

分娩球配合自由体位助产对初产妇产痛、分娩控制感及妊娠结局的影响

黄丽瑾

峨山县人民医院医院妇产科 云南峨山 653200

〔摘要〕目的 分析分娩球配合自由体位助产对初产妇产痛、分娩控制感及妊娠结局的影响。方法 将我院产科在 2016 年 3 月至 2017 年 10 月接收的 90 例初产妇纳入本次实验,按照随机双盲法将其分为甲乙两组,各 45 例,甲组采取分娩期配合自由体位助产,乙组采取传统卧位或半卧位方式待产,对两组产妇产痛、分娩控制感及妊娠结局进行比较。结果 甲组产妇产痛评分较乙组更低,分娩控制感评分较乙组更高,自然分娩率(66.7%)较乙组(35.6%)更高,统计学分析显示 $P < 0.05$ 。结论 采取分娩球配合自由体位助产可有效减轻初产妇产痛,并提升分娩控制感,提升自然分娩率。

〔关键词〕初产妇;分娩期;自由体位

〔中图分类号〕R473.71 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2018)03-0039-02

分娩是育龄期女性所特有的生理过程,但初产妇因缺乏分娩经验多伴有较大的心理负担,增加了分娩难度,并使得剖宫产率显著提升^[1]。剖宫产虽能在一定程度上缓解产妇的疼痛感,但易引起多种并发症。如何为产妇减轻分娩时的疼痛,促进人性化分娩和提升助产质量是当前临床中研究的热门话题。本文就分娩球配合自由体位助产对初产妇产痛、分娩控制感及妊娠结局的影响作如下分析。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院产科在 2016 年 3 月至 2017 年 10 月接收的 90 例初产妇纳入本次实验,按照随机双盲法将其分为甲乙两组,各 45 例。甲组产妇年龄 22—36 岁,平均(27.9±1.8)岁;孕周 38—41 周,平均(39.8±0.8)周。乙组产妇年龄 20—36 岁,平均(27.7±1.7)岁;孕周 38—41 周,平均(39.6±0.9)周。经统计学分析,甲乙两组产妇上述基线资料的差异不显著, $P > 0.05$,实验可行。

1.2 方法

乙组采取传统卧位或半卧位方式待产,由家属和助产士陪护产妇,加强对产妇宫缩情况的观察,在分娩时指导产妇正确呼吸,通过向下屏气以增加腹压。

甲组采取分娩期配合自由体位助产,护理人员需向产妇及其家属耐心讲解分娩球和自由体位的知识,强调注意事项,争取赢得产妇及其家属的信任,构建和谐的护患关系,根据产妇的实际情况为其选择合适的体位,通常采取如下体位:①坐位。产妇坐于分娩球上,并稳住底盘,向左右方向晃动骨盆,双手抓住支架扶手,上下弹坐。②趴位。把分娩球放于床上,产妇将上身伏于球上,腰部朝四周晃动。③站立位。产妇站立在床边。双手抱住分娩球,身体前倾并靠于墙上。④蹲位。产妇背靠床蹲坐,将床头适当抬高,或蹲在墙边,身体趋于直立体位,分娩球靠于墙壁或床头,顶端与产妇肩胛骨处于同一水平面。⑤跪位。产妇跪在软垫上,身体前倾,双手抱住分娩球,头部紧贴球面,之后朝四周晃动。

1.3 评价标准

1.3.1 比较甲乙两组产妇产痛程度、分娩控制感。采取

VAS(疼痛视觉模拟评分)评价两组产妇产痛程度,得分以低者为佳;采取分娩控制感调查量表分析两组产妇的分娩控制感,总分为 203 分,得分以高者为佳。

1.3.2 比较甲乙两组产妇妊娠结局。统计对比两组产妇选择自然分娩和剖宫产的比率。

1.4 统计学方法

对甲乙两组产妇的实验资料以 SPSS19.0 软件进行处理,计量资料和计数资料分别使用标准差($\bar{x} \pm s$)、百分率(%)标示,并开展 t 值和 χ^2 检验,依据 P 值大小分析组间差异,若 $P < 0.05$ 则组间差异具有显著性。

2 结果

2.1 甲乙两组产妇产痛评分、分娩控制感评分对比

甲组产妇产痛评分较乙组更低,分娩控制感评分较乙组更高,组间比较 $P < 0.05$,详见表 1。

表 1 甲乙两组产妇产痛评分、分娩控制感评分对比
($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	产痛评分	分娩控制感评分
甲组	45	6.3±0.6	180.3±7.7
乙组	45	8.6±0.8	144.9±9.1
t		15.429	19.921
P		0.000	0.000

2.2 甲乙两组产妇分娩结局对比

甲组产妇自然分娩率(66.7%)较乙组(35.6%)更高,组间比较 $P < 0.05$,详见表 2。

表 2 甲乙两组产妇分娩结局对比 [n(%)]

组别	例数	自然分娩	剖宫产
甲组	45	30(66.7)	15(33.3)
乙组	45	16(35.6)	29(64.4)
χ^2			8.715
P			0.003

3 讨论

分娩是产妇必须经历的特殊生理过程,但初产妇常因害怕疼痛而选择剖宫产,剖宫产手术虽能缓解产妇的疼痛感,

(下转第 42 页)

经验、报告模板,探索一套科学的早发现、早干预流程。

表 1 产前和产后超声诊断复杂先天性心脏病

CHD 种类	复杂 CHD 例数 (%)	诊断时孕周	足月分娩数
右室发育不良	1 (5.26)	23	0
左室发育不良	2 (10.53)	22-24	0
完全大动脉转位	1 (5.26)	25	0
右室双出口	2 (10.53)	22	0
完全心内膜垫缺损	1 (5.26)	20	0
全心增大,心胸比例大,室间隔缺损	1 (5.26)	21	0
二尖瓣狭窄、	1 (5.26)	23	0
主动脉瓣狭窄	1 (5.26)	26	0
共同永存动脉干	2 (10.53)	24	0
主动脉缩窄	1 (5.26)	26	0
室间隔缺损	4 (21.05)	20-21	1

复杂先天性心脏病百分比 (%) = 复杂先天性心脏病例数 / 先天性心脏病总例数

3 讨论

北京市儿童死亡原因调查,先天性心脏病已成为近年婴儿死亡的首位原因,居所有出生缺陷第一^[4],由于其高致残率、致死率成为近年北京市政府重点监测和防治的畸形。胎儿超声心动图是国际公认安全、成熟、唯一有效的产前先天性心脏病筛查

方法。单英国就有 90% 孕妇进行胎儿心脏超声检查,而中国只有 5% 的孕妇进行胎儿心脏超声检查。主要是因为基层妇幼机构缺乏先心病专业知识培训和先进超声诊断技术,故多沿用传统的胎儿四腔心切面粗筛,使很多复杂先心病漏诊。我院借助北京安贞医院可靠的超声、诊治技术力量以及妇幼机构行政网络优势,构建完整的先心病三级筛查立体预防网,实现平谷地区先心病三级预防(筛查)技术全覆盖,最大程度提升了基层医院超声科、产儿科医师先心病筛查、诊断、预防、干预整体技术水平,提高了复杂先心病检出率,降低漏诊几率,做到早发现、早干预,可有效避免复杂先心病儿出生,对出生的患儿通过绿色转诊通道及时救治,降低平谷区出生缺陷率、围产儿死亡率,符合“优生优育、提高出生人口素质”的国策方针,并为政府决策和管理提供卫生经济学依据。

[参考文献]

- [1] Hoffman JI, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol*, 2002, 39: 1890-1900.
- [2] 何怡华, 刘迎龙, 张辉. 胎儿超声心动图学 [M]. 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 9.
- [3] 丁文虹, 金梅, 张桂珍, 等. “3+1”切面复合超声切面培训在先天性心脏病产前筛查中的作用. *心肺血管病杂志*, 2010, 29: 267.
- [4] 刘凯波, 潘迎, 李红梅, 等. 北京市 10 年围产儿先天性心脏病资料分析. *中国优生与遗传杂志*, 2008, 16: 100-101.

(上接第 39 页)

但风险较高,易引起诸多并发症,给产妇造成二次伤害。随着人们对医疗护理模式认知的提升,更多的人提倡自然分娩,选择自然分娩能给予母婴提供最大程度的保护^[2]。分娩球是由橡胶做成的一类助产用品,具有较好的弹性和柔软度,能给予产妇支持和按摩,提升其身体舒适度,并转移注意力,可有效缓解产妇的疼痛,减轻其心理压力,提升分娩信心,将分娩球与坐位、趴位、站立位、跪位、蹲位等自由体位配合使用不但能提升产妇的分娩控制感,还能有效改善妊娠结局,提升自然分娩率^[3]。分娩球配合自由体位助产目前已在妇产科中广泛应用,取得了较为理想的效果,深受产妇及其家属好评^[4]。本次实验表明,对初产妇实施分娩球配合自由体位助产可明显减轻其产痛,并提升分娩控制感,其 VAS 评分显著低于采取常规体位待产的产妇,分娩控制感评分显著高于采取常规体位待产的产妇,并能有效改善妊娠结局,自然分娩率高达 66.7%,剖宫产率仅为 33.3%,两组上述指标具

有明显差异,组间对比 $P < 0.05$,本次实验结果与陈微^[5]的实验结果类似。可见,在初产妇分娩中应用分娩球配合自由体位助产利于减轻其产痛,提升分娩控制感,改善妊娠结局,适宜临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 厉跃红, 吴娜, 庄薇. 分娩球配合自由体位助产对初产妇产痛、分娩控制感及妊娠结局的影响 [J]. *中华护理杂志*, 2013, 48(9): 793-796.
- [2] 王小兰. 分娩球配合自由体位助产对初产妇产痛、分娩控制感及妊娠结局的影响 [J]. *医学理论与实践*, 2017, 30(14): 2159-2160.
- [3] 钱德平. 分娩球配合自由体位助产对初产妇产痛、分娩控制感及妊娠结局的影响 [J]. *医药卫生: 文摘版*, 2016, 48(2): 00224-00224.
- [4] 孙晓琴, 杨梅, 陈志芳, 等. 自由体位配合分娩球助产模式对初产妇的分娩控制感、焦虑水平及分娩结局的影响探讨 [J]. *医学信息*, 2015, 28(46): 37-38.
- [5] 陈微, 王晓红, 林琴君, 等. 探究分娩球配合自由体位对初产妇的影响 [J]. *中国农村卫生事业管理*, 2016, 36(9): 1190-1191.

(上接第 40 页)

龋齿是一种常见的口腔疾病,临床传统采用高速牙钻车针手术治疗,但其会对健康牙周造成损害,也会导致牙体疼痛,对牙体功能的恢复有不利影响^[3]。随着临床医学技术的日益发展,为了提高手术效果与缓解患者的痛苦,临床通常实施微创手术治疗^[4]。牙齿修复手术中,用微创手术去腐可使患者的治疗时间明显缩短,改善患者的疼痛,患者更容易接受。微创去腐技术对周围健康牙体组织没有损伤,通过活性凝胶清除龋洞内坏死组织,在进行去腐手术中着重实施钝性处理,可使健康牙周组织更加完整的保存^[5]。

本研究结果显示:观察组患者没有疼痛率 91.11%,明显高于对照组患者的 51.11% ($P < 0.05$);对照组患者治疗时间长于观察组 ($P < 0.05$);观察组患者填充物完整率高于对照组 ($P < 0.05$);观察组患者继发龋齿与脱落率低于对照组

($P < 0.05$),与相关研究结果一致。

总之,龋齿采用微创去腐技术治疗,可使患者疼痛较轻,缩短治疗时间,提高预后效果。

[参考文献]

- [1] 车德平, 刘文英. 微创去腐技术对龋齿治疗的临床观察 [J]. *当代医学*, 2017, 23(9): 107-109.
- [2] 华志祥, 蔡传宝. 龋齿治疗中微创去腐技术的临床观察 [J]. *口腔医学研究*, 2016, 32(6): 652-653.
- [3] 艾菁. 微创去腐技术在龋齿治疗中的应用价值探讨 [J]. *实用中西医结合临床*, 2016, 16(10): 43-44.
- [4] 陈悦. 儿童龋齿采用微创去腐技术治疗的效果分析 [J]. *世界复合医学*, 2017, 3(2): 33-35.
- [5] 杨楠. 微创去腐技术对龋齿的治疗效果评定及分析 [J]. *中国现代药物应用*, 2016, 10(12): 105-106.