

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2023.10.017

❖ 临床研究 ❖

# 长强穴按压结合无保护会阴接生法对初产妇分娩结局的影响

梁桂娟, 聂玉娟, 徐秀云

(青岛市胶州中心医院产科, 山东 青岛 266000)

**【摘要】目的:** 探究长强穴按压结合无保护会阴接生法对初产妇分娩结局的影响。**方法:** 选取320例分娩的初产妇作为研究对象, 根据接生方式的不同将产妇分成观察组( $n=160$ )和对照组( $n=160$ )。对照组采用无保护会阴接生法; 观察组在此基础上联合长强穴按压。比较两组产妇产后相关指标、分娩结局、会阴损伤情况、新生儿指标及盆底功能。**结果:** 干预后, 观察组产妇第二产程时间、产后2 h出血量、中转剖宫产率、侧切、II级损伤情况均低于对照组( $P<0.05$ ); 自然分娩率、会阴完整、I级损伤情况及新生儿1 min Apgar评分均高于对照组( $P<0.05$ ); POP-Q评分中0度、I度比例及肌力检测>3级比例高于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论:** 长强穴按压结合无保护会阴接生法可提高初产妇自然分娩率, 可降低对产妇会阴及盆底功能影响, 并保障新生儿健康。

**【关键词】** 长强穴按压; 无保护会阴接生法; 初产妇; 分娩结局

**【中图分类号】** R714 **【文献标志码】** A

## Effects of Changqiang acupoint pressure combined with unprotected perineal delivery on delivery outcomes of primiparas

LIANG Gui-juan, NIE Yu-juan, XU Xiu-yun

(Department of Obstetrics, Qingdao Jiaozhou Central Hospital, Qingdao 266000, Shandong, China)

**【Abstract】 Objective:** To explore the effects of Changqiang acupoint pressure combined with unprotected perineal delivery on delivery outcomes of primiparas. **Methods:** 320 primiparas were selected and divided into observation group ( $n=160$ ) and control group ( $n=160$ ) according to different delivery methods. The control group was given unprotected perineal delivery, while observation group was additionally given Changqiang acupoint pressure. The postpartum related indexes, delivery outcomes, perineal injury, neonatal indexes and pelvic floor function were compared between the two groups. **Results:** After intervention, the second stage of labor time, 2 h postpartum blood loss, transfer rate of cesarean section, incidence of lateral incision and grade-II injury in observation group were lower than those in control group ( $P<0.05$ ), natural delivery rate, incidence of perineal integrity and grade-I injury, and 1 min Apgar score were higher than those in control group ( $P<0.05$ ). The proportions of cases with POP-Q scores at grade 0 and I, and proportion of cases with grading of muscle strength test > grade 3 were higher than those in control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Changqiang acupoint pressure combined with unprotected perineal delivery can improve natural delivery rate of primiparas, reduce the effects on perineal and pelvic floor function, and ensure neonatal health.

**【Key words】** Changqiang acupoint pressure; Unprotected perineal delivery; Primipara; Delivery outcome

分娩是否顺利进行与产力、产道、胎儿及心理因素等密切相关, 而初产妇易受疼痛、心理状态影响等不能正确使用腹压, 影响生产的顺利进行<sup>[1]</sup>。既往观点认为会阴侧切可减少产道出口阻力, 有效缩短产程、加速分娩, 但是这会引发切口感染、膀胱直肠膨出、子宫脱垂等不良反应<sup>[2]</sup>。无保护会阴接生是近年来新发展的有利于接生的方法, 助产人员通过辅助胎头俯屈, 利用顺应力帮助胎头缓慢娩出, 可有

效防止初产妇阴道裂伤的发生<sup>[3]</sup>。长强穴为督脉之首穴, 可作用于生殖系统, 具有理气镇痛、止血补虚的功效, 按摩后可刺激肛门和阴道周边盆底肌肉收缩, 有效增加腹压, 帮助分娩进行<sup>[4]</sup>。目前国内对于在分娩过程中应用长强穴按压联合无保护会阴接生法的研究尚少。基于此, 本研究对初产妇采用长强穴按压结合无保护会阴接生法干预, 探究其对初产妇分娩结局的影响。

基金项目: 山东省青岛市市级临床重点专科妇产科专科资助(2022-WJZD129)

作者简介: 梁桂娟(1975-), 女, 住院医师。E-mail: 13853230091@163.com

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月至 2021 年 12 月青岛市胶州中心医院分娩的 320 例初产妇作为研究对象,根据接生方式的不同将产妇分为观察组 ( $n = 160$ ) 与对照组 ( $n = 160$ )。纳入标准:(1)均为初产妇,符合临产特征<sup>[5]</sup>且具备自然分娩指征;(2)盆骨正常,均为单胎;(3)胎儿发育正常。本研究经医学伦理委员会同意,产妇及家属均知情同意。排除标准:(1)伴有严重器质损伤或妊娠合并症产妇;(2)枕后位及正枕前位产妇;(3)产前存在肌力障碍或凝血功能障碍产妇;(4)存在精神异常或认知功能障碍产妇。两组产妇体质量指数 (BMI) 等一般资料比较,差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组初产妇的一般资料比较 [ $\bar{x} \pm s, n(\%)$ ]

组别	观察组 ( $n = 160$ )	对照组 ( $n = 160$ )	$t/\chi^2$ 值	$P$ 值
年龄(岁)	28.16 ± 2.49	27.84 ± 2.31	1.192	0.234
孕周(周)	39.12 ± 1.06	38.95 ± 1.53	1.155	0.249
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	27.87 ± 2.01	27.48 ± 1.97	1.753	0.081
破膜时间(h)	5.22 ± 0.54	5.34 ± 0.61	1.863	0.063
受教育程度(例)			0.390	0.825
初中及以下	35(21.88)	38(23.75)		
高中	69(43.13)	71(44.38)		
大专及以上学历	56(35.00)	51(31.88)		

### 1.2 方法

对照组在初产妇生产过程中采用无保护会阴接生法:在产妇宫口全开后,当抬头拔露至会阴后,助产士指导产妇正确呼吸、合理用力,此时无需右手托举会阴。当胎头着冠时助产士对胎头进行协助,使其俯屈、并用手对胎头的枕部进行轻压,控制胎头娩出速度,胎头娩出后助产士以双手托住胎头、将其口鼻黏液清理干净,当下次出现强烈宫缩时,双手托住胎头,协助胎肩自然复位,胎儿均匀娩出。观察组在对照组基础上联合长强穴按压:助产者配合宫缩指导产妇屏气用力,在宫缩时按照顺时针方向按压长强穴,询问其感受,并告知其有便意时,配合宫缩向下屏气用力(此时停止按摩),等产妇换气时继续按

摩。反复至胎儿分娩出。

### 1.3 观察指标

(1)记录两组第二产程时间、产后 2 h 出血量。(2)记录两组产妇自然分娩、中转剖宫产的情况。会阴裂伤<sup>[5]</sup>分为 I、II、III 级,级别越高裂伤程度越严重,记录两组会阴完整、侧切及裂伤情况。(3)观察新生儿出生时体征,采用新生儿 1 min Apgar 评分<sup>[6]</sup>进行评估,10 分为正常新生儿,≤7 分为新生儿窒息。记录两组新生儿窒息率。(4)产后 6 周,产妇取膀胱截石位于屏气状态检测盆腔器官脱垂 POP-Q 各指标,POP-Q 评分<sup>[7]</sup>分为 0、I、II、III、IV 度,级别越高脱垂情况越严重。采用牛津分级系统<sup>[8]</sup>检查盆底肌力,分为 5 级,≤3 分为肌力异常。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行统计分析。计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料以 [ $n(\%)$ ] 表示,组间比较采用独立样本  $\chi^2$  检验,等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组初产妇第二产程时间、产后 2 h 出血量比较

观察组的第二产程时间、产后 2 h 出血量均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组初产妇第二产程时间、产后 2 h 出血量比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	第二产程时间 (min)	产后 2 h 出血量 (mL)
观察组 ( $n = 160$ )	57.06 ± 10.27	128.49 ± 30.18
对照组 ( $n = 160$ )	60.43 ± 11.54	152.67 ± 42.45
$t$ 值	2.759	5.872
$P$ 值	0.006	<0.001

### 2.2 两组初产妇分娩结局及会阴情况比较

观察组产妇自然分娩率高于对照组;中转剖宫产率低于对照组,差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组产妇会阴完整、I 级损伤情况高于对照组,侧切、II 级损伤情况均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组初产妇分娩结局及会阴情况比较 [ $n(\%)$ ]

组别	自然分娩	中转剖宫产	会阴情况			
			会阴完整	侧切	I 级损伤	II 级损伤
观察组 ( $n = 160$ )	142(88.75)	18(11.25)	29(18.13)	48(30.00)	77(48.12)	6(3.75)
对照组 ( $n = 160$ )	128(80.00)	32(20.00)	15(9.38)	80(50.00)	33(20.63)	32(20.00)
$\chi^2$ 值		4.646	5.165	13.333	30.862	20.187
$P$ 值		0.031	0.023	<0.001	<0.001	<0.001

### 2.3 两组新生儿指标比较

观察组 1 min Apgar 评分高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 两组新生儿窒息率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组初产妇新生儿指标比较 [ $\bar{x} \pm s, n(\%)$ ]

组别	1min Apgar 评分(分)	新生儿窒息
观察组( $n=160$ )	9.12 ± 0.74	0(0.00)
对照组( $n=160$ )	8.94 ± 0.63	3(1.88)
$\chi^2/t$ 值	2.343	3.028
$P$ 值	0.020	0.082

### 2.4 两组产妇盆底功能比较

干预后, 观察组的 POP-Q 评分中 0 度、I 度比例及肌力检测 >3 级比例高于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 5 两组产妇盆底功能比较 [ $n(\%)$ ]

组别	POP-Q 评分			肌力检测	
	0 度	I 度	II 度	>3 级	≤3 级
观察组( $n=160$ )	65(40.63)	84(52.50)	11(6.87)	124(77.50)	36(22.50)
对照组( $n=160$ )	60(37.50)	72(45.00)	28(17.50)	99(61.88)	61(38.12)
$\chi^2/Z$ 值	8.530			9.246	
$P$ 值	0.014			0.002	

## 3 讨论

经阴道分娩属于自然生理过程, 而初产妇由于缺乏分娩经验, 无法正确运用腹压, 加之生产的镇痛及对胎儿安危的担心, 会产生恐惧、无助等情绪, 不能配合宫缩合理用力, 会导致不协调宫缩乏力, 甚至造成产程停滞, 同时会阴裂伤风险较高<sup>[9-10]</sup>。既往会阴保护接生法可有效助产, 但是会影响会阴部弹性。而会阴侧切虽可帮助缩短第二产程时间, 但其会增加产妇疼痛感和切口感染机会, 影响产妇恢复<sup>[11]</sup>。无保护会阴接生法指在分娩过程中不使用外力保护会阴, 利用顺应力帮助胎头从产道缓慢娩出, 提高分娩舒适度<sup>[12]</sup>。程碧辉等<sup>[13]</sup>研究表明采用无保护接生法可提高足月初产妇会阴完整率, 降低会阴裂伤及疼痛情况。而长强穴属三脉交会穴, 可调诸阳经、宁神络, 在分娩过程中按压该穴位能够增强肛门括约肌张力, 刺激产妇正确地屏气用力, 从而帮助生产<sup>[14]</sup>。

在分娩过程中第二产程尤为重要, 此时较易发生多种母婴并发症, 若其时间延长则不利于母婴安全, 因此正确使用腹压、提高产力较为重要<sup>[15]</sup>。本研究中, 干预后观察组的第二产程时间、产后 2 h 出血量均低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 提示长强穴按压结

合无保护会阴接生法可缩短初产妇第二产程时间、降低其产后出血量。进一步研究发现, 干预后观察组产妇自然分娩率高于对照组、中转剖宫产率低于对照组, 且观察组产妇会阴完整、I 级损伤情况高于对照组, 侧切、II 级损伤情况低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 提示长强穴按压结合无保护会阴接生法有利于改善初产妇的分娩结局, 降低会阴损伤。这是由于无保护会阴接生法在无外界阻力条件下, 会阴组织得到充分伸展、扩张, 助产士可辅助胎头俯屈来控制胎头下降速度, 该法中初产妇会阴未受反作用力压迫, 降低了会阴裂伤的可能性<sup>[16]</sup>。而按压长强穴可增加初产妇便意感, 反射性刺激子宫肌壁, 迫使产妇向下用力屏气, 促使胎头下降加速, 有效提高自然分娩率<sup>[17]</sup>。

本研究中, 干预后, 观察组 1 min Apgar 评分高于对照组, 而两组新生儿窒息率比较无统计学差异, 提示该方式有利于改善新生儿结局。这是由于联合干预后可有效缩短产程, 减少胎儿缺氧等情况, 有效保障新生儿健康。而两组间新生儿窒息率无限制差异这可能受本研究样本量限制, 后期将扩大样本量, 继续进行研究。盆底支持系统共 3 层, 承托着子宫、直肠和膀胱的正常位置, 而随着妊娠进程则会对盆底支持组织产生较大压力; 同时正常阴道分娩则会进一步加大盆底肌肉损伤, 部分产妇会出现盆底肌纤维肌力下降, 尿道周围组织支持力受到影响, 出现漏尿等盆底功能障碍情况, 影响产妇产后生活质量<sup>[18]</sup>。干预后, 两组的 POP-Q 评分、肌力检测比较结果提示该联合干预方式可降低对初产妇的盆底功能影响。这是由于两种方式联合能够保证会阴受力均匀, 降低胎头对宫颈、盆底、会阴压迫时间, 避免会阴易过度保护而受损, 可有效保护初产妇盆底相关肌群功能, 有助于产后盆底功能恢复<sup>[19]</sup>。

综上, 长强穴按压结合无保护会阴接生法可提高初产妇自然分娩率, 缩短其第二产程时间, 可降低对产妇会阴及盆底功能影响, 同时有助于保障新生儿健康。

### 参考文献

- [1] Zhang S, Qian Z, Zhao Y, et al. Effects of group prenatal health care combined with happiness training on delivery mode and maternal role adaptation in elderly primiparous women: a study for improvements in patients health behavior[J]. American Journal of Health Behavior, 2023, 47(2): 369-377.
- [2] Zaami S, Stark M, Beck R, et al. Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions[J]. European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 2019, 23(5): 1847-1854.
- [3] 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.
- [4] 徐秀云, 孙伟, 崔婧芳. 豆袋热敷联合针灸、穴位按摩对初产妇产程影响及分娩镇痛效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2022, 30(7): 1586-1590.
- [5] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 86-87.
- [6] 叶正蔚, 王亚均. 影响新生儿 1 min Apgar 评分的相关因素分析[J]. 重庆医科大学学报, 2009, 34(11): 1588-1590.
- [7] Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction[J]. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1996, 175(1): 10-17.
- [8] 朱兰. 盆腔器官脱垂的中国诊治指南(草案)[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(9): 647-651.
- [9] LeFevre NM, Krumm E, Cobb WJ. Labor dystocia in nulliparous women[J]. American Family Physician, 2021, 103(2): 90-96.
- [10] Watkins VY, O'Donnell CM, Perez M, et al. The impact of physical activity during pregnancy on labor and delivery[J]. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2021, 225(4): 437. e1-437437. e8.
- [11] Okeahialam NA, Wong KW, Jha S, et al. Mediolateral/lateral episiotomy with operative vaginal delivery and the risk reduction of obstetric anal sphincter injury (OASI): a systematic review and meta-analysis[J]. International Urogynecology Journal, 2022, 33(6): 1393-1405.
- [12] van Bavel J, Ravelli A, Abu-Hanna A, et al. Risk factors for the recurrence of obstetrical anal sphincter injury and the role of a mediolateral episiotomy: an analysis of a national registry[J]. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2020, 127(8): 951-956.
- [13] 程碧辉, 韩凌, 黄中秋, 等. 无保护接生法在足月初产妇分娩中的应用[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2021, 24(6): 632-635.
- [14] 彭茹凤, 胡艳宁, 魏慧玲, 等. 音乐疗法配合长强穴按压对初产妇产程及分娩结局的影响[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(1): 79-80.
- [15] Gimovsky AC. Defining arrest in the first and second stages of labor[J]. Minerva Obstetrics and Gynecology, 2021, 73(1): 6-18.
- [16] 程莎莎. 拆台正面坐位联合会阴无保护助产在低危型初产妇自然分娩中的应用效果[J]. 中国性科学, 2022, 31(5): 113-117.
- [17] 何元春, 陆彦, 陶瑛. 穴位按摩联合呼吸减痛法对初产妇心理状态与分娩结局的影响[J]. 医学临床研究, 2022, 39(5): 777-779.
- [18] Bø K, Næss K, Stær-Jensen J, et al. Recovery of pelvic floor muscle strength and endurance 6 and 12 months postpartum in primiparous women—a prospective cohort study[J]. International Urogynecology Journal, 2022, 33(12): 3455-3464.
- [19] Guo KM, He LC, Feng Y, et al. Surface electromyography of the pelvic floor at 6-8 weeks following delivery: a comparison of different modes of delivery[J]. International Urogynecology Journal, 2022, 33(6): 1511-1520.
- (收稿日期: 2023-04-17 修回日期: 2023-06-01)

(上接第 1345 页)

参考文献

- [1] Kinoshita K, Chung KK, Katsuki H, et al. Therapeutic potential of prophylactic exercise for intracerebral hemorrhage[J]. Neural Regeneration Research, 2022, 17(7): 1484-1485.
- [2] Polster SP, Carrión-Penagos J, Lyne SB, et al. Intracerebral hemorrhage volume reduction and timing of intervention versus functional benefit and survival in the MISTIE III and STICH trials[J]. Neurosurgery, 2021, 88(5): 961-970.
- [3] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2014)[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(6): 435-444.
- [4] 赵以林, 罗爱林. 2018 版美国麻醉医师协会适度镇静和镇痛指南解读[J]. 临床外科杂志, 2019, 27(1): 24-28.
- [5] 盛雪平, 刘秋菊, 陈万民, 等. 卒中量表和急性生理学及慢性健康状况评分预测脑卒中死亡效果比较[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2010, 24(2): 204-205.
- [6] 赵广平, 刘盼盼, 刘飞, 等. 高血压脑出血立体定向颅内血肿清除术中不同麻醉方式的血流动力学及应激反应[J]. 昆明医科大学学报, 2022, 43(5): 117-122.
- [7] 刘希明, 安久颖, 吴陈林, 等. 右美托咪啶联合丙泊酚麻醉对高血压脑出血手术患者血液流变学及血流动力学的影响[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(11): 1703-1706, 1711.
- [8] Weyland CS, Mokli Y, Vey JA, et al. Predictors for failure of early neurological improvement after successful thrombectomy in the anterior circulation[J]. Stroke, 2021, 52(4): 1291-1298.
- [9] Li D, Chen QX, Zou W, et al. Acupuncture promotes functional recovery after cerebral hemorrhage by upregulating neurotrophic factor expression[J]. Neural Regeneration Research, 2020, 15(8): 1510-1517.
- [10] Derraz I, Cagnazzo F, Gaillard N, et al. Microbleeds, cerebral hemorrhage, and functional outcome after endovascular thrombectomy[J]. Neurology, 2021, 96(13): e1724-e1731.
- [11] Hamre MC, Ekbohm DC, Handlogten KS, et al. Anesthetic management for medialization laryngoplasty performed under concurrent dexmedetomidine, remifentanyl, and propofol infusions[J]. Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation, 2020, 34(1): 134-139.
- [12] 曹晓婷, 王晖, 贾咏健. 丙泊酚联合右美托咪啶对脑出血血肿清除术老年患者术后应激反应与神经功能影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2021, 24(6): 663-668.
- [13] 赵建勇, 章晔颖, 吴美华, 等. 右美托咪啶联合依托咪酯对老年高血压基底节脑出血全麻患者血流动力学及免疫功能的影响[J]. 中华高血压杂志, 2022, 30(7): 685-689.
- [14] Karlsson B, Jokura H, Yang HC, et al. Clinical outcome following cerebral AVM hemorrhage[J]. Acta Neurochirurgica, 2020, 162(7): 1759-1766.
- [15] Rauchmann BS, Ghaseminejad F, Mekala S, et al. Cerebral microhemorrhage at MRI in mild cognitive impairment and early Alzheimer disease: association with tau and amyloid  $\beta$  at PET imaging[J]. Radiology, 2020, 296(1): 134-142.
- (收稿日期: 2023-03-29 修回日期: 2023-05-19)