

分娩镇痛仪联合陪伴分娩护理在初产妇分娩中的应用探究

许晓燕^{1,3} 杨建美^{2,3*} 阎玉璇^{2,3} 胡茜茜^{1,3}

1. 兰州市第一人民医院妇产科 甘肃兰州 700050

2. 兰州市第一人民医院麻醉科 甘肃兰州 730050

3. 甘肃中医药大学(甘肃中医药大学第二临床医学院), 甘肃兰州 730030

摘要: 目的: 探究分娩镇痛仪联合陪伴分娩护理在初产妇分娩中的应用效果。方法: 将100例初产妇分成两组, 对照组实施常规护理, 研究组实施分娩镇痛仪联合陪伴分娩护理, 对比两组相关数据。结果: 研究组焦虑、抑郁和恐惧状况改善显著, 产痛程度明显减轻 ($P < 0.05$); 在第一、二、三产程和总产程, 研究组耗时较短, 出血量较少 ($P < 0.05$); 研究组自然分娩率和护理满意度均较高 ($P < 0.05$)。结论: 实施分娩镇痛仪联合陪伴分娩护理, 既能够缓解初产妇产痛, 减轻负性情绪, 又能够推动分娩进程的顺利进行, 改善分娩结局, 实际应用价值较高。

关键词: 分娩镇痛仪; 陪伴分娩护理; 初产妇

分娩时产生的疼痛不仅会加快初产妇的体力消耗速度, 还会加重初产妇紧张、恐慌等负性情绪, 使其产程延长, 增加自然分娩的难度。临床中常规护理虽然能够予以初产妇一定的助产干预, 但其护理操作的执行缺乏主动性, 未能根据初产妇的实际待产情况实施针对性护理, 未能采取有效措施帮助初产妇缓解产痛, 提高自然分娩率, 因此, 需要在初产妇待产期间予以其更为优质安全的护理干预帮助其减轻产痛, 顺利分娩^[1-2]。在陪伴分娩护理模式下, 初产妇在其分娩全程由经验丰富且技能过硬的助产士陪同和支持, 保障其分娩期间能够处于积极正面的心理状态中, 减轻产痛对其造成的不良应激反应, 降低其主观意识上对产痛的敏感度^[3]。分娩镇痛仪通过阻断产妇痛感神经传导从而发挥显

而易见的镇痛作用, 能够在很大程度上帮助初产妇减轻产痛, 且不会对初产妇运动神经产生抑制作用, 不会影响到腹肌、盆底肌等肌肉功能, 安全性较高^[4]。基于此, 本文探究分娩镇痛仪联合陪伴分娩护理在初产妇分娩中的应用效果。作如下报道。

1 资料方法

1.1 一般资料

选择2020年2月-2022年5月在我院就诊的100例初产妇, 随机均分成两组。纳入标准: ①单胎妊娠; ②妊娠期间未服用任何药物; ③自愿参与并签字确认。排除标准: ①妊娠并发症; ②心肝肾功能障碍; ③阴道或子宫存在病变。组间差异不明显 ($P > 0.05$), 可进行对比。见表1。

表1 两组一般资料对比 ($\bar{X} \pm s$) [n(%)]

| 组别 | 例数 | 平均年龄(岁) | 平均孕周(周) | 平均体质量(kg) | 孕次 | |
|----------|----|--------------|--------------|--------------|------------|----------|
| | | | | | 1次 | 2次及以上 |
| 研究组 | 50 | 28.31 ± 2.92 | 39.15 ± 1.16 | 70.43 ± 4.25 | 49 (98.00) | 1 (2.00) |
| 对照组 | 50 | 28.63 ± 3.31 | 39.24 ± 1.35 | 70.18 ± 4.17 | 48 (96.00) | 2 (4.00) |
| χ^2 | | 0.513 | 0.358 | 0.297 | 0.344 | |
| P | | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 | |

1.2 方法

对照组: 实施常规护理。依据初产妇的待产情况, 在合理的时间安排初产妇进入待产室, 由助产士负责初产妇的护理工作, 助产士应密切观察初产妇产程情况, 做好胎心监测; 分娩期间, 助产士应注意观察初产妇分娩状况, 如发现

异常情况应在第一时间告知医师进行紧急处理, 促使初产妇顺利分娩, 保障母婴健康。

研究组: 实施分娩镇痛仪联合陪伴分娩护理。(1) 分娩镇痛仪。在初产妇宫口开至3cm的时候利用分娩镇痛仪帮助初产妇镇痛, 期间助产士根据初产妇的实际情况协助其

保持舒适的体位,在初产妇肩井穴两侧和腰部 T12-S4 的位置贴好消毒贴。助产士需要熟练掌握分娩镇痛仪的使用步骤,严格按照使用说明书操作,结合初产妇具体的宫缩情况调整镇痛仪参数,直至初产妇肌肉微颤且产痛减轻,即可保持调整好的参数予以其镇痛干预,随着宫缩情况的变化助产士不断调整分娩镇痛仪参数,直至宫口全开。(2) 陪伴分娩护理。①心理护理。助产士引导初产妇熟悉了解待产室环境,以温柔亲切的语气和初产妇交流,并通过交流内容和初产妇面部表情的观察判定其性格特征,评估其心理状况。为初产妇进行简单的产痛科普教育,简单明了地告知产痛的原因以及相应的镇痛缓解方式,使初产妇意识到当下先进成熟的医疗技术能够很好地帮助其减轻疼痛,缩短产程,且不良影响较轻微,以安抚初产妇紧张、恐慌等负性情绪,避免负性情绪的不利影响。②按摩。助产士保持一定的规律环旋揉捻初产妇肩颈部 15min,揉捻力度以初产妇感觉舒适为宜,同时沿顺时针方向轻抚初产妇腹部 15min。助产士以拇指指腹侧用力,沿双侧肋下向腋前部轻柔按摩。③分娩指导。助产士应做好分娩期间产程监测工作,同时指导初产妇以稳定的规律呼吸、屏气,以提高腹压;分娩期间需保障初产妇精力和耐力足够,为此助产士应将事先准备好的高热量易消化食物在初产妇宫缩间隙予以其食用,如米粥,牛奶等,增强耐力;根据初产妇的具体产痛部位合理使用分娩镇痛仪,适当调整镇痛参数,避免镇痛参数的不适宜导致初产妇出现疼痛部位刺痛感、心慌等不良情况。④分娩球运用。助产士从旁辅助初产妇正确使用分娩球,依据初产妇自身感受选择舒适的体位,如手膝位,左右摇晃髋关节,能够缓解手腕压力;

坐卧位,双腿分开坐在球上慢慢旋转或前后摆动髋关节,能够减轻宫缩疼痛等。

1.3 观察指标

(1) 对比两组临床综合指标。HAMA、HAMD 和 CAQ 评分分别用来评估初产妇的焦虑、抑郁和恐惧状况,分值越高状况越严重;VAS 评分用来衡量初产妇的产痛程度,分值越高疼痛越剧烈;新生儿 Apgar 评分通过对出生后新生儿的外貌、脉搏、呼吸、皱眉动作和肌张力五个方面进行评分,分值越高新生儿整体状况越佳。

(2) 对比两组产程耗时和出血量。对比第一、二、三产程和总产程四个时段耗时和出血量。

(3) 对比两组分娩结局。对比剖宫产、产后出血、新生儿窒息三项不良分娩结局和自然分娩。

(4) 对比两组护理满意度。自制护理满意度调查问卷,满分 100 分,十分满意 ≥ 90 分;满意 ≥ 75 分;不满意 ≤ 74 分。

1.4 统计方法

利用 SPSS20.0 软件分析数据,分别以 $(\bar{X} \pm s)$ 和 $(n)\%$ 形式记录计量和计数资料,用 t 和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异显著。

2 结果

2.1 对比两组临床综合指标

分娩前,两组初产妇四项临床综合指标无明显差异。分娩后,研究组四项临床综合指标下降更为明显且分值均较低 ($P < 0.05$)。两组新生儿 Apgar 评分在新生儿出生 1min 和 5min 后均无显著差异 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床综合指标对比 ($\bar{X} \pm s$, 分)

| | | 研究组 (n=50) | 对照组 (n=50) | t | P |
|--------------|-----------|------------------|------------------|--------|-------|
| HAMA 评分 | 分娩前 | 16.08 \pm 2.36 | 16.12 \pm 2.43 | 0.083 | >0.05 |
| | 分娩后 | 5.35 \pm 1.35 | 10.26 \pm 2.68 | 11.570 | <0.05 |
| HAMD 评分 | 分娩前 | 23.27 \pm 3.31 | 22.88 \pm 3.34 | 0.586 | >0.05 |
| | 分娩后 | 6.97 \pm 1.51 | 12.37 \pm 2.53 | 12.960 | <0.05 |
| VAS 评分 | 分娩前 | 6.49 \pm 2.43 | 6.41 \pm 2.09 | 0.176 | >0.05 |
| | 分娩后 | 2.26 \pm 1.11 | 2.99 \pm 1.36 | 2.94 | <0.05 |
| CAQ 评分 | 分娩前 | 49.58 \pm 4.68 | 50.02 \pm 4.77 | 0.466 | >0.05 |
| | 分娩后 | 22.62 \pm 5.17 | 38.88 \pm 4.75 | 16.376 | <0.05 |
| 新生儿 Apgar 评分 | 出生 1min 后 | 9.22 \pm 0.24 | 9.05 \pm 0.78 | 1.473 | >0.05 |
| | 出生 5min 后 | 9.92 \pm 0.08 | 9.87 \pm 0.23 | 1.452 | >0.05 |

2.2 对比两组产程耗时和出血量

研究组第一、二、三产程和总产程耗时均较短,出血

量均较少 ($P < 0.05$)。见表 3。

表3 两组产程耗时和出血量对比 ($\bar{X} \pm s$)

| | | 研究组 (n=50) | 对照组 (n=50) | t | P |
|------|----------|----------------|----------------|-------|-------|
| 第一产程 | 耗时 (min) | 312.44 ± 52.36 | 365.37 ± 58.56 | 4.764 | <0.05 |
| | 出血量 (ml) | 312.41 ± 48.63 | 385.18 ± 56.75 | 6.885 | <0.05 |
| 第二产程 | 耗时 (min) | 31.22 ± 6.55 | 40.18 ± 8.27 | 6.006 | <0.05 |
| | 出血量 (ml) | 28.63 ± 6.16 | 36.39 ± 7.25 | 5.768 | <0.05 |
| 第三产程 | 耗时 (min) | 6.73 ± 0.86 | 8.25 ± 1.09 | 7.741 | <0.05 |
| | 出血量 (ml) | 5.74 ± 1.41 | 7.49 ± 1.87 | 5.284 | <0.05 |
| 总产程 | 耗时 (min) | 350.43 ± 56.52 | 413.76 ± 62.29 | 5.324 | <0.05 |
| | 出血量 (ml) | 346.81 ± 52.72 | 429.18 ± 66.19 | 6.883 | <0.05 |

2.3 对比两组分娩结局

自然分娩率研究组和对照组分别为 94.00% (47/50)、80.00% (40/50)，研究组自然分娩率较高 (P < 0.05)。见表 4。

表4 两组分娩结局对比 [n(%)]

| 组别 | 例数 | 不良分娩结局 | | | 自然分娩 | 自然分娩率 |
|----------|----|-----------|----------|----------|------------|------------|
| | | 剖宫产 | 产后出血 | 新生儿窒息 | | |
| 研究组 | 50 | 2 (4.00) | 1 (2.00) | 0 (0.00) | 47 (94.00) | 47 (94.00) |
| 对照组 | 50 | 5 (10.00) | 3 (6.00) | 2 (4.00) | 40 (80.00) | 40 (80.00) |
| χ^2 | | | | | | 4.332 |
| P | | | | | | <0.05 |

2.4 对比两组护理满意度

护理满意度研究组和对照组分别为 96.00% (48/50)、84.00% (42/50)。研究组满意度较高 (P < 0.05)。见表 5。

表5 两组护理满意度对比 [n(%)]

| 组别 | 例数 | 十分满意 | 满意 | 不满意 | 满意度 |
|----------|----|------------|------------|-----------|------------|
| 研究组 | 50 | 36 (72.00) | 12 (24.00) | 2 (4.00) | 48 (96.00) |
| 对照组 | 50 | 31 (62.00) | 11 (22.00) | 8 (16.00) | 42 (84.00) |
| χ^2 | | | | | 4.000 |
| P | | | | | <0.05 |

3 讨论

相关临床实践证实，在分娩期间，宫颈扩张会导致初产妇疼痛加剧，同时在胎儿娩出过程中，其头部或足部的下降也会加大初产妇盆地受到的压迫，使得初产妇疼痛剧烈，部分初产妇由于产痛的影响会出现不同程度的应激反应，如此时初产妇在出现紧张、恐慌等负性情绪，极易导致其交感神经兴奋性提升，从而造成肾上腺素分泌量上升，血管收缩，引发血流量降低等不良事件出现，不仅会加大自然分娩难度，延长产程，还可能会导致宫内缺氧，新生儿窒息等负面情况发生，危及母婴生命健康^[5-6]。再者，部分初产妇由于

产痛剧烈，产程延长，多会选择转为剖宫产，尽管剖宫产能够帮助初产妇顺利娩出新生儿，但是也会在一定程度上提高其产后并发症发生率，具有一定的安全风险。同时，据相关数据统计显示，近年来我国剖宫产率不断提升，不仅是对医疗卫生资源的浪费，还无法有效避免新生儿病死，新生儿的病死数量仍未明显减少，由剖宫产而产生的问题已得到社会各界的广泛关注，已成为亟需解决的社会性公共卫生问题^[7-8]。所以，相关研究人员将如何减轻分娩疼痛，提高自然分娩率作为当下和未来的重要研究课题，进行不断地深入和探讨。

陪伴分娩护理模式指的是医护人员和助产士为初产妇提供更为全面、更为专业且针对性更强的护理干预，通过非药物干预、无创式干预为初产妇提供一对一的全程陪伴护理，以最大限度地满足初产妇需求，促使其顺利分娩^[9]。陪伴分娩护理通过在围产期为产妇提供全方位、优质系统的护理干预，提高初产妇分娩期间身心上的双重体验，疏导其紧张等负性情绪，帮助初产妇保持积极良好的心理状态，保障其安全分娩^[10]。在陪伴分娩护理过程中，助产士能够指导初产妇正确运用分娩球，以转移其注意力，松弛盆底肌，加快宫口扩张。为了实现分娩镇痛的效果，除了予以初产妇镇痛药物，通过心理干预降低其主观疼痛感等方式外，还可以运用分娩镇痛仪帮助初产妇缓解产痛，缩短产程，且操作便捷，见效快，初产妇能够始终保持意识清醒，不会影响产后的母乳喂养，具有较高的安全性^[11-12]。分娩镇痛仪是在人体神经学理论的基础上，根据初产妇的产痛情况，在局部产痛部位施以适量轻柔的 D-T 脉冲波刺激，提高初产妇自身内源性阿片肽生成量，激发其自有的镇痛系统，阻断神经系统对疼痛信号的传导，进而起到镇痛效果，在初产妇产痛得到缓解时，会无形中减轻其负性情绪，帮助其稳定情绪，

促使初产妇能够更为积极主动地配合医护人员完成自然分娩^[13-14]。此外,产痛的减轻,使得护理人员能够更为顺利地 and 初产妇进行交流互动,提高初产妇的信任度和配合度,充分发挥其主观能动性,顺利娩出新生儿。为了提高分娩镇痛仪的使用效果,护理人员应在使用前为初产妇详细介绍使用方式,并细致说明可能会出现不良反应和相应的预防、处理手段等,提高初产妇接受度,促使其顺利分娩。

本文研究表明,研究组初产妇的心理状态较佳,产痛程度较轻,产程较短,出血量较少,自然分娩率和护理满意度较高,提示在利用分娩镇痛仪的同时予以初产妇陪伴分娩护理,能够有效缓解产痛,减轻负性情绪,改善分娩结局,提高临床护理质量。

综上所述,实施分娩镇痛仪联合陪伴分娩护理,能够有效减轻初产妇产痛,帮助其保持积极正面的心理状态,缩短产程,降低剖宫产率。

参考文献:

- [1] 覃锐.分娩镇痛仪联合导乐陪伴分娩护理干预对产妇产不良情绪、疼痛程度及分娩方式的影响[J].实用妇科内泌杂志(电子版),2019,6(02):147-149.
- [2] 赵海燕.护理预警联合导乐陪伴式分娩护理模式对产妇产自然分娩率的影响研究[J].黑龙江医学,2021,45(12):1336-1337.
- [3] 陈秀清,陈素英,谢娜.分娩镇痛导乐仪联合一对一全程导乐陪伴护理在高龄产妇中的应用效果分析[J].黑龙江医学,2022,46(17):2148-2150.
- [4] 王娜娜,何晓娟.个体化助产服务路径联合产程管理单在连续硬膜外麻醉镇痛分娩产妇中的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(07):1307-1311.
- [5] 王丹丹.分娩镇痛仪联合导乐陪伴分娩护理干预对产妇产不良情绪、疼痛程度及分娩方式的影响[J].黑龙江医学,2018,42(08):831-833.
- [6] 陈嵩屏,郑小雪,江碧薇,刘珍.导乐分娩镇痛仪联合新产程时限管理在低危产妇中的应用[J].临床医学工程,2022,29(01):7-8.
- [7] 赵海燕.护理预警联合导乐陪伴式分娩护理模式对产

妇产自然分娩率的影响研究[J].黑龙江医学,2021,45(12):1336-1337.

[8] 叶小凤.护理预警联合导乐陪伴式分娩护理模式对产妇产自然分娩率的影响[J].当代护士(中旬刊),2020,27(07):51-53.

[9] 明振叶,李红丽.助产士主导伙伴式导乐陪伴在初产妇分娩护理中的应用价值[J].实用临床医药杂志,2019,23(09):112-114+118.

[10] 刘虎翼,蔡香稻,陈华群,等.初产妇应用分娩镇痛仪与腰硬联合阻滞麻醉镇痛的疗效观察[J].中华生物医学工程杂志,2022,28(1):69-72.

[11] 吴南燕.导乐分娩及分娩镇痛仪联合应用对妊娠结局及产妇产负面情绪的影响[J].医学信息,2020,33(24):122-124.

[12] 汤颖,史明霞,孔亚利.拉玛泽减痛分娩法结合积极心理暗示在初产妇分娩中的应用价值[J].中西医结合护理(中英文),2022,8(04):88-90.

[13] 陈娟.家庭化产房陪伴导乐服务联合药物性分娩镇痛对自然分娩产妇的影响[J].医药高职教育与现代护理,2022,5(05):412-415.

[14] 魏小红,卢芳芳,唐婷.经皮穴位电刺激联合全程导乐陪伴式护理对初产妇分娩疼痛及产程的影响[J].黑龙江医学,2021,45(06):652-653.

作者简介:

许晓燕(1983—),女,汉族,甘肃省临泽县,大学本科,妇产科学副主任医师,研究方向:高位产科、宫腔内疾病、妇科内分泌及妇科肿瘤。

通讯作者:杨建美(1980—),男,汉族,甘肃省靖远县,大学本科,麻醉学副主任医师,研究方向:心血管外科、妇产科麻醉及围手术期脏器保护。

基金项目:

1. 甘肃省科技计划资助、甘肃省自然科学基金(23JRRA1455, 24JRRA766)。
2. 兰州市科技局科技计划项目(2023-4-11)。实施单位:兰州市第一人民医院。