



穴位按摩结合配偶支持干预 对产妇产后出血的影响*

付翠芳,唐连敏,郑莉霞,王文丽
邢台市第三医院,河北 邢台 054000

[摘要] 目的:探讨穴位按摩结合配偶支持干预对产妇产后出血的影响。方法:选取经阴道分娩初产妇200例,随机分为A组($n=67$)、B组($n=67$)、C组($n=66$),A组给予穴位按摩结合配偶支持干预,B组给予配偶支持干预,C组给予常规护理干预。比较3组产妇产程时间、疼痛状态、产后出血情况、心理状态。结果:A组第一产程、第二产程、第三产程时间短于B组($P<0.05$),B组短于C组($P<0.05$);A组第一产程、第二产程、第三产程疼痛(visual analogue scale,VAS)评分低于B组($P<0.05$),B组低于C组($P<0.05$);A组产后2、24 h出血量少于B组($P<0.05$),B组少于C组($P<0.05$);A组产后出血发生率低于B、C组($P<0.05$);A、B组分娩后焦虑、抑郁自我量表评分低于C组($P<0.05$)。结论:穴位按摩结合配偶支持干预有利于缩短产妇产程时间,减轻分娩过程中疼痛,改善产妇心理状况,降低产后出血发生率。

[关键词] 产后出血;产妇;穴位按摩;配偶支持干预;分娩结局

[中图分类号] R244.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2022)06-0137-04

Influence of Acupoint Massage and Spouse Support Intervention on Postpartum Hemorrhage in Puerperae

FU Cuifang, TANG Lianmin, ZHENG Lixia, WANG Wenli
Xingtai City the Third Hospital, Xingtai 054000, China

Abstract Objective: To explore the effects of acupoint massage combined with spouse support intervention on postpartum hemorrhage in puerperae. Methods: A total of 200 primiparas undergoing vaginal delivery were chosen, randomized into A group ($n=67$), B group ($n=67$) and C group ($n=66$), A group accepted acupoint massage combined with spouse support intervention, B group spouse support intervention and C group conventional nursing intervention. To compare the duration of labor, pain state, postpartum hemorrhage conditions and psychological state in puerpera in three groups. Results: A group was shorter than B group in the time of the first, the second and the third stage of labor ($P<0.05$), B group was shorter than C group ($P<0.05$); A group was lower than B group in VAS scores at the first, the second and the third stage of labor ($P<0.05$), B group was lower than C group ($P<0.05$); A group was less than B group in postpartum hemorrhage within two and 24 hours ($P<0.05$), B group was less than C group ($P<0.05$); A group was lower than B group and C group in the incidence of postpartum hemorrhage ($P<0.05$); A group and B group was lower than C group in SAS and SDS scores ($P<0.05$). Conclusion: Acupoint massage combined with spouse support intervention could help shorten the duration of labor, relieve the pain during the birth process, improve the puerpera's psychological state and lower the incidence of postpartum hemorrhage.

Keywords postpartum hemorrhage; puerperae; acupoint massage; spouse support intervention; delivery outcome

女性怀孕后由于生理与心理的巨大改变,精神状态往往出现明显的波动,思想与行为均受到一定程度的影响。相关研究^[1]指出,临产和分娩均属于一种较为严重的心理刺激,产妇入院后易对分娩产生恐惧,影响产妇分娩,同时也会影响体内激素分泌,易对子宫收缩、产程时间产生影响,

不利于母婴预后。产后出血指是胎儿分娩后的24 h内阴道流血量超过500 mL,其发生率约为5%~10%,是导致产妇死亡的重要因素^[2]。配偶支持干预可提高产妇及其配偶对于分娩的正确认知,在分娩过程中要求配偶为产妇提供肢体和语言支持,使其通过配偶陪伴感知,得到相应的心理支

持^[3]。穴位按摩是指在中医学整体观念指导下,于人体特定经络腧穴上按压,激发全身经气达到预防与治疗效果^[4]。本研究将穴位按摩结合配偶支持干预应用于产妇产前护理中,并与常规护理干预进行比较,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2019年12月至2020年12月在邢台市第三医院就诊的200例初产妇,随机分为A、B、C组。A组67例,年龄21~35岁,平均年龄 (27.29 ± 2.89) 岁;体质量54~70 kg,平均体质量 (62.61 ± 4.79) kg;孕周37~41周,平均孕周 (38.56 ± 0.91) 周;孕次1~3次,平均孕次 (1.80 ± 0.44) 次;胎儿体质量2866~4256 g,平均胎儿体质量 (3462.91 ± 303.21) g。B组67例,年龄20~34岁,平均年龄 (27.35 ± 2.66) 岁;体质量55~69 kg,平均体质量 (62.40 ± 4.63) kg;孕周38~41周,平均孕周 (38.29 ± 0.83) 周;孕次1~4次,平均孕次 (1.79 ± 0.39) 次;胎儿体质量2910~4216 g,平均胎儿体质量 (3425.75 ± 305.66) g。C组66例,产妇产龄20~35岁,平均年龄 (27.81 ± 2.09) 岁;体质量53~70 kg,平均体质量 (62.91 ± 4.45) kg;孕周37~41周,平均孕周 (38.56 ± 0.90) 周;孕次1~3次,平均孕次 (1.83 ± 0.55) 次;胎儿体质量2930~4205 g,平均胎儿体质量 (3505.88 ± 297.95) g。3组临床资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 纳入:1)初产妇,单胎头位妊娠,经阴道分娩者;2)产前检查无分娩禁忌症,骨盆结构良好,具备阴道分娩的条件者;3)无胎盘前置等产后出血高危因素者;4)无内分泌疾病者;5)经医院伦理委员会批准,产妇和家属签字同意。

1.3 排除标准 排除:1)合并认知或交流沟通障碍者;2)合并传染性疾病、血液疾病、凝血功能障碍者;3)年龄>35岁的高龄产妇;4)伴妊娠期高血压综合征等妊娠合并症者;5)产前B超结果显示胎心异常或存在胎儿宫内窘迫者;6)临床资料不全者。

1.4 干预方法 A组给予穴位按摩结合配偶支持干预,B组给予配偶支持干预,C组给予常规护理干预。

1.4.1 常规护理干预 营造病房舒适环境,给予产妇安全感,展开健康宣教、心理疏导、饮食指导、基础护理、分娩前指导等。分娩过程中由1名助产士全程陪伴,用真诚的语言,给予产妇心理和情感上的支持与鼓励。胎儿娩出后,随时注意产妇

生理和心理状况,给予耐心教导,鼓励产妇配合助产士尽快娩出胎盘,避免情绪激动。

1.4.2 配偶支持干预 1)产妇配偶产前培训:组织具有丰富助产经验的医护人员,预产期前对产妇和配偶进行相应的分娩教育。内容如下:如何协助缓解不同产程产妇的痛苦,如第一产程如何对产妇进行心理疏导,帮助其缓解阵痛的互动方式;如何有效缩短第二产程时间,指导产妇憋气呼吸法的方法和要点。2)配偶陪同分娩:配偶作为导乐助产士进行陪同分娩,进入第一产程时,宫缩强度和频率尚处于较低的状态,配偶陪同时可与产妇一起对分娩知识进行回顾,复习应对疼痛的具体方式,通过适时播放符合产妇个人喜好的轻音乐来帮助其转移注意力,对产妇进行心理疏导以提高其心理舒适度,协助产妇散步,做孕妇操和拉玛泽训练等。宫缩活跃时,配偶须对产妇予以充分的理解,给予其肢体支持,使其充分感受到配偶的陪伴,配偶可协助维持产妇嘴唇的湿润,给予摄入巧克力等高热量食物。适时和产妇沟通使其能够积极配合医护人员的工作,减少不必要的体力消耗。第二产程是产妇最难受的阶段,此时宫口尚未完全打开,不可用力,为防止产妇出现情绪失控,配偶应给予语言鼓励,帮助产妇保持冷静放松,使其精力集中,有效缩短第二产程时间。

1.4.3 穴位按摩 宫缩开始时,给予产妇穴位按摩。宫缩潜伏期,以关元穴为中心,手掌面向小腹顺时针方向按摩,于昆仑与合谷二穴用另一手拇指给予持续性点压或按压。宫缩活跃期到第二产程结束时,以中极穴为中心,用手掌面顺时针在小腹上给予按摩,用另一手的拇指于三阴交和合谷二穴给予持续性点压或按压,再以次髎穴为中心,于产妇背部和腰骶部点压并上下按揉,以环跳穴为中心,于产妇臀部给予点压与环形按揉。胎盘娩出后,一手置于产妇腹部,触子宫底部,五指置于子宫的前、后壁,有节律按摩子宫以促进其收缩;也可一手置于产妇耻骨联合上缘部位,轻按其下腹中部,握住宫体抬高至盆腔以上,于子宫底部按摩,间断性用力挤压子宫,帮助子宫中积存的血块及时排出,至子宫收缩变硬且轮廓清晰。按摩过程中应注意手法平稳,用力柔和,以产妇出现轻微酸胀感为宜,根据产妇主观感受调整力度、部位、按摩手法。

1.5 观察指标

1.5.1 产程时间 记录产妇第一产程、第二产程、第三产程时间。

1.5.2 疼痛评分 记录产妇不同产程的VAS评分,VAS疼痛评分量表^[5]将疼痛以0~10表示,产妇依据自身疼痛从11个数字中选择一个代表自身痛感,得分越高代表痛感越强。

1.5.3 产后出血情况 观察产后2 h的出血量:胎儿娩出后,于产妇臀下放置采血器,2 h后测量采血器中血液体积;产后24 h出血量:以称重法测量分娩后敷料重量减去分娩前敷料重量即为产后24 h出血量。比较3组患者产后出血发生率,以产后24 h出血量≥500 mL为产后出血判定标准。

1.5.4 心理状态评估 采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS)^[6]和抑郁自评量表(self rating depression scale,SDS)^[7]评价产妇入院时和分娩后的心理状况,每个量表包含20个条目,采用1~4分计分形式,其中包括正向计分9条,反向计分11条,总分=量表得分×1.25,SAS评分≥50分为存在焦虑状态,SDS评分≥53分代表存在抑郁状态,得分越高代表焦虑和抑郁状态越严重。

1.6 统计学方法 采用SPSS 21.0处理相关数据,计量资料采用 t 检验,计数资料组间采用 χ^2 或Fisher确切概率分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 产程时间 第一产程、第二产程、第三产程时间A组短于B组($P<0.05$),B组短于C组($P<0.05$)。见表1。

2.2 疼痛评分 第一产程、第二产程、第三产程疼痛VAS评分A组低于B组($P<0.05$),B组低于C组($P<0.05$)。见表2。

2.3 产后出血情况 产后2、24 h出血量A组少于B组($P<0.05$),B组少于C组($P<0.05$);产后出

血发生率A组低于B、C组($P<0.05$)。见表3。
2.4 心理状态 3组SAS、SDS评分入院时比较,差异无统计学意义($P>0.05$);分娩后A、B组低于C组($P<0.05$)。见表4。

表1 3组产程时间比较($\bar{x}\pm s$)					h
组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	
A组	67	7.20±0.81 ^{*△}	1.09±0.20 ^{*△}	0.60±0.06 ^{*△}	
B组	67	8.82±0.94 [*]	1.38±0.23 [*]	0.79±0.10 [*]	
C组	66	9.96±1.05	1.79±0.22	0.88±0.13	
F		145.556	174.528	134.359	
P		<0.001	<0.001	<0.001	

注:*表示与C组比较, $P<0.05$;△表示与B组比较, $P<0.05$

表2 3组分娩过程中疼痛评分比较($\bar{x}\pm s$)					分
组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	
A组	67	4.91±0.51 ^{*△}	6.63±0.59 ^{*△}	4.01±0.40 ^{*△}	
B组	67	5.70±0.60 [*]	7.65±0.74 [*]	4.73±0.46 [*]	
C组	66	6.62±0.64	8.87±0.83	5.55±0.51	
F		141.987	158.518	187.667	
P		<0.001	<0.001	<0.001	

注:*表示与C组比较, $P<0.05$;△表示与B组比较, $P<0.05$

表3 3组产后出血情况比较				
组别	例数	产后2 h 出血量(mL)	产后24 h 出血量(mL)	产后出血发 生率[n(%)]
A组	67	141.93±16.89 ^{*△}	260.16±29.55 ^{*△}	1(1.49) ^{*△}
B组	67	178.43±19.77 [*]	305.93±31.42 [*]	8(11.94)
C组	66	190.05±18.43	327.88±35.18	9(13.64)
F/ χ^2		124.168	77.095	7.050
P		<0.001	<0.001	0.029

注:*表示与C组比较, $P<0.05$;△表示与B组比较, $P<0.05$

表4 3组SAS、SDS评分比较($\bar{x}\pm s$)						分
组别	例数	SAS评分		SDS评分		
		入院时	分娩后	入院时	分娩后	
A组	67	47.59±4.66	36.86±3.44 [*]	51.09±5.12	41.29±3.97 [*]	
B组	67	46.93±4.15	37.25±3.78 [*]	50.95±4.96	42.01±4.05 [*]	
C组	66	47.33±3.97	41.67±4.83	50.36±4.32	45.91±4.66	
F		0.406	28.994	0.430	22.849	
P		0.667	<0.001	0.651	<0.001	

注:*表示与C组比较, $P<0.05$

3 讨论

受自身生理变化产生的不适症状、应激反应、环境因素等的综合影响,初产妇由于对分娩过程

经验不足、无切身体验,易出现更为强烈的负性心理情绪,这种消极情绪常常使产妇依从性降低,致产程时间延长,对分娩结局造成不利影响,增加难

产、产后出血、产后抑郁等风险^[8-9]。

常规产科护理注重维护产妇生理功能,对于其心理行为往往缺乏人性化关怀,易导致产妇产分娩抵触,不利于分娩自然进程。近年来,配偶陪产逐步在我国兴起,是导乐分娩的重要内容,有利于满足产妇的心理需求,减轻其焦虑不安等情绪^[10]。经络学说是中医理论的重要组成部分,该学说认为,刺激人体表面部位可作用于经络,传递至其远端或与之相连属的脏腑,达到调节阴阳、气血的作用。产妇穴位按摩将上述理论和现代医学及生物信息理论有机结合,针对产妇这一相对特殊人群进行按摩,以加快产妇生产进程,降低产后不良妊娠结局发生率^[11]。

本研究将穴位按摩结合配偶支持干预应用于产妇产分娩中,A组与B组产妇产分娩后焦虑抑郁评分低于C组,产妇产分娩后焦虑抑郁减轻,说明配偶支持干预可帮助产妇缓解分娩产生的焦虑和抑郁等不良情绪。葛宾倩等^[12]人的研究结果支持本结论。比较3组产妇产程时间与不同产程疼痛评分,产程时间A组短于B组及C组;VAS评分A组低于B组及C组。配偶支持干预可帮助产妇缓解不良情绪,使其能够积极配合分娩,减少无用的体力消耗,蓄积力量进行分娩,帮助缩短分娩时间。配偶支持干预有利于减轻分娩过程中的疼痛感,同时分娩中配偶给予产妇相应的肢体支持,可使产妇充分感受到来自配偶的心理支持,使其保持更佳的状态来面对分娩过程,提升镇痛效果^[13]。与此同时给予穴位按摩,按摩穴位中合谷、三阴交均为催产穴,按摩合谷可缓解疼痛、补气下胎;三阴交和腹部相连,为三阴经交汇处,三阴交按摩可提高疼痛阈值;中极穴和关元穴均归属于任脉,为足三阴经交汇穴,按摩两穴可取三阴经精血为养^[14]。按摩以上穴位具有促进血液循环、疏通经络的作用,帮助放松产道与腹部肌肉,抑制神经纤维痛觉传导,从而缓解分娩过程中的疼痛,有助于产妇顺利分娩。

产后出血为临床常见分娩并发症,严重时可导致产妇死亡。胎儿娩出后,宫腔容积下降,随着胎盘剥离与排出,子宫肌纤维收缩,胎盘附着在子宫壁处的血窦压迫闭合达到止血目的^[15]。子宫肌收缩功能是子宫产后出血的重要因素,加强宫缩可有效预防产后出血。

综上所述,穴位按摩结合配偶支持干预有利于缩短产妇产程时间,减轻分娩过程中疼痛,改善产妇产心理状况,降低产后出血发生率。

参考文献

- [1] 余洪. 产前心理护理干预对初产妇产分娩方式、产后出血及产后心理的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(3): 193-196.
- [2] 郭延红. 卡前列素氨丁三醇用药时机对阴道分娩产妇产宫缩乏力性产后出血情况 and 经济成本的影响[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(10): 1577-1579.
- [3] 竹林蓉. 激励式护理干预联合配偶支持对乳腺癌手术患者负性情绪及生存质量的影响[J]. 中国全科医学, 2019, 17(1): 245-247.
- [4] 邓姗姗, 李秒. 穴位按摩法联合心理护理干预对高龄产妇产分娩结局的影响[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(10): 126-128.
- [5] 王文仪, 崔蕾, 刘智慧. 初产妇产无痛分娩第二产程中自由体位与传统体位对妊娠结局的影响[J]. 医学临床研究, 2019, 36(2): 288-290.
- [6] 吴文源. 焦虑自评量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(增刊): 235-238.
- [7] 舒良. 自评抑郁量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(增刊): 194-196.
- [8] 何立梅, 罗清, 冯倩, 等. 卡前列甲酯栓联合葡萄糖酸钙防治瘢痕子宫阴道分娩产妇产出血的临床研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2019, 11(1): 56-58.
- [9] 李慧芳. 预见性护理在阴道分娩产妇产出血预防工作中的效果分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(1): 149-151.
- [10] 蔡娜, 闫丽娜. 支持性护理干预对分娩期女性产分娩恐惧与分娩结局的影响[J]. 河北医药, 2020, 42(1): 151-153, 156.
- [11] 任志容, 彭晓梅. 中医穴位按摩联合导乐分娩对初产妇产负性情绪、乳房胀痛及分娩结局的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(5): 658-662.
- [12] 葛宾倩, 李惠玲, 万慎娴, 等. 产褥期在院产妇产配偶体验及其护理需求的质性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(7): 900-903.
- [13] 朱光美, 钟娜, 张静, 等. 照护角色体验联合健康宣教在初婚/初育的孕产妇产及其配偶中的应用[J]. 广西医学, 2018, 40(23): 2858-2860.
- [14] 杨飞侠, 张颖艳, 李惠琴. 凡乐生无创腰部穴位按摩联合分娩球会阴按摩分娩对产妇产疼痛及分娩结局的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(14): 1554-1557.
- [15] 郭延红. 卡前列素氨丁三醇用药时机对阴道分娩产妇产宫缩乏力性产后出血情况 and 经济成本的影响[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(10): 1577-1579.

收稿日期: 2021-06-03

*基金项目: 邢台市科技计划项目(2018ZC115)。

作者简介: 付翠芳(1978—), 女, 主任护师。研究方向: 产科护理。