

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0173-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.083

# 第一、二产程自由体位联合分娩镇痛对阴道分娩的影响

雷翠连 潘翠丽

(韶关市铁路医院, 广东 韶关 512026)

〔摘要〕 目的: 探究第一、二产程自由体位联合分娩镇痛与传统卧位对阴道分娩的作用效果。方法: 将韶关市铁路医院 2018 年 1 月至 2019 年 6 月入院进行阴道分娩的产妇中随机抽取的 80 例作为研究对象, 随机分两组, 各 40 例。对照组实施传统卧位生产, 观察组第一、二产程保持自由体位联合分娩镇痛, 分组比较产妇各产程时间、妊娠结局以及视觉模拟评分法 (VAS) 评分情况。结果: 观察组各产程时间均少于对照组, 剖宫产率以及新生儿窒息率低于对照组、产后出血量少于对照组, VAS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 第一、二产程自由体位联合分娩镇痛在阴道分娩中的实施能够有效提升分娩质量, 缓解产妇痛苦, 降低剖宫产率, 减少手术后出血量。

〔关键词〕 阴道分娩; 自由体位; 产程; 传统体位

〔中图分类号〕 R 714.3 〔文献标识码〕 B

分娩是大部分女性一生中需要经历的一个过程, 提升分娩质量是提升妇产科护理工作的重要内容, 产妇分娩中常用的体位为仰卧位, 也是传统阴道分娩中常用的体位<sup>[1]</sup>。但是有关研究中指出, 仰卧位生产会导致腹部大血管受到压迫, 影响胎盘以及子宫的正常血液循环, 如产程时间过长会对胎儿及产妇造成严重影响, 增加产妇生产的难度<sup>[2]</sup>。随着医学技术水平的不断提升, 对于分娩疼痛的缓解措施与助产方式也越来越多。将本院 2018 年 1 月至 2019 年 6 月入院进行阴道分娩的产妇中随机抽取的 80 例作为研究对象, 探究第一、二产程自由体位联合分娩镇痛与传统卧位对阴道分娩的作用效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将本院 2018 年 1 月至 2019 年 6 月入院进行阴道分娩的产妇中随机抽取的 80 例作为研究对象, 随机分两组, 观察组 40 例, 年龄 23~41 岁, 平均年龄 (31.2 ± 1.1) 岁; 孕周 37~41 周, 平均孕周 (39.1 ± 0.5) 周; 初产妇 22 例, 经产妇 18 例; 观察组 40 例, 年龄 22~42 岁, 平均年龄 (31.4 ± 1.2) 岁; 孕周 37~41 周, 平均孕周 (39.6 ± 0.5) 周; 初产妇 21 例, 经产妇 19 例; 两组产妇年龄、孕周等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

纳入标准: 产妇 B 超检查均为单胎头位, 符合阴道分娩要求<sup>[3]</sup>; 产妇均无妊娠期糖尿病、高血压等并发症; 产妇均无其他系统功能异常情况; 产妇无凝血功能障碍, 且无药物过敏情况; 产妇均未出现胎膜破裂情况; 产妇及家属对本次研究目的、参与要求以及阴道分娩相关知识均完全知晓,

且自愿配合。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 实施传统仰卧位进行阴道分娩, 以仰卧位为基础, 遵循产妇的意愿适当调整体位, 在确保分娩安全的情况下不做其他干预指导。

1.2.2 观察组 产妇第一、二产程实施自由体位联合分娩镇痛, (1) 自由体位调整: 产妇自第一产程开始便进入到活跃期, 检查产妇是否出现显露情况可根据产妇的舒适性调整相应的体位, 助产护士可鼓励产妇根据自身情况选择站立 (站立过程中可手扶床尾或者楼道扶手)、行走 (产妇行走过程中必须由家属或者护理人员陪同保护)、坐 (产妇可坐在分娩球或者窗上)、侧卧 (侧卧位时可根据舒适性选择左侧或者右侧)、蹲位 (可将双手扶住床栏杆下蹲) 等体位预备进行分娩, 产妇活动过程中助产护士需要注意检查胎头位置情况, 确保胎儿纵轴与产轴保持在正常位置, 如胎头顶部出现异常情况需要通体位的更换进行调整, 通过重力的作用确保胎头下降至盆骨位置, 促进产程的顺利进展。产妇进入产房之后仍然可以选择自己较为舒适的体位, 确定胎头着冠之后以截石位指导产妇进行阴道分娩, 直到胎儿顺利娩出。(2) 镇痛处理, 自 L3~L4、L2~L3 椎管位置进行穿刺, 穿刺管长度需要控制在 3~4 cm, 通过微电脑镇痛泵持续泵注镇痛药物的方式进行止痛, 药物使用至子宫口全开, 根据产妇的承受能力以及配合情况确定是否需要继续使用镇痛泵进行镇痛处理, 镇痛泵中药物为 0.35 μg · mL<sup>-1</sup> 枸橼酸舒芬太尼 (宜昌人福药业有限责任公司, 国药准字 H20054171) + 0.075 % 盐酸罗哌卡因 (AstraZeneca AB, 批准文号 H20020248)。

〔收稿日期〕 2020-09-16

〔作者简介〕 雷翠连, 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床研究工作。

### 1.3 观察指标

详细统计 80 例产妇第一产程、第二产程以及总产程的时间，分组计算各时间段均值后进行组间比较；统计 80 例产妇的剖宫产率、产后出血量以及新生儿窒息率，分组计算各项组间占比及统计均值后进行比较；统计 80 例产妇疼痛评分情况，使用视觉模拟评分法（visual analogue scales, VAS）视觉模拟疼痛评分表进行评定<sup>[4]</sup>，分值评定区间为 0~10 分，分值越高疼痛越严重。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组产妇产程时间比较

观察组产妇第一、二产程以及总产程时间均少于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组产妇产程时间比较（ $n = 40, \bar{x} \pm s, \text{min}$ ）

组别	第一产程	第二产程	总产程
对照组	189.6 ± 5.4	59.8 ± 27.4	215.5 ± 30.3
观察组	133.9 ± 3.2 <sup>a</sup>	42.1 ± 25.3 <sup>a</sup>	153.2 ± 26.6 <sup>a</sup>

与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组产妇及新生儿妊娠结局比较

观察组产妇剖宫产率、新生儿窒息率均低于对照组，观察组产后出血量为（246.9 ± 49.5）mL 少于对照组的（320.4 ± 64.5）mL，低于对照组，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组产妇及新生儿妊娠结局比较（ $n = 40, n(\%)$ ）

组别	剖宫产	新生儿窒息
对照组	15(37.50)	10(25.00)
观察组	7(17.50) <sup>b</sup>	1(2.50) <sup>b</sup>

与对照组比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$

### 2.3 两组产妇疼痛程度比较

观察组产妇疼痛评分为（3.5 ± 1.1）分，对照组产妇疼痛评分为（8.7 ± 1.6）分，观察组疼痛评分明显低于对照组，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

## 3 讨论

分娩是一个非常复杂的过程，产妇的精神状态、生产力量、产道条件以及胎儿状况等都会对分娩质量造成影响，随着医学技术水平的不断提升，辅助分娩仪器类型也越来越多，仰卧位分娩的劣势也在逐渐被克服，产妇可供选择的分娩方式也越来越多<sup>[5-6]</sup>。站立、行走、坐、侧卧、蹲位等体位在阴道分娩第一、二产程中的应用能够有效缩短产程时间，提升阴道分娩效果，确保母婴的健康，产妇保持坐位预备分娩时能够拉近子宫与腹壁之间的距离，确保胎儿纵轴与产轴保持同

一方向，提升胎儿对子宫口的压迫，提升子宫收缩效果，促进产程的进一步发展<sup>[7-8]</sup>。硬膜外阻滞分娩镇痛的实施对于产妇生产中的疼痛有非常显著的缓解作用，能够有效降低剖宫产率，减少产后出血量，避免胎儿出现缺氧情况，且能够缓解产妇生产中的不良情绪，帮助其积极主动地配合各项助产干预措施，尽早完成分娩，享受更加安全幸福的分娩过程<sup>[9-10]</sup>。

本研究中，观察组产妇第一产程、第二产程以及总产程时间均少于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），可见，第一、二产程自由体位联合分娩镇痛的实施能够有效提升分娩质量，加快产程进展，促进宫口的扩张，缩短产妇不适感受，缩短产妇痛苦时间。剖宫产率低于对照组，产后出血量少于对照组，新生儿窒息率低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），可见，通过对第一产程、第二产程的体位调整以及镇痛药物的作用对于产妇顺产率的提升有显著的效果，能够有效提升产妇的顺产率，提升产妇对顺产的耐受性，且能够避免产程时间过长导致新生儿出现异常情况，且能够减少产后出血量，确保顺产分娩安全。观察组产妇的 VAS 评分明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），可见，分娩镇痛的实施能够缓解产妇的疼痛程度，缓解疼痛感受造成的应激反应，缓解盆底肌及宫颈部位肌肉的紧张感，对于宫颈口扩张的促进效果显著，且能够缓解产妇的紧张情绪，确保阴道分娩质量的提升。

综上所述，第一、二产程自由体位联合分娩镇痛在阴道分娩中的实施能够有效提升分娩质量，缓解产妇痛苦，降低剖宫产率，减少手术后出血量。

### 〔参考文献〕

- 黄雪霞. 第一产程自由体位与常规卧位对分娩结局的影响 (J). 中国妇幼保健, 2015, 30(21): 3573-3574.
- 王亚男, 林嫦梅. 自由体位配合分娩车在第一产程晚期及第二产程的应用效果 (J). 中华现代护理杂志, 2017, 23(14): 1860-1862.
- 朱小玲. 分娩球运动联合自由体位助产对产程进展及分娩结局的影响 (J). 中国当代医药, 2017, 24(25): 84-86.
- 严广斌. 视觉模拟评分法 (J). 中华关节外科杂志(电子版), 2014, 8(2): 34.
- 罗玉珍. 分娩球配合自由体位助产对孕产妇分娩时疼痛及分娩控制感的影响 (J). 蚌埠医学院学报, 2015, 40(12): 1718-1720.
- 张静, 陈江鸿, 刘丽, 等. 自由体位分娩对产妇分娩结局及盆底功能的影响 (J). 中华现代护理杂志, 2018, 24(1): 1657-1660.
- 陈蕾, 李桂丽, 付蕊红. 自由体位联合拉玛泽呼吸对阴道分娩产妇产程疼痛的影响 (J). 中国妇幼健康研究, 2017, 28(6): 736-738.
- 杨敏. 采取自由体位对头位已衔接的足月胎膜早破孕妇分娩结局的影响 (J). 护理实践与研究, 2018, 15(19): 78-80.
- 牛丽平. 第一产程自由体位与常规卧位对分娩结局的影响研究 (J). 基层医学论坛, 2016, 20(23): 3244-3245.
- 黄雪霞. 第一产程自由体位与常规卧位对分娩结局的影响 (J). 中国妇幼保健, 2015, 30(21): 3573-3574.