

# 无痛分娩用于初产妇的临床效果观察及对负性情绪的影响

孙蓉<sup>1\*</sup>, 陈绍传<sup>1</sup>, 王利民<sup>2</sup>

作者单位: 610031 四川 成都, 成都市妇女儿童中心医院, 1. 成人 ICU; 2. 产科

作者简介: 孙蓉, 毕业于中央广播电视大学, 本科, 副主任护师, 主要研究方向为妇产科重症护理

\* 通讯作者, E-mail: 550744241@qq.com

**【摘要】目的** 探讨无痛分娩对临床初产妇疼痛的改善效果及对负性情绪的影响。**方法** 选取成都市妇女儿童中心医院 2018 年 1~10 月收治的初产妇 280 例为观察对象, 按分娩方式的不同分为对照组(自然分娩组, 146 例)与观察组(无痛分娩组, 134 例), 观察并比较两组初产妇的疼痛评分及第一、二产程时长、负性情绪水平。**结果** ① 疼痛评分: 宫口开 7 cm、分娩后 10 h、24 h、72 h 疼痛评分观察组、对照组分别为(4.74 ± 0.96)分、(7.08 ± 0.92)分; (3.04 ± 0.76)分、(4.54 ± 0.86)分; (2.98 ± 0.69)分、(3.65 ± 0.66)分; (2.06 ± 0.53)分、(2.87 ± 0.64)分, 观察组评分均低于对照组( $P < 0.05$ )。② 第一、二产程时长: 观察组第一、二产程时间长于对照组, 但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。③ 负性情绪水平: 对照组负性情绪发生率为 10.96% (16 例), 观察组负性情绪发生率为 7.46% (10 例), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组分娩后 10 h 的焦虑、抑郁得分均低于对照组( $P < 0.05$ ); 观察组分娩后 10 h 的焦虑、抑郁得分均低于入院时( $P < 0.05$ ), 对照组入院时、分娩后 10 h 焦虑、抑郁水平比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 对初产妇实施无痛分娩可有效减轻分娩疼痛, 且对负性情绪有显著的改善作用。在临床上对有意愿进行自然分娩者, 可推广应用无痛分娩方式。

**【关键词】** 无痛分娩; 初产妇; 疼痛; 负性情绪

**【中图分类号】** R 714.3

**【文献标志码】** A

**【文章编号】** 1674-4020(2020)10-081-04

doi: 10.3969/j.issn.1674-4020.2020.10.22

## Observation of the effect of painless delivery on clinical primipara and its influence on negative emotion

SUN Rong<sup>1\*</sup>, CHEN Shaozhuan<sup>1</sup>, WANG Limin<sup>2</sup>

1. Adult ICU; 2. Department of Obstetrics, Chengdu Women's and Children's Central Hospital, Chengdu Sichuan 610031, P. R. China

\* Corresponding author, E-mail: 550744241@qq.com

**【Abstract】Objective** To investigate the effect of painless delivery on the improvement of pain and negative emotions in primipara. **Methods** 280 primipara admitted to Chengdu Women's and Children's Central Hospital from January to October 2018 were selected as the objects of observation. They were divided into control group (natural delivery group, 146 cases) and observation group (painless delivery group, 134 cases). The pain scores, duration of the first and second stages of labor and negative emotions of the two groups were observed and compared. **Results** ① Pain score and duration of the first and second stages of labor: pain score of 7 cm uterine orifice opening, 10 h, 24 h, 72 h after delivery in observation group and control group were (4.74 ± 0.96), (7.08 ± 0.92); (3.04 ± 0.76), (4.54 ± 0.86); (2.98 ± 0.69), (3.65 ± 0.66); (2.06 ± 0.53), (2.87 ± 0.64), respectively. The observation group scores were lower than the control group ( $P < 0.05$ ). ② The first and second labor periods in the observation group were longer than those in the control group, but the differences were not statistically significant ( $P > 0.05$ ). ③ Negative emotional levels: The detection rate of negative emotions in control group was 10.96% (16 cases) and that in observation group was 7.46% (10 cases),

the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The scores of anxiety and depression at 10 h after delivery in observation group were lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The scores of anxiety and depression at 10 h after delivery were lower than those at admission in observation group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in anxiety and depression between at admission and at 10 h after delivery in the control group ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Painless delivery to primiparas can effectively alleviate childbirth pain and significantly improve negative emotions. In clinical practice, for those who are willing to give birth naturally we can promote the use of painless delivery methods.

**[Key words]** painless childbirth; primipara; pain; negative emotions

负性情绪是一种较低落的情绪反应,诸如焦虑、抑郁、恐惧等情绪<sup>[1]</sup>。初产妇生产经验缺乏,加上分娩疼痛,极易出现焦虑、紧张、抑郁等不良情绪,易对产妇身心健康带来严重影响<sup>[2]</sup>。无痛分娩在医学上称之为“分娩镇痛”,是指在分娩过程中采用多种方法使疼痛减轻或者消失,有助于减少产妇分娩时的疼痛感受及心理恐惧,有利于后续分娩过程的顺利进行及良好分娩结局的获得<sup>[3]</sup>。美国、英国无痛分娩的实施比例分别为 85 %、98 %,而我国的实施比例还不足 10 %<sup>[4]</sup>。国家卫健委 2018 年 11 月 20 日发布的《关于开展分娩镇痛试点工作的通知》中提出 2018 ~ 2020 年在全国开展分娩镇痛试点,并逐步在全国推广。本研究于初产妇分娩宫口开 7 cm、分娩后 10 h、24 h、72 h<sup>[5]</sup>进行疼痛评分,并比较第一、二产程时长,于初产妇负性情绪产生最明显时(分娩后 10 h)<sup>[6]</sup>进行负性情绪评估,通过分析无痛分娩应用于初产妇的疼痛改善效果及对第一、二产程、负性情绪的影响,旨在为广大临床工作者提供参考依据,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

选取 2018 年 1 ~ 10 月期间于成都市妇女儿童医院分娩的初产妇 280 例,当产妇宫口开 2 cm 时,采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)对产妇进行疼痛评估,对评分  $> 3$  分的产妇进行无痛分娩方式介绍,根据自愿原则,将采取无痛分娩的产妇分为观察组(134 例),采取自然分娩的产妇分为对照组(146 例)。两组产妇年龄 20 ~ 37 岁,平均( $27 \pm 2.1$ )岁;孕 37 ~ 42 周,平均( $38.3 \pm 1.5$ )周。两组产妇年龄、孕周比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 纳入标准

① 胎位、胎儿体重(B 超测量为 2 500 ~ 4 000 g)、产道正常的初产妇;② 单胎、足月妊娠;③ 无凝血功能障碍及血液系统疾病、无妊娠期高血压疾病、心脏病;④ 自愿选择;⑤ 产妇与家属知情同意。

### 1.3 评估方法和标准

由经过统一培训的护理人员担任研究员。于初产妇入院时、分娩后 10 h 分别完成焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)、抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)填写;于宫口开 7 cm、分娩后 10 h、

24 h、72 h 完成视觉模拟疼痛评分(visual analogue scale, VAS)量表填写并记录两组第一、二产程时长。

① 疼痛水平:采用国内最常用的 VAS,该量表总分 0 ~ 10 分,无痛 0 分,轻度痛 1 ~ 3 分,中度痛 4 ~ 6 分,重度痛 7 ~ 10 分,具有较高可信度<sup>[7]</sup>。② 负性情绪水平:SAS 由 Zung<sup>[8]</sup>于 1971 年编制。该量表共 20 个条目,采用 1 ~ 4 分 4 级评分法,依据为项目所定义的症状出现的频率,主要统计指标为总分,总分  $\geq 50$  分为有焦虑状态,该量表具有良好的信度和效度,已广泛应用于妇产科患者心理状态的评估<sup>[9]</sup>。SDS 包含 20 个条目,按症状出现的频度分为 4 级评分(1 ~ 4 分),总分  $\geq 53$  分为有抑郁状态,分值越高代表抑郁程度愈严重,能客观反映产妇的抑郁水平<sup>[10]</sup>。根据评分标准,患者 SAS 评分  $\geq 50$  或者 SDS 评分  $\geq 53$  者为有负性情绪状态<sup>[11]</sup>。

### 1.4 无痛分娩方法

由麻醉医生在宫口扩大至 2 cm,胎监正常,签署麻醉知情同意书后实施硬膜外麻醉,先以 0.075 % 罗哌卡因加 0.35  $\mu\text{g/mL}$  芬太尼,给负荷剂量 5 ~ 6 mL,此后以 150 mg 罗哌卡因加 50 ~ 75 mg 舒芬太尼加 0.9 % 氯化钠注射液至 200 mL,以 6 ~ 8 mL/h 持续泵入 3 d。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件对所有数据进行统计学分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,若统计资料符合正态分布,采用两独立样本  $t$  检验和配对  $t$  检验,不符合正态分布采用 Wilcoxon 检验,检验水准取  $\alpha = 0.05$ , $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组疼痛评分、第一、二产程时长比较

观察组宫口开 7 cm、分娩后 10 h、24 h、72 h 疼痛评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组第一、二产程时间长于对照组,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),详见表 1、表 2。

### 2.2 两组负性情绪比较

对照组负性情绪检出率为 10.96 % (16 例),观察组负性情绪检出率为 7.46 % (10 例),差异有统计学意义( $\chi^2 = 95.456$ ,  $P = 0.024$ )。观察组初产妇分娩后 10 h 焦虑、抑郁水平均低于入院时,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );对照组初产妇入院时、分娩后 10 h 焦虑、抑郁水平比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组入院时焦

虑、抑郁水平比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组分娩后 10 h 焦虑、抑郁水平均低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),详见表 3、表 4。

表 1 两组疼痛评分比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

分组	宫口开 7 cm	分娩后 10 h	分娩后 24 h	分娩后 72 h
观察组	4.74 ± 0.96	3.04 ± 0.76	2.98 ± 0.69	2.06 ± 0.53
对照组	7.08 ± 0.92	4.54 ± 0.86	3.65 ± 0.66	2.87 ± 0.64
<i>t</i> 值	20.73	11.47	12.37	12.49
<i>P</i> 值	<0.001	<0.001	0.033	0.040

表 2 两组第一、二产程时长比较(h, $\bar{x}\pm s$ )

分组	第一产程时长	第二产程时长
观察组( <i>n</i> = 134)	10.87 ± 1.57	1.57 ± 0.29
对照组( <i>n</i> = 146)	8.91 ± 1.49	1.42 ± 0.27
<i>t</i> 值	3.27	3.04
<i>P</i> 值	0.578	0.628

表 3 两组焦虑评分比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	入院时	分娩后 10 h	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	45.78 ± 9.87	39.09 ± 9.61	46.868	<0.001
对照组	45.97 ± 10.30	46.12 ± 10.10	1.032	0.304
<i>t</i> 值	0.153	5.933	—	—
<i>P</i> 值	0.879	<0.001	—	—

表 4 两组抑郁评分比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	入院时	分娩后 10 h	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
观察组	43.26 ± 9.88	36.86 ± 9.73	55.259	<0.001
对照组	44.08 ± 8.83	44.28 ± 9.20	1.518	0.131
<i>t</i> 值	0.729	6.530	—	—
<i>P</i> 值	0.467	<0.001	—	—

3 讨论

3.1 无痛分娩明显改善初产妇分娩疼痛

本研究显示,实施了无痛分娩的初产妇疼痛程度显著低于自然分娩者,观察组宫口开 7 cm、分娩后 10 h、24 h、72 h 疼痛评分显著低于对照组,两组产妇 VAS 评分比较有统计学意义,表明无痛分娩能有效缓解产妇的疼痛程度,与程国华<sup>[12]</sup>的研究基本一致。有文献报道分娩过程中产妇疼痛最敏感时期为第一产程活跃期及分娩后 3 d,应进行干预<sup>[13]</sup>。目前硬膜外阻滞镇痛是无痛分娩中最常见的方式<sup>[14]</sup>。有研究报道产妇疼痛产生的主要机制是外周组织受到强烈的伤害刺激(分娩主要为机械性)后,导致受刺激的细胞或神经末梢释放致痛因子与相应受体结合,伤害性感受器激活或兴奋性增强所致<sup>[15]</sup>,而硬膜外阻滞镇痛通过硬膜外注射局麻药物以阻

滞神经根痛觉感受传导,以此法来减轻疼痛,具有较佳的镇痛效果,该方法麻药起效迅速,药效保持时间久,可持续缓解初产妇的疼痛,具有较高的安全性,不会威胁到产妇与胎儿健康与生命安全<sup>[16]</sup>。本研究中观察组第一、二产程时间长于对照组,差异无统计学意义,但仍值得关注,这可能是无痛分娩方法其麻醉平面较高,阻滞交感神经后可能影响正常宫缩的推进,从而延长了正常产程的进展<sup>[17]</sup>。因此应特别注意观察产程进展情况。

3.2 无痛分娩能降低初产妇焦虑、抑郁水平

本研究显示,实施了无痛分娩的初产妇负性情绪水平显著低于自然分娩者,这与高平等<sup>[18]</sup>研究基本一致。有报道称,我国产妇负性情绪发生率为 3.85%~18.48%<sup>[19]</sup>,产妇负性情绪产生最明显为分娩后 10 h 左右<sup>[20]</sup>,发生率虽高,但经常容易被忽视。初产妇在分娩过程中,往往承受着对分娩经验不足的焦虑、紧张和恐惧等巨大心理压力<sup>[21]</sup>,而分娩后伤口疼痛容易导致睡眠不佳,会进一步加重产妇的焦虑抑郁程度,是分娩后负性情绪产生的重要因素<sup>[22]</sup>。产妇产生负性情绪易失眠、精力下降,严重者还会有自杀倾向等<sup>[23]</sup>。已有大量的证据证实了分娩时、分娩后 3 d 有效镇痛能够减少分娩后负性情绪的发生,消除产妇焦虑、抑郁的心理<sup>[24]</sup>。所以在分娩过程中,采用无痛分娩能有效降低负性情绪水平,有益于产妇的心理健康和产后恢复。

综上所述,无痛分娩能够减轻初产妇分娩疼痛,并减少负性情绪的发生,对产妇安全具有重要意义,值得临床推广应用。在舒适化医疗理念已经成为共识的今天,为产妇减轻痛苦,减轻心理负担,是对个体生命的尊重,也是文明社会应有的人文关怀。

【参考文献】

[1] 陆晓霞. 阶段性心理护理对车祸伤所致骨损伤患者负性情绪及社会支持度的改善效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(11): 819-823.

[2] 荆文娟, 王国玉, 任芮, 等. 非药物镇痛法对缓解孕产妇第一产程疼痛的动态效果观察[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(s 2): 74-75.

[3] 徐丽梅, 王静. 无痛分娩下新产程时限管理产程对母子结局的临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(10): 2044-2046.

[4] 房建, 赵继蓉. 小剂量罗哌卡因联合舒芬太尼腰硬联合麻醉在无痛分娩中的应用[J]. 中华全科医学, 2018(2): 264-267.

[5] 王起兰, 林姝, 程卫平, 等. 引导硬膜外分娩镇痛产妇卧位调节对胎儿枕后位影响的研究[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(11): 809-813.

[6] 席卫娟. 延续性护理对初产妇产褥期负性情绪和生活质量的影响[J]. 护理研究, 2018, 32(10): 1621-1624.

[7] 石慧萍, 霍灵, 周丽芬. 减痛分娩法对初产妇产程疼痛及产程进展的影响[J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(5): 593-595.

[8] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 473-478.

(下转第 90 页)

## 【参考文献】

- [1] 谢辛,孔北华,段涛. 妇产科学 [M]. 第9版. 北京:人民卫生出版社,2018.
  - [2] 伍绍文,何电,张为远. 完全性子宫破裂28例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2018,34(10):1134-1138.
  - [3] Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, et al. Uterine rupture: trends over 40 years [J]. BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2016, 123(5): 780-787.
  - [4] 费奎琳,张卫社. 高龄女性瘢痕子宫再妊娠[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2017,33(1):93-96.
  - [5] Stanirowski P J, Trojanowski S, Slomka A, et al. Spontaneous rupture of the pregnant uterus following salpingectomy: a literature review [J]. Gynecologic and Obstetric Investigation, 2015, 80(2): 73-77.
  - [6] Al-Zirqi I, Daltveit A K, Forsén L, et al. Risk factors for complete uterine rupture [J]. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2017, 216(2): 165. e 1-165. e 8.
  - [7] 张广霞,王东辉,蔡蕊. 孕28<sup>+1</sup>周双胎妊娠罕见穿透性胎盘植入致子宫角破裂抢救成功1例报告[J]. 中国临床医学,2018,25(4):682-683.
  - [8] Kotoulová M, Mikysková I, Dušková J, et al. Adrenocortical oncocytoma presenting as Cushing's syndrome in pregnancy with spontaneous postpartum uterine rupture [J]. Ceska Gynekologie, 2016, 81(3):228-232.
  - [9] 亢庆玲,张洋,范磊,等. 妊娠中晚期完全性子宫破裂临床分析[J]. 现代妇产科进展,2019,28(6):412-415.
  - [10] 刘昱婕,陈玲,陈素玉,等. 妊娠期自发性非瘢痕子宫破裂4例临床资料分析[J]. 现代妇产科进展,2019,28(2):136-138.
  - [11] 孙洁,郎丰. 瘢痕子宫自发性完全性破裂9例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2016,32(12):943-945.
  - (收稿日期:2020-05-13 编辑:吕永胜)
- 
- (上接第83页)
- [9] 钱小亚. 对妇产科患者术后疼痛行综合护理干预的效果评价[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(6):41-42.
  - [10] 任婷,陈洁,王循红,等. 以家庭为中心的产科优质护理对产后抑郁的影响[J]. 中华全科医学,2015,13(3):479-481.
  - [11] 郭晨霞. 一体化护理模式对剖宫产产妇母乳喂养及负性情绪的影响[J]. 国际护理学杂志,2019,38(1):41-43.
  - [12] 程国华. 硬膜外阻滞联合针刺镇痛无痛分娩对产妇产程、分娩结局及产后出血的影响[J]. 中国妇幼保健,2018,33(20):4606-4608.
  - [13] 嵇升云,窦娜,孙婷婷. 疼痛预案对初产妇分娩活跃期疼痛的影响[J]. 解放军护理杂志,2018,35(14):69-71.
  - [14] 李霞,闫金玲,杨玉秀,等. 水中分娩与硬膜外麻醉无痛分娩对母婴结局的影响研究[J]. 河北医药,2018,40(4):554-557.
  - [15] 李媚娟,徐琼,李妹燕. 分娩疼痛机制与常用分娩镇痛方法[J]. 国际妇产科学杂志,2018,45(2):125-129.
  - [16] 段志良,李兵,王新闻. 罗哌卡因硬膜外自控镇痛麻醉在分娩中的应用[J]. 蚌埠医学院学报,2017,42(10):1377-1379.
  - [17] 姜义铁,俞书盼,聂颖,等. 芬太尼联合罗哌卡因硬膜外麻醉用于无痛分娩的临床疗效及对产程的影响[J]. 中国计划生育学杂志,2018,26(2):119-121.
  - [18] 高平,汤园园,张树波,等. 麻醉护士疼痛管理对产妇产后分娩镇痛效果的影响[J]. 华西医学,2017,32(6):897-900.
  - [19] 沈菊萍. 无痛分娩对降低初产妇产后抑郁发生率的临床分析[J]. 浙江临床医学,2018,20(5):900-901.
  - [20] 钱耀荣,晏晓颖. 中国产后抑郁发生率的系统分析[J]. 中国实用护理杂志,2013,29(12):1-3.
  - [21] 王月云,张莉娜,王红,等. 深圳市产妇产后抑郁症的流行状况及危险因素分析[J]. 华中科技大学学报(医学版),2017,46(6):704-708.
  - [22] 苏跃,孙杰,徐铭军. 分娩镇痛对产后抑郁症发生的影响[J]. 中华麻醉学杂志,2015,35(3):317-319.
  - [23] 邓爱文,姜婷婷,罗映萍,等. 广州市天河区产后抑郁症发生率及相关危险因素分析[J]. 南方医科大学学报,2014,34(1):113-116.
  - [24] 白云波,徐铭军. 分娩镇痛热点争议[J]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版),2016,12(6):739-741.
  - (收稿日期:2019-08-13 编辑:向晓莉)