维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)04－0541－03

穴位按摩应用于分娩镇痛的研究

廖碧珍，周　勤

(重庆医科大学临床学院妇产科,重庆　400016)

【摘　要】目的:探讨穴位按摩的分娩镇痛效果。方法:选择 100 例临产后明显感觉腰骶部胀痛不适的初产妇,随机分为镇痛组(50 例)与对照组(50 例)镇痛组由一位有经验的助产士陪伴,当临产宫缩增强,产程临近或进入活跃期且明显感觉腰骶部胀痛时,采用穴位按摩镇痛,动态观察其分娩过程;对照组则不采用穴位按摩法。结果:两组产妇的疼痛缓解率有显著性差异($P<0.05$),镇痛组活跃期较对照组明显缩短($P<0.05$),自然分娩率也明显高于对照组($P<0.05$)。结论:临产后对腰骶部胀痛不适者采用穴位按摩可明显减轻疼痛,使分娩过程自然化。

【关键词】:穴位按摩;止痛;分娩

【中国图书分类法分类号】R224.1;R245.9　　【文献标识码】A　　【收稿日期】2002－10－21

Study on point massage for labor analgesia

LIAO Bizhen, et al

(*Department of Obstetrics and Gynecology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the effectiveness of point massage for labor analgesia. *Methods*: 100 parturient primiparae with obvious malaise of lumbosacral region were randomly divided into two groups. In analgesia group, there was an experienced midwife to nurse the parturient and use point massage for labor analgesia when the parturient felt lumbosacral pain or malaise, and dynamically observe the puerperal process. In control group, there was no point massage. *Results*: There was significant difference in the rate of remission of pain between the two groups ($P<0.01$). The active phase of the analgesia group was shorter than that of the control group($P<0.05$). The rate of natural labor of the analgesia group was much higher than that of the control group. *Conclusion*: Using point massage can relieve the pain of lumbosacral region obviously for parturient, and make the birth process natural.

【Key words】Point massage; Analgesia; Labor

分娩是自然而复杂的生理过程,产妇临产后有规律、周期性、阵发性的子宫收缩,宫颈扩张以及胎先露下降牵拉周围神经,引起不同程度的疼痛。其强度不仅与子宫收缩的频率和强度、宫颈扩张速度及胎方位、产程长短、组织损伤等有关,还与产妇对疼痛阈值的个体差异性及采用的镇痛措施等有关。为减轻分娩疼痛,有效的方法是根据临产后产妇的具体情况予以充分评估后,按产妇的需要确定采用分娩镇痛法。作者根据祖国医学的经络理论,在实践中探索出通过穴位按摩减轻分娩疼痛的方法,取得较好的效果。

1　资料和方法

1.1　研究对象

选择 2001 年 3 月～2002 年 4 月,B 超及产前检查无明显高危因素,拟经阴道分娩的足月、单胎、头位初产妇 100 例,年龄在 21～32 岁,且临产后有明显腰骶部胀痛不适者,随机分为镇痛组 50 例,对照组 50 例。两组产妇的年龄、孕周、身高、体重及胎儿体重经检验无显著性差异。实施穴位按摩前两组产妇疼痛分级评分经检验无显著性差异。

1.2　方法

镇痛组由一位有经验的助产士陪同,结合导乐分娩技巧,仔细评估产妇腰骶部疼痛部位、性质、程度并详细记录。当产程进展明显且临近活跃期,产妇自述腰骶部胀痛难忍时,助产士采用以下策略和方法:①体位:嘱产妇采取自觉舒适体位,常采用侧俯卧位,也可采用坐位或站位。②取穴:助产士据产妇宫缩时自述疼痛部位,用双手大拇指沿腰骶部脊柱旁两侧,沿经络走向取肾俞、志室、上胶、次胶、关元俞、胞育以及阿是穴,即试压疼痛敏感点,当按摩该点疼痛明显缓解时即为阿是穴。③按摩:再次宫缩时,即用双手大拇指进行俞穴及阿是穴痛点按摩,指压力量的强度据产妇的需要可

作者介绍:廖碧珍(1963－　),女,主管护师,
主要研究方向:产科护理学。

维普资讯 http://www.cqvip.com

重可轻,使用冲击式压力一松一压,宫缩间隙期即松开。少数产妇自述腰骶部胀痛,而未明显试探出痛点时,助产士则用一手或双手掌,涂上按摩油,在腰骶部做多穴位来回推拿按摩或用拳头捶压,直至产程结束。对照组则不予以穴位按摩。

1.3 疼痛分级和评估

疼痛分级参考 WHO 疼痛分级标准及张丽江等的疼痛判断标准[1]。0 级,腰酸,稍感不适;Ⅰ级,腰骶部酸痛可忍受,能正常生活,睡眠基本不受影响;Ⅱ级,明显腰酸痛伴出汗,呼吸急促,仍可忍受,睡眠受影响;Ⅲ级,强烈腰酸疼痛不能忍受,辗转翻身,不能睡眠。

痛级评估:显效,按上述疼痛标准,疼痛至少减轻一级或以上者;有效,疼痛有所减轻,但未达 WHO 分级中一个级别的程度;无效,疼痛程度无改变。

按摩穴位前将疼痛分级标准向产妇解释清楚,镇痛有效后让产妇评估疼痛减轻效果。

1.4 统计处理

实验数据采用 χ^2 检验及 t 检验进行分析。

2 结果

2.1 实施穴位按摩后两组疼痛评分(见表 1)

2.2 产程评分(见表 2)

2.3 分娩方式比较(见表 3)

表 1 疼痛评分

组 别	例数(n)*	显效	有效	无效	缓解率(%)#
镇痛组	46	9	23	14	69.57
对照组	42	2	12	28	33.33

* 例数为总例数减去剖宫产数

缓解率=(显效+有效)例数/n×100%,缓解率两组差异有显著性,$P<0.05$。

表 2 产程比较

组 别	例数(n)	潜伏期(h)	活跃期(h)	第二产程(h)	总产程(h)
镇痛组	46	8.56±4.21	3.57±1.34	0.84±0.47	12.98±4.85
对照组	42	9.32±3.56	4.36±2.56	1.02±0.67	13.32±6.12
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 3 分娩方式比较

组别	总例数	手术产(例)		顺产(例)
		剖宫产(例)	产钳术(例)	
镇痛组	50	4	3	43(86%)
对照组	50	8	10	32(64%)
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

分娩疼痛与产妇的精神状态有密切关系,英国学者 Dick Read[2]早在 1959 年曾提出"害怕—紧张—疼痛综合症"对自然分娩有一定程度的损害。以后许多研究表明,由于缺乏分娩经验,处于陌生环境,加之对分娩结果的未知性,使得初产妇临产后常会产生不同程度的紧张和恐惧心理,其结果导致一系列的病理生理反应,发生子宫收缩乏力,产程延长,甚至胎儿宫内窘迫及难产率增加[3]。穴位按摩根据中医穴位针刺、注射的原理,激发体内痛觉调制系统,抑制痛觉感受和情绪反应,协调宫缩,达到分娩镇痛的目的[4]。

3.1 穴位痛点按摩对分娩疼痛的影响

门阈理论[2]说明,引发来自其他部位的神经冲动可抑制痛觉冲动在脊髓的传导速度。当分娩疼痛明显位于腰骶部时,在该部位予以穴位痛点指压、推拿按摩,可在一定程度上抑制痛觉神经纤维对疼痛的连续传导,使疼痛明显缓解;同时,局部按摩可促进该区域血液循环,减少代谢产物的堆积,从而减轻其对神经末梢的刺激;按摩可提高肌肉工作能力与耐力,消除肌肉疲劳。本研究对镇痛组采用穴位按摩法后疼痛缓解率为 69.57%,明显高于对照组 33.33%,且差异有显著性。提示该法可有效缓解分娩疼痛,使分娩过程自然化。

3.2 穴位按摩对产程及分娩方式的影响

本研究显示镇痛组活跃期持续时间为 3.57±1.34h,短于对照组 9.32±3.56h 且差异有显著性,潜伏期、第二产程及总产程时间虽短于对照组,但差异无显著性。提示该法可缩短第一产程的活跃期时间,从而避免因畏惧或不能耐受分娩阵痛而引起的继发性宫缩乏力、产程延长及胎儿宫内窘迫,提高自然分娩的安全性。此外镇痛组顺产率为 86% 显著高于对照组 64%;阴道助产者亦少于对照组,提示该镇痛法可使产妇耐受自然分娩的疼痛,一定程度上降低了剖宫产率。

3.3 实施穴位按摩的体会

按摩是祖国医学的独特治法,通过手法作用于人体经络穴位,使之产生"外呼内应"的功效。按摩具有平衡阴阳、疏通经络、调和脏腑的功用。临床证

维普资讯 http://www.cqvip.com

明按摩可以止痛消肿、镇惊安神、助产等[5]。该法实施的关键需要一位有经验的助产士持续陪伴。潜伏期评估产妇对自然分娩的信心及分娩相关知识了解程度,适时宣教,训练产妇掌握减轻分娩疼痛的技巧,如:呼吸放松法、体位改变等。活跃期时根据产妇个体差异,变更不同的手法按摩不同穴位,以减轻产痛,缩短产程。同时严密监测产程进展,对待产中出现的问题及时处理,双方共同努力使宫缩协调,产程进展顺利,母婴安全度过分娩期。与其它镇痛方法相比,本法对产程及胎儿无不良影响,能提高分娩过程的安全性,有利于母婴健康,且简单易学,勿需特殊设备,易于推广应用。

参 考 文 献

[1]张丽江,王山米,谢 然,等.穴位注射用于产时镇痛观察[J].上海针灸杂志,2000;19(2):10-12.
[2]李丛业.实用产科护理[M].北京:科学技术文献出版社,1999;228-259.
[3]陈 华,王雅玲.孕妇心理因素对分娩的影响[J].中华妇产科杂志,1994;29(1):45.
[4]吴连芳,金有慧,赵卫红.分娩镇痛方法的临床研究[J].中华妇产科杂志,1997;32(6):362-3
[5]金义诚.推拿自学入门[M].上海:上海科学技术文献出版社,1987;4:1-18.

(上接第 540 页)

延迟扫描;Hwang[4]等选择了 45 例患者的 81 个结节型 HCC 三期螺旋 CT 影像,HAP 期发现 67 个病灶,明显高于另两期:Choi[5]等观察三期病灶的检出率分别是 86%、67%、72%,本文各期的检出率是 84.3%、66.7%、72.5%。不同的检出率可能与所选择的病例、机型或扫描方法差异有关,但是不难看出,HAP 期对病灶的检出,明显高于 PVP 和延迟期,这一点得到多方公认。根据 HCC 的病理生理特点,病灶在增强 CT 上的典型表现为"快进快出"显示[1,2],即 HAP 期呈高密度,PVP 期呈低密度。而本文的 HAP 图像上,却有 23.3%(10/43)的低密度病灶,其原因与肿瘤内坏死、脂肪浸润或肿瘤组织分化程度较高等有关[1,3];在 PVP 图像上,发现了 14.7%(5/34)的高密度灶,出现这一现象有 4 个方面的因素[1]:①有门静脉参与供血:②伴有肝硬化的患者,门静脉的部分血液转流到了侧支静脉内,使肝内血供减少,导致经门静脉到达肝内的对比剂相应减少,影响肝实质的强化;③肝脏背景的影响:脂肪肝或肝硬化脂肪浸润,肝实质本身密度较低:④扫描时间的影响:扫描层面正好落在病变密度降低和肝实质密度上升的交叉期。

总之,在结节型 HCC 的螺旋 CT 检查中,HAP 期图像显示的病变数目明显高于 PVP 及延迟期,同时病变的显示最清楚,然而,一些病变在 HAP 不能显示,而在 PVP 及延迟期上则可发现。因此,为了能最大程度显示病变,指导治疗,三期影像的采用是必要的,确实条件不允许者,HAP 及 PVP 期扫描必不可少。

参 考 文 献

[1] 周康荣主编,螺旋 CT[M].上海医科大学出版社,1998;97-118.
[2] 文 明,张克随,程耀茨,等.肝癌与肝血管瘤 CT 鉴别[J].中国医学影像技术,1995;11(2):130-132.
[3] Baron RL, Oliver Ⅲ JH, Dodd Ⅲ GD, et al. Hepatocellular carcinoma: Evaluation with biphasic, contrast-enhanced, helical CT[J]. Radiology, 1996;199(2):505-511.
[4] Hwang GJ, Kim MJ, YOO HS, et al Nodular hepatocellular carcinoma: detection with arterial-, portal-, and delayed-phase images at spiral CT[J]. Radiology, 1997;202(2):383-388.
[5] Choi BI, Lee HJ, Han JK, et al. Detection of hypervascular nodular hepatocellular carcinomas: Value of triphasic helical CT compared with iodized oil CT [J]. AJR, 1997;168(1):219-224.