

产前心理指导对分娩方式的影响^{*}

黄达元, 吴江平[△] (重庆市梁平县妇幼保健院妇产科 405200)

【摘要】 目的 探讨产前心理指导对分娩方式的影响。**方法** 对梁平县妇幼保健院 2012 年和 2013 年同一时段年龄在 18~32 岁无任何并发症的足月妊娠单胎头位孕妇入院时分别分为对阴道分娩有信心(A 组)、对分娩方式无主见(B 组)、对阴道分娩无信心要求剖宫产(C 组), 每组各 100 例观察其最终分娩方式。**结果** 2012 年 A 组孕妇顺产率为 84.00%, B 组经过心理疏导的孕妇顺产率为 62.00%, C 组经过心理疏导勉强接受阴道试产的孕妇顺产率为 23.00%; 2013 年 A 组孕妇顺产率为 86.00%, B 组孕妇顺产率达 83.00%, C 组孕妇顺产率达 64.0%。2 年同一时段 C 组经过心理疏导接受阴道试产的产妇顺产率比较, 2013 年顺产率明显提高, 顺产和剖宫产发生率差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 加强孕期宣传及产前产时心理指导对促进阴道分娩有显著作用, 产前适当的心理干预能促进阴道分娩, 降低剖宫产率。

【关键词】 心理因素; 心理指导; 分娩方式

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)14-1962-02

人类分娩是一个自然生理过程。随着社会发展和医学的进步, 剖宫产术已十分普及。世界卫生组织(WHO)调查显示, 当前我国剖宫产率平均为 46.2%, 少数医院高达 70%~80%^[1]。本院剖宫产率 2012 年为 54.35%, 远远超过 WHO 提出的剖宫产率应控制在 15% 以下的目标。近年来我国剖宫产率明显上升, 主要原因是社会因素剖宫产者不断增加。阴道分娩是一个动态过程, 分娩除了受产力、产道、胎儿因素影响外, 精神心理因素也成为重要原因之一。所以目前孕产妇精神心理因素对分娩的影响越来越受到人们的关注。为降低剖宫产率, 在县卫生行政部门统一部署、要求下, 全县从 2013 年 4 月开始采取多种方式对社会因素剖宫产进行控制, 本院收到良好效果。本文对 2012 年和 2013 年同一时段各组产妇顺产率及剖宫产率进行分析, 探讨产前适当心理指导对阴道分娩的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2012 年 4~9 月住院分娩总人数 816 例, 其中阴道分娩 375 例, 顺产率为 45.96%; 剖宫产 441 例, 剖宫产率为 54.04%。2013 年 4~9 月住院分娩总人数 742 例, 阴道分娩 503 例, 顺产率为 67.79%; 剖宫产 239 例, 剖宫产率为 32.21%。分别将年龄在 18~32 岁无任何并发症的足月妊娠单胎头位孕妇入院时分为对阴道分娩有信心(A 组)、对分娩方式无主见(B 组)、对阴道分娩无信心要求剖宫产(C 组), 每组各 100 例。

1.2 方法 2012 年 4~9 月孕妇在入院后进行检查排除阴道分娩禁忌证, 挑选符合条件的孕妇进行沟通, 了解孕妇对分娩方式的选择。对有阴道分娩有信心的孕妇加以鼓励, 对分娩方式无主见和要求剖宫产的孕妇, 了解顾虑, 做好耐心的解释工作, 使孕妇精神放松, 尽量阴道试产; 当产妇不能忍受阵痛、意志不坚定缺乏信心、甚至要求剖宫产结束分娩时, 尽量给产妇讲解宫缩阵痛的性质和规律, 使产妇正确对待分娩阵痛; 当宫口开大 3 cm, 对宫缩疼痛耐受较差的产妇进行持续硬膜外麻醉镇痛; 当宫口开全, 教会产妇正确屏气用力, 直至分娩。对部分有剖宫产手术指征及确实要求手术者给予剖宫产终止妊娠。2013 年 4~9 月在全县统一部署、倡导阴道分娩的氛围

下, 医院购买导乐分娩镇痛仪进行分娩镇痛, 全院医务人员广泛宣传阴道分娩的好处, 尽量避免社会因素剖宫产, 助产人员进一步在以前的工作方式方法上总结经验, 及时发现产妇的精神状态, 予以对症安慰指导及情感支持, 促进阴道分娩。

1.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2012 年 4~9 月 3 组产妇顺产率及剖宫产率 见表 1。由表 1 可见, A、B 组顺产率明显高于 C 组, 顺产和剖宫产发生率差异有统计学意义($P<0.05$), 由此说明分娩信心在分娩过程中的重要性。

表 1 2012 年 4~9 月 3 组产妇顺产率及剖宫产率比较

组别	<i>n</i>	阴道分娩	剖宫产	顺产率(%)	剖宫产率(%)
A 组	100	84	16	84.00	16.00
B 组	100	62	38	62.00	38.00
C 组	100	23	77	23.00	77.00

2.2 2013 年 4~9 月 3 组产妇顺产率及剖宫产率 见表 2。由表 2 可见, A、B 组顺产率高于 C 组。对 C 组孕妇在产前进行适当的心理疏导能明显促进阴道分娩, 顺产率明显提高。

表 2 2013 年 4~9 月 3 组产妇顺产率及剖宫产率比较

组别	<i>n</i>	阴道分娩	剖宫产	顺产率(%)	剖宫产率(%)
A 组	100	86	14	86.00	14.00
B 组	100	83	17	83.00	17.00
C 组	100	64	36	64.00	36.00

2.3 2012、2013 年 3 组产妇剖宫产手术指征及构成结果 见表 3、4。由表 3、4 可见, 剖宫产中除有绝对手术指征外, 社会因素剖宫产占相当比例, 说明精神心理因素还是影响阴道分娩的重要原因。通过对 2012 年和 2013 年同一时段 C 组产妇顺

^{*} 基金项目: 重庆市梁平县世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目(7551-CN)。

[△] 通讯作者, E-mail: 465431377@qq.com。

产率及剖宫产率比较分析,2013 年顺产率明显提高,顺产和剖宫产发生率差异有统计学意义($P<0.05$),说明分娩信心在分娩过程中具有优越性、可行性,产前适当的心理指导能提高阴道分娩率。

表 3 2012 年 3 组产妇剖宫产手术指征及其构成比[n(%)]

组别	剖宫产数	社会因素	胎儿宫内窘迫	相对头盆不称	产程停滞	其他
A 组	16	6(37.50)	4(25.00)	1(6.25)	2(12.50)	3(18.75)
B 组	38	27(71.05)	4(10.53)	2(5.26)	3(7.90)	2(5.26)
C 组	77	65(84.41)	3(3.90)	3(3.90)	4(5.19)	2(2.60)

表 4 2013 年 3 组产妇剖宫产手术指征及其构成比[n(%)]

组别	剖宫产数	社会因素	胎儿宫内窘迫	相对头盆不称	产程停滞	其他
A 组	14	4(28.57)	4(28.57)	2(14.29)	1(7.14)	3(21.43)
B 组	17	7(41.18)	3(17.65)	2(11.76)	2(11.76)	3(17.65)
C 组	36	24(66.67)	3(8.33)	3(8.33)	4(11.11)	2(5.56)

3 讨 论

3.1 影响阴道分娩的因素 虽然分娩是生理现象,但大部分初产妇害怕阴道分娩,致使孕妇产生恐惧、紧张、焦虑等不良情绪,不愿忍受阴道分娩的阵痛及可能存在的风险,失去对阴道分娩的信心;认为经阴道分娩会影响体型,造成阴道松弛而影响夫妻生活;由于计划生育的开展及社会压力增加,新生儿的地位尤显重要,孕妇及家属受迷信思想影响,要求选择良辰吉日;认为剖宫产比顺产疼痛轻、安全,孩子头颅未受产道挤压而更健康、更聪明,对胎儿没有任何风险;不知道剖宫产是危急情况下挽救孕妇及胎儿生命的紧急手段,成为一种可以选择的分娩方式,使主动选择剖宫产的孕妇越来越多^[2];近 10 年来剖宫产率猛增,瘢痕子宫增加,孕妇及家属都不愿意承担剖宫产术后再次妊娠经阴道分娩可能发生 1% 子宫破裂的风险,依赖剖宫产的安全性,不愿意选择阴道试产^[3]。加之分娩是一个不短的生理过程,害怕经阴道分娩过程中出现异常情况再去剖宫产而受“第 2 次痛”。

3.2 促进阴道分娩的措施 精神心理因素的不良情绪直接导致孕妇及家属要求选择剖宫产终止妊娠,使社会因素成为剖宫产指征的主要原因^[4]。2012 年本院剖宫产率达 54.35%,剖宫产术中社会因素达 44.83%、瘢痕子宫达 27.53%。为了改变人们的错误观念,减少对母婴的不利影响,本院采取以下措施促进阴道分娩。

3.2.1 加强孕期健康教育 (1)由卫生行政部门统一部署、组织,采取多种形式开展产前教育,普及科学怀孕知识,减少高龄初产妇,定期产前检查,指导孕妇适当运动、合理膳食、科学控制体质量,避免胎儿增长过大;避免反复多次人工流产,及时发现、纠正、治疗妊娠合并症及并发症,减少高危孕妇。(2)开展孕妇学校,使孕妇获得更多的分娩知识,以科学的方法进行心理指导,减轻孕妇紧张焦虑情绪,使其从怀孕开始就有一个良好的心理环境,树立自然分娩的信心。讲解十月怀胎一朝分娩是人类繁衍的自然规律,经阴道分娩是一个正常、健康、通过自然通道创伤较小的生理过程,不会影响体型,不会造成阴道

松弛,是孕妇的主要分娩方式。充分宣传阴道分娩及剖宫产的利弊关系,剖宫产并不是一种可选择的分娩方式,只是危急情况下挽救孕妇及胎儿生命的紧急手段,存在许多并发症。近期并发症包括:产时出血量多,麻醉风险及感染率增高,非医学指征剖宫产产妇死亡、子宫切除等严重不良结局的发病率比自然分娩高很多,剖宫产的孩子有可能发生新生儿湿肺、哮喘等呼吸系统疾病等;远期并发症包括:切口处痒痛,疤痕不美观,慢性盆腔疼痛,盆腔粘连,腹部切口子宫内层异位痛,剖宫产后再次妊娠行人工流产时子宫损伤及足月妊娠时发生前置胎盘、胎盘植入、子宫破裂的危险高于无剖宫产史者。瘢痕子宫虽增加了孕妇各种并发症的发生,但不是剖宫产的绝对指征,排除阴道分娩的禁忌证后,试产是一个可选择的措施,尽可能避免无医学指征的剖宫产术形成恶性循环^[5]。(3)在孕妇产前检查时耐心细致地宣传阴道分娩的好处。

3.2.2 加强心理护理 由于不良的心理健康状况不利于阴道分娩的顺利进行,可能危及母婴健康。所以对于无心理或精神障碍的孕妇人群,在入院后要求医务人员和蔼、真诚、设身处地为孕妇着想,让其理解并被接纳。要继续耐心细致地宣传阴道分娩的好处,主动给其讲解分娩的机制和规律、阵痛的性质,鼓励孕妇对阴道分娩要有信心。产程中通过语言支持、暗示疗法来帮助产妇减轻分娩疼痛,使产妇保持最佳的生理和精神状态来完成分娩过程。在第 1 产程中主动应用自由体位、腹式呼吸等技巧来应对分娩时产生的各种不适,补充食物和水分,以良好的心态、充沛的体力促进自然分娩^[6]。适当分娩镇痛能消除疼痛,减轻应激反应,改善胎儿血液供应,对母婴有益^[7]。在第 2 产程中帮助产妇主动积极与助产士配合,正确应用腹压,缩短时间。同时医疗保健机构建立保护自然分娩的相关制度,加强助产技能培训及应用,提高助产技术质量^[8];规范医务人员行为,加强医患沟通,做好产妇思想工作,进行一些安慰鼓励,增强和改善孕妇及家属对分娩过程的理解和配合;推广产科适宜新技术,为促进自然分娩创造良好的支持环境和条件,经证实导乐分娩对缩短产程、减轻孕妇紧张焦虑情绪、减少产后出血有良好效果。乐观的心态可以改变大脑皮层的活动,提高痛阈,减少因心理因素引起的宫缩异常及继发产程延长或停滞,促进自然分娩^[9]。

总之,根据孕妇分娩的不同时期及不同心理状态,在每个阶段实施合理的心理指导,对减轻孕妇疼痛、紧张不安及无助感,促进自然分娩,保证母婴健康有重要意义^[10]。从实践得知,剖宫产中除有绝对手术指征外,社会因素剖宫产还是占相当大的比例,这与孕妇心理因素及社会环境有很大关系。希望通过全社会的共同努力,让我国剖宫产率尽早控制在 20%~25% 的目标,让人类的生育活动真正回归自然。

参考文献

[1] 刘卫艳,赵艳晖,张秀娟,等. 长春地区不同等级医院剖宫产率及剖宫产指征的分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(35):5666-5667.

[2] 李宏. 浅析剖宫产的成因弊端及干预[J]. 山西医药杂志,2008,37(6):547-548.

[3] 郭政,张润香,郭皓靖,等. 剖宫产率及剖宫产指征 20 年回顾[J]. 中国妇幼保健,2012,27(20):3089-3092.

[4] 祁玉兰,蒲建新. 医院八年剖宫产率及(下转第 1965 页)

心血站指导下试行电子交叉配血的试点之一。在试行了一年半的时间里,总体运行顺利,电子交叉配血与血清学配血的对比结果完全一致,证明电子交叉配血应用于临床完全安全可靠。

电子交叉配血安全性主要来源于患者的血型鉴定及不规则抗体筛检的准确性。如果运行电子配血,即不再做血液相容性体外模拟检验,那么供血者与患者的 ABO 血型鉴定的准确性至关重要。ABO 血型鉴定错误将可能导致 ABO 不相容输血反应。东莞市中心血站连续 3 年对献血者 ABO 血型和 RhD 血型鉴定的准确率经过初检、复检和确认后已经达到了 100%,仅有 1 例为工作人员将 RhD 阴性献血者未进行确诊试验而发布为 RhD 阳性,但并未发生输血事故^[2]。同时不规则抗体筛检是电子配血系统的另一关键要素,在血清学配血中,若发生抗体检测错误,还可以通过血清相容性试验进行把关,但如果将假阴性的不规则抗体检测患者实施电子配血,即可导致重要后果。广东医学院附属厚街医院统计了 42 785 例不规则抗体筛查,阳性 119 例,仅占 0.28%,低于普通人群在国内文献报道的 0.37%^[4]。随着诊断技术的提高,选择质量可靠的试验进行血型鉴定及不规则抗体筛检,或同时采用两种不同厂家试剂进行相互印证显得尤为重要。

为了保证输血的安全性,在实施电子交叉配血前,患者需要进行严格筛选,当患者有以下情况时,则不能使用电子交叉配血,而需要进行血清学相容性试验:(1)患者抗体筛检阳性,或有既往抗体阳性史;(2)血型状态可能存在不确定性的患者,如 3 个月内接受 ABO 不相容骨髓移植的患者和免疫性溶血性贫血患者;(3)年龄小于 3 个月的婴儿;(4)需长期反复输血的患者。此外,对于稀有血型,采用电子配血也没有实际意义^[5]。在广东医学院附属厚街医院电子交叉配血试验期间共有 3 例不规则抗体筛查阳性患者不适宜做电子配血,需要血清学相容性试验配血,占总配血人次的 0.14%。且 3 例都是需长期反复输血的患者,其中 2 例为重度珠蛋白生成障碍性贫血患者,1 例为多发性骨髓瘤患者。

临床实施电子交叉配血后,实验室则无需在发放红细胞前进行血清学交叉配血试验,不但节省了血清学交叉配血试验的时间,而且可以由输血科实验室以外的人员执行,只需通过计算机系统就可以从贮血地点选取合适输注的红细胞。香港的 Wong 等^[6]报道了基于电子配血的手术室血液自助系统的实施:在医院手术室设立贮血冰箱,并常规保存一定数量的血液,当手术患者需要输血时,且患者抗体筛查阴性,由麻醉师或麻

(上接第 1963 页)

剖宫产指征分析[J]. 中国医药,2012,7(12):1576-1577.

[5] 范春梅. 瘢痕子宫再次妊娠 268 例分娩方式分析[J]. 临床和实验医学杂志,2011,10(7):512-513.

[6] 廖化敏,夏钦红. 孕妇学校培训对促进产妇自然分娩的效果[J]. 重庆医学,2011,40(22):2263-2264.

[7] 龚祖康,周朝明,李浩,等. 规范化开展分娩镇痛技术服务的探索与实践[J]. 中国妇幼保健,2012,27(23):3541-3543.

醉科护士直接通过计算机系统申请血液,就可获取与患者血型相容的可用血液列表,然后根据这份血液列表直接从手术室贮血冰箱中取出相应血液输注给患者。这将极大简化输血流程,给手术患者提供更加快捷、更安全的服务。

综上所述,电子交叉配血在广东医学院附属厚街医院临床试行顺利,与血清学配血结果完全一致,可以省略血清学配血试验,极大简化了输血科的工作流程,节省了工作量,提高临床输血的安全性,更好更快地为病患服务。有报道认为,电子交叉配血比传统抗球蛋白法更为安全,可以用计算机进行信息核对和血液发放,全天服务,减少花费,使不规则抗体阳性患者的识别、数据的准确录入、无需样本、血液品种、培训、确认、风险分析等更加完善^[7]。随着我国现代化信息网络技术的快速发展,输血模式的转换和经济、管理水平的提高,我国各地区将逐步普及电子交叉配血,这是输血技术发展的必然趋势^[8]。

参考文献

[1] 叶柱江,何子毅. 电子交叉配血系统的设计与模拟应用[J]. 现代检验医学杂志,2012,27(2):101-103.

[2] 何子毅,王德文,叶柱江,等. 无偿献血者血型鉴定准确率调查分析[J]. 现代检验医学杂志,2010,25(1):122-124.

[3] 刘仁强,何子毅,邹文涛,等. 多次输血产生不规则抗体及配血时间分析[J]. 广东医学,2010,31(14):1789-1791.

[4] 何子毅,刘赴平,李伟其,等. 受血者血型鉴定准确率及不规则抗体阳性率调查研究[J]. 实用医学杂志,2011,27(5):877-879.

[5] 郭永建,池泉. 电子配血与电子发血[J]. 中国输血杂志,2007,20(6):523-526.

[6] Wong KF, Lee AW, Hui HL, et al. Operating theater blood transaction system. A “virtual” blood transfusion service that brings the blood bank to the operating table [J]. Am J Clin Pathol,1999,112(4):481-484.

[7] Kulkarni N, Ali M, Haray PN, et al. Electronic cross matching system is routine Pre-Operative cross matching of blood for colorectal resections required anymore[J]. Endoscopy,2006,38(10):937-956.

[8] 何子毅,刘赴平,车嘉琳. 电子交叉配血的现状和展望[J]. 临床输血与检验,2009,11(4):380-381.

(收稿日期:2013-12-12 修回日期:2014-02-10)

[8] 朱丽萍,秦敏,谭晶,等. 上海市剖宫产分娩情况分析[J]. 中国妇幼保健,2011,26(30):4716-4719.

[9] 杨素勉,马卫景,岳文芳,等. 孕妇学校健康教育对母婴健康的影响[J]. 中国妇幼保健,2010,25(15):2044-2045.

[10] 段海英,罗银花. 孕妇产前心理干预在自然分娩中的应用[J]. 检验医学与临床,2013,10(9):1182-1183.

(收稿日期:2013-11-11 修回日期:2014-02-19)