曲 90° 由助产士支撑,下腿自然伸直,利用耻骨弓倾斜角增大0.5-1cm,减少会阴体张力。②可视化用力引导:使用无线超声探头持续显示盆底肌群状态:宫缩开始时,指导产妇注视超声屏幕中肛提肌收缩波形,学习自主放松盆底;胎头着冠阶段,通过实时影像反馈控制用力强度,避免会阴撕裂。(3)风险控制技术整合:①血流动力学监护:所有体位转换后5min内完成:连续胎心监测至少2个完整宫缩周期,出现变异减速 >3 次立即恢复左侧卧位;产妇血压动态监测,直立位时采用充气式腿套预防体位性低血压。②渐进式会阴保护:胎头拨露后启动:会阴热敷(40°C 纱布,每10min更换)联合按摩(食指+中指以8字形滑动放松肛提肌);控制胎头娩出速度:每阵宫缩允许胎头进展0.5-1cm,通过“呼气-轻屏气”口令调节产妇用力强度;选择性使用“屈膝护阴法”:胎头最大径线娩出时,助产士一手轻推产妇膝关节向胸壁,另一手控制胎头仰伸速度。(4)产后即刻生理衔接:①延迟脐带钳夹体位管理:胎儿娩出后60s内维持产妇原分娩体位,避免快速体位变动引发胎盘剥离不全:持续监测子宫轮廓,发现宫底升高 $>2\text{cm}$ 提示胎盘剥离,逐步调整为截石位;新生儿置于产妇胸腹部进行早接触,助产士协助调整角度避免脐带牵拉。②出血预防技术:产后2h内实施:生物反馈式宫底按摩:指导产妇手指轻触宫底,感知宫缩强度,同步进行腹式呼吸训练;体位性子官复位:对宫缩乏力者,交替采用膝胸卧位与膀胱截石位,利用重力促进子宫前倾。

(三) 观察指标

①产程时间:包括第一产程、第二产程、第三产程用时。

②会阴撕裂程度:记录两组产妇发生会阴撕裂的例数以及具体程度。

③产后出血发生率:记录两组产妇产后出血发生例数及出血量。

(四) 统计学分析

使用SPSS 27.0统计软件。计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,用t检验;计数资料用百分比(%)表示,用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

(一) 产程时间

研究组产妇产程时间均短于对照组($P<0.05$),见表1。

表1 产程时间($\bar{x}\pm s$, min)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程
研究组	50	410.33 \pm 12.12	61.55 \pm 8.29	10.43 \pm 2.59
对照组	50	488.41 \pm 18.29	75.26 \pm 9.33	15.32 \pm 2.68
T		25.163	7.767	9.278
P		<0.05	<0.05	<0.05

(二) 会阴撕裂程度

研究组产妇发生会阴撕裂例数少于对照组,而会阴撕裂产妇的撕裂程度整体轻于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 会阴撕裂程度[n(%)]

组别	例数	发生会阴撕裂例数	I度撕裂	II度撕裂	III度撕裂
研究组	50	28 (56.00)	12 (42.85)	12 (42.85)	4 (14.30)
对照组	50	45 (90.00)	18 (40.00)	15 (33.33)	12 (26.67)
χ^2		14.663	0.058	0.672	1.546
P		<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

(三) 产后出血发生率

研究组产妇产后出血发生率低于对照组,产后出血量少于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 产后出血发生率[n(%)]($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	产后出血发生例数(n)	产后出血量(ml)
研究组	50	4(8.00)	135.63 \pm 5.71
对照组	50	15(30.00)	152.24 \pm 5.62
T/ χ^2		7.862	14.660
P		<0.05	<0.05

三、讨论

正确分娩是保障母婴安全的核心环节,其本质在于顺应产道生物力学与胎儿下降的自然规律^[6]。传统仰卧位因骨盆空间受限、血流动力学干扰等问题,易引发产程延长及并发症^[7]。本文采用的助产士指导下自由体位分娩技术,通过动态体位调节,结合精准胎方位矫正与会阴保护策略,在尊重分娩生理基础上,系统性解决传

统模式的力学缺陷,实现产程效率与组织保护的双重突破,为母婴安全提供更符合人体工学的解决方案^[8]。

本研究中,研究组产妇产程时间短于对照组($P<0.05$),这是因为自由体位对产道生物力学的动态优化。第一产程中,体位调整通过改变骨盆空间结构,增大骨性产道的有效径线,降低胎头下降阻力;同时,重力作用加速胎头对宫颈的压迫,促进宫缩效率与宫颈扩张的同步性。第二产程中,半坐位或侧卧位通过调整躯干角度,使腹压传导方向与产道轴线一致,减少用力分散,从而提升娩出效率。此外,助产士对胎方位实时监测与矫正,避免了因胎头旋转异常导致的产程停滞,系统性缩短了各产程阶段时间消耗;研究组产妇会阴撕裂程度轻于对照组($P<0.05$),这是源于体位选择对盆底组织生物力学的保护效应。侧卧位或Sims体位通过调整耻骨弓倾斜角度,降低会阴体承受的横向剪切力;同时,动态体位管理使会阴组织得以渐进性扩张,避免瞬时过度拉伸导致的深层肌肉断裂。助产士指导的盆底肌放松技术进一步减少自主用力时的肌肉对抗性收缩,降低胶原纤维断裂风险。研究组产妇产后出血发生率低于对照组($P<0.05$),这依赖于子宫收缩效能与血管闭合的协同强化。自由体位分娩通过减少产妇应激反应,降低皮质醇水平,间接增强缩宫素受体敏感性,促进宫缩强度与节律。产后即刻体位管理利用重力作用促进子宫前倾复位,加速胎盘剥离面血管闭合;生物反馈式宫底按摩则通过神经-肌肉反射环路,提升子宫自主收缩频率。此外,产程时间缩短本身减少了产道软组织持续受压导致的缺血再灌注损伤,从源头上降低出血风险。

综上所述,助产士指导下自由体位分娩技术可有效

缩短产妇的产程时间,减轻产妇会阴撕裂程度,减少新生儿并发症发生风险与产妇产后出血发生几率,值得临床应用。

参考文献

- [1] 覃梅, 覃敏, 卢玲. 自由体位分娩配合会阴无保护接生技术在产妇中的应用效果[J]. 妇儿健康导刊, 2023, 2(21): 104-106.
- [2] 潘雪松, 林进, 乐平, 等. 自由体位联合无保护会阴分娩技术在胎膜早破初产妇中的应用[J]. 海南医学, 2022, 33(19): 2519-2522.
- [3] 贾幸花. 自由体位分娩配合无保护接生技术对分娩结局的影响. 河北省, 秦皇岛市妇幼保健院, 2022-07-01.
- [4] 张艳影, 潘利红, 曲红玲, 等. 自由体位分娩联合无保护会阴接生的临床效果[J]. 中国临床护理, 2021, 13(10): 625-628.
- [5] 刘宏. 自由体位助产配合分娩球运动助产应用于自然分娩中的效果评价探讨[J]. 中国医药指南, 2020, 18(20): 65-66.
- [6] 吴天月, 郭仁妃, 吴燕. 自由体位分娩配合无保护接生技术对分娩结局的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2020, 17(2): 136-138.
- [7] 张丽, 李文超. 自由体位联合无保护会阴接生技术促进自然分娩的效果观察[J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43(2): 43-44.
- [8] 冉秀文, 官婵婵, 徐思思, 等. 自由体位配合无创接生对初产妇分娩结局的影响[J]. 中国医药导报, 2020, 17(3): 94-97.