

导乐陪伴分娩配合镇痛仪对初产妇心理状态及产后乳汁分泌的影响

李琴琴

(河北北方学院附属第一医院产科,河北 张家口 075000)

【摘要】 目的 探讨导乐陪伴分娩配合镇痛仪干预对初产妇心理状态及产后乳汁分泌的影响。方法 选择2016年1月至2016年12月在河北北方学院附属第一医院待产分娩初产妇130例,按随机数表法分为对照组与观察组各65例,两组均实施导乐陪伴分娩,观察组还采取镇痛仪进行分娩干预。观察两组产妇分娩疼痛程度、分娩方式以及产后心理状况、乳汁分泌情况。结果 观察组产妇自然分娩率为93.8%,明显高于对照组的83.1%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组产妇第一产程、第二产程以及总产程时间分别为(395.34±120.53) min、(43.61±12.90) min、(482.77±133.65) min,较对照组的(531.71±141.25) min、(95.17±30.81) min、(731.54±241.30) min显著缩短,观察组与对照组产妇分娩疼痛VAS评分分别为(2.58±1.23)分、(5.03±1.12)分,观察组显著低于对照组,对照组产妇分娩后SCL-90量表评分中的抑郁症状分、焦虑症状分及恐惧分较分娩前显著升高,且明显高于同期观察组,差异均有显著统计学意义($P<0.01$)。结论 对初产妇在实施导乐陪伴分娩基础上使用镇痛仪,可减轻分娩疼痛,促进产妇自然分娩,有效改善产妇产后抑郁与焦虑情绪,缩短泌乳时间,且不影响乳汁分泌量。

【关键词】 初产妇;导乐陪伴分娩;镇痛仪;心理状态;乳汁分泌

【中图分类号】 R714.3 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2017)20-3403-03

目前,导乐陪伴分娩已经成为全球共同倡导的一种人性化分娩方式,其是在产妇整个分娩过程中,由一位和蔼可亲且精通分娩知识、有分娩经验的女性一对一地陪伴在身旁,给予产妇情感、生理以及心理方面的支持,促进产妇顺利进行分娩^[1]。有统计数据显示,实施导乐陪伴分娩的产妇,她们的总产程用时较未导乐陪伴分娩产妇要缩短2~3 h^[2]。此外,导乐陪伴分娩还可以降低产钳助产率以及剖宫产率,减少产后出血量等。近年来,导乐陪伴分娩逐渐在我国临床开展运用,但分娩疼痛始终是导致我国临床剖宫产率居高不下的主要原因。本研究对65例初产妇在导乐陪伴分娩过程中使用镇痛仪,探讨这种联合干预方案对初产妇心理状态及产后乳汁分泌的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年1月至2016年12月在河北北方学院附属第一医院待产分娩产妇130例为研究对象。纳入标准:①具有自然分娩的临床指征,产妇有自然分娩的愿望;②初产妇,年龄20~35岁,头位,单胎,孕周≥37周;③宫颈评分>8分;④无妊娠期合并症以及并发症。产妇及家属自愿签署知情同意书。排除标准:①具有剖宫产指征者;②合并重要脏器组织疾病以及精神疾病者;③合并妊娠期并发症、心肺功能不全以及装有心脏起搏器者;④头盆不称者;⑤皮肤过敏或者对刺激重度过敏者;⑥有沟通障碍或不配合者。本研究得到我院伦理委员会的批准。入组的130例产妇按随机数表法分为对照组与观察组各65例。

1.2 方法

1.2.1 导乐陪伴分娩 对照组与观察组均实施导乐陪伴分娩。产妇在临产前,分配一名导乐陪伴助产士进行全过程的陪伴。当产妇进入产房以后,导乐助产士亲切、和蔼地同产妇沟通,理解产妇的紧张、害怕情绪,并给予抚慰,传授分娩知识与经验,帮助其建立信心;出现宫缩时,指导产妇采取呼吸法来减轻疼痛,同时适度按摩产妇的腰部,改善平滑肌功能;在宫缩出现减轻以后,为产妇补充能量与水,提高体力;当宫口全开后,指导产妇深呼吸并哈出气体,正确控制腹部压力,提高子宫的收缩力,促进胎儿的娩出;当新生儿出生后,第一时间让产妇接触,触动亲子关系;让新生儿吸吮产妇乳头,促进母乳分泌;指导产妇正确母乳喂养。

1.2.2 镇痛仪使用 观察组在上述导乐陪伴分娩基础之上,在第一、第二产程中采用分娩镇痛仪(武汉润泽鸿业医疗科技有限公司生产,型号为RZ-I)进行干预。使用方法:产妇在临产以后,由导乐陪伴助产士向家属及产妇介绍使用分娩镇痛仪的目的、原理、注意事项等;当产妇宫口开至3 cm时或者产妇疼痛难以忍受时,指导产妇取坐位,局部皮肤消毒,取臀裂顶点为水平线,以脊柱作为纵向轴,左右各旁开大约一横指,贴第一组的传导贴,垂直上移一指,旁开大约二横指,贴上第二组的传导贴。打开仪器电源,启动镇痛,助产士要密切注意产妇的宫缩、疼痛等情况,根据产妇个体耐受力的不同来调节镇痛强度,镇痛仪使用到产妇宫口全开为止。

基金项目:河北省卫计委指令性课题(编号:ZL20140212)

通讯作者:李琴琴。E-mail:990959755@qq.com

1.3 观察指标

1.3.1 心理状况 两组产妇在入院待产时以及产后第 5 天分别采用症状自评量表(SCL-90)进行心理评估^[3]。该量表共有 90 个条目,包括 9 项因子,分别为躯体化(12 项)、强迫症状(10 项)、人际关系(9 项)、抑郁症状(13 项)、焦虑症状(10 项)、敌对(6 项)、恐惧(7 项)、偏执(6 项)、精神病性(10 项)。每个条目以 1~5 分来评分,“1 分”为无症状,“5 分”为症状严重。各因子总分越高,表示该因子症状越严重。

1.3.2 分娩疼痛 对两组产妇在分娩时采用视觉模拟评分法(VAS)^[4]进行疼痛评分,“0 端”表示无疼痛,“10 端”表示剧烈的无法忍受的疼痛。评分越高,表示产妇分娩疼痛越强烈。

1.3.3 泌乳情况 记录两组产妇的泌乳时间、48 h 泌乳量情况。乳液分泌充足的标准:乳液分泌量在 30 mL 以上,能够满足婴儿所需。

1.4 统计学方法 应用统计学软件 SPSS17.0 进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较用 *t* 检验;计数资料以百分比表示,组间用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇一般资料的比较 对照组年龄 21~35 岁,平均(26.5±4.3)岁;孕周 37~41 周,平均(39.4±1.6)周。观察组年龄 22~34 岁,平均(25.3±3.7)岁;孕周 37~41 周,平均(39.1±1.8)周。两组产妇在年龄、孕周方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

2.2 两组产妇的分娩方式比较 观察组产妇自然分娩率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 1 两组产妇一般资料的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	孕周(周)
观察组	65	25.3±3.7	39.1±1.8
对照组	65	26.5±4.3	39.4±1.6
<i>t</i> 值		0.058	0.025
<i>P</i> 值		0.867	0.931

表 2 两组产妇的分娩方式比较[例(%)]

组别	例数	自然分娩	阴道助产	剖宫产
观察组	65	61 (93.8)	3 (4.6)	1 (1.5)
对照组	65	54 (83.1)	5 (7.7)	6 (9.2)
χ^2 值		3.421	0.866	1.935
<i>P</i> 值		0.041	0.103	0.058

2.3 两组产妇产程以及分娩疼痛程度比较 观察组产妇第一产程、第二产程以及总产程均较对照组明显缩短,差异有显著统计学意义($P<0.01$);观察组产妇分娩疼痛 VAS 评分低于对照组,差异有显著统计学意义($P<0.01$),见表 3。

2.4 两组产妇分娩前后心理状况变化比较 观察组产妇分娩后 SCL-90 量表 9 项因子分与分娩前比较,差异无统计学意义($P>0.05$),对照组产妇分娩后 SCL-90 量表评分中的抑郁症状分、焦虑症分及恐惧分较分娩前差异有显著统计学意义($P<0.01$),且明显高于同期观察组,差异有显著统计学意义($P<0.01$),见表 4。

2.5 两组产妇产后泌乳时间、48 h 泌乳充足率比较 观察组产妇产后泌乳时间较对照组缩短,差异有显著统计学意义($P<0.01$),两组 48 h 泌乳充足率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 5。

表 3 两组自然分娩及阴道助产产妇产程以及分娩疼痛程度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	第一产程(min)	第二产程(min)	第三产程(min)	总产程(min)	VAS 评分(分)
观察组	64	395.34±120.53	43.61±12.90	7.95±2.12	482.77±133.65	2.58±1.23
对照组	59	531.71±141.25	95.17±30.81	8.01±2.64	731.54±241.30	5.03±1.12
<i>t</i> 值		10.952	15.650	0.013	11.233	21.526
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.965	0.000	0.000

表 4 两组自然分娩及阴道助产产妇分娩前后 SCL-90 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	躯体化	强迫症状	人际关系	抑郁症状	焦虑症状	敌对	恐惧	偏执	精神病性
观察组	64	分娩前	1.17±0.23	1.12±0.11	1.16±0.25	1.16±0.21	1.18±0.31	1.02±0.23	1.09±0.28	1.03±0.24	1.02±0.25
		分娩后	1.16±0.25	1.13±0.27	1.20±0.24	1.14±0.26 ^a	1.14±0.39 ^a	1.03±0.25	1.04±0.18 ^a	1.04±0.21	1.01±0.22
	<i>t</i> 值	0.016	0.015	0.125	0.103	0.127	0.015	0.867	0.016	0.017	
	<i>P</i> 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	
对照组	59	分娩前	1.17±0.26	1.13±0.15	1.15±0.24	1.14±0.20	1.20±0.36	1.02±0.25	1.10±0.30	1.02±0.29	1.01±0.24
		分娩后	1.19±0.31	1.20±0.38	1.21±0.33	1.66±0.43	1.63±0.47	1.10±0.32	1.56±0.26	1.03±0.23	1.06±0.25
	<i>t</i> 值	0.352	0.605	0.723	9.867	9.963	0.933	13.021	0.018	0.726	
	<i>P</i> 值	>0.05	>0.05	>0.05	0.000	0.000	>0.05	0.000	>0.05	>0.05	

注:与分娩后对照组比较,*t*=9.250、10.144、14.368,^a $P<0.01$ 。

表5 两组自然分娩及阴道助产妇产后泌乳时间、48 h泌乳充足率比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	泌乳时间(h)	48 h泌乳充足[例(%)]
观察组	64	30.56±5.83	60(92.3)
对照组	59	38.12±4.51	58(89.2)
t/χ^2 值		6.205	0.853
P 值		0.007	0.626

3 讨论

现阶段,我国的临床剖宫分娩率一直居高不下,这已然成为一个“社会公共卫生”难题。导致国内临床剖宫率高的因素多而复杂,其中的一个主要因素是来自于产妇对疼痛的恐惧感,这种恐惧感可大大降低产妇自然分娩信心与依从性,还会增加情绪上的焦虑与抑郁,从而导致自然分娩失败^[5-6]。因而,减轻产妇分娩时的疼痛感是提高自然分娩成功率的关键所在。多年来,硬膜外麻醉镇痛是国内分娩时镇痛的主要方式,其临床效果显著,但是对母体与胎儿均存有潜在的危害,同时国内麻醉医师的缺乏也使这项技术无法大范围地开展。有调查显示,我国90%以上的产妇都希望分娩时给予镇痛,然而在分娩时临床镇痛率却在1%以下,远远不能满足产妇的需求^[7]。自导乐陪伴分娩提出后,我国产科界也逐渐开展导乐陪伴分娩服务,这种模式可以满足产妇在分娩时的心理、情感以及身体上的需求,但单纯的实施导乐陪伴分娩,仅可以缓解10%的分娩疼痛^[8],产妇仍然会出现剧烈的甚至是无法忍受的疼痛。

随着科学技术的不断进步,分娩镇痛仪逐渐发展起来,其是利用低频刺激人体外周神经以及肌肉组织,促进体内分泌更多的镇痛物质——阿片肽,以阻碍来自于产妇产宫体以及子宫底中枢神经疼痛的信息传递路径,使疼痛的信息以水平方式扩散,从而让强烈的痛感迅速降低,达到镇痛的目的^[9]。分娩镇痛仪可以根据产妇疼痛情况可以调节治疗的强度与治疗的时间。同时,产妇在使用镇痛仪的过程中,活动不受限制,不会影响意识,不会抑制机体的运动神经,从而也就不会影响子宫平滑肌、肛提肌以及腹肌的正常功能^[10-11],也不会对产妇机体其他功能产生影响,安全无副作用。临床证实,分娩镇痛仪的使用可以大大缓解分娩疼痛,逐渐成为产科非药物性物镇痛

的重要手段。

本组研究对初产妇在实施导乐陪伴分娩基础上,在第一产程与第二产程中使用分娩镇痛仪,研究结果显示,观察组最终自然分娩率较对照组有明显提高($P<0.05$),且观察组产妇第一、第二以及总产程用时较对照组均有显著缩短($P<0.01$),观察组产后抑郁、焦虑以及恐惧症状均显著低于对照组($P<0.01$),同时,观察组产后泌乳时间较对照组明显提前($P<0.01$),两组48 h乳液分泌充足率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结果提示我们,导乐陪伴分娩与镇痛仪的使用,一方面可以满足产妇分娩时的情感需求,另一方面可以大大缓解分娩的疼痛,两者相辅相成,让产妇有信心、有体力应对分娩,从而促进产妇自然分娩,降低产后抑郁、焦虑情绪的发生,加快泌乳时间。

总之,对初产妇在实施导乐陪伴分娩基础上使用镇痛仪,可减轻分娩疼痛,促进产妇自然分娩,有效改善产妇产后抑郁与焦虑情绪,加快泌乳时间,且不影响乳液分泌量,这种综合干预方案值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 184-186.
- [2] 杨玉梅. 导乐陪伴分娩的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 48(32): 4062-4064.
- [3] 汪向东, 王希林, 马弘, 等. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 235-237.
- [4] 刘延青, 崔健君. 实用疼痛学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 45-49.
- [5] 王新兰. 2009~2011年初产妇社会因素剖宫产原因及影响因素[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(4): 549-551.
- [6] 张为远. 促进阴道分娩降低剖宫产率产科面临的严峻挑战[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(10): 725-727.
- [7] 孙晓秦, 王伟, 陈和琼, 等. 非药物全产镇痛与椎管内麻醉镇痛分娩效果分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2015, 26(3): 525-527.
- [8] 叶慧君, 江延姣, 阮芝芳. 分娩疼痛程度及其相关因素与分娩结局[J]. 中华妇产科杂志, 2011, 46(10): 753-757.
- [9] 郑玉敏, 董胜雯, 兰淑海. 导乐仪联合导乐陪伴对初产妇分娩的影响[J]. 国际妇产科学杂志, 2015, 42(5): 540-542.
- [10] 魏东红, 朱信强, 王岩岩. 导乐仪镇痛与导乐陪伴在分娩产程中的镇痛效果及其对母婴的影响[J]. 医学临床研究, 2015, 32(9): 1792-1794.
- [11] 邓琼, 黄利, 陈耀雄. 乐蓓尔分娩镇痛仪临床效果观察[J]. 中国妇幼健康研究, 2016, 27(1): 111-113.

(收稿日期:2017-02-17)