

产科无痛分娩的护理配合与效果分析

王启娜

(西安交通大学第一附属医院 陕西省 710061)

【摘要】目的: 观察护患协同实施神经区域镇痛模式在足月初产妇生产过程的作用价值。方法: 择取我院在特定时间范围接收拟施镇痛干预单胎头位初产妊娠对象共计128例作研究素材, 依据分娩时医护干预差异区分为两组样本 (n=64)。对照单元运用产科常规处理配合措施, 观察单元实施结构化护理配合路径。结果: 两组神经区域镇痛模式实施成功率差异不显著 (P>0.05)。观察单元分娩疼痛阈值评估数值低于对照单元 (1.8±0.3 vs 4.1±0.6), 差异存在统计学意义 (P<0.05)。观察单元宫口完全开放阶段时间记录 (42.1±8.7 min) 较对照单元 (68.5±10.3 min) 显著缩短。观察单元产科器械助产需求例数 (2例) 较对照单元 (8例) 明显减少。结论: 结构化护理配合路径对优化产科无痛分娩结局具备促进意义。

【关键词】神经区域镇痛; 分娩疼痛; 产程时长; 母婴结局; 护理配合

Nursing Cooperation and Effect Analysis of Painless Delivery in Obstetrics

Wang Qina

(Xi'an Jiaotong University First Affiliated Hospital Shaanxi Province 710061)

[Abstract] Objective: To observe the value of nurse patient collaborative implementation of neural area analgesia mode in the delivery process of full-term primiparous women. Method: A total of 128 first-time pregnant women who received planned pain relief interventions at our hospital within a specific time frame were selected as research materials. Based on the differences in medical interventions during delivery, they were divided into two groups of samples (n=64). The control unit applies routine obstetric treatment and cooperation measures, while the observation unit implements a structured nursing cooperation path. Result: There was no significant difference (P>0.05) in the success rate of implementing the nerve area analgesia mode between the two groups. The evaluation value of the delivery pain threshold in the observation unit was lower than that in the control unit (1.8±0.3 vs 4.1±0.6), and the difference was statistically significant (P<0.05). The time recorded during the stage of complete opening of the cervix in the observation unit (42.1±8.7 min) was significantly shorter than that in the control unit (68.5±10.3 min). The number of cases requiring obstetric instruments for midwifery in the observation unit (2 cases) was significantly reduced compared to the control unit (8 cases). Conclusion: The structured nursing collaboration pathway has a promoting significance in optimizing the outcome of painless obstetric delivery.

[Key words] neural area analgesia; Labor pain; Duration of labor process; Maternal and infant outcomes; Nursing cooperation

现阶段全球妇产科学领域对于分娩疼痛干预理念持续革新。临床工作中将神经区域镇痛的麻醉技术引入产科服务系统已成为常规处理程序。不同级别医疗单位的护理操作流程存在实质性差异。国内护理工作者在疼痛干预操作中的配合质量直接影响神经区域镇痛模式作用发挥程度^[1]。当前部分机构护理人员缺乏系统化协作规程标准。本研究尝试构建结构化护理配合路径并通过临床实证分析具体作用价值。该项研究对提升产科服务质量存在实践意义。

1、资料与方法

1.1 一般资料

择取2021年3月至2022年9月本院产科病区接收拟行无痛分娩技术足月妊娠初产对象共计128例作研究素材。入组标准包含单胎头位妊娠孕周37-41周对象、胎儿发育状态符合正常生长曲线范围对象、无椎管内麻醉操作禁忌症对

象、签署分娩镇痛知情同意文书对象。排除标准包含妊娠高血压疾病等严重妊娠合并症对象、前置胎盘等严重产科并发症对象、精神障碍无法配合研究流程对象。依据分娩时护理方案差异区分为两组样本, 每组样本容量数值均为64例。两组年龄均值 (观察组 26.4±3.1岁, 对照组 27.2±3.6岁)、孕周均值 (观察组 39.2±0.7周, 对照组 39.0±0.8周)、胎儿体质量均值 (观察组 3318±246g, 对照组 3265±281g) 等基线特征参数差异均无统计学价值 (P>0.05)。本研究经本院医学伦理委员会批准文书审核通过。

1.2 神经区域镇痛实施流程

两组研究对象在宫口开放程度达到3cm时执行硬膜外穿刺操作。操作环境设置为消毒程序达标的专用分娩镇痛操作区域。麻醉医师实施穿刺操作期间护理单元实施定位协助。硬膜外穿刺点选取L3-L4椎间隙区域。穿刺操作完成后留置硬膜外导管固定距离4cm。推注试验剂量2%利多卡因溶液3ml排除血管内置管异常状况。无异常反应后接续注

入0.1%罗哌卡因10ml。随后连接电子镇痛泵设定维持剂量6ml/h，病人自控单次追加剂量设定为2ml/次，锁定时间区间15分钟。整个分娩阶段维持感觉阻滞平面稳定在T10水平^[2]。

1.3 护理配合内容设定

对照单元实施产科常规护理配合措施：麻醉医师要求相关配合事项即时响应的应对模式。观察单元执行结构化护理配合路径：1) 麻醉前准备阶段护理操作：建立两条静脉通道保障液体灌注稳定、准备麻醉设备器材确保功能完整性确认、准备抢救设备器材避免异常状况应对缺失、动态监测母婴基本生命体征参数变化趋势、心理疏导缓解产妇紧张情绪状态。2) 麻醉操作中护理关键点：协助产妇维持标准侧卧屈曲体位、持续语言交流分散疼痛注意力、实施无菌操作技术配合避免微生物污染风险、监测生命体征波动防范麻醉意外事件。3) 麻醉后管理要点：定时评估神经区域阻滞范围扩散程度、调整电子镇痛泵参数维持最佳镇痛效果、观察下肢本体感觉变化防范运动功能过度阻滞、记录镇痛泵用药总量防止药物过量风险、协助体位转换避免产程进展迟滞、及时排空膀胱降低胎儿下降阻碍因素。持续心理支持贯穿整个产程阶段^[3]。

1.4 观察参数测量标准

主要观测项目包含：1) 镇痛实施成功率：记录导管移位或镇痛效果缺失导致镇痛失败事件发生例数；2) 疼痛感受程度评估：应用视觉模拟评分标尺在宫口开放8cm时测量(0分代表无痛感受，10分代表剧痛感受)；3) 第一产程活跃期时长：宫口自3cm开放至10cm阶段时间跨度记录；

4) 第二产程时长：宫口完全开放至胎儿完成娩出时间跨度记录；5) 分娩干预方式分类统计：自然分娩、真空吸引器助产、产钳助产、剖宫产术四种类别记录；6) 母婴健康结局记录：新生儿1分钟Apgar评分<7分例数、新生儿重症监护病房转入例数、产妇产后出血量>500ml例数、尿潴留发生例数。

2、结果

2.1 两组镇痛实施与产程参数比较

表1显示两组研究对象基本信息与产程参数测量记录。结构化护理配合单元第一产程活跃期时长(215.4 ± 32.7 min)较常规护理单元(284.5 ± 45.3 min)显著缩短(P<0.05)。第二产程时间跨度记录未显示显著差异(P>0.05)。

2.2 两组分娩干预方式分布差异

表2显示不同护理配合模式对分娩结局的影响结果。结构化护理配合单元自然分娩比例(90.6%)显著高于常规护理单元(76.6%)。产科器械助产需求例数明显降低。

2.3 母婴健康结局评估指标

表3显示两组母婴健康指标测量结果。护理配合质量提升未对新生儿健康状态产生负面作用(P>0.05)。尿潴留发生率显著下降。

2.4 护理质量评价多维参数

表4显示护理质量评价多维参数测量结果。结构护理单元在产程监测、体位管理、器械准备等项目评分显著占优。

表1 两组研究对象基本信息与产程参数比较

指标类别	结构护理单元 (n=64)	常规护理单元 (n=64)	统计量值	P 值
年龄 (年)	26.4 ± 3.1	27.2 ± 3.6	t=1.328	0.187
孕周 (周)	39.2 ± 0.7	39.0 ± 0.8	t=1.489	0.139
新生儿体重 (g)	3318 ± 246	3265 ± 281	t=1.137	0.258
VAS 疼痛评分 (分)	1.8 ± 0.3	4.1 ± 0.6	t=25.97	0.001
镇痛失败例数 (例)	1	2	$\chi^2=0.347$	0.556
第一产程活跃期 (min)	215.4 ± 32.7	284.5 ± 45.3	t=9.782	0.001
第二产程 (min)	52.3 ± 15.4	55.7 ± 18.6	t=1.115	0.267
宫口全开后时间 (min)	42.1 ± 8.7	68.5 ± 10.3	t=15.73	0.001
硬膜外用药总量 (ml)	48.7 ± 7.9	57.2 ± 9.4	t=5.538	0.001

表2 两组研究对象分娩方式分布比较[n (%)]

分娩结局类型	结构护理单元 (n=64)	常规护理单元 (n=64)	χ^2 值	P 值
自然分娩	58 (90.6%)	49 (76.6%)	4.632	0.031
真空吸引助产	1 (1.6%)	4 (6.3%)	-	0.208
产钳助产	1 (1.6%)	4 (6.3%)	-	0.208
剖宫产术	4 (6.3%)	7 (10.9%)	0.948	0.330
器械助产总计	2 (3.1%)	8 (12.5%)	4.000	0.046

表3 两组母婴健康结局指标对比[n (%)]

结局指标类型	结构护理单元 (n=64)	常规护理单元 (n=64)	统计量值	P 值
Apgar 评分<7 分 (1min)	1 (1.6%)	2 (3.1%)	$\chi^2=0.347$	0.556
NICU 转入	0	1 (1.6%)	$\chi^2=1.009$	0.315
产后出血>500ml	3 (4.7%)	5 (7.8%)	$\chi^2=0.526$	0.468
产时发热>38℃	2 (3.1%)	4 (6.3%)	$\chi^2=0.725$	0.394
尿潴留发生	1 (1.6%)	8 (12.5%)	$\chi^2=5.857$	0.016
下肢麻木延迟恢复	3 (4.7%)	5 (7.8%)	$\chi^2=0.526$	0.468
器械性会阴切开	16 (25.0%)	28 (43.8%)	$\chi^2=5.033$	0.025

表4 护理质量评价多维参数分析

评价维度	评分标准	结构护理单元 (n=64)	常规护理单元 (n=64)	t/ χ^2	P 值
体位管理精确度	4级评分系统 (1-4分)	3.78 ± 0.31	3.12 ± 0.47	9.184	0.001
器械设备准备完整度	完整预备项目百分比	98.4 ± 3.2%	87.5 ± 8.7%	8.551	0.001
产程监测频率	每小时监测记录次数	5.4 ± 0.6	3.8 ± 0.9	11.48	0.001
应急响应速度	麻醉召唤至到场时间 (min)	2.1 ± 0.4	5.3 ± 1.2	19.76	0.001
产妇焦虑状态改善	SAS量表评分差值 (干预前后)	16.8 ± 3.7	9.5 ± 4.2	10.26	0.001
产妇配合度	医嘱执行依从率	96.1 ± 3.7%	83.9 ± 9.2%	9.316	0.001
异常体征识别数量	血压波动>20%识别次数	5.1 ± 1.2	2.8 ± 1.5	9.271	0.001

3、讨论

本次临床实证研究分析结果证明,结构化护理配合模式对优化产科无痛分娩结局存在重要价值。在神经区域镇痛操作流程中规范护理配合操作,能够显著缩短产程时间跨度,宫口开放进度阻滞现象出现概率明显减少。产痛评估测量数值的下降表明,护理干预对疼痛阈值调整具备显著影响^[4]。

护理人员持续动态监测神经感觉阻滞平面,可以避免麻醉药物过度扩散;及时协助产妇实施体位转化操作,能够减少胎儿下降阻力因素;合理实施膀胱排空处理,降低软产道挤压作用时间。上述护理措施协同作用,促进胎先露下降速度。本研究中,结构化护理配合单元器械助产发生率显著下降现象印证该结论^[5]。

母婴不良健康结局事件发生数量未呈现上升趋势,证明该方案具备安全性保障。尿潴留发生率显著降低现象,归因于护理人员定期督促排尿时间管理优化效果;神经区域感觉

运动功能变化监测频率增加,能够及时调整麻醉药物使用剂量;下肢本体感觉传导阻滞程度监测数据精确度提升,明显避免运动神经过度抑制^[6]。

传统护理模式中,由于配合规程标准化缺失,导致操作质量参差性波动。缺乏专业培训的护理人员无法准确识别麻醉阻滞平面变化特征;体位摆放角度偏离最佳生理位置,可能导致椎管内药物扩散异常;电子镇痛泵参数调整滞后现象,可能延长麻醉药物起效时间;无菌操作技术不规范,可能增高硬膜外间隙感染发生风险。这些潜在问题通过结构化护理路径实施均获得显著改观^[7]。

多维度护理质量评分参数提升,证实标准化操作流程的必要价值。产科护理工作内涵优化需要深化专科技能认知结构建设,无痛分娩技术发展背景下,护理配合职能需要重新界定职能范畴。未来研究应当扩展多中心大样本临床数据采集验证,护理配合标准化指南的构建具有重要临床实践参考意义。

参考文献:

- [1]陈敏.分娩镇痛配合体位护理在产妇产中的应用效果[J].中国社区医师, 2023, 39 (30): 140-142.
- [2]冯凤.分娩镇痛配合体位护理对初产妇镇痛效果及产程的影响分析[J].婚育与健康, 2025, (16): 7-9.
- [3]王琴琴.自由体位配合无痛分娩对初产妇分娩方式,产程及妊娠结局的影响[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2023.
- [4]闫丽娜.硬膜外分娩镇痛配合体位护理对产妇产程及镇痛效果的影响[J].实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11 (9): 101-105.
- [5]陈丽芬.人性化护理对硬膜外分娩镇痛配合体位护理质量的影响分析[J].健康女性, 2024, (6).
- [6]邱文霞.分娩镇痛配合体位护理对初产妇镇痛效果及产程的影响研究[J].实用妇科内分泌电子杂志, 2024, 11 (9): 136-139.
- [7]孙丽.体位护理配合人性化护理对连续硬膜外分娩镇痛产妇的影响[J].中国乡村医药, 2024, 31 (24): 61-62.