

导乐联合改良式呼吸法及音乐疗法在初产妇分娩中的应用*

王春晖

(江西省乐平市人民医院妇产科 乐平 333300)

摘要:目的:探讨导乐联合改良式呼吸法及音乐疗法在初产妇分娩中的应用效果。方法:选择符合入组标准的 100 例初产妇作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与联合组,每组 50 例。对照组实施常规分娩助产,联合组开展导乐联合改良呼吸法及音乐疗法干预。比较两组产妇的产程时间、产后出血量、新生儿 Apgar 评分、产时疼痛级别、产后抑郁评分及自我效能评分。结果:联合组第一产程、第二产程时间均较短,组间比较差异显著($P<0.05$);两组第三产程时间对比,差异不显著($P>0.05$);联合组产后出血量较少,产后抑郁评分较低,组间比较差异显著($P<0.05$);两组新生儿 Apgar 评分对比,差异不显著($P>0.05$);联合组产时疼痛级别较低,组间比较差异显著($P<0.05$);联合组自我效能评分高于对照组,组间比较差异显著($P<0.05$)。结论:导乐联合改良式呼吸法及音乐疗法在初产妇分娩中的应用价值较高,可以缩短产妇的产程时间,减少产后出血量,不影响新生儿 Apgar 评分,缓解产妇疼痛,提高产妇自我效能,减轻产妇产后抑郁状况。

关键词:初产妇分娩;导乐;改良式呼吸法;音乐疗法

中图分类号:R714.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.017

分娩对产妇的身心都是一种考验,分娩过程中宫缩引发的疼痛会对产妇特别是初产妇心理造成应激状态,而这种心理应激状态很可能会引起初产妇分娩的产程延长,产后出血等危险事件发生;同时这种心理应激状态也可能会延续到分娩以后,造成产后抑郁等^[1-2]。分娩引发的宫缩疼痛所造成的焦虑状态也是影响临床剖宫产数量增加的主要因素,所以在提高自然分娩安全性的同时,通过多种手段缩短初产妇产程时间、缓解分娩疼痛是临床妇产科医师所面临的重点问题^[3]。为此,我院开展了导乐联合改

良式呼吸法及音乐疗法在初产妇分娩中的应用研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择乐平市人民医院 2019 年 6 月~2020 年 5 月收治的且符合纳入及排除标准的 100 例初产妇患者,按照随机数字表法分为对照组及联合组,每组 50 例。研究对象入组前向其全面讲解研究的目的、意义及过程,知情且同意,签署知情同意书。两组初产妇的基线资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料对比($\bar{x}\pm s$)

分组	n	年龄(岁)	孕次(次)	孕周(周)	文化程度[例(%)]		
					小学	中学	高中及以上
联合组	50	28.18±4.33	1.47±0.38	39.05±1.55	11(22.00)	21(42.00)	18(36.00)
对照组	50	28.25±4.57	1.45±0.35	39.10±1.61	12(24.00)	22(44.00)	16(32.00)
t/Z		0.114	0.372	0.228		0.407	
P		>0.05	>0.05	>0.05		>0.05	

1.2 入组标准 (1)纳入标准:初产妇,无腹部手术史;年龄 22~40 岁;孕周 37~42 周,头位单胎。(2)排除标准:伴有严重妊娠期并发症;伴有其他器官严重病变;有精神障碍,无法正常沟通交流;巨大儿或先天性畸形等;有剖宫产指征。

1.3 干预方法 两组入院后接受各项全面检查。对照组实施常规分娩助产。产程发动后由助产士陪同,期间不使用任何减痛、减压等护理技巧;但指导产妇如何发力等助产技巧,帮助产妇分娩;一旦有问题及时转剖宫产,确保母婴安全。联合组开展导乐联合改良呼吸法及音乐疗法干预。产妇产程发动后,助产士做好相关的分娩准备,在宫口开大 2 cm 时即进入导乐待产室,由导乐员进行一对一陪伴指导,具体

操作如下,第一产程(导乐陪护):产妇宫缩初期,疼痛不强烈,导乐员向产妇讲解宫缩及疼痛的影响,通过相关经验给予产妇鼓励及心理暗示等方法消除产妇的紧张、恐惧感;第一产程时宫缩不太强烈,导乐人员指导产妇合理地进行高热量、易消化饮食,保证能量的供给;产妇胎膜未破者,鼓励并指导其进行适量的体位活动,适当给予腰部及腹部按摩;整个产程中要持续给产妇以支持、鼓励,并周到服务,严密观察产程进展。改良呼吸法:主要包括两种呼吸方式,一种为宫口开放 2~8 cm 时,采用浅慢的加速呼吸,指导产妇全身放松,眼注视前方,鼻子吸气,嘴巴呼气,宫缩逐渐加强时随之加速呼吸,宫缩逐渐减弱时放慢呼吸。另一种在宫口开放 8~10 cm 时,此时宫缩

* 基金项目:景德镇市科技计划项目(编号:20192SFZC038)

频率及疼痛程度都会加强,指导产妇全身放松,注视前方,嘴巴微张吸气吐气连续,保持高位呼吸;根据子宫收缩的频率及强度调整呼吸速度,避免过度的换气;连续 4~6 个节奏的连续呼吸后再大力呼气,直至宫缩结束。音乐疗法:在产妇进入待产室后即播放轻柔的音乐,缓解产妇的紧张焦虑状态;导乐员在与产妇交流的过程中,根据音乐的特点与产妇进行沟通,通过音乐所产生的旋律、节奏、和声、音色等来调节产妇心理感官功能,使中枢神经系统逐步协调平衡;依据“引导意象和音乐”原理,助产士在产程不同阶段引导产妇想象美好的时光,让产妇时刻处于放松、愉悦状态。应用过程中应注意音乐疗法要做到因人而异,根据产妇的需求提供音乐,注意音乐分贝大小,并且在产妇休息时关闭音乐。第二产程:第二产程发动时,产妇的宫口全开,此时导乐员指导产妇摆放体位,给予产妇鼓励;并指导产妇继续采用改良呼吸法调整,在每次宫缩时配合呼吸。音乐应给予有力量的镇痛音乐,帮助产妇缓解过度紧张,并积极配合导乐员进行分娩发力,缩短产程将胎儿娩出。第三产程:胎儿娩出至胎盘娩出后,导乐员安抚产妇,指导放松呼吸,避免产妇情绪缓解过慢仍继续用力,影响子宫的收缩。背景音乐转为较缓的柔和音乐,帮助产妇放松情绪。然后做好新生儿的母婴早接触等一系列母婴护理;做好产后 2 h 出血情况的监测。

1.4 观察指标 比较两组的产程时间(第一产程、第二产程、第三产程、总产程)、产后出血量、新生儿 Apgar 评分、产时疼痛级别、产后抑郁评分及自我效能评分。新生儿 Apgar 评分量表^[4]包括呼吸、心率、肌张力、皮肤颜色、喉反射体征 5 项,每项按照表现是否正常分为 0 分、1 分、2 分,共 3 级,总分为 0~10 分,8 分及以上表示正常。产时疼痛分级采用 Woog-Banker 疼痛面部表情评估法(Woog-Bankerpain Faces Scale)^[5]评估,其中 0 级为全无疼痛,1 级为轻微疼痛,2 级为中度疼痛,3 级为严重疼痛,4 级为更严重的疼痛,5 级为最剧烈的疼痛。产后抑郁评分采用爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)^[6]评估,涉及心境、乐趣、自责等 10 项内容,总分为 0~30 分,总分 >13 分提示存在抑郁症状,总分越高表示个体的抑郁程度越高。自我效能评分采用分娩

自我效能(CBSEI-C32)量表^[7]评估,包括自我效能期望量表(EE-16)和结果期望量表(OE-16)两个量表,每个分量表包括 16 个相关问题,每个问题分为 1~4 分共 4 个等级,1 分表示完全无帮助,4 分表示非常有帮助,评分越高表示分娩自我效能感越高。

1.5 统计学分析 数据处理采用 SPSS21.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产程时间对比 联合组第一产程、第二产程时间均较短,组间比较差异显著($P < 0.05$);两组第三产程时间对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组产程时间对比(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	第一产程	第二产程	第三产程
联合组	50	400.65± 25.69	40.44± 8.34	7.11± 1.45
对照组	50	525.66± 29.34	60.25± 9.61	7.26± 1.33
t		34.408	16.796	0.731
P		<0.05	<0.05	>0.05

2.2 两组产后出血量、新生儿 Apgar 评分、产后抑郁评分对比 联合组产后出血量较少,产后抑郁评分均较低,组间比较差异显著($P < 0.05$);两组新生儿 Apgar 评分对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组产后出血量、新生儿 Apgar 评分、产后抑郁评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	产后出血量(ml)	产后抑郁评分(分)	新生儿 Apgar 评分(分)
联合组	50	132.48± 15.66	12.15± 2.16	9.58± 0.22
对照组	50	159.39± 20.34	17.33± 2.58	9.41± 0.31
t		12.151	16.957	5.464
P		<0.05	<0.05	>0.05

2.3 两组自我效能对比 联合组自我效能评分高于对照组,组间比较差异显著($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 自我效能评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

分组	n	OE-16	EE-16
联合组	50	54.86± 4.37	54.39± 5.15
对照组	50	39.70± 6.33	36.42± 6.15
t		24.530	24.673
P		<0.05	<0.05

2.4 两组产时疼痛级别对比 联合组产时疼痛级别较对照组低,组间比较差异无统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组产时疼痛级别对比[例(%)]

分组	n	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
联合组	50	0(0.00)	3(6.00)	12(24.00)	30(60.00)	4(8.00)	1(2.00)
对照组	50	0(0.00)	0(0.00)	7(14.00)	13(26.00)	20(40.00)	10(20.00)
χ^2		0.000	0.156	4.216	7.334	8.649	6.521
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

国内相关研究发现,我国女性中由于对分娩疼痛的焦虑、害怕而放弃自然分娩选择剖宫产的初产妇占很大比例。同时初产妇分娩中心理的焦虑状态会影响疼痛阈值,使其对疼痛的适应性降低,这也就容易使分娩疼痛的感受值增加。初产妇的焦虑情绪,会使其对分娩的配合度降低,子宫收缩减弱,造成产程的延长,对母婴安全造成威胁。不良的情绪对于心理状态有较大影响,特别对于初产妇,没有分娩经验,疼痛引起的焦虑不良情绪容易发生产后抑郁,所以良好的分娩感受对于降低产后抑郁症发生率具有积极意义^[8]。另有研究指出,待产环境对产妇分娩时的心情有一定影响,舒适的待产环境可以舒缓产妇不适心理,亦能缓解产妇的不良情绪,间接减少风险因素^[9]。

随着社会经济的高速发展,人们生活水平的提高,涌现出了许多种帮助产妇自然分娩的新式手段。导乐最早是由有分娩经验的女性帮助产妇进行整个过程的分娩,而现代医疗是通过有相关系统化的培训,取得相关资质,且有临床经验的导乐员进行分娩陪伴,通过正确科学的手段帮助产妇疏导不良情绪,缓解焦虑情绪,给予产妇连续的生理护理、心理护理和积极的鼓励^[10],并做好各阶段的评估等。本研究结果显示,联合组第一产程、第二产程时间均较短,组间比较差异显著($P < 0.05$);说明联合组的干预方法能够有效缩短产妇产程,降低不良情况的发生风险。联合组产后出血量较少,产后抑郁评分均较低,组间比较差异显著($P < 0.05$);说明联合组的干预方法可以减少产妇产后出血的情况和产后抑郁情况的发生。联合组产时疼痛级别较低,组间比较差异显著($P < 0.05$);联合组自我效能评分高于对照组,组间比较差异显著($P < 0.05$),说明联合组的干预方法能够有效缓解产妇疼痛,提高产妇的自我效能评分。改良式呼吸法建立在拉玛泽呼吸法的基础上,根据临床经验及简化后,有利于产妇掌握,在不同产程中利用不同的呼吸方式缓解疼痛,可转移产妇注意力^[11]。认知和情绪对疼痛是同时存在且又独立的调节系

统,所以对于疼痛的缓解上不仅可以依靠药物进行,同时对认知、情绪的调动也可使疼痛的程度得到缓解^[12]。音乐疗法干预可以分散产妇的注意力,通过产妇对音乐节奏、旋律的感受,带动产妇的情绪,使其正性情绪释放,激发心中的喜悦,神经系统得到放松,机体的个性功能达到最好的状态^[13]。

综上所述,导乐联合改良式呼吸法及音乐疗法在初产妇分娩中的应用价值较高,可以缩短产妇的产程时间,减少产后出血量,不影响新生儿 Apgar 评分,缓解产妇疼痛,提高产妇自我效能,减轻产妇产后抑郁状况。

参考文献

- [1]王淑贤.产前心理应激事件导致产后抑郁症的预防措施[J].中国农村卫生,2018,6(10):58.
- [2]曾丽欢.80 后初产妇住院需求及产前、产后的心理状态研究[J].中国现代药物应用,2012,6(19):125-127.
- [3]边国霞,郭志英.单胎正常分娩妇女围产期护理服务需求与影响因素研究[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2018,5(35):136.
- [4]Witcher TJ, Jurdi S, Kumar V, et al. Neonatal resuscitation and adaptation score vs apgar: newborn assessment and predictive ability [J]. J Perinatol, 2018, 38(11):1476-1482.
- [5]陈佳佳,童莺歌,柴玲,等.中文版多维疼痛评估工具的比较分析[J].护理学杂志,2018,33(6):102-105.
- [6]马秀华,宋凤丽,康淑玲,等.爱丁堡产后抑郁量表在产后抑郁症筛查中的应用[J].中国医刊,2017,52(2):52-57.
- [7]胡象岭,田春风,孙方尽.中文版一般自我效能量表的信度和效度检验[J].心理学探新,2014,34(1):53-56.
- [8]袁宏.产妇产前的心理状态及相关因素分析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2019,6(7):107.
- [9]胡颖,周明芳,万艳平.孕妇产前分娩恐惧社会心理因素及音乐疗法干预的研究进展[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(8):205-209.
- [10]朱雅丽.背景音乐联合助产士全程陪伴对接受自然分娩的初产妇的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(15):2866-2867.
- [11]曹征,丁丰华.改良式呼吸减痛法在产科中的应用价值研究[J].临床医学工程,2017,24(12):1715-1716.
- [12]郑赛飞.全程导乐助产护理干预对改善双胞胎阴道分娩妊娠结局及对产后焦虑、抑郁情绪的影响[J].医学理论与实践,2020,33(15):2562-2564.
- [13]丁宪玲.音乐疗法+导乐全程一对一陪伴对选择自然分娩足月、单胎头位初产妇总产程的影响[J].首都食品与医药,2020,27(9):179.

(收稿日期: 2020-08-21)

(上接第 16 页)

- [4]冯治宽,王恒亮,杨宁.稳心颗粒联合胺碘酮治疗冠心病室性心律失常疗效观察[J].陕西中医,2017,38(7):857-858.
- [5]李波,刘景委,胡春阳,等.胺碘酮联合美托洛尔静脉注射治疗快速性心律失常的疗效及安全性评价[J].实用临床医药杂志,2017,21(13):157-158.
- [6]张静,王平,张岚.急性心肌梗死与心律失常的临床特征分析及胺碘

酮联合门冬氨酸钾镁的干预效果观察[J].中国临床医生杂志,2018,46(3):282-284.

- [7]董慧民.门冬氨酸钾镁用于室性心律失常的临床效果分析[J].吉林医学,2019,40(4):761-762.
- [8]李延辉,陈瑶,黄莺,等.三种药物联合治疗老年慢性缺血性心脏病心力衰竭患者室性心律失常的疗效[J].中国医药指南,2020,18(10):51-52,55.

(收稿日期: 2020-09-25)