

## 发扬正常分娩的护理准则 #4:无常规干预措施

拉玛泽课上的一名孕妇询问分娩导师，“电视里面好像大多数妇女在产程中都躺在床上。她们身上挂着点滴，有的还带着监测胎儿心跳的连线。在现今的技术条件下，分娩难道不是更安全吗？”



医疗护理领域内的发展使得分娩更加安全，特别是对于具有高风险妊娠因素的妇女和早产的宝宝来讲。产科干预，例如静脉点滴（IV）、电子胎儿监护（EFM）、催产（加速产程）、以及硬膜外麻醉，在很多医院内是常规措施。然而，研究并没有显示这些干预措施的常规使用对于所有妇女来讲可提高分娩的结果。实际上，研究建议除非针对一项干预措施存在明确的医学适应症（原因），否则干预产程和分娩的正常进程不太可能是有益的，而且实际上可能是有害的。干预措施可能会非常简单，例如出生后母婴分离，或者也可能会非常复杂，例如针对正常的产程使用持续电子胎儿监护。

### 限制进食和饮水

在产程中限制液体和食物是一项广泛公认的产科传统。它开始于50年前，那时候妇女经常在没有任何保护呼吸道而进行全麻的条件下分娩。这项传统的依据是相信禁食减少了胃内容物，因此当一名妇女在全麻的情况下呕吐时，胃内容物进入肺（吸入）的机会也随之降低。但是，在过去的50年中，麻醉技术有了很大的提高。全麻在现代产科学中已非常罕见；吸入在现代麻醉学中也非常罕见；禁食期不能担保空胃的效果；而且清澈的液体几乎立刻从胃内排空。出于这些原因，很多健康护理提供者不再限制正常产程中的进食和饮水。

全美麻醉师协会（ASA）和美国产科医生与妇科医生学会（ACOG）推荐在产程中可以给予低风险的妇女清澈的液体。<sup>1,2</sup>助产士经常建议在较长时间的产程中少量进食一些快餐和液体以提供能量。加拿大产科医生与妇科医生协会声明“应该向处于活跃产程中的妇女提供少量的食物或者液体食

物。”<sup>3</sup>一个有关以证据为基础的护理的世界权威性信息资源——科霍恩妊娠与分娩团体，推荐在产程中使用低残余物、低脂肪的食物。<sup>4</sup>麻醉师进行了有关在产程中进食的安全性的研究。<sup>5</sup>伴随着研究的新发现和医学新技术的浮现，在产程中限制进食和饮水的传统也发生了改变。

### 静脉液体的使用

静脉疗法已经被常规用于预防限制进食和饮水的妇女出现脱水，以及在出现紧急情况时提供快速的静脉通路。但是，是否所有产妇都需要静脉点滴受到了质疑。<sup>6</sup>危及生命的紧急情况在低风险产妇中非常罕见；静脉点滴不能提供营养或者由食物和液体所提供的能量；有些妇女发现扎静脉点滴很疼而且非常紧张；静脉点滴使妇女很难变换体位以及自由地四处活动。根据科霍恩妊娠与分娩团体的信息，常规使用静脉点滴不太可能是有益的。<sup>4</sup>

如果您是引产或者催产，如果您接受了硬膜外麻醉，或者如果您无法进食或者喝水，那么您需要静脉点滴。

### 持续性电子胎儿监护

宝宝的心率可以通过听诊（使用多普勒或者听诊器聆听）或者电子胎儿监护而得到监测。EFM可以持续（恒定地）或者间断（时断时续）地完成。间断电子监护的举例是，当留在产妇身旁的监视器每小时内有20分钟处于开启状态而剩余40分钟处于关闭状态时。当监视器关闭时，产妇可以自由地四处活动并使用舒适感方法，例如盆浴或者淋浴。持续EFM限制了妇女移动和变换体位的能力，这通常意味着该妇女卧床。她通向各种舒适感方法的路

径，例如使用淋浴、盆浴或者生育球，可能受到限制。

针对使用听诊监测的推荐取决于一名妇女的产程是否被认为是低风险或者高风险。对于一个低风险产程来讲，专家推荐在活跃的产程（产程的阶段，其中宫颈口已开全至10厘米）中，护士每隔30分钟听一次宝宝的心跳，在第二产程（产程的娩出阶段）中，每隔15分钟听诊一次。对于一个高风险产程来讲，护士应该在活跃的产程中每隔15分钟听一次宝宝的心跳，在第二产程中每隔5分钟听诊一次。<sup>7,8</sup>



根据美国产科医生和妇科医生学会（ACOG）和妇女健康、产科与新生儿护理协会（AWHONN）的信息，没有并发症的健康妇女可以使用间断听诊或者EFM监测。<sup>7,8</sup>对比听诊与EFM的研究结果，揭示两者在针对宝宝的结果中没有差异。但是，使用EFM的母亲们剖宫产的比例更高。<sup>4</sup>ACOG建议使用听诊取代EFM作为降低剖宫产率的一种方法。<sup>9</sup>

与您的健康护理提供者谈谈使用听诊或者间断EFM而不是持续EFM。但是，如果您患有医学并发症，如果您的产程是引产或者人工催产，如果您使用了硬膜外麻醉，或者如果在产程中出现了问题，那么您将需要持续EFM。

### 加速产程：人工破膜和催产

不让产程持续过久可能听上去很吸引人，但是在没有医学适应症的情况下干扰产程的步调和长度不太可能会有益处。<sup>4</sup>每个产程都是独一无二的，并且受到诸多因素的影响，包括宝宝的大小和体位，产妇自由活动的的能力，妇女感受到的信心，以及她在产程中得到的支持。破水（破膜）可能缩短

产程，但是也有代价。<sup>4</sup>包围在宝宝周围的羊水在他穿过产道时，会保护他免受感染和挤压。研究显示在产程早期破膜，剖宫产率会增加。<sup>10</sup>因为破膜的拖延与母亲和宝宝的感染风险增加有关，所以从某种确切的角度上讲，一旦妇女破水后就进入到分秒必争的阶段。如果产程没有进展，那么健康护理者可能建议使用人造催产素（后叶催产素）加速产程。

在正常产程中，催产素在脑部释放。当催产素达到一个较高的水平时，内啡肽释放。内啡肽，这种身体内天然的疼痛缓解激素，会帮助妇女对付产程中的疼痛。通过静脉点滴给予的后叶催产素、人造催产素，不到达脑部；因此，它不会引发缓解疼痛的内啡肽的释放。

后叶催产素同时还以其他的方式改变产程。已经接受后叶催产素的妇女的宫缩更加强烈、时间更长而且通常会更加疼痛。如果已经接受了后叶催产素，则妇女还需要其他的干预措施，例如静脉点滴和持续EFM。因为后叶催产素，妇女通常会被限制在床上，所以没有舒服的自由活动或者盆浴或淋浴。更强烈的宫缩、没有内啡肽、以及无法使用舒适感方法，增加了妇女需要硬膜外麻醉的可能性。

根据科霍恩妊娠与分娩团体的信息，“允许妇女四处活动并随便进食和饮水对于大多数妇女来讲，可能至少与考虑需要催产的结果同样有效而且肯定更加愉快。”<sup>4</sup>研究建议羊膜穿刺术（破膜）和后叶催产素催产应该保留给出现真正正常产程进程的妇女。<sup>10</sup>两者中哪一项都不应该被常规使用。

### 硬膜外麻醉

很多妇女害怕产程和分娩的疼痛并渴望使用疼痛药物处理，特别是当在缓解疼痛中，药物处理与硬膜外麻醉同样有效时。在有些医院内，超过90%的妇女在产程中使用了硬膜外麻醉。在最近一项全美调查中，报道了百分之六十的妇女接受了硬膜外麻醉。但是，这些妇女中有26%至41%不知道硬膜外麻醉的副作用。<sup>11</sup>

借助硬膜外麻醉，由于骨盆肌肉松弛，宝宝可能要花更多的时间旋转并下降穿过产道。疼痛的缺乏可能干扰催产素的天然释放，而且可能导致需要使用后叶催产素刺激产程。由于硬膜外麻醉用药可能会导致产妇血压下降，所以推荐在麻醉前和麻醉中使用静脉输液。因为在硬膜外麻醉中所使用的药物可能降低母体的血压，所以应该使用持续EFM监测宝宝的心率。有些接受硬膜外麻醉的妇女没有感

觉到排空膀胱的需要，于是可能需要插导尿管以排空膀胱。

在产程和分娩生理学中的改变，以及在硬膜外麻醉中为了确保母亲和宝宝的安全所要求的干预措施，为大量可能的且无意识的结果创造了条件。研究显示硬膜外麻醉与较低的自发阴道分娩率、较高的器械分娩率（真空或者产钳）、以及较长的产程有关，特别是对于首次分娩的妇女来讲。研究还显示使用硬膜外麻醉的妇女在产程中有较高的发热几率。结果，她们的宝宝可能需要检查并因为可能的感染而接受治疗，从而导致母婴分离。有证据揭示硬膜外麻醉的使用，特别是对于初为人母的妇女来讲，可能会增加剖宫术的几率。<sup>13</sup>

在做出个人决定之前，仔细权衡硬膜外麻醉的风险和利益是非常有道理的。每个产程都是独一无二的。如果您的产程特别长而且您非常疲惫，使用硬膜外麻醉可以提供可能有利的休息机会。您可能具有硬膜外麻醉的医学适应症—例如：如果您需要剖宫产的话。如果您积极地配合产程，并且可以自由地活动和寻找各种舒适感的方法，那么您将不太可能需要硬膜外麻醉，或者不太可能需要很多药物。使用较小剂量的硬膜外药物、在产程后期使用药物、以及允许它在您用力生产之前消耗，可能会降低无意识效果的几率。

### 来自于拉玛泽国际的推荐

拉玛泽国际推荐您避免有关进食和饮水的限制，而且与您的健康护理提供者讨论只有在出现医学适应症的情况下方可使用静脉点滴、持续EFM、人工破膜、催产、以及硬膜外麻醉。拉玛泽国际鼓励您相信自己有能力在没有常规干预措施的情况下给予分娩，并且选择那些只有在医学上为必要情况时方使用这些干预措施的健康护理者和分娩场所。

### 参考文献

1. American Society of Anesthesiologists Task Force. (1999). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*, 90(3), 896–905.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). ACOG practice bulletin: Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 177–191.
3. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). (1998). *Healthy beginnings: Guidelines for care during pregnancy and childbirth*. Retrieved from

[http://www.sogc.medical.org/SOGCnet/sogc\\_docs/common/guide/library\\_e.shtml#obstetrics](http://www.sogc.medical.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_e.shtml#obstetrics)

4. Enkin, M., Kierse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
5. Kubli, M., Scrutton, M.J., Seed, P.T., & O’Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic “sports drinks” during labor. *Anesthesia & Analgesia*, 94(2), 404–408.
6. Begum, M. (1999). In B. Sengupta et al. (Eds.), *Obstetrics for Postgraduates and Practitioners*. New Delhi: BI Churchill Livingstone.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (1995). Fetal heart rate patterns: Monitoring, interpretation, and management. *ACOG Technical Bulletin* (No. 207). Washington, DC: ACOG.
8. Feinstein, N.F., Sprague, A., & Trépanier, M.J. (2000). *Fetal heart rate auscultation*. Washington, DC: Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: ACOG.
10. Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (2003). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, 2. Oxford: Update Software.
11. Declercq, E., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., Risher, P. (2002). Listening to mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women’s Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association.
12. Lieberman, E., & O’Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *Supplement to American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5): S31–S68.
13. Howell, C.J. (2003). Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labor. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* (Issue 3). Oxford: Update Software.

### 研发者：

拉玛泽国际教育委员会

### 第一作者：

Judy Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE  
Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE  
Jeannette Crenshaw, RN, MSN, IBCLC, LCCE, FACCE

投稿者和回顾者:

Diana Chiaverini, RN, MEd, LCCE, FACCE

Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE

Caroline Donahue, RN, MA, LCCE, FACCE

Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE

---

---

2003年9月修订版。©2003年拉玛泽国际。“拉玛泽”是拉玛泽国际有限公司注册的一个商标。只有在文中涵盖出于拉玛泽国际的原因前提下，方可复制和分发本文中的内容。更多关于拉玛泽国际的信息，请参观我们的网站：<http://www.lamaze.org> 或者拨打电话（800）368-4404 或者（202）367-1128。