

本院 160 例无痛分娩在初产妇中对产程及妊娠结局的影响

张翠 高云 杜爱霞

临朐县人民医院 山东 潍坊 262600

摘要：目的：分析无痛分娩技术对 160 例初产妇产程时间、妊娠结局及产后康复质量影响性。方法：纳入研究时间段内（2021.01~2022.12）入院分娩初产妇 320 例为研究对象，行对比性临床研究，产妇入院后依据自身分娩意愿划分组别，参照组（160 例）仅接受常规分娩指导干预，研究组（160 例）接受无痛分娩技术联合干预。统计分析：（1）两组产妇产程时间；（2）两组产妇分娩期间疼痛评分、分娩控制感评分；（3）两组产妇转剖宫产率、产后出血发生率、产后 2h 出血量；（4）两组不良妊娠结局发生率；（5）两组产妇产后泌乳指标、产后疲乏评分。结果：（1）相较参照组，研究组围产期内第一、第二、第三产程及总产程用时缩短，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。（2）相较参照组，研究组产妇产前 1h、胎儿娩出后 10min 时 VAS 评分降低，且 LAS 评分升高，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。（3）相较参照组，研究组产妇转剖宫产率（4.38%）、产后出血发生率（2.50%）、不良妊娠结局发生率（8.13%）及产后 2h 出血量均降低，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。（4）相较参照组，研究组产妇产后 3d 泌乳发动率（82.50%）升高，且泌乳发动时间、泌乳发动延迟率及产后疲乏评分均降低，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。结论：无痛分娩干预在临床初产妇分娩中的应用，可在缩短产程时间同时，缓解围产期疼痛表现，提升产妇分娩自我控制感、分娩安全性，且有利于产妇产后的正常泌乳，临床应用优势显著。

关键词：无痛分娩；初产妇；产程时间；妊娠结局

前言

临床研究指出，围产期疼痛是增加初产妇剖宫产实施率的主要风险因素之一^[1]。围产期疼痛以产前规律性宫缩阵痛为主要表现形式^[2]，可引发产妇临床多项生理、心理应激表现，影响分娩安全性^[3]，故针对初产妇加强围产期疼痛管理，对其分娩安全性提升、分娩结局优化均有积极意义^[4]。因此，为分析无痛分娩技术对 160 例初产妇产程时间、妊娠结局及产后康复质量影响性，特开展临床研究，现将研究结果详述如下：

1 研究对象及方法

1.1 研究对象及分组

纳入研究时间段内（2021.01~2022.12）入院分娩初产妇 320 例为研究对象，行对比性临床研究，产妇入院后依据自身分娩意愿划分组别，参照组（160 例）仅接受常规分娩指导干预，研究组（160 例）接受无痛分娩技术联合干预。

参照组，年龄（25.62±2.81）岁，孕周（39.52±1.35）周，体质量（63.05±2.47）kg，孕次（2.02±0.98）次；研究组，年龄（25.68±2.75）岁，孕周（39.48±1.36）周，体质量（63.11±2.45）kg，孕次（2.08±0.92）次。初产妇临床资料组间对比结果无统计学差异， $P > 0.05$ ，研究结果可比。

纳入标准：产妇均为单胎妊娠、足月妊娠入院分娩初产妇；产妇孕期产检结果均无异常，确认行阴道分娩；产妇均自愿入组，签署知情书。排除标准：孕期产检确认胎儿发育异常、胎位异常者；合并严重妊娠期疾病者；剖宫产分娩意愿明确者；临床资料缺损者；确认合并无痛分娩禁忌症者。

1.2 方法

常规分娩指导干预：即在产妇入院后，引导其熟悉院内环境，介绍科室区域设置，完成入院手术办理；入院手续办理结束后，由产妇责任护士利用教具、教学视频就分娩知识开展个体化健康宣教，并指导完成分娩发力、呼吸动作教学，完善分娩准备基础；产前 1d，需向家属发放物品购置清单，由家属依据清单内容完成采购，准备分娩时应用；待产妇出现规律性宫缩阵痛表现后，指导产妇选择导乐分娩球、导乐车或导乐凳干预，以刺激盆底，并促进胎儿的下移、入盆，促进宫颈成熟，待确认产妇宫口全开后，将产妇转入产房内

分娩；产后，依据科室护理规范予以产妇产后护理、产后出血监护、新生儿喂养指导等护理。

无痛分娩技术干预：在产妇出现规律性宫缩阵痛表现后，依据产前镇痛药物皮试情况选择无痛分娩用药方案；无痛分娩实施前，需指导产妇排空膀胱后，其后以侧卧+膝胸卧位接受硬膜外麻醉穿刺，穿刺位置为 L2~3 或 L3~4 椎间隙，经确认穿刺成功且回抽导管内无回血后，向头侧置管 3cm，将导管一端留置于硬膜外腔内，另一端与电子镇痛泵连接，告知产妇依据自身疼痛耐受情况按压镇痛泵按键给药，缓解疼痛；无痛分娩实施后，执行常规导乐护理，临床监护及分娩护理；产后护理内容同上。

1.3 观察指标

统计分析：（1）两组产妇产程时间；（2）两组产妇分娩期间疼痛评分、分娩控制感评分；（3）两组产妇转剖宫产率、产后出血发生率、产后 2h 出血量；（4）两组不良妊娠结局发生率；（5）两组产妇产后泌乳指标、产后疲乏评分。

1.4 统计学方法

以 Excel 表格形式整理录入研究数据后，采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示连续性变量资料，符合正态分布行 t 检验；用（n.%）表示定性资料，行 χ^2 检验，研究数据差异性分析由 SPSS21.0 统计学软件完成统计，如结果为 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 研究结果

2.1 两组产妇产程时间对比

分析表 1：相较参照组，研究组围产期内第一、第二、第三产程及总产程用时缩短，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。

表 1 两组产妇产程时间对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别/n	第一产程(h)	第二产程(h)	第三产程(h)	总产程(h)
参照组/160	9.36±0.65	1.12±0.24	0.17±0.02	11.08±1.74
研究组/160	7.12±0.55	0.87±0.14	0.11±0.03	7.82±0.89
t	33.2766	11.3813	21.0494	21.0991
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组产妇分娩期间疼痛评分、分娩控制感评分对比

分析表 2：相较参照组，研究组产妇产前 1h、胎儿娩出后 10min 时 VAS 评分降低，且 LAS 评分升高，差异有统计学意义， $P < 0.05$ 。

表 2 两组产妇分娩期间疼痛评分、分娩控制感评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别 /n	VAS (分)		LAS (分)	
	产前 1h	胎儿娩出后 10min	产前 1h	胎儿娩出后 10min
参照组 /160	6.25±1.37	4.89±1.12	126.38±11.25	145.29±15.74
研究组 /160	3.72±0.45	3.05±0.39	142.37±14.29	176.85±14.35
t	22.1928	19.6249	11.1211	18.7425
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组产妇转剖宫产率、产后出血发生率、产后 2h 出血量对比

分析表 3: 相较参照组, 研究组产妇转剖宫产率(4.38%)、产后出血发生率(2.50%)及产后 2h 出血量均降低, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表 3 两组产妇转剖宫产率、产后出血发生率、产后 2h 出血量对比

组别	转剖宫产率(%)	产后出血发生率(%)	产后 2h 出血量(ml)
参照组 /160	11.25 (18/160)	9.38 (15/160)	474.25±81.35
研究组 /160	4.38 (7/160)	2.50 (4/160)	354.36±78.95
χ^2/t	5.2502	6.7704	13.3775
P	0.0219	0.0093	0.0000

2.4 两组不良妊娠结局发生率对比

表 5 两组产妇产后泌乳指标、产后疲乏评分对比

组别	产后 3d 泌乳发动率(%)	泌乳发动时间(h)	泌乳发动延迟率(%)	疲乏评分(分)
参照组 /160	71.88 (115/160)	65.72±15.79	9.38 (15/160)	7.36±1.21
研究组 /160	82.50 (132/160)	54.27±12.75	3.75 (6/160)	6.02±1.14
χ^2/t	5.1289	7.1364	4.1280	10.1958
P	0.0235	0.0000	0.0422	0.0000

3 讨论

分娩疼痛具有周期性, 以产前规律性宫缩阶段为起始, 于分娩结束后缓解、恢复^[5], 期间产妇需忍受较长周期的围产期疼痛表现^[6], 而分娩疼痛的发生除可引发产妇生理、心理应激表现外, 还可增加产妇产中体力消耗, 增加临床不良预后风险^[7], 故合理控制围产期分娩疼痛, 对初产妇分娩安全提升具有积极影响。

研究结果表明: (1) 相较参照组, 研究组围产期内第一、第二、第三产程及总产程用时缩短, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。(2) 相较参照组, 研究组产妇产前 1h、胎儿娩出后 10min 时 VAS 评分降低, 且 LAS 评分升高, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。(3) 相较参照组, 研究组产妇转剖宫产率(4.38%)、产后出血发生率(2.50%)、不良妊娠结局发生率(8.13%)及产后 2h 出血量均降低, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。(4) 相较参照组, 研究组产妇产后 3d 泌乳发动率(82.50%)升高, 且泌乳发动时间、泌乳发动延迟率及产后疲乏评分均降低, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

无痛分娩干预的实施, 可在建立硬膜外麻醉通道后, 经自控镇痛泵进行药物干预后, 积极缓解初产妇围产期疼痛表现, 干预效果确切^[8], 且在干预实施期间不影响产妇的正常活动, 可进一步提升其产前导乐干预配合性, 在积极刺激盆底, 促进胎儿入盆、宫颈成熟同时, 为后续分娩实施蓄积体力, 从而实现对初产妇分娩产程时间的辅助控制, 提升分娩安全性^[9-10]。

综上所述, 无痛分娩干预在临床初产妇分娩中的应用, 可在缩短产程时间同时, 缓解围产期疼痛表现, 提升产妇分娩自我控制感、分娩安全性, 且有利于产妇产后的正常泌乳, 临床应用优势显著。

参考文献

[1] 郭粮有. 人性化全程导乐陪伴分娩对无痛分娩初产妇焦虑、抑郁情绪及妊娠结局的影响[J]. 黑龙江医

分析表 4: 相较参照组, 研究组不良妊娠结局发生率(8.13%)降低, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表 4 两组不良妊娠结局发生率对比 (n, %)

组别	新生儿窒息	宫内窘迫	会阴裂伤	总发生率
参照组 /160	5 (3.13)	12 (7.50)	10 (6.25)	16.88 (27/160)
研究组 /160	2 (1.25)	6 (3.75)	5 (3.13)	8.13 (13/160)
χ^2/t				5.6000
P				0.0179

2.5 两组产妇产后泌乳指标、产后疲乏评分对比

分析表 5: 相较参照组, 研究组产妇产后 3d 泌乳发动率(82.50%)升高, 且泌乳发动时间、泌乳发动延迟率及产后疲乏评分均降低, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

药, 2023, 36(1):236-239.

[2] 李锦云, 罗梨芳, 郑石珠. 优质护理对无痛分娩初产妇分娩结局及产后情绪、睡眠的影响[J]. 黔南民族医学学报, 2023, 36(2):134-136.

[3] 任新涛, 张松敏, 代建伊. 硬膜外自控镇痛用于无痛分娩初产妇的价值[J]. 河南外科学杂志, 2023, 29(4):160-162.

[4] 张莉. 策略性预防干预对无痛分娩会阴侧切初产妇产后尿潴留发生、舒适度及侧切伤口愈合的影响[J]. 妇儿健康导刊, 2023, 2(16):166-168, 171.

[5] 吴婷, 马琼, 刘佩蓉. 无痛分娩联合自由体位助产对初产妇产程及分娩结局的影响[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(18):2799-2803.

[6] 林毅萍. 罗哌卡因和利多卡因对椎管内分娩镇痛下自然分娩后会阴疼痛镇痛效果的比较[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2022, 43(12):1151-1153.

[7] 朱斌相, 张文霞, 马燕娜. 自由体位配合无痛分娩对初产妇分娩方式 产程及妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2022, 37(20):3760-3763.

[8] 张静, 王淑亚, 张永霞. 硬膜外神经阻滞麻醉无痛分娩配合自由体位分娩对初产妇母婴结局及感染的影响[J]. 临床医学工程, 2022, 29(5):725-726.

[9] 芦建懿, 罗云梅, 曹娟. 硬膜外神经阻滞无痛分娩对母婴结局产妇泌乳功能及肠蠕动的的影响[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(2):309-311.

[10] 王平, 沈刚, 韩友领. 导乐仪联合连续硬膜外麻醉在全程分娩镇痛中的应用[J]. 海南医学, 2021, 32(3):319-322.

第一作者: 张翠, 女, 1984.04.24, 籍贯是山东省潍坊市, 本科, 主治医师, 汉族, 临朐县人民医院, 产科, 262600

第二作者: 高云, 临朐县人民医院, 主管护师, 产科

第三作者: 杜爱霞, 临朐县人民医院, 主治医师, 彩超室

项目编号: 潍坊市卫生健康委科研项目, 编号 WFWSJK—2023—094