

# 以新产程标准为指导处理产程对分娩结局的影响分析

李晴晴

安徽省妇女儿童医学中心妇产科 安徽 合肥 230011a

**【摘要】**目的：探究以新产程标准为指导进行产程处理对分娩结局的影响。方法：把2023年1月至2023年12月安徽省妇女儿童医学中心产科收治的初产妇82例作为参照组，期间开展传统产程标准进行产程指导；把2024年1月至2024年12月安徽省妇女儿童医学中心产科收治的初产妇82例作为研究组，期间开展新产程标准进行产程指导。比较两组分娩结局（包括产程时间、自然分娩率、产后出血发生率、新生儿不良结局）。结果：初产妇产程时间观察，参照组用时短于研究组，统计意义显著性高（ $P < 0.05$ ）。参照组自然分娩率60.98%，低于研究组80.00%，统计意义显著性高（ $P < 0.05$ ）。参照组初产妇产后出血发生率8.54%相较于研究组1.22%偏高，统计意义显著性高（ $P < 0.05$ ），参照组、研究组新生儿不良结局情况相比，结果相近（ $P > 0.05$ ）。结论：对初产妇开展新产程标准进行产程指导，能延长产程时间，提高产妇自然分娩率，可降低产后出血的发生率，而且还能降低新生儿不良结局出现。

**【关键词】**产程；初产妇；新产程标准；分娩结局

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.033

临床上，对于产程处理，传统产程标准一直是依据，不但能进一步规范产程，而且还能对产程进展动态表达，利于对产程异常情况的及时发现，使难产、分娩意外发生降低，促进胎儿正常分娩，初产妇自然分娩提高<sup>[1]</sup>。然而，伴随近几年人们生活水平提升，胎儿体质量增加属于常见现象，加之分娩女性年龄普遍偏高，一定程度提高分娩难度。既往传统产程处理是产程必不可少环节，但无法满足当前现代人分娩情况，甚至还危及母婴安全。有报道指出，新产程标准作为产程的开展，通过将产妇试产时间延长，能使剖宫产发生率降低，对促进初产妇正常分娩有重要意义。对此，为进一步探讨以新产程标准为指导的作用价值，本文选取82例初产妇为分析对象，以开展传统产程标准进行产程指导为参照对象，现分析报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

把2023年1月至2023年12月安徽省妇女儿童医学中心产科收治的初产妇82例作为参照组，其中，年龄21~39（ $30.52 \pm 1.43$ ）岁；孕周37~41+6（ $40.52 \pm 1.35$ ）周；新生儿体质量2500~4000（ $3350.63 \pm 50.71$ ）g。把2024年1月至2024年12月安徽省妇女儿童医学中心产科收治的初产妇82例作为研究组，其中，年龄21~39（ $30.61 \pm 1.52$ ）岁；孕周37~41+6（ $40.54 \pm 1.36$ ）周；新生儿体质量2500~4000（ $3400.22 \pm 50.32$ ）g。两组相比，结果相近（ $P > 0.05$ ）。

### 1.2 纳、排标准

（1）纳入标准：参照《妇产科学》<sup>[2]</sup>，确诊；均是单胎妊娠；初产妇年龄均 $> 20$ 岁；初产妇病例信息齐全；均为头位妊娠；符合阴道试产条件者。

（2）排除标准：胎位不正；精神疾病者（抑郁、焦虑等精神疾病用药史者）；妊娠合并症；经产妇。

### 1.3 方法

研究组：开展新产程标准进行产程指导。

（1）处理潜伏期原则：尽可能减少医疗干预，叮嘱初产妇多休息，保持身心放松，进行精神安慰，耐心讲解分娩这一生理过程，增强初产妇阴道分娩的信心；对胎儿情况密切监测。具体如下：①定期监测胎儿情况：每30-60min听诊胎心率一次；每4小时进行一次阴道检查。②结合初产妇需求，开展陪伴分娩、镇痛分娩。在宫口扩张5厘米时将其视为活跃期起点。

（2）处理活跃期原则：①定期监测胎儿情况：对胎心持续电子胎心监护，每2小时进行1次阴道检查。②如果宫缩正常，则无需进行干预处理；如果宫缩不理想（协调性宫缩乏力），即宫缩小于10min 3次，或强度超过基线不足25mmHg（1mmHg = 0.133KPa），可考虑人工破膜后，静滴500ml乳酸钠林格液联合2.5U缩宫素，加强宫缩。

（3）处理第二产程（从宫口开全到胎儿娩出的全过程）原则：协助初产妇行自由体位，并且鼓励初产妇采用最舒适的体位用力。初产妇如未行椎管内镇痛，第二产程超过3h可诊断第二产程延长；如行椎管内镇痛，超过4h可诊断第二产程延长；对于第二产程延长者根据具体情况决定剖宫产或阴道助产分娩。剖宫产指征：活跃期4~6h产程进展缓慢或停滞，或胎头下降停滞考虑头盆不称可能出现胎儿窘迫等情况、需剖宫产终止妊娠。

参照组：开展传统产程标准进行产程指导。在宫口扩张3厘米时将其视为活跃期起点。处理潜伏期、活跃期和第二产程原则可参照研究组进行。根据《妇产科学》发现，如果活跃期 $> 8$ 小时，潜伏期 $> 16$ 小时，第二产程时间 $> 2$ 小时，可表示异常，需施以阴道助产或剖宫产，结束分娩。

### 1.4 指标观察

(1) 观察初产妇(参照组、研究组)的产程时间:第一、第二、第三产程时间。

(2) 观察初产妇(参照组、研究组)的分娩方式:自然分娩、剖宫产、产钳助产。

(3) 观察初产妇(参照组、研究组)的产后出血,及新生儿不良结局,即羊水污染、脐动脉血气 PH 值<7.0 情况。

### 1.5 统计学方法

数据分析使用 SPSS27.0,其中计数数据,以百分比(%)描述,以  $\chi^2$  检验。计量数据,先行正态性检验,符合者以均值±标准差( $\bar{X}\pm s$ )描述,以 t 检验。 $P<0.05$ ,表明数据有差异。

## 2 结果

### 2.1 分析初产妇产程时间

初产妇产程时间观察,参照组用时短于研究组,统计意义显著性高( $P<0.05$ ),见表1。

表1 分析初产妇产程时间( $\bar{X}\pm s$ , min)

组别	参照组(n=82)	研究组(n=82)	t	P
第一产程	439.52±67.52	476.81±66.84	3.826	0.001
第二产程	42.09±18.51	51.73±19.65	3.234	0.002
第三产程	490.62±134.75	538.86±173.22	1.990	0.048

### 2.2 分析初产妇分娩方式

参照组自然分娩率 60.98%,低于研究组 80.00%,统计意义显著性高( $P<0.05$ ),见表2。

表2 分析初产妇分娩方式[n(%)]

组别	参照组(n=82)	研究组(n=82)	$\chi^2$	P
自然分娩	50(60.98)	64(80.00)	6.404	0.041
剖宫产	23(28.04)	15(18.29)		
产钳助产	9(10.98)	3(3.66)		

### 2.3 分析初产妇产后出血,及新生儿不良结局

参照组初产妇产后出血发生率 8.54%相较于研究组 1.22%偏高,统计意义显著性高( $P<0.05$ ),参照组、研究组新生儿不良结局情况相比,结果相近( $P>0.05$ ),见表3。

表3 分析初产妇产后出血,及新生儿不良结局[n(%)]

组别	参照组(n=82)	研究组(n=82)	$\chi^2$	P
产后出血	7(8.54)	1(1.22)	4.731	0.030
羊水污染	12(14.63)	5(6.10)	3.216	0.073

脐动脉血气 PH 值	8(9.76)	3(3.66)	2.436	0.119
<7.0				

## 3 讨论

分娩是每个妊娠女性都要经历的生理过程,妊娠 37 周-41 周+6 天的孕妇自然临产,产程进展正常,胎儿以头位自然娩出,且分娩后母儿状态良好的分娩为正常分娩。但对初产妇而言,分娩属于复杂生理过程,如果处置不合理,则会对母婴安全带来严重危害。就当前而言,对于分娩处理,临床多选择开展传统产程标准进行,以表格形式评估产程,经过对产程时间、胎心率和宫口扩张等进程情况详细记录,利于对分娩异常情况的及时发现,进而能使难产、分娩意外等情况发生降低,保证分娩安全<sup>[3-4]</sup>。伴随近几年人们生活模式转变,胎儿体质量增大、高危孕产妇情况屡见不鲜,产科干预工作开展愈发常见,也增加了剖宫产发生。由于传统产程标准有限,因此无法有效确保产程安全。

有报道表明,以新产程标准为指导处理产程,能使初产妇剖宫产情况发生降低,将不必要产程干预缩减,有利于对活跃期停滞时间、产程时间的改变,促进胎儿顺利娩出,保证母婴安全。在本研究中,经上述分析可知,初产妇产程时间观察,参照组用时短于研究组,统计意义显著性高( $P<0.05$ ),证实,开展新产程标准进行产程指导,能有效延长产妇产程时间。因为,新产程标准的提出,根据《正常分娩指南》<sup>[5]</sup>,其内容涵盖如下:①在宫口扩张 5 厘米时将其看作产程活跃期起点;②当破膜且宫口扩张 $\geq 5\text{cm}$ 后,如果宫缩正常,宫口停止扩张 $\geq 4$ 小时,可诊断活跃期停滞;如宫缩欠佳,宫口停止扩张 $\geq 6$ 小时,可诊断为活跃期停滞。活跃期停滞可作为剖宫产术的指征。③初产妇如未行椎管内镇痛,第二产程超过 3 小时可诊断第二产程延长;如行椎管内镇痛,超过 4 小时可诊断第二产程延长;对于第二产程延长者根据具体情况决定剖宫产或阴道助产分娩。④初产妇 $>20$ 小时,经产妇 $>14$ 小时。在除外头盆不称及可疑胎儿窘迫的前提下,缓慢但有进展(宫口扩张和胎先露下降)的潜伏期延长不作为剖宫产指征。由此能说明,新产程标准的实施,能使产妇有更多试产时间,进而能延长产程时间。

另外,在研究结果中还可知,参照组自然分娩率 60.98%,低于研究组 80.00%,统计意义显著性高( $P<0.05$ ),证实,进行新产程标准开展指导,可提高产妇自然分娩率。因为,进行以新产程标准为指导对产程实施处理,能使产妇分娩期间酸性代谢物降低,产妇疲劳消耗程度缩减。再者,通过延长活跃期停滞时间,能使产妇分娩时间增加,将不必要的干预排除,促进自然分娩,减少剖宫产等情况发生。在结果分析中还可知,参照组初产妇产后出血发生率 8.54%相较于研究组初产妇产后出血发生率 1.22%偏高,统计意义显著性高( $P<0.05$ ),证实,

施以新产程标准进行指导,能降低初产妇产后出血发生。因为,通过将初产妇产程时间延长,可对产程进展起到推进作用,子宫收缩力提高,有利于产后出血发生降低。再者,参照组、研究组新生儿不良结局情况相比,结果相近( $P>0.05$ ),因为,新产程标准的开展,能对胎儿窘迫、脐带/胎头受压情况及时预料,可解决宫缩影响问题,使酸性代谢物减少,确保胎儿呼吸中枢功能处于正常状态,避免新生儿不良结局发生增加。

进行新产程标准指导时,需要对以下问题加以注意,如胎儿宫内状态、产妇心理、精神状态和体力等,对此,针对上述情况,可开展应对措施如下:①积极主动与产妇对话沟通。产程进展缓慢,容易导致初产妇过于担忧胎儿安全,从而会产生心理压力,对此,应加强主动与初产妇对话交流,对胎儿、产程进展等情况简单介绍,让其知晓下一步方案,并在处理产程

方面尽可能获取产妇配合及理解,从而能有效保证分娩顺利。②加强对胎儿监测。于活跃期后,对胎心持续监测,进行动态评估,如果发生胎心异常,则需进行宫内复苏,包括吸氧、体位改变、补液等。③产妇镇痛分娩需求尽可能满足。阵痛时间过长易对产妇进食、休息产生影响。对此,镇痛分娩,有利于产妇阵痛情况改善,并且能使产妇得到充分休息与放松,能使自然分娩信心提升。所以,需依照产妇意愿,为其予以镇痛分娩服务。④于第二产程时段,为使产妇体力消耗缩减,可指导其自主屏气用力、行自由体位。防止宫口一开全,降低宫缩乏力、体力不支发生。

总的来说,对初产妇开展新产程标准进行产程指导,能延长产程时间,提高产妇自然分娩机率,不会增加产后出血情况发生,而且还能降低新生儿不良结局出现,可建议推广。

### 参考文献:

- [1] 李毅飞,王红艳,苏小娟,等.新产程标准下分娩镇痛对初产妇产程及分娩结局的影响[J].河北医药,2023,45(20):3144-3146,3150.
- [2] 谢辛,苟文丽.妇产科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:168-186.
- [3] 王红艳,张铭娜,李毅飞,等.新产程标准下不同时机分娩镇痛对初产妇产程及分娩结局的影响[J].河北医药,2023,45(19):2959-2961,2965.
- [4] 李翰玲,马建娣,陈贵君.低风险初产妇入产房时机对分娩结局及产程的影响[J].护理学杂志,2023,38(21):1-5.
- [5] 中华医学会妇产科学分会产科学组.中华医学会围产医学分会.正常分娩指南[J].中华围产医学杂志,2020,23(6):361-369.