

对比分析在产科护理中采用“助产士主导镇痛分娩管理式”和 “常规护理模式”的效果差异

阿衣木尼沙·肉孜，古再丽努尔·玉麦尔

新疆维吾尔自治区喀什地区第二人民医院妇产科（产房病区） 新疆喀什

【摘要】目的 分析助产士主导的镇痛分娩管理模式应用对产科初产妇分娩镇痛、分娩方式影响。**方法** 以 2025 年 1 月-2025 年 5 月期间入院分娩初产妇 66 例为研究对象，行对比性临床研究，产妇入院后取随机数字表法分组，予以对照组（33 例）常规分娩护理，予以研究组（33 例）助产士主导的镇痛分娩管理。比较不同护理模式下初产妇产程时间，产程内疼痛评分（NRS），分娩方式，围产期指标及不良妊娠结局发生率差异。**结果** 较对照组，研究组第一、第二产程，总产程时间及产程内 NRS 评分均降低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。较对照组，研究组阴道分娩占比升高，不良妊娠结局发生率及产后缩宫素应用率、产后 2h 出血量均降低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论** 初产妇分娩期间应用助产士主导的镇痛分娩管理，可积极改善产妇产程内疼痛感受，经辅助缩短产程，提升阴道分娩成功率及妊娠结局质量，效果确切。

【关键词】 初产妇；分娩护理；助产士主导镇痛分娩管理；产程时间

【收稿日期】2025 年 8 月 11 日

【出刊日期】2025 年 9 月 25 日

【DOI】10.12208/j.ijnr.20250490

Comparative analysis of the differences in the effectiveness of using the "midwife led analgesia delivery management style" and the "routine nursing mode" in obstetric nursing

Ayimnisha Rouzi, Guzailinur Yumaili

Obstetrics and Gynecology Department (Delivery Ward) of the Second People's Hospital of Kashgar Prefecture, Xinjiang Uygur Autonomous Region, Kashgar, Xinjiang

【Abstract】Objective To analyze the impact of midwife led pain management mode on pain relief and delivery methods for primiparous women in obstetrics. **Methods** A comparative clinical study was conducted on 66 primiparous women admitted for delivery between January 2025 and May 2025. After admission, the women were randomly divided into two groups using a random number table. The control group (33 cases) received routine delivery care, while the study group (33 cases) received pain relief delivery management led by midwives. Compare the differences in delivery time, intrapartum pain score (NRS), delivery mode, perinatal indicators, and incidence of adverse pregnancy outcomes among primiparous women under different nursing modes. **Results** Compared with the control group, the study group showed a significant decrease in the first and second stages of labor, total labor time, and NRS score during labor ($P<0.05$). Compared with the control group, the proportion of vaginal delivery in the study group increased, and the incidence of adverse pregnancy outcomes, postpartum oxytocin application rate, and 2-hour postpartum bleeding were all reduced, with statistically significant differences ($P<0.05$). **Conclusion** The use of midwife led pain management during delivery in primiparous women can actively improve their pain perception during labor, shorten the labor process with assistance, improve the success rate of vaginal delivery and the quality of pregnancy outcomes, and have a definite effect.

【Keywords】 Primiparous women; Delivery care; Midwives lead pain relief and delivery management; Production time

分娩作为妊娠期最终阶段，可在胎儿足月后经分娩离开母体，但受分娩过程中宫缩阵痛因素影响，多数

初产妇对经阴道分娩存在不同程度恐惧情绪,且可由负面情绪所致相关身心应激反应,延迟产程时间,增加产妇及胎儿不良妊娠结局风险,需重视初产妇分娩干预管理^[1-2]。在对既往初产妇分娩护理工作经验总结中发现,常规分娩护理的实施,虽可在积极开展产前分娩宣教、分娩镇痛干预及不同产程内分娩管理实施后,起到一定分娩安全改善作用,但受分娩镇痛方式规范化方案及专职岗位缺失限制,仍有部分初产妇或无法通过分娩护理实现对分娩安全的积极改善,应针对上述问题完善护理内容^[3]。因此,为分析助产士主导的镇痛分娩管理模式应用对产科初产妇分娩镇痛、分娩方式影响,特开展研究,详情如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以 2025 年 1 月-2025 年 5 月期间入院分娩初产妇 66 例为研究对象,行对比性临床研究,产妇入院后取随机数字表法分组为对照组 33 例、研究组 33 例。对照组,年龄 22~37 岁(29.55 ± 2.45)岁,产前 BMI $24 \sim 29 \text{ kg/m}^2$ (26.58 ± 1.21) kg/m^2 ,分娩孕周 38~42 周(40.21 ± 0.58)周;研究组,年龄 22~38 岁(30.04 ± 2.51)岁,产前 BMI $23 \sim 30 \text{ kg/m}^2$ (26.55 ± 1.24) kg/m^2 ,分娩孕周 37~42 周(39.74 ± 0.52)周。临床资料组间对比无统计学差异($P > 0.05$),研究结果可比。

纳入标准:孕周 ≥ 37 周,单胎妊娠;初产妇,确认阴道试产;知情,自愿入组。排除标准:伴妊娠期糖尿病、高血压或(和)子痫等疾病;孕前伴原发性糖尿病或高血压;产前超声检查提示难产;多胎妊娠;确认行剖宫产分娩或经急诊入院分娩;临床资料缺损。

1.2 方法

对照组:接受常规分娩护理。即在产妇入院当日,由责任护士完成围产期护理内容说明,并就分娩方式、产前镇痛干预措施等开展宣教,并要求家属完成产妇分娩及新生儿物品准备。自产妇首次出现规律性宫缩镇痛后,由护士指导产妇进行规律呼吸配合,并配合音乐干预、腹部按摩等改善疼痛,待确认产妇宫口全开后转入产房分娩,分娩期间配合产科医生及助产士完成分娩护理配合,分娩后将产妇转入病房完成后续产后出血等早期并发症监护管理。

研究组:接受助产士主导的镇痛分娩管理。(1)管理小组组建:抽选科室高年资助产士 5 名组建管理小组,由科室完成小组成员镇痛干预、产程护理等技能培训,完善管理实施基础。(2)管理实施:①产前:需在产妇入院完成基础宣教后,由责任助产士就宫缩

镇痛发生机制、疼痛表现及本院现有镇痛干预措施予以详细宣教、说明,由产妇及家属依据镇痛需求,选择导乐分娩或(和)椎管内药物镇痛措施。②产程护理:需在产妇出现规律性宫缩镇痛后,由责任助产士第一时间完成疼痛感受评估,针对轻度疼痛者,需予以呼吸训练、按摩及音乐干预等方法,转移产妇疼痛注意力,辅助改善疼痛;针对中度疼痛者,则需基于上述管理措施,基于产妇选择予以产妇导乐分娩球、导乐车或导乐凳干预,以刺激盆底、促进宫颈成熟;针对严重疼痛者,则需第一时间告知麻醉医生完成椎管内镇痛干预,并在药物镇痛后予以导乐干预及其他护理配合,直至确认产妇宫口全开,期间需由家属全程陪同产妇,予以情感支持。待确认产妇宫口全开后,将产妇转入产房内分娩,完成分娩期间助产及相关护理配合,期间可指导产妇依据自身舒适度选择相应分娩体位,如膀胱截石位、侧卧位、坐位等。产后,需在产后 2h 时停止椎管内镇痛干预,并依据产妇疼痛感受情况予以侧卧位、坐卧位等体位管理及腹部热敷、按摩等干预措施,缓解产后疼痛,并密切监测产后出血、排尿情况。

1.3 观察指标

(1)产程时间:统计各组临产至宫口全开(10cm)用时(第一产程)、宫口全开至胎儿娩出用时(第二产程)、胎儿娩出至胎盘排出用时(第三产程)及总产程时间均值。(2)产程内疼痛评分:取疼痛数字评分法(NRS),测评产妇第一、第二、第三产程时疼痛感受程度,总分为 0~10 分,得分越高则疼痛越严重^[4]。(3)分娩方式:统计各组最终分娩方式占比,含阴道分娩、阴道助产、转剖宫产。(4)围产期指标:统计各组产妇产后缩宫素应用率及产后 2h 出血量均值。(5)不良妊娠结局发生率:统计各组围产期新生儿、产妇不良妊娠结局总发生率,含产后出血、尿潴留、会阴撕裂、新生儿窒息。

1.4 统计学方法

由 SPSS25.0 软件完成研究数据统计;连续性变量资料即($\bar{x} \pm s$), t 检验;定性资料即($n, \%$), χ^2 检验;如 $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 产程时间对比

产妇第三产程时间对比无统计学差异($P > 0.05$);研究组第一、第二产程及总产程低于对照组($P < 0.05$),见表 1。

2.2 产程内疼痛评分对比

研究组第一、第二、第三产程内 NRS 评分均低于对照组($P < 0.05$),见表 2。

2.3 分娩方式、不良妊娠结局发生率对比

研究组阴道分娩占比高于对照组, 且不良妊娠结局发生率低于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

2.4 围产期指标对比

研究组产后缩宫素应用率及产后 2h 出血量均低于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 1 产程时间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别/n	第一产程 (min)	第二产程 (min)	第三产程 (min)	总产程 (min)
对照组/33	365.25±38.54	49.65±12.48	6.38±1.62	435.45±40.68
研究组/33	335.41±32.58	32.58±10.42	6.21±1.58	384.02±38.41
<i>t</i>	3.397	6.031	0.432	5.281
<i>P</i>	0.001	0.000	0.668	0.000

表 2 产程内疼痛评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别/n	第一产程 (分)	第二产程 (分)	第三产程 (分)
对照组/33	6.52±0.64	5.14±0.65	2.35±0.44
研究组/33	5.74±0.52	4.12±0.48	1.92±0.31
<i>t</i>	5.434	7.252	4.589
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000

表 3 分娩方式、不良妊娠结局发生率对比 (n, %)

临床指标		对照组/33	研究组/33	χ^2/z	<i>P</i>
分娩方式	阴道分娩	26 (78.79)	32 (96.97)	2.184	0.029
	阴道助产	4 (12.12)	0		
	转剖宫产	3 (9.09)	1 (3.03)		
	产后出血	1 (3.03)	0		
不良妊娠结局发生率	产后尿潴留	5 (15.15)	2 (6.06)	4.243	0.039
	会阴撕裂	1 (3.03)	0		
	新生儿窒息	1 (3.03)	0		
	总发生率	8 (24.24)	2 (6.06)		

表 4 围产期指标对比

组别/n	产后缩宫素应用率 (n, %)	产后 2h 出血量 ($\bar{x} \pm s$, ml)
对照组/33	30 (90.91)	174.25±7.25
研究组/33	21 (63.64)	104.58±5.21
χ^2/t	6.988	44.829
<i>P</i>	0.008	0.000

3 讨论

研究指出, 分娩作为人体强烈应激事件, 可在女性分娩期间由严重疼痛感受引发不同程度身心应激反应, 而应激反应的发生, 可在影响产妇临床干预配合度同时, 延迟第一、第二产程时间, 增加新生儿、产妇不良妊娠结局风险及剖宫产风险, 需针对初产妇开展可行围产期管理干预, 辅助优化整体分娩结局质量^[5]。

助产士作为具备较高专科素养、技能水平的产科工作人员, 临床分娩干预配合工作经验丰富, 故由该岗位人员主导完成初产妇围产期镇痛分娩干预, 可将产

妇作为管理主体, 经及时明确产妇干预需求后, 经针对性、可行干预措施的开展, 优化初产妇整体分娩质量, 或具备临床可行价值^[6]。

研究结果表明: 较对照组, 研究组第一、第二产程, 总产程时间及产程内 NRS 评分均降低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。分析研究结果可知, 助产士主导的镇痛分娩管理实施, 可在完善产前健康宣教、分娩指导后, 基于产妇意愿选择产前镇痛干预措施后, 可在产妇出现规律性宫缩镇痛后, 经第一时间疼痛感受评估, 明确产妇疼痛程度及镇痛干预需求, 并基于产妇镇痛干

预选择, 针对不同疼痛等级产妇予以常规干预、导乐干预或(和)椎管内镇痛干预后, 积极改善产妇第一产程内疼痛感受, 可在降低疼痛所致身心应激反应程度同时, 为后续分娩的积极配合蓄积体力, 从而有效缩短产妇产程时间^[7]。

较对照组, 研究组阴道分娩占比升高, 不良妊娠结局发生率及产后缩宫素应用率、产后 2h 出血量均降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。分析研究结果可知, 助产士主导的镇痛分娩管理实施, 可在多模式有效镇痛干预、导乐分娩等措施配合下, 经积极疼痛缓解及盆底刺激、宫颈促成成熟干预后, 促进胎儿在第一产程内入盆, 并优化产妇身体分娩准备质量, 从而为成功阴道分娩的实现提供基础, 并在积极缩短产妇第一、第二产程用时后, 降低因产程延长所致不良妊娠结局风险, 且可由上述干预效果减少产妇分娩期间软产道损伤、产后宫缩乏力风险, 减少产妇产后出血量^[8]。

综上所述, 初产妇分娩期间应用助产士主导的镇痛分娩管理, 可积极改善产妇产程内疼痛感受, 经辅助缩短产程, 提升阴道分娩成功率及妊娠结局质量, 效果确切。

参考文献

[1] 王爱琴, 彭雪琴, 张静, 等. 助产士主导的分娩镇痛干预方案对初产妇分娩疼痛感及产程进展的影响[J]. 当代护士, 2023, 30(11): 95-98.

[2] 汪贻慧, 丁志芳, 潘迎菊. 助产士主导的群组孕期母婴健康教育对初产妇心理状态、分娩镇痛及妊娠结局的影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2023, 31(8): 1853-1857.

[3] 卞海艳, 高倩, 陈丹, 等. 助产士为主导的陪伴对妊娠期糖尿病患者心理状况及分娩结局的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2024, 40(26): 2007-2012.

[4] 袁晓曼. 助产士主导镇痛分娩管理模式在产科中的应用效果[J]. 妇幼护理, 2023, 3(17): 4071-4073, 4076.

[5] 高玲, 陆天慧, 刘书华, 等. 助产士主导规范化疼痛管理结合自由体位技术在初产妇经阴道分娩中的应用研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2024, 21(4): 128-133.

[6] 孔令丽. 产房助产士在镇痛分娩术中护理配合以及护理价值体会[J]. 生命科学仪器, 2023, 21(z1): 140-141.

[7] 赵雪. 分娩期间助产士实施个体化镇痛护理对产妇疼痛感知和分娩体验的作用分析[J]. 妇幼护理, 2025, 5(4): 806-808.

[8] 徐静飞, 仇春波, 梅丹妮. 助产士参与疼痛管理结合水疗镇痛对分娩结局及产妇疼痛程度的影响[J]. 中国妇幼保健, 2023, 38(6): 971-974.

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS