

# 不同时期产程干预对自然临产阴道分娩的促进研究

巴哈尔古丽·托合尼亚孜

新疆阿克苏地区第一人民医院产房, 新疆 阿克苏 843000

**摘要:** 目的: 分析自然临产阴道分娩的产妇接受不同方式产程干预的实际情况。方法: 选择我院产科 2019 年 6 月中 2020 年 5 月收治的 104 例阴道分娩产妇为对象, 将其随机均分成对照组 (n=52 例) 和观察组 (n=52), 对照组产妇接受常规方式干预, 观察组对象则在子宫口开至 8cm 的时候接受产程干预, 对两组产妇的不良事件情况和产程干预满意率进行分析。结果: 观察组对象的不良事件发生例数要明显更少, 满意率则明显高于对照组, 相关数据比较后存在统计学差异 (P<0.05)。结论: 针对自然临产状态下接受阴道分娩产妇而言, 选择在产妇宫口开至 8cm 时候进行产程干预的效果较好, 该方案值得实施。

**关键词:** 阴道分娩; 产程; 自然临产; 不良事件; 满意率

对于自然临产状态下接受阴道分娩方式生产的产妇而言, 产妇会受到不同方面因素的影响, 产程干预也会起到较为直接的效果<sup>[1]</sup>。临床有相关研究证实, 如果大量增加产程干预, 可能导致产妇剖宫产几率升高, 这对于产妇而言较为不利。也有相关学者认为, 产妇宫口开至 6cm 的时候表现较为活跃, 最好不要在之前对产妇实施较多的临床干预<sup>[2-3]</sup>。此次研究针对自然临产阴道分娩产妇选择两种不同方式, 现进行如下论述:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从我院产科 2019 年 6 月中 2020 年 5 月期间收治的产妇中抽取 104 例自然临产状态下接受阴道分娩产妇进行观察, 本次实验已经预先通过伦理委员会的审查, 且产妇本文及家属详细了解实验内容, 所有产妇均为单胎妊娠。利用随机数字表方式, 将产妇平分为对照组 (n=52 例) 和观察组 (n=52), 对照组产妇年龄为 22—36 岁, 初产妇为 32 例, 经产妇 20 例, 孕周为 38—42 周; 观察组产妇的年龄为 23—35 岁, 初产妇为 34 例, 经产妇 18 例, 孕周 37—41 周, 两组产妇的基础资料进行比较后无任何差异存在 (P>0.05)。

### 1.2 方法

产妇进入产程后, 接受静脉开放, 并给予产妇氯化钠静脉输注, 剂量为 5—8ml/(kg·h), 对其实施硬膜外穿刺, 对照组产妇接受常规方式处理, 在产妇镇痛期间需要做好其各项指标的严格观察, 并对胎心进行严格监测, 将产妇的产程进展进行详细记录。

观察组对象宫口开至 1cm 的时候, 医生实施镇痛, 医生需要产妇 3—5ml 罗哌卡因与 0.001g/L 芬太尼混合液输注, 给药 10min 如果未见任何不适症状, 可以给予 0.002g/L 芬太尼与 0.1% 罗哌卡因注射, 给药量 5ml, 之后观察 15min, 在产妇宫口开至 8cm 的时候, 可以结束镇痛。

### 1.3 临床观察指标

对两组产妇接受不同方式干预后的不良事件发生率进行分析, 产妇不良事件为产后出血, 胎儿不良事件为胎儿窘迫、窒息。

此外, 分析两组产妇的干预满意率, 利用科室自制满意度调查表进行分析。产妇产后进行自评打分, 分数≤60 分表示不满意, 61—85 分为较为满意, 高于 85 分为十分满意。

### 1.4 统计学观察

研究中的数据需代入 SPSS23.0 软件包进行处理, 计数资料用例数 (%) 表示, 需接受卡方  $\chi^2$  检验, P<0.05 可视为差异存在意义。

## 2 结果

### 2.1 两组不良事件比较

表 1 两组对象接受不同方式干预后不良事件发生率观察 n (%)

分组	例数	产后出血 n (%)	胎儿窘迫 n (%)	新生儿窒息 n (%)	总发生率 n (%)
对照组	52	5 (9.7)	4 (7.7)	2 (3.8)	11 (21.2)
观察组	52	1 (1.9)	1 (1.9)	0 (0)	2 (3.8)
$\chi^2$	—	—	—	—	7.121
P	—	—	—	—	0.008<0.05

### 2.2 两组满意率比较

表 2 两组产妇接受不同类型干预后的满意率比较分析 n (%)

组别	例数	不满意 n (%)	较为满意 n (%)	十分满意 n (%)	总满意率 n (%)
对照组	52	10 (19.2)	20 (38.5)	22 (42.3)	42 (80.8)
观察组	52	1 (1.9)	24 (46.2)	27 (51.9)	51 (98.1)
$\chi^2$	—	—	—	—	8.235
P	—	—	—	—	0.004<0.05

## 3 讨论

针对自然临产阴道分娩产妇, 医生需要尽量帮助产妇缩短产程时间, 并且确保产妇产后过程较为顺利, 做好产妇的镇痛等产程干预, 避免产妇接受剖宫产等方式, 并且需要确保胎儿自身安全, 确保产妇母婴结局良好<sup>[4-5]</sup>。

目前, 临床中剖宫产的指征主要分为难产与非难产两种类型, 临床产程标准指出, 产妇产程潜伏期、活跃期的时候, 宫口扩张的指标为 3cm, 当产妇进入活跃期的时候, 初产妇的宫口的扩张速度会超过每小时 1.2cm, 经产妇的宫口扩张速度则会超过每小时 1.5cm。一般来讲, 当产妇的宫口扩张到 6cm 的时候, 为活跃期指标。在宫口扩张至 6cm 之前, 尽量不要给予产妇较多的产程干预, 以免产妇转为剖宫产的几率出现升高。在产妇的妊娠过程中, 潜伏期的延长, 一般不作为剖宫产的指征, 当产妇的活跃期出现停滞且宫口扩张出现停滞, 时间超过 4 小时的时候, 才会作为剖宫产的指征。我院针对自然临产阴道分娩产妇的产程干预, 选择在产妇宫口开至 8cm 的时候结束镇痛, 这样可以有效保障产妇自身以及胎儿的健康状况, 并且避免产妇出现较为严重的疼痛感, 可以提高产妇对于临床干预的满意度。

结合此次研究的结果分析后可知, 接受宫口开至 8cm 镇痛停止干预的产妇, 其整体满意率达到 98.1%, 远高于常规干预产妇, 且不良结局的发生率仅为 3.8%, 体现了这一干预方式的优劣。

## 4 结语

针对自然临产阴道分娩产妇, 在其宫口开至 8cm 的时候进行产程干预可以有效避免不良事件的发生, 并且提高产妇的满意率, 该方案的可行性较高, 值得在产科应用。

### 参考文献

[1]徐秋菊. 第二产程不同分娩体位干预及阴道保护对初产妇分娩结局的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(01):6-8.

(下转第 20 页)