

中医穴位按压在自然分娩中对产程的影响

洪秀霞 钟小凤 李冬华

厦门大学附属福州市第二医院 福建福州 350007

【摘要】目的 观察中医穴位按压诱发宫缩对产程的影响。**方法** 选取我院2019年1月-2019年6月具有阴道试产指标的初产妇102例,随机分为两组,常规组和观察组各51例。常规组采用产科一般常规护理,实验组在进入活跃期时,在产科常规护理的基础上,采用中医穴位按压的辅助方法。**结果** 对比常规组和实验组的数据,加入中医穴位按压的干预后,实验组第一产程时间为 7.06 ± 3.55 小时,第二产程时间为 0.38 ± 3.22 小时,第三产程时间为 0.11 ± 3.52 小时,平均总产程时间为8.18小时。明显低于常规组的第一产程时间为 8.28 ± 3.25 小时,第二产程时间 0.56 ± 3.12 小时,第三产程时间为 0.27 ± 3.47 小时,平均总产程时间为 9.03 ± 3.20 小时,两组比较差异具有显著性($P<0.05$)。**结论** 中医穴位按压配合产科综合护理,能缩短产程,提高分娩质量,改善分娩结局。

【关键词】 产妇产位;中医穴位按压;宫缩;产程;妊娠结局

【中图分类号】 R246

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2020) 05-062-02

分娩作为人类繁衍生命的自然生理过程,其会伴随着剧烈的宫缩疼痛。产程中进入活跃期后,在穴位上指压,被认为能促进宫缩并缓解宫缩疼痛^[1]。中医穴位按压来源于中医针灸理论,认为产程进展缓慢或停滞,是因为体内的能量流动在经络上受阻,疏通阻塞能使经络畅通,改善宫缩乏力。《妇人归》亦有记载,催生者不过助其气而利导之耳。现代医学认为中医穴位按压能加强内源性催产素的释放^[2]。能有效改善宫缩乏力,从而缩短产程,促进自然分娩,提高分娩质量。现将我院收治的102名初产妇作为观察对象,详情阐述如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本次选择2018年1月—2019年9月福建省福州市三甲医院产科102例孕37—41周,初产妇,单胎头位,具有阴道试产指征者,规律宫缩临产,以上条件全部符合者。

排除标准:妊娠合并症,阴道试产禁忌症,进入产程前有明显的产道及胎儿异常,急产,有皮肤病,上述中有一项者排除。

剔除标准:产程观察过程中出现胎心率异常,宫缩过频(≥ 5 次/10分)或宫缩持续时间过长 ≥ 60 秒,在产程进展中应用其他干预产程进展的方法(如:人工破膜、催产素点滴、应用镇静剂、产钳及胎吸等),无痛分娩和剖宫产者。

1.2 方法

对常规组产妇采用产科一般护理常规,按照传统待产模式对产妇进行护理指导,待其宫口开3CM后护送到产房待产室,实施产科基础护理。

1. 心理护理:助产士需要向产妇简单解释分娩过程,指导产妇进行拉玛泽呼吸法以减轻宫缩疼痛,提供持续性的心理支持,提高产妇对自然分娩的信心。

2. 产科中护理干预:第一产程:严密观察产妇生命征,胎儿胎心率,宫缩及宫颈口扩张情况,采用自由体位待产,及时发现并利用体位纠正胎方位异常,鼓励产妇少量多餐,摄入足够的水分,以满足产妇的生理需求并保持足够的体力。督促产妇及时小便以排空膀胱,避免胎头下降受阻。指导产妇深呼吸以减轻宫缩疼痛。第二产程宫口开全时,指导产妇正确配合用力,采用自由体位分娩,给予营养支持。第三产程予早开奶,早吸吮,促进泌乳,加强子宫收缩,减少产后出血。

对实验组在产科常规护理的基础上配合中医穴位按压,安排接受过中医穴位按压专业化培训的助产士全程陪伴产妇,根据产程进展及宫缩情况,选择主要的穴位,按压的手法、力度及所需要按压的时间。

中医穴位按压具体操作方法如下:陪伴分娩的助产士根据产妇的产程进展,宫缩强度,产妇对疼痛的耐受情况,通过产妇的同身寸,准确选择主要的穴位实施中医按压。主要选穴及操作手法如下:①乳中穴,位于乳头正中,归属足阳明胃经,具有调气醒神,明目通窍之效^[3]。可作为疲劳性宫缩乏力的首选主穴。在

宫缩间歇期,用拇指的指腹按压在该穴上,进行点压式刺激,于每次宫缩时暂停,宫缩间歇时开始,可先刺激一侧,如效果不明显,可左右两侧同时进行,循环往复,直至诱发出有效的宫缩。刺激乳中穴可使肾上腺活动增强,皮质醇分泌增加,为启动分娩过程起到了扳机作用而催产,使产程缩短。②合谷穴,合谷位于第1,2掌骨之间,第2掌骨桡侧的中点处,为手阳明大肠主穴。具有理气,行血,催产的作用。女子胞的生理作用与脏腑,气血关系密切。因此按摩此穴可调理督脉气血运行而促胎下行^[4]。手法用拇指指腹,先补法冲击式轻压双侧合谷,每穴按压时间为5秒,停顿1秒,循环指压4分钟。③三阴交,位于足内踝尖上三寸,胫骨内侧面后下方。以泻法冲击式或重按,每穴按压时间为5秒,停顿1秒,循环指压2分钟后停止。《针灸大成》中曾有补合谷,泻三阴交针灸治疗难产的记载。《神灸经论》亦云“三阴交,此穴与合谷各针之下胎最速。”中医穴位按压力度应能渗透到肌肉,以产妇能够耐受为度。按压部位有得气,即有酸麻胀痛感为宜。

1.3 观察指标

对比两组产妇在有无中医穴位按压的干预下,对比两组产妇的平均总产程时间,(总产程时间临界值为7小时,随着数字的增大,总产程时间就越长。)与妊娠结局(分娩方式、新生儿窒息发生率、产后两小时出血率)。

1.4 统计学处理

将两组产妇的基础资料纳入SPSS19.0的统计学软件中进行处理,总产程时间用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,t检验比较,以 $P<0.05$ 表示组间数据差异显著。

2 结果

2.1 产程时间

只采用产科常规护理的常规组总产程平均时间为9.03小时,在加上中医穴位按压后,实验组的总产程平均时间为8.18小时,相比常规组,评分差异显著,具有统计学意义, $P<0.05$ 。详见表1。

表1: 两组产妇产程时间数据统计表($\bar{x}\pm s$)

分组	第一产程	第二产程	第三产程	总产程
常规组(n=51)	8.28 ± 3.25	0.56 ± 3.12	0.27 ± 3.47	9.03 ± 3.20
实验组(n=51)	7.06 ± 3.55	0.38 ± 3.22	0.11 ± 3.52	8.18 ± 3.55
T值	0.3264	3.261	0.6213	5.9814
P值	0.7448	0.0045	0.0358	0.0036

2.2 妊娠结局

由表2可知,实验组新生儿窒息、剖宫产、产后2小时出血发生率均明显低于常规组, $P<0.05$ 。

3 讨论

决定分娩的因素有产力、产道、胎儿和精神因素。而产力最主要的就是来自子宫收缩力。宫缩贯穿于自然分娩的全产程。初产妇总产程一般不超过15小时,其中第一产程约需11-12小时,第二产程不超过两小时,第三产程不超过30分钟。也有研究结果

(下转第66页)

断中具有重要的应用价值,扫描图像经MPR处理后,能有效提示病灶的各种征象,包括分叶征、细支气管征、胸膜凹陷及血管束征等,这在诊断周围型肺癌中具有极高的参考价值。本研究中有62例病灶存在分叶征表现,75例病灶存在毛刺征表现,39例病灶存在胸膜凹陷征,23例病灶存在空泡征,16例病灶存在支气管充气征。分叶征指肿块表面常呈凸凹不平的多个弧形,形似多个结节融合而成,通常可分为深分叶和浅分叶,是周围型肺癌最常见的征象,发生率约为80-90%;毛刺征指结节边缘有数量众多的线条状影,短而直,呈放射状或毛刺状改变,为周围型肺癌的特异性征象;胸膜凹陷征是肿瘤内的成纤维反应可引起胸膜内陷或邻近的叶间裂凹陷;支气管充气征是指病变内出现含空气支气管,CT变现为气体密度小管影,多见于中高分化的腺癌。

综上所述,MSCT具有较高的空间分辨率和时间分辨率,能够很好的显示周围型肺癌的典型的影像学征象,在周围型肺癌的早期诊断中具有很高的敏感性、特异性及准确性,在诊断早期周围型肺癌中具有较高的临床价值。

参考文献

[1] FERLAY J,SHIN H R,BRAY F,et al.Estimates of worldwide

burden of cancer in 2008:GLOBOCAN 2008[J].Int J Cancer, 2010,127(12):2893-2917.

[2] XUE X,WANG P,XUE Q,et al.Comparative study of solitary thin-walled cavity lung cancer with computed tomography and pathological findings[J].Lung Cancer,2012,78(1):45-50.

[3] 周康荣.螺旋CT[J].上海医科大学出版社,1998,54.

[4] 王建卫,吴宁,唐威,等.低剂量CT肺筛查检出肺癌的影像特征[J].中华放射学杂志,2015,49(5):336-339.

[5] PARK CM,GOO JM,LEE HJ,et al.Nodular ground-glass opacity at thin-section CT:histologic correlation and evaluation of change at follow-up[J].Radiographics,2007,27(2):391-408.

[6] 董志坚,齐敏.多层螺旋CT应用于周围型肺癌TNM分期诊断中的意义[J].实用癌症杂志,2017,32(5):793-795.

[7] 谭于飞,李玲.周围型肺癌与局灶性机化性肺炎的CT影像特点及鉴别价值分析[J].中国CT和MRI杂志,2018,16(4):60-62,76.

[8] RYU J H,SWENSEN S J.Cystic and cavitory lung diseases:focal and diffuse[J].Mayo Clin Proc,2003,78(6):744-752.

(上接第62页)

显示,活跃期开始穴位按压,第一二产程及总产程时间明显短于对照组($P<0.01$),第一产程较对照组缩短101.1分钟,第二产程时间较对照组缩短8分钟,第三产程差异不明显。表明穴位指压法有很好的催产、促产及缩短产程的作用^[5]。

实验组在采用了中医穴位按压之后,能促进宫颈口的扩张和胎先露的下降,能缩短产程,使胎儿尽快娩出,减少新生儿窒息的发生率;宫缩可以促进胎盘胎膜及时剥离娩出,减少产后出血的发生率;中医穴位按压通过刺激人体经络使肾上腺活动加强,皮质醇分泌增加,行气活血,增加内源性催产素的释放,促进宫缩,缩短产程。本次研究的实验组的实验组第一产程时间为 7.06 ± 3.55 小时,第二产程时间为 0.38 ± 3.22 小时,第三产程时间为 0.11 ± 3.52 小时,平均总产程时间为8.18小时。明显低于常规组的第一产程时间为 8.28 ± 3.25 小时,第二产程时间为 0.56 ± 3.12 小时,第三产程时间为 0.27 ± 3.47 小时,平均总产程时间为 9.03 ± 3.20 小时。发生新生儿窒息的人数为3人,占比5.88%,剖宫产人数为2人,占比3.92%,产后2小时出血人数3人,占比5.88%,新生儿窒息13人,占比25.49%,剖宫产26人,占比50.98%,产后2小时出血14人,占比27.45%的统计情况。这说明采用了中医穴位按压之后,对于产妇的分娩有着很大的促进作用,有利于缩短产妇的分娩时间,改善妊娠结局。

因此对产妇实施中医穴位按压配合产时综合护理干预能有效缩短产程,提高自然分娩率,降低剖宫产率,改善妊娠结局^[6]。

(上接第63页)

[1] 张小琴,谢福丽,黄金兰.中医康复护理对中风肢体功能障碍患者的疗效[J].中国继续医学教育,2020,12(13):179-181.

[2] 刘慧.针灸联合中医康复训练治疗脑卒中后吞咽功能障碍的临床疗效[J].中国现代药物应用,2020,14(09):225-227.

(上接第64页)

从而能够让患者更好的配合接下来的康复治疗工作^[3]。

本次研究结果:经过治疗后,观察组VAS评分均低于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义;观察组治疗效果及症状控制情况优于对照组, ($P<0.05$), 差异有统计学意义。

综上所述,对四肢骨折后急性疼痛肿胀患者实施新伤续断汤加减治疗后,能够降低患者的疼痛感受,同时能够显著提升临床治疗效果。由此可见,新伤续断汤加减治疗具有较高的临床应用价值,值得在临床治疗工作中推广使用。

此方法尤其适用于宫缩乏力而又拒绝使用催产素点滴时使用。实验组的效果要明显的高于对照组,因此,说明中医穴位按压方法在临床具有一定的应用价值。

参考文献

[1] 沈学勇.经络腧穴学.(十三五规划教材).北京:中国中医药出版社,2016.29-57

[2] 郭路,冯玉华,叶朝.中医指压穴位法在产程中的应用.中华护理杂志,2016,51(4):438-442

[3] 秦红.音乐疗法联合经皮穴位电刺激在初产妇分娩中的临床应用价值[J].中华灾害救援医学.2019(09):15-18.

[4] 梁晓林.中药奄包穴位热敷治疗产后宫缩痛的效果观察[J].中国农村卫生.2019(16):20-22.

[5] 杜新丽,苏丽华.探析新的护理模式在产科中应用对自然分娩率的影响[J].世界最新医学信息文摘.2019(70):11-13.

[6] 孔花顺.探讨适时保护会阴接生对会阴裂伤程度及侧切率的影响[J].中外医疗.2019(22):33-36.

表 2: 两组产妇的妊娠结局分析 [n(%)]

分组	新生儿窒息	剖宫产	产后 2 小时出血	总产程时间
常规组 (n=51)	13 (25.49)	26 (50.98)	14 (27.45)	9.03(17.7)
实验组 (n=51)	3 (5.88)	2 (3.92)	3 (5.88)	5.18(10.15)
χ^2 值	7.4128	7.1409	8.5412	4.6413
P 值	0.006	0.008	0.003	0.004

[3] 闫雪,张为民,王之虹,等.中医综合康复方案治疗脑卒中后肢体痉挛的临床疗效[J].中国老年学杂志,2020,40(07):1372-1375.

[4] 张军,郑武熙.中医针灸联合康复训练治疗脑卒中偏瘫的临床效果[J].中国当代医药,2020,27(03):155-158.

参考文献

[1] 张帆.新伤续断汤加减治疗四肢骨折后急性疼痛肿胀临床观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(84):203-204.

[2] 谢亮.新伤续断汤加减治疗四肢骨折后急性疼痛肿胀临床观察[J].光明中医,2019,34(3):346-348.

[3] 张耀华.新伤续断汤加减治疗四肢骨折后急性疼痛肿胀临床观察[J].实用中医药杂志,2018,34(4):421-422.

[4] 莫艺忠.新伤续断汤加减结合踝支持钢板治疗股骨远端复杂骨折的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2017,10(3):88-89.