



· 论 著 ·

导乐仪分娩镇痛联合导乐陪伴分娩对产妇产后过程及结局的影响

戴杏梅 (怀化济民医院 湖南怀化 419300)

摘要:目的 探讨导乐仪分娩镇痛联合导乐陪伴分娩对产妇产后过程及结局的影响。方法 此次依不同产科护理干预模式将 2015 年 1 月-2017 年 1 月于我院分娩的孕产妇 60 例分为:对照组用常规产科护理模式干预,观察组用导乐仪分娩镇痛+导乐陪伴分娩模式干预;对两组产妇产后过程及其结局情况做详细记录,并将所获数据做对比分析。结果 导乐仪分娩镇痛+导乐陪伴分娩模式(观察组)干预分娩产妇产后效果优于单纯常规产科护理模式(对照组)临床干预效果,产妇产后情况优于对照组、新生儿 Apgar 评分优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 产妇产后过程中选择导乐仪分娩镇痛+导乐陪伴分娩模式干预效果显著,可有效减轻产妇产后疼痛程度、缩短产妇产后各产程时间,并可充分确保新生儿 Apgar 评分 > 7 分,值得临床上广泛应用。

关键词:分娩镇痛 导乐陪伴 分娩结局

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 05-014-02

分娩指胎儿脱离母体而成独立个体的时期及过程,女性分娩过程中的疼痛是不可避免的,应选择科学有效的方式干预产妇产后过程,以减轻产妇产后过程中的疼痛程度,缩短产妇产后时间,确保新生儿出生后 Apgar 评分 > 7 分。此次依不同产科护理干预模式将所选孕产妇 60 例分为两组进行实验,现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次依不同产科护理干预模式将所选孕产妇 60 例分为对照组与观察组:对照组 30 例产妇产后年龄最小者 23 岁、最大者 31 岁,平均年龄为 (27.14 ± 2.52) 岁;孕周最短者 38 周、最长者 42 周,平均孕周为 (39.37 ± 0.14) 周。观察组 30 例产妇产后年龄最小者 24 岁、最大者 33 岁,平均年龄为 (28.56 ± 2.17) 岁;孕周最短者 38 周、最长者 41 周,平均孕周为 (39.84 ± 0.03) 周;两组产妇产后一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组方法:本组用常规产科护理模式干预,产妇产后将进入产房后予以常规护理,助产士对产妇产后全程陪伴,并为产妇产后简单讲解分娩相关知识,及时安抚产妇产后情绪,避免产妇产后因负面情绪而影响分娩,若发现产妇产后出现异常情况,则即刻告知医师,并协助医师为产妇产后做对症处理。

1.2.2 观察组方法:本组用导乐仪分娩镇痛+导乐陪伴分娩模式干预^[1]:(1)第一产程:产妇产后宫口开至 3 厘米时送进产房,助产师再予以产妇产后一对一的分娩过程观察,并依产妇产后各方面情况予以相应护理;与产妇产后耐心的交流,为其讲解分娩各方面知识,必要时可为患者播放轻音乐,消除产妇产后的心理恐惧及担忧,告知产妇产后自然分娩对自身康复及新生儿的好处,避免产妇产后因之后产程中剧烈疼痛等情况而选择剖腹产。麻醉医师选产妇产后 L2-3 间隙处为产妇产后做硬膜外腔穿刺置管,并注射 1%3 毫升利多卡因后观察 5 分钟,确保产妇产后无脊麻征象、导管回血的情况,将 PCA 泵为产妇产后连接妥善,再以 0.125% 罗哌卡因 +0.0002% 芬太尼混合液 7-10 毫升为产妇产后输注,麻醉平面 $< T_{10}$,背景输注量要控制在每小时 5 毫升,自控给药量应控制在每 15 分钟 2 毫升,密切监测产妇产后各项生命体征;待产妇产后分娩出胎儿后则停止给药;(2)第二产程:助产师要指导产妇产后正确运用腹压,并于胎盘娩出后,密切观察产妇产后身体情况,为其按摩子宫,避免产妇产后出现产妇产后出血,待 30 分钟过后让母妇产后早接触、早吮吸;之后再密切观察产妇产后身体情况 2 小时,若产妇产后未发生异常情况,则送去母妇产后室。

1.3 观察指标

对两组产妇产后分娩疼痛不同程度人数进行记录,并将所获相关数据作对比分析;对两组产妇产后分娩各产程时间进行记录,并将所获相关数据作对比分析;对两组产妇产后 Apgar 评分进行记录,并将所获相关数据作对比分析。

1.4 效果判定标准

分娩疼痛程度以 VAS 量表评估:总分为 10 分,分值为 1-3 分

表示轻度疼痛、分值为 4-6 分表示中度疼痛、分值为 7-10 分表示重度疼痛。

新生儿 Apgar 评分标准为:总分为 10 分,分值为 10 分表示正常新生儿、分值 < 8 分表示轻度窒息、分值 < 4 分表示重度窒息。

1.5 统计学分析

采用 SPSS20.0 统计学软件做数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,以 t 检验;计数资料以 (%) 表示,以 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇产后疼痛程度比较

观察组产妇产后疼痛程度情况优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);见表 1。

表 1: 两组产妇产后疼痛程度比较 [% , n]

组别	n	轻度	中度	重度
观察组	30	10 (33.3%)	19 (63.3%)	1 (3.3%)
对照组	30	5 (16.7%)	16 (53.3%)	9 (30.0%)
χ^2 值		12.1501	0.7340	13.2784
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组产妇产后各产程时间比较

观察组产妇产后第一、二产程时间短于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);两组产妇产后第三产程时间比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);见表 2。

表 2: 两组产妇产后各产程时间比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	n	第一产程 (min)	第二产程 (min)	第三产程 (min)
观察组	30	345.32 $\pm$ 70.57	28.64 $\pm$ 16.31	6.32 $\pm$ 2.15
对照组	30	501.19 $\pm$ 88.14	33.87 $\pm$ 16.05	6.33 $\pm$ 2.40
t 值		4.5191	0.4483	1.3572
P 值		< 0.05	< 0.05	> 0.05

2.3 两组产妇产后 Apgar 评分比较

观察组产妇产后 Apgar 评分平均为 (8.95 ± 1.43) 分,对照组产妇产后 Apgar 评分平均为 (7.26 ± 1.75) 分;观察组产妇产后 Apgar 评分优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

医学疼痛指数中产痛是仅次于烧伤痛的等级,产妇产后身体长时间处于剧烈疼痛状态下,极易因疼痛产生紧张、焦虑、烦躁等负面情绪。负面情绪会导致产妇产后体内儿茶酚胺含量增加,并出现宫缩乏力的情况,使产妇产后分娩产程延长^[2],发生产妇产后出血的几率亦随之加大;紧张、焦虑情绪会对产妇产后的痛阈造成影响,并引起血压升高而减少子宫胎盘血流量,这时极易出现产妇产后宫内缺氧中毒的情况,剖宫产率也随之提升^[3]。

此次实验中观察组产妇产后用导乐仪分娩镇痛+导乐陪伴分娩模式干预,其中导乐陪伴分娩强调让有生育经验的女性在产妇产后过程中照

(下转第 16 页)



在应用 EN 支持的患者中入院第一、二、三、七天 EN 提供蛋白质分别为目标蛋白质的 20.69%、23.27%、29.46%、48.17%；平均 EN 提供蛋白质为目标蛋白质的 35.24%。表 7 结果已显示该院患者能量供给不足，具体数据详见表 1。

表 1: EN 营养支持蛋白质供给

	EN 提供蛋白质(g)	目标蛋白质(g)	占目标蛋白质百分比(%)
第一天	24.7±4.4		20.6±3.1
第二天	27.9±6.6		23.2±5.2
第三天	35.3±8.7	120.0±15.6	29.4±7.5
第七天	57.9±9.6		48.1±8.5
平均	41.7±11.1		35.2±9.9

2.4 EN 组与 EN+PN 组入院时各项营养指标间比较

在入院的 24h、10 天、21 天各时间节点分别对患者进行相关营养指标：人体测量指标（BMI、TSF、AMC）及生化指标（ALB、TLC）进行监测。结果显示：EN 组与 EN+PN 组入院 24 小时内各项营养指标间

表 3: 住院期间 EN 组与 EN+PN 组各项营养指标变化 ($\bar{x} \pm s$) 的比较

营养指标	EN 组			EN+PN 组		
	入院 24 小时内	10 天	21 天	入院 24 小时内	10 天	21 天
TSF(mm)	16.23±4.32	14.79±5.75	12.57±5.67	16.31±5.87	15.29±5.53	15.11±5.23*
AMC(cm)	25.35±2.14	23.76±1.84	23.32±1.92	25.63±2.06	24.94±3.12*	24.63±2.21**
ALB(g/L)	39.56±4.97	36.37±4.23	35.39±4.14	39.17±4.78	37.21±4.64	38.58±4.41**
TLC(×10 ⁹ /L)	1.460.63	1.23±0.51	1.09±0.42	1.48±0.71	1.19±0.42	1.34±0.63*

EN 组与 EN+PN 组同期比较，*P<0.05，**P<0.01

3 讨论

颅脑损伤危重症患者的预后及临床转归是由多方面因素综合影响的结果，该院脑外科危重症患者以青壮年居多，外伤为主要住院原因，住院周期较长，病死率较高。脑损伤的恢复过程是以患者本身内环境稳定的基础上进行的。鉴于脑外科危重症患者的高代谢的特点，营养支持在脑外科危重症患者治疗中发挥着至关重要的作用，机体的营养不良是影响脑卒中恢复的直接独立危险因素^[11-14]。脑外科危重症患者住院期间营养支持治疗已得到临床医护人员的高度重视，营养支持治疗方案的制定及实施逐步趋向标准化；EN 存在供给不足和累积能量摄入的缺乏。对危重症患者而言，及时充足的营养支持对患者的治疗及预后至关重要，在 EN 提供能量相对不足的情况下，根据患者实际情况适当给予 PN 辅助治疗可以保证营养及能量的供给，能达到较好的治疗效果。EN+PN 营养支持治疗方案可更好的改善脑外科危重症患者的营养状况；EN+PN 营养支持在改善患者营养状态后以及促进了淋巴生长方面也起到积极的作用，从而有利于提高患者自身的免疫力，增强抗感染能力，有利于促进患者康复。

参考文献

- [1] 袁强, 刘华, 姚海军, 等. 华东地区颅脑交通伤临床及流行病学特点[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2011, 10(3):208-213.
- [2] Maas AL, Stocchetti N, Bullock R. Moderate and severe

无显著性差异 ($p>0.05$), 且无严重营养不良病例。详见表 2。

表 2: 患者入院 24 小时内各项营养指标情况

指标	EN 组	EN+PN 组	t	p
BMI	24.7±4.3	23.8±3.1	1.295	0.098
TSF(mm)	16.2±4.3	16.3±5.8	-0.098	0.468
AMC(cm)	25.3±2.1	25.6±2.0	-0.739	0.230
ALB(g/L)	39.5±4.9	39.1±4.7	0.443	0.329
TLC(×10 ⁹ /L)	1.4±0.6	1.4±0.7	-0.170	0.432

2.5 EN 组与 EN+PN 组在入院时、第 10 天、第 21 天时各项营养指标间比较

住院第 10 天时两组在 AMC 上具有差异性 ($t=2.314$, $p=0.024$)；住院 21 天时 EN 组的各项指标仍继续下降，而 EN+PN 组的 TSF、AMC 虽然继续下降，但 ALB、TLC 呈现回升趋势，两组在 TSF ($t=-2.561$, $p=0.006$)、AMC ($t=-3.627$, $p=0.000$)；ALB ($t=-4.214$, $p=0.000$)；TLC ($t=-4.281$, $p=0.000$) 比较差异均有统计学意义。详见表 3。

traumatic brain injury in adults[J]. Lancet Neurol, 2008, 7(8): 728-741.

[3] 袁苏涛. 交通事故致颅脑损伤的流行病学现状[J]. 创伤与急救电子杂志, 2013, 1(1): 3-6.

[4] Moscote-salazar LR, Calderon-miranda W, Alvis-miranda HR, et al. Severe cranioencephalic trauma: prehospital care, surgical management and multimodal monitoring[J]. Bull Emerg Trauma, 2016, 4(1): 8-23.

[5] Preaccianti G, Zaniboni A, Rondelli F, et al. Seizures in acute stroke: incidence, risk factors and prognosis[J]. Neuroepidemiology, 2012, 39(1): 45-50.

[6] 万学红, 卢雪峰. 诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 27-29.

[7] YuWK, LiWQ, Li N, et al. Mononuclear histocompatibility leukocyte antigen DR expression in the early phase of acute pancreatitis[J]. Pancreatology, 2004, 4 (324): 233-243.

[8] Griffiths RD. Too much of a good thing: the curse of overfeeding. Crit Care. Crit Care [J]. 2007, 11: 176.

[9] 肖剑辉. 湖南省三级医院 ICU 营养支持治疗现状调查[D]: [硕士学位论文]. 湖南: 中南大学危重病医学研究生院, 2011.

[10] 王少石, 王长青, 牛小媛, 等. 神经系统疾病肠内营养支持操作规范共识[J]. 中华神经科杂志, 2011(44): 787-791.

(上接第 14 页)

顾产妇，现代临床上将导乐陪伴定义为：具有丰富临床经验的助产师，于产妇整个分娩过程中予以不间断的心理、生理、情感支持，并时刻准备着为产妇提供全面优质的一对一服务^[4]，耐心的与产妇交流，依实际情况予以产妇相应的指导，确保产妇顺利渡过各个产程；导乐仪分娩镇痛是经导乐仪使人体自动分泌阿片肽来缓解疼痛，并阻断子宫的中枢神经疼痛信息传导通路，快速缓解产妇产痛，能够满足各个产程镇痛需求^[5]。结果显示：产妇用导乐仪分娩镇痛+导乐陪伴分娩模式干预后，其分娩疼痛程度减轻、产程时间缩短、新生儿 Apgar 评分平均为 (8.95±1.43) 分，未出现窒息情况。

据上述可得，产妇分娩过程中选择导乐仪分娩镇痛+导乐陪伴分娩模式干预效果显著，可有效减轻产妇分娩疼痛程度、缩短产妇各产

程时间，并可充分确保新生儿 Apgar 评分 > 7 分。

参考文献

[1] 夏春燕. 导乐陪伴联合分娩镇痛仪对分娩质量的影响效果[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(22): 56-59.

[2] 孔笑楠, 刘永莉. 导乐陪伴联合导乐仪 GT-4A 分娩镇痛的临床研究[J]. 临床医学, 2014, 34(5): 80-82.

[3] 方爱英. 导乐陪伴联合分娩镇痛仪减轻分娩疼痛的效果[J]. 包头医学院学报, 2016, 32(6): 43-44.

[4] 何巧芹. 全程责任制陪伴结合导乐镇痛仪在分娩镇痛中的效果观察[J]. 中国当代医药, 2013, 22(26): 202-203, 206.

[5] 刘晚艳. 全程导乐陪伴分娩联合硬膜外镇痛在自然分娩中的应用价值[J]. 中国医学创新, 2014, 11(2): 127-129.