

导乐镇痛仪联合体位管理对分娩疼痛及产程的影响

江小霞 徐捷 谢丽君 翁钱瑛 陈丹

分娩是一种正常生理现象,会引起母体疼痛、应激反应等情况发生,而剧烈的疼痛可加重产妇的应激反应,增加分娩的难度和阻碍产程的进展,严重者可导致剖宫产、新生儿窒息等不良分娩结局的发生,因此如何提高产妇的分娩质量具有重要的临床意义^[1]。而导乐镇痛仪是一种使用非药物、无创伤的镇痛器械,可有效减轻产妇的分娩疼痛症状,有利于改善分娩结局^[2]。而有研究显示,有效的体位管理能够保证产妇的分娩顺利,有利于改善产妇的分娩质量^[3]。为此,本次研究通过给予产妇导乐镇痛仪联合体位管理干预,探讨其对产妇分娩疼痛及产程的影响,以为临床改善产妇分娩质量提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月至2017年6月杭州市妇产科医院收治的产妇400例,年龄20~38岁,平均 (26.06 ± 4.19) 岁;孕周36~41周,平均 (38.24 ± 1.85) 周。纳入标准:①单胎、头位、足月妊娠的初产妇;②产妇或其家属签署知情同意书。排除标准:①有心、肝、肾等严重性疾病或有恶性肿瘤患者;②有严重妊娠高血压、糖尿病的合并症患者;③产检显示骨盆狭窄、巨大儿等患者。依据干预方法分为观察组和对照组,每组200例,观察组产妇年龄20~36岁,平均 (25.72 ± 4.21) 岁;孕周36~41周,平均 (38.27 ± 1.86) 周。对照组产妇年龄20~38岁,平均 (26.13 ± 4.17) 岁;孕周36~41周,平均 (38.22 ± 1.80) 周。两组年龄、孕周等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组:实施常规护理干预,产妇规律宫缩宫口开大2 cm进入待产室,助产师对产妇进行心理

疏导以减轻产妇的焦虑恐惧等负性情绪,待宫口全开后指导保持截石位至娩出胎儿、娩出后指导绝对卧床休息、严密观察生命体征等干预。

1.2.2 观察组:在对照组基础上给予导乐镇痛仪联合体位管理干预。①镇痛仪的使用:当产妇进入产程活跃期,宫口开大3 cm时应用RZ-1导乐分娩镇痛仪镇痛(由飞利浦公司生产),根据治疗参数调节电流强度,达到引起肌肉轻微颤动的效果,待宫口开全后停止使用镇痛仪。②体位管理:待产妇规律宫缩至宫口开至3 cm后(第一产程),引导产妇根据个人意愿自由调整体位,可选择坐位(可正坐也可反坐、用海绵枕头垫在腹部与椅背之间)、卧位(仰卧、左右侧卧、半卧等)、站位(站在床尾、以床尾栏为支撑扶手、臀部左右摇摆)、跪位(双脚分开跪在软垫上、臀部翘高或臀部左右摇摆)等,并指导孕妇合理进行深呼吸。进入第二产程后,取McRober位(夸张截石位),将产妇大腿向上向外弯曲并尽量贴近腹部,准备接产,并指导呼吸避免过度用力,宫缩间歇时,指导呼气并使全身肌肉放松,必要时采用阴道助产术缩短孕妇产程。进入第三产程后,指导产妇保持截石位至娩出胎儿,娩出后指导绝对卧床休息,严密观察生命体征等。

1.3 观察指标 观察比较两组孕妇各产程时间、疼痛评分和分娩结局情况。采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[4]评估疼痛,1~3分视为轻度,4~6分为重度,7~10分为重度。分娩结局指标包括分娩方式(剖宫产、器械助产、阴道分娩)、新生儿窒息发生率。新生儿窒息采用Apgar评分^[5]进行评价,总分为10分,评分 < 7 分为窒息。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件处理数据。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验;计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 时差异有统计学意义。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.04.033

基金项目:浙江省医药卫生科技计划项目(2015KYB307)

作者单位:310008 浙江杭州,杭州市妇产科医院(杭州市妇幼保健院)

2 结果

2.1 两组产妇各产程时间比较见表1

表1 两组分娩期各产程时间比较/min

组别	<i>n</i>	第一产程	第二产程	第三产程	总产程
观察组	200	359.77 ± 38.61*	38.46 ± 4.21*	6.34 ± 0.81	414.72 ± 45.26*
对照组	200	438.36 ± 46.29	47.15 ± 5.84	6.93 ± 0.84	489.33 ± 50.75

注: *: 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见, 观察组产妇第一产程、第二产程及总产程时间均明显低于对照组, 差异有统计学意义(t 分别=9.54、7.62、7.53, P 均 <0.05), 两组第

三产程时间比较, 差异无统计学意义($t=0.36$, $P > 0.05$)。

2.2 两组疼痛情况和分娩结局比较见表2

表2 两组疼痛情况和分娩结局比较/例(%)

组别	<i>n</i>	分娩方式			疼痛情况			新生儿窒息发生率
		剖宫产	器械助产	阴道分娩	轻度	中度	重度	
观察组	200	20(10.00)*	4(2.00)	176(88.00)	129(64.50)	71(35.50)	0	4(2.00)*
对照组	200	60(30.00)	12(6.00)	128(64.00)	32(16.00)	50(25.00)	118(59.00)	19(9.50)

注: *: 与对照组比较, P 均 <0.05 。

由表2可见, 观察组产妇疼痛程度明显优于对照组, 产妇剖宫产率、新生儿窒息率均明显低于对照组, 差异有统计学意义($Z=5.35$, χ^2 分别=9.01、4.22, P 均 <0.05)。

3 讨论

我国产妇剖宫产率高达46.2%, 剖宫产率居世界第一, 剖宫产率之高已经成为我国当前较为严重的公共卫生问题^[6]。随着产科观念的发展, 转变产时服务管理模式, 倡导自然分娩, 保护母婴健康是国际产科发展的趋势。尽管分娩是正常的生理现象, 但由于分娩过程中宫缩会产生剧痛, 加之产妇随之产生的恐惧、焦虑等情绪, 外加对自然分娩优点没有正确认识, 是造成产妇选择剖宫产的重要原因。此外, 自然分娩过程中产妇对分娩疼痛的恐惧害怕往往使孕妇机体发生如心跳加快、呼吸急促等反应, 增加体内儿茶酚胺的分泌, 继而致使孕妇的子宫收缩状况受限, 延长产程并且使产后出血量增加^[7], 减少胎盘血流量, 导致胎儿宫内窘迫。因此, 产程全程镇痛是降低剖腹产率, 避免新生儿宫内窘迫的首要诉求。

目前主要采用的方法是硬膜外麻醉来进行分娩镇痛, 但硬膜外麻醉为创伤性操作, 且药物对母婴可能造成不可预测的风险, 因此非药物分娩镇痛成为主要研究探讨方向。导乐镇痛仪采用D-T波高科技持续激活技术, 充分调动人体自身分泌的镇痛物质内源性阿片肽, 阻滞疼痛信息传导通路而达

到镇痛目的^[8]。整个分娩过程中由经验丰富的专业人员为产妇提供人性化服务, 无需依靠药物, 采取阻断疼痛信号传导的原理而达到镇痛目的。此外, 有研究显示, 通过对产妇进行有效的体位指导, 可有效协助产妇完成分娩, 同时减少产妇的不适感, 加速产程, 减轻产妇的痛苦^[9]。

本次研究观察组产妇实施导乐镇痛仪联合体位管理干预, 结果显示观察组产妇第一产程、第二产程产程时间及分娩疼痛程度均明显低于对照组($P < 0.05$), 观察组剖宫产率、新生儿窒息率明显低于对照组($P < 0.05$), 表明导乐镇痛仪联合体位管理有效缓解了产妇的分娩疼痛, 缩短了产程, 改善了分娩结局。产妇在产程中连接导乐镇痛仪能够减少大脑皮质对疼痛冲动的感应, 很大程度缓解了产妇产程中的疼痛阈值, 减轻了产妇焦虑紧张等负性情绪, 降低儿茶酚胺的分泌, 减少产妇能量的消耗和释放, 为分娩期产妇保留了足够的体力和精力^[10]; 此外, 在第一产程中指导产妇采用自由体位分娩促使产妇骨盆关节活动度增加, 且利于胎方位的适应性调整, 使产妇在产程运动中胎头处于最佳的胎方位; 而随着进入第二产程后, 指导产妇采用夸张截石位并将大腿向上向外弯曲并尽量贴近腹部, 有利于子宫离开脊柱趋向于腹壁, 胎儿纵轴与产轴相一致, 并可使产道向下拉直, 有利于增大胎儿的顺应性, 降低产妇顺产道娩出的难度, 减轻产妇的痛苦, 缩短产程时间, 增加了胎儿的氧供, 降低了胎儿宫

内窘迫的发生率和新生儿窒息率,从而提高了产妇的分娩质量。

综上所述,导乐镇痛仪联合体位管理可有效缓解产妇的分娩疼痛、缩短产程时间,有利于改善产妇的分娩结局,促进自然分娩。

参考文献

- 1 American College of Obstetricians and Gynecologists(College). Safe prevention of the primary cesarean delivery [J]. Am J Obstet Gynecol, 2014, 210(3):179-193.
- 2 任晓娅,刘艳云,田亚菊,等.分娩球配合GT-4A导乐分娩镇痛仪减轻产痛的效果及对产程和分娩方式的影响[J].现代中西医结合杂志, 2015, 24(8):831-833.
- 3 伍瑞勤.产程早期体位干预对初产妇自我效能、分娩控制感及分娩方式的影响[J].护理实践与研究, 2016, 13(7):62-64.
- 4 于蕾.导乐分娩联合疼痛治疗仪及传统镇痛方式对产时镇痛的疗效对比[J].黑龙江医药科学, 2016, 39(1):157-158.
- 5 Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, et al. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal--Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop[J]. Obstet Gynecol, 2013, 121(3):687.
- 6 杨菊华,庞汝彦,钱军程,等.畸高的中国剖宫产率:问题与对策[J].人口与发展, 2012(5):36-39.
- 7 杨志平.导乐仪分娩镇痛200例临床疗效观察[J].当代护士, 2015, (9):80-81.
- 8 王燕红.导乐陪伴分娩对产妇的影响[J].国际护理学杂志, 2011, 30(7):1007-1008.
- 9 刘小凤,刘小雅,翟剑,等.自由体位分娩对产程及分娩方式的影响[J].中国当代医药, 2015, 22(13):116-118.
- 10 王红红,胡美丽,王雅慧,等.导乐仪应用于阴道分娩中的临床效果分析[J].中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(9):1469-1471.

(收稿日期 2018-01-04)

(本文编辑 蔡华波)

·全科护理·

代币法在精神病长期住院患者生活及社交技能重建中的应用和效果

鲁怀玉

代币法,又称“标记奖励法”,是采用奖励的方法增强所期望的行为,并用不强化(不鼓励、不注意)使已建立的不良行为逐渐消失^[1]。除了常规药物治疗之外,护理在促进精神病患者康复的过程中作用极其重要。精神疾病病程迁延、易复发、住院周期长,长期患病使患者的躯体功能和神经功能发生退行性变化,复发次数越多,恢复到原来功能的机

会越少。将代币法引入精神病长期住院患者的康复护理中,有助于缓解患者的精神疾病症状,强化良好的行为,增强其社会功能,提升其生活质量,是精神病患者康复期的一种重要辅助治疗方法^[2]。本次研究旨在测评代币法在精神病病患康复护理中的应用和效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取杭州市富阳区第三人民医院2016年6月至2017年6月收治的140例精神病患者为研究对象,纳入标准:①符合中华医学会精

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.04.034

作者单位:311402 浙江杭州,富阳区第三人民医院康复科