

# 无痛分娩下新产程时限管理产程对母婴结局的临床分析

李 琼

沅江市血吸虫病专科医院 湖南沅江 413100

**摘要:** **目的** 研究无痛分娩下新产程时限管理产程对母婴结局的影响。**方法** 选取我院 2016 年 1 月-2016 年 12 月期间收治的 100 例产妇, 采用数字随机表的方法, 将 100 例产妇分为两组: 实验组与参照组, 每组 50 例; 参照组使用 friedman 产程标准, 实验组使用新产程实现管理标准。**结果** 两组产妇使用不同产程标准后, 实验组产妇发生并发症的概率要小于参照组, 新生儿巨大和发生窒息的概率也小于参照组, 数据对比  $p>0.05$ , 统计学没有意义。对比分析两组产妇产娩的情况, 实验组自然分娩的产妇较多, 剖宫产较少, 数据差异具有统计学意义 ( $p<0.05$ )。**讨论** 在无痛分娩中, 使用新产程时限管理产程, 有较好的母婴结局, 具有一定的临床价值。

**关键词:** 无痛分娩; 新产程时限管理; 母婴结局

**中图分类号:** R687.4

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1009-6647 (2018) 07-073-02

目前, 产程图是分娩管理的一个组成部分, 对早期分娩做出干预措施, 并有一定的效果, 对母婴结局有积极的作用<sup>[1]</sup>。有研究表明, 新产程标准对提高母婴健康具有很重要的作用。本文主要研究无痛分娩下新产程时限管理产程对母婴结局的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

将 2016 年 1 月-2016 年 12 月期间我院收治的 100 例产妇, 依据随机数字表法, 将其分为实验组和参照组, 每组患者 50 例。实验组年龄为 28-36 岁, 平均年龄为 (30.5±1.5) 岁; 参照组年龄为 27-35 岁, 平均年龄为 (29.7±1.8)。对比两组患者性别、年龄、体重等基础资料, 不存在显著差异, 无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 研究方法

参照组产妇采用 friedman 产程标准进行指导, 主要标准如下, 潜伏期: 产妇出现有规律的宫缩, 一直到宫口扩张到 3 厘米左右<sup>[2]</sup>; 活跃期: 产妇宫口扩张到 3-10 厘米, 如果宫口扩张停止大于 4 个小时, 第二产程在 3 个小时以上, 视为活跃期停滞; 如果产妇的总产程在 24 小时以上, 则是为滞产。实验组产妇采用新产程实现管理标准进行指导, 标准如下: 如果产妇初次生产, 20 小时以上不作为剖宫产指征, 如果不是第一次生产, 14 小时以上不作为剖宫产指征, 如果产妇破膜后, 给予宫缩素注射 12-18 小时后仍不生产<sup>[3]</sup>, 则可以诊断为引产失败; 排除胎儿窘迫的情况, 如果产妇生产较慢, 但有进展, 则不作为剖宫产指征。活跃期为产妇宫口扩张到 6 厘米左右, 产妇破膜后, 宫口扩张在 6 厘米以上, 如果宫口停止扩张达到 4 个小时, 且宫缩正常或如果宫缩不正常, 宫口扩张停止在 6 个小时以上, 可以诊断为活跃期停滞; 产妇处于活跃期停滞时期, 可以作为剖宫产的指征。如果产妇是初产, 其有硬脊膜外阻滞, 第二产程在 4 个小时以上, 没有任何进展, 则视为第二产程延长<sup>[4]</sup>; 如果其没有硬脊膜外阻滞, 且第二产程在 3 个小时以上, 可以诊断为产程无进展。

### 1.3 观察指标

观察两组产妇生产后的并发症发生情况, 是否发生尿潴留与产后出血的症状, 新生儿是否发生巨大与窒息情况。另外, 观察两组产妇产娩的情况, 包括: 自然分娩、产钳助产、会阴侧切、中转剖腹产等。

### 1.4 统计学分析

使用统计学软件 SPSS19.0 对本次研究的 100 例产妇所有数据分析处理, 计量资料用 ( $\bar{x}\pm s$ ) 形式表示, 两组患者资

料行 t 值检验, 计数资料用率 (%) 的形式表示, 两组患者资料行卡方检验, 如果数据对比  $P<0.05$ , 两组间的数据对比存在差异, 有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 对比两组产妇生产后的并发症及新生儿结局

将两组产妇生产后的并发症发生情况以及新生儿结局进行对比, 实验组产妇中, 发生尿潴留与产后出血的概率较低, 虽然好于参照组, 但组间数据差异没有统计学意义 ( $p>0.05$ )。在新生儿结局方面, 实验组发生新生儿窒息与巨大儿的概率小于参照组, 数据对比无统计学意义 ( $p>0.05$ )。(如表 1 所示)

表 1: 两组产妇并发症情况及新生儿结局 [n (%)]

组别	例数	尿潴留	产后出血	新生儿窒息	巨大儿
实验组	50	2 (4%)	3 (6%)	8 (16%)	1 (2%)
参照组	50	5 (10%)	4 (8%)	10 (20%)	2 (4%)
$\chi^2$ 值		2.9221	0.3247	0.5051	0.7576
P 值		0.0873	0.5688	0.4772	0.3840

### 2.2 对比两组产妇产娩方式

实验组自然分娩的产妇明显多于参照组, 实验组高绿高于参照组, 数据存在差异, 有统计学意义 ( $p<0.05$ )。另外, 实验组中, 剖宫产 12 例, 概率为 24%, 参照组中, 剖宫产 25 例, 概率为 50%, 参照组剖宫产概率高于参照组剖宫产概率, 两组产妇产数据对比后, 统计学存在意义 ( $p<0.05$ )。(如表 2 所示)

表 2: 两组产妇产娩方式对比分析 [n (%)]

组别	例数	自然分娩	产钳助产	中转剖腹产	会阴侧切
实验组	50	46 (92%)	3 (6%)	12 (24%)	10 (20%)
参照组	50	34 (68%)	4 (8%)	25 (50%)	12 (24%)
$\chi^2$ 值		4.0909	0.3247	10.3808	0.4132
P 值		0.0431	0.5688	0.0012	0.5203

## 3 讨论

近年来, 剖宫产的概率逐渐上升, 受到临床的重视。在我国, 剖宫产的概率在 46% 左右, 部分地区会达到 80% 左右<sup>[5]</sup>。在产程中, 转为剖宫产的指征有产程延长和产程停滞。所以, 正确判断产程, 对母婴健康和降低剖宫产概率有着重要的意义。自上世纪五十年代以来, Friedman 产程就出现了, 并在临床中发挥了重要的作用。它的第一产程有两个时期, 包括潜伏期和活跃期, 当产妇宫口扩张到 3 厘米时, 说明进入了活跃期。随着社会的发展, 人们生活质量的提高, 影响产妇

分娩的因素也越来越多，比如胎儿增大、孕妇体重过大等都会影响产妇正常分娩。所以，很多孕妇选择了剖宫产的方式。Friedman 产程主要描述宫口扩张与分娩时限的关系，但其效果受到了临床的质疑<sup>[6]</sup>，所以提出了新产程管理时限的标准，探讨其对母儿解决的影响。

在本文的研究中显示，对比分析两组产妇新生儿结局及产妇并发症情况，实验组发生尿潴留 2 例，产后出血 2 例，新生儿窒息 8 例，巨大儿 1 例，参照组发生尿潴留 5 例，产后出血 4 例，新生儿窒息 10 例，巨大儿 2 例，实验组优于参照组，数据卡方检验后， $p>0.05$ ，不存在统计学意义。将两组产妇分娩情况进行对比分析，在自然分娩方面，实验组有 46 例，参照组有 34 例，中转剖宫产方面，实验组 12 例，参照组 25 例，组间数据对比，差异存在统计学意义 ( $p<0.05$ )。在产钳助产与会阴侧切方面，两组产妇数据不存在差异 ( $p>0.05$ )，统计学无意义。

综上所述，新产程时限管理标准对母儿结局具有很好的效果，它可以降低产妇剖宫产的概率，减少并发症发生情况，

具有一定的临床意义。

**参考文献**

[1] 王金莲, 杨凤, 崔丹丹等. 无痛分娩下新产程时限管理产程对母儿结局的临床分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(8):91.

[2] 张秀华, 彭勇, 祝艳等. 催眠无痛暗示法在产妇无痛分娩中对分娩进程及母儿的影响 [J]. 护理管理杂志, 2017, 17(7):496-497.

[3] 何桂芳. 催眠无痛暗示法在无痛分娩中对分娩进程及母儿的影响 [J]. 母婴世界, 2017(5):53, 56.

[4] 曾慧琳, 詹伦娟. 无痛分娩用于临床初产妇的效果及对母婴结局的影响 [J]. 中国药物经济学, 2015, 10(6):104-106.

[5] 游玉青, 张淑婷. 催眠无痛暗示法在无痛分娩中对母儿影响 [J]. 临床护理杂志, 2015(2):43-44.

[6] 周金彩, 吴春秀, 张乐等. 小剂量罗哌卡因复合舒芬太尼腰硬联合麻醉用于无痛分娩对母婴结局的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(4):43-45.

(上接第 70 页)

进展和分析子宫是否可能存在破裂。另外，要做好剖宫产再次妊娠产妇的孕前保健工作，让产妇心理和身体均做好再次妊娠的准备。

本次研究结果提示，研究组发生不完全子宫破裂、先兆子宫破裂情况显著多于对照组，表明瘢痕子宫比非瘢痕子宫在再次剖宫产时危险度高很多，间接说明了瘢痕子宫会影响到妊娠结局。研究组胎盘植入、前置胎盘以及胎盘粘连发生率明显比对照组更高，该结果与国内相关文献研究结果基本一致<sup>[1-3]</sup>。研究组手术平均时间、术中出血量以及产后出血量

明显多于对照组，原因可能为瘢痕子宫特殊组织结构改变导致产程时间相对较长，其影响也同时表现在产后出血量上。

**参考文献**

[1] 孙彦飞, 方浴娟, 张慧女. 疤痕子宫再次妊娠二次剖宫产与非疤痕子宫剖宫产的对比研究 [J]. 中国性科学, 2015, 14(6):93.

[2] 金燕. 疤痕子宫再次妊娠二次剖宫产与非疤痕子宫剖宫产的比较研究 [J]. 中国继续医学教育, 2015, 12(27):148-149.

[3] 方捐. 疤痕子宫再次妊娠剖宫产与非疤痕子宫剖宫产的临床对比 [J]. 现代养生, 2015, 31(8):271.

(上接第 71 页)

[2] Gungorduk, Kemal,Ozdemir, Aykut,Ertas, Ibrahim E. et al.A Novel Preoperative Scoring System for Predicting Endometrial Cancer in Patients with Complex Atypical Endometrial Hyperplasia and Accuracy of Frozen Section Pathological Examination in This Context: A Multicenter Study[J].Gynecologic and obstetric investigation,2015,79(1):50-56.

[3] 康伟华. 宫腔镜直视下活检及分段诊刮术对子宫内膜癌患者术前病理分级诊断准确率的影响 [J]. 河南医学研究, 2017, 26(19):3523-3524.

[4] Casey, Murray Joseph,Bewtra, Chhanda,Lynch, Henry T. et al.Endometrial Cancers in Mutation Carriers From Hereditary Breast Ovarian Cancer Syndrome Kindreds Report From the Creighton University Hereditary Cancer Registry With Review of the Implications[J].International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society,2015,25(4):650-656.

[5] 夏宝国, 李婧. 宫腔镜直视下活检及分段诊刮术与单纯分段诊刮术在子宫内膜癌诊断中的应用价值 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(9):31-32.

(上接第 72 页)

影响分析中，可以看出胎龄越小，出生体重越低，越容易发生精神运动和认知障碍。也正是因为如此，则需要更加重视对早产儿、低出生体重儿的监测。只有及早对其进行检测，并及时发现疾病，才能够保证病情的治愈率。这也是另一种对儿童的保护，同时也能够减少发生自闭、脑瘫患者的例数。

综上所述，新生儿早产和出生体重低等原因，都导致了其神经心理行为发育的异常。只有在其发育的过程中，加强对其的监测，才能够保证及早对其进行治疗，从而保障其正常发育。这不仅能够丰富神经心理行为发育的研究，也对于临床治疗有着重要的意义。

**参考文献**

[1] 尤嘉, 王素卿, 王瑾, 等. 早产、低出生体重儿神经心理行为发育的监测 [J]. 中国儿童保健杂志, 2016, 24(6):662-664.

[2] 王艳娟, 王文荣, 潘菁, 等. 早产和 / 或低出生体重儿神经心理发育的城乡差异研究 [J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(9):1886-1888.

[3] 左雪梅, 王凤东, 宋相冬, 等. 早期干预早产儿低出生体重儿应激反应提高远期智能发育研究 [J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 7(a02):1093-1094.

[4] 梁莉丹, 林振浪, 陈尚勤, 等. 早期干预对极低出生体重早产儿智能发育的影响研究 [J]. 浙江医学, 2015, 31(5):398-400.