

泛长三角地区助产机构分娩镇痛服务 实施现况的横断面调查

闵辉¹ 梁爽² 顾春怡^{2Δ} 杨燕³ 张铮³

(¹复旦大学附属妇产科医院LDR病房, ²护理部, ³产房 上海 200011)

【摘要】 目的 调查助产机构分娩镇痛服务的临床实施现状及存在的问题,为构建符合国情的分娩镇痛循证实践方案提供依据。方法 采用便利性抽样方法,选取国内泛长三角地区江浙沪皖4个省、直辖市内的8所助产机构,其中三级甲等妇产专科医院5所,三级甲等综合医院2所,二级乙等妇产专科医院1所。采用横断面研究中的问卷调查法进行现况调查和描述分析,包括助产机构基本信息、非药物分娩镇痛实施情况和药物镇痛实施情况。采用关键知情人访谈法对12名助产机构产房护理管理者进行半结构化访谈。**结果** 8所助产机构均采用了不同类型的药物或非药物分娩镇痛技术。8所机构均开展了产时陪伴分娩、自由体位、拉玛泽分娩呼吸法和音乐疗法;7所机构开展产时按摩;5所机构开展热敷;4所机构开展淋浴/浸浴和经皮神经电刺激疗法(transcutaneous nerve electrical stimulation therapy, TENS);3所机构开展芳香、催眠和穴位按压;尚无助产机构开展水针注射镇痛疗法。1所机构缺乏药物分娩镇痛相关的孕产妇教育;2所机构在产时分娩疼痛评估方面缺乏科学工具;各机构在疼痛评估时机和频次上存在不一致性,且缺乏统一的分娩镇痛护理常规和工作流程。**结论** 助产机构实施分娩镇痛服务的差异性较大,普遍缺乏基于证据的临床实践规范和循证实践意识,需要进一步规范助产机构分娩镇痛服务,更好地推进分娩镇痛服务的临床实施。

【关键词】 分娩镇痛; 助产机构; 泛长三角地区; 问卷调查; 访谈法

【中图分类号】 R717 **【文献标志码】** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-8467.2023.03.015

A cross-sectional study on the implementation of labor pain management service in midwifery institutions of the Pan-Yangtze River Delta

MIN Hui¹, LIANG Shuang², GU Chun-yi^{2Δ}, YANG Yan³, ZHANG Zheng³

(¹Department of LDR Unit, ²Department of Nursing, ³Department of Delivery Unit, Obstetrics and Gynecology Hospital, Fudan University, Shanghai 200011, China)

【Abstract】 **Objective** To investigate the current status and existing problems of labor pain management service in maternity settings in order to provide basis for the construction of evidence-based practice of labor pain management in China. **Methods** Eight midwifery institutions in Jiangsu Province, Zhejiang Province, Shanghai Municipality and Anhui Province in the Pan-Yangtze River Delta were selected by convenience sampling. A cross-sectional study using questionnaire surveys was conducted to investigate and describe the current situation in terms of the basic information of maternity settings, the implementation of non-pharmacological and pharmacological pain management. The key informant interviews using semi-structured outlines were conducted with 12 nursing managers in the delivery units of

国家自然科学基金(72004029);上海市地方高水平大学建设循证护理创新研究院多中心循证创新实践项目(FNDGJ201903);上海市卫健委卫生行业临床研究专项(202040097)

^ΔCorresponding author E-mail: guchunyi@fudan.edu.cn

网络首发时间:2023-05-15 14:58:28 网络首发地址:https://kns.cnki.net/kcms2/detail/31.1885.R.20230512.1626.004.html

maternity settings. **Results** Eight hospitals provided different types of labor pain management services. Among them, 8 hospitals provided intrapartum continuous support, free positions during labor, Lamaze breathing techniques, and music therapy; 7 hospitals provided massage; 5 hospitals had hot compress; 4 hospitals provided shower, bath and transcutaneous nerve electrical stimulation therapy (TENS); 3 hospitals had aromatherapy, hypnosis and acupoint pressing; none provided sterile water injection. Meanwhile, 1 hospital lacked maternal health education related to pharmacological pain management, 2 hospitals lacked specific tools for labor pain assessment. There were inconsistencies among different hospitals in the timing and frequency of pain assessment, care routines and workflows of labor pain management. **Conclusion** The implementation of labor pain management in selected maternity settings varies a lot. There is a lack of evidence-based practice standard and awareness related to pain management. Further standardize the labor pain management services in maternity settings of China is needed to facilitate the implementation of labor pain management.

【Key words】 labor pain management; maternity settings; Pan-Yangtze River Delta; questionnaire survey; interview method

* This work was supported by the National Natural Science Foundation of China (72004029), Multi-center Evidence-based Innovation Project of Shanghai Top-level University Capacity Building in Evidence-based Nursing Innovation Research Institute (FNDGJ201903) and Health Industry Clinical Research Project of Shanghai Municipal Health Commission (202040097).

分娩疼痛是母体对分娩启动与进展的监测信号,也是其在分娩过程中最为痛苦的经历和感受^[1]。我国大中型城市剖宫产率高达65%,且多为非医学指征剖宫产^[2],分娩疼痛是导致非医学指征剖宫产手术的首要原因^[3]。提供及时有效的分娩疼痛缓解措施是促进孕产妇分娩体验的重要前提^[4]。现有分娩镇痛方法主要包括非药物分娩镇痛和药物分娩镇痛两大类。近年来,英国国家卫生和临床技术优化研究所(NICE)、加拿大麻醉医师协会(CAS)以及美国麻醉医师协会(ASA)均颁布了一系列药物性或非药物性分娩镇痛相关临床指南^[5-7],总结并推荐了分娩镇痛规范实施及照护的最佳证据。2018年国家卫健委颁布《关于开展分娩镇痛试点工作通知》,并制定了《分娩镇痛试点工作方案(2018—2020年)》,强调要进一步规范分娩镇痛操作技术,提升分娩镇痛的覆盖范围,普及镇痛条件下的自然分娩,以降低剖宫产率,增强医疗服务舒适化程度以及孕产妇就医满意度。

本研究通过对泛长三角地区8所助产机构开展横断面调查和关键知情人访谈,旨在了解我国目前分娩镇痛服务的实施现状及存在的问题,为构建符合国情的分娩镇痛循证实践方案提供依据。

资料和方法

研究方法和对象 采用横断面调查方法,于2020年8月至11月通过便利抽样法选取泛长三角地区(江浙沪皖三省一市)的8所助产机构,其中三级甲等妇产专科医院5所,三级甲等综合医院2所,二级乙等专科医院1所。邀请机构内孕产保健服务人员现场填写问卷并收集信息;并通过对上述机构12名产房护理管理者开展关键知情人访谈,样本量以资料饱和为准。访谈对象均为女性,具有丰富的临床助产工作经验和助产管理经验。受访者年龄38~51岁,平均(43.50±5.25)岁;工作年限15~33年,平均(22.75±6.44)年;职称:主管护师5名,副主任护师6名,主任护师1名;学历:大专1名,本科8名,硕士2名,博士1名。

调查工具 根据研究目的检索文献后设计助产机构分娩镇痛实施现状调查问卷。首先遵循证据来源6S金字塔原则^[8]检索数据库,经严格筛选最终纳入7篇文献^[5-7,9-12],分别来自英国、澳大利亚、瑞士、加拿大和美国。其中1篇指南、2篇证据汇总、4篇系统评价。证据推荐级别采用GRADE推荐强度(2004版)^[13],共形成68条推荐意见,其中62条强烈推荐证据以及6条弱推荐证据。对证据进行整理、

精简、分类、归纳,最终形成64个审查指标,由此形成助产机构分娩镇痛实施现状调查表,主要包括助产机构基本信息、非药物分娩镇痛实施情况和药物镇痛实施情况等3个部分。机构产科及产房基本信息包括医院所属性质、产科床位情况、年分娩量、产房人力配置(包括助产士和麻醉医师人数)和分娩镇痛类型。非药物分娩镇痛实施情况主要包括分娩镇痛健康教育、分娩疼痛评估和测量工具、非药物分娩镇痛选择项目、服务设施和场所、产时陪伴者资质和激励机制,共6个维度32个条目。药物分娩镇痛主要涉及椎管内分娩镇痛技术服务,包括椎管内分娩镇痛开展情况、健康教育、标准规范、安全管理、产时照护和镇痛开始和终止时机,共6个维度32个条目。该调查问卷由5名助产专家进行内容效度测评,测得内容效度指数为0.864。

关键知情人访谈提纲 选择8所助产机构的12名产房护理管理者作为关键知情人,进行半结构式面对面访谈,访谈内容如下:(1)院方是否提供分娩镇痛相关产前教育课程;(2)在非药物分娩镇痛实施过程(涉及呼吸指导、豆袋热敷等)中遇到的问题;(3)药物镇痛(椎管内分娩镇痛)实施及管理过程中的障碍因素;(4)现有分娩镇痛临床措施和目前最佳证据之间存在的差异。

资料收集 本研究对8所助产机构展开调查,由助产机构产房助产士长填写问卷信息,每所医院完成一份问卷,问卷均有效回收。对12名关键知情人进行访谈,访谈开始前介绍课题背景,说明研究目的和意义;征得受访者同意后进行录音,并做好现场笔记,访谈时间为45 min。

资料分析 对调查问卷结果进行归纳、整理和描述分析;对于关键知情人访谈资料,反复听取录

音材料,并转为文字信息,再整理为访谈记录。采用内容分析法提取出有意义的内容,进行编码归类和精简,归纳访谈主题。

质量控制 参与调查的人员对研究充分了解,并接受过统一培训,培训重点是调查问卷中各条目内容和具体说明,培训合格后开始正式调查。现场调查过程中,当天回收调查问卷,进行手工核查,以确保每个条目的完整性。实施访谈前,参与关键知情人访谈的研究人员接受统一培训,以准确把握访谈主题,提高访谈质量。采用录音加笔录的方式记录访谈内容,以保证原始记录的完整性和准确性。

结 果

助产机构一般资料和分娩镇痛服务总体实施情况 参与调查的8所助产机构一般情况见表1。调查机构产科床位46~500张,产房内分娩床位3~18张;上年分娩量1 500~29 900例;产房内独立手术室0~5间;产房内助产士人数15~97人、产房内产科医师0~10人、麻醉医师0~3人(其中2所医院产房内无麻醉医师24 h值班)。8所助产机构均不同程度地开展了非药物及药物分娩镇痛服务。在药物分娩镇痛服务实施方面,8所机构均使用椎管内分娩镇痛,其中1所医院在产时使用椎管内分娩镇痛,产后改用静脉麻醉镇痛。药物镇痛实施过程中,均由麻醉医师完成椎管内置管或静脉麻醉镇痛。在非药物分娩镇痛实施方面,8所医院均采用了多种非药物镇痛,主要由助产士提供服务,7所机构由助产士介入并指导家属参与分娩陪伴,1所机构由社会人员(非助产士)担任分娩陪伴者。

非药物分娩镇痛服务的实施情况 8所机构开

表1 助产机构一般情况

Tab 1 General situation of maternity settings

Item	Tertiary first-class OBGY hospital (n=5)	Tertiary first-class general hospital (n=2)	Middle second-class OBGY hospital (n=1)	Total (n=8)
Deliveries last year	2 494-29 900	1 500-1 800	7 037	74 522
Obstetric beds	61-500	46-62	193	1 544
Delivery beds	4-18	3-4	9	64
Operating rooms in DR	1-5	0-1	1	14
Midwives in DR	19-97	15	29	323
Obstetricians in DR	2-10	0-1	1	29
Anesthetists in DR	0-3	0-1	1	10

OBGY: Obstetrics and gynecology; DR: Delivery room.

展非药物分娩镇痛健康教育、分娩疼痛评估及测量工具、非药物分娩镇痛选择项目、服务设施场所和服务提供者的情况见表2。主要的问题或差异体现在以下方面:

(1)产前健康教育:8所机构虽均通过助产士门诊、孕妇学校等多种途径在一定程度上开展了非药物分娩镇痛相关产前教育,但其中7所机构健康教育资料参差不齐,由产科护士或助产士担任产前健康教育者,人员不固定,且课程设置中缺乏充分的

非药物分娩镇痛信息,如分娩呼吸法、按摩技术等。

(2)分娩疼痛评估:2所机构仅借助助产士工作经验对产妇疼痛作出主观判断,未使用任何评估工具。在疼痛评估频次方面,3所机构在产妇临产后每小时进行评估,直至分娩结束;另外5所机构评估频次不一致:2所每2 h评估疼痛情况;1所以宫口扩张4 cm为分界点,当宫口扩张 <4 cm时,每班评估一次,当宫口扩张 ≥ 4 cm时,每4 h评估一次;2所未开展准确评估。

表2 助产机构非药物分娩镇痛服务的实施情况

Tab 2 The implementation of non-pharmacological labor pain management services

Variables	No.1	No.2	No.3	No.4	No.5	No.6	No.7	No.8
Health education on non-pharmacological pain management	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Labor pain assessment	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Assessment tools using VAS or NRS	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N
Types of labor pain management services								
Continuous support, free positions, breathing techniques and massage	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Choice of music	Y	N	Y	Y	Y	N	Y	Y
Hot compress	N	N	Y	Y	Y	N	Y	Y
Shower or bath	N	N	Y	Y	N	Y	N	Y
TENS	Y	N	Y	N	N	Y	Y	N
Aromatherapy, hypnosis and acupoint pressing	N	N	N	N	Y	Y	Y	N
Sterile water injection	N	N	N	N	N	N	N	N
Service facilities								
Single delivery room	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	N
Bathing room	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Sound equipment	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Practice standard of non-pharmacological pain management	Y	N	Y	Y	Y	N	Y	N
Service provider								
Midwife	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Personnel from a third-party	N	Y	N	N	N	N	N	N

VAS: Visual analogue scale; NRS: Numerical rating scale; TENS: Transcutaneous electrical nerve stimulation. No.1-No.5 were tertiary first-class OBGY hospitals, No.6-No.7 were tertiary first-class general hospitals and No.8 was a middle second-class OBGY hospital. Y: Available service; N: Unavailable service.

(3)服务设施场所:6所机构可提供独立单间待产分娩室,环境舒适,设施齐全,房间内光线可调节,有充足空间开展陪伴分娩和自由体位,便于产妇在产程中自主活动。2所机构未设独立单间,仅在分娩室走廊开展自由体位。6所机构设有淋浴或浸浴设施,但其中2所实际并未提供淋浴服务。8所机构配备音响设施,提供单一类型音乐播放,其中2所不能根据产妇喜好选择音乐类型和内容。

(4)服务实践规范:2所机构根据非药物镇痛相关指南建立规范,3所仅根据本院情况形成初步工

作常规,内容不全,并未以最新指南、实践标准或有关文件为依据制定循证实践规范。4所虽开展淋浴(浸浴)及经皮神经电刺激疗法(transcutaneous nerve electrical stimulation therapy, TENS),但缺乏相应操作流程及标准。

(5)服务提供者:7所机构以助产士为主,其中6所建立了陪伴分娩工作量与助产士绩效关联的工作机制,1所虽开展了助产士陪伴分娩,但未与绩效相结合。另1所机构的陪伴分娩者由第三方机构社会人员担任,其陪伴分娩服务与助产士效益无相关

性,服务监督和质量管理由第三方完成。这2所机构的助产士对于产时陪伴分娩缺乏积极性。

药物分娩镇痛服务的具体实施情况 在药物分娩镇痛开展的类型方面,8所机构均实施椎管内分娩镇痛,关于药物分娩镇痛实施情况主要围绕椎管内分娩镇痛开展调查(表3)。主要的问题和差异如下。

(1)产前健康教育:1所机构的孕妇学校课程中缺乏药物分娩镇痛内容,就诊孕妇通过墙报或咨询

门诊医护人员获取椎管内分娩镇痛相关信息。

(2)人力配备:2所机构因麻醉医师人力不足,产房内无24 h入驻麻醉医师,产妇提出药物镇痛申请后不能及时获取。

(3)镇痛前准备:8所机构均在实施椎管内分娩镇痛前为产妇开通了静脉通路,但选择的留置针型号不同,其中4所机构选择20 G留置针,3所机构选择18 G,1所机构对具有产时高危因素者开通二路静脉通路,分别选择18 G和20 G。

表3 助产机构药物分娩镇痛服务的实施情况

Tab 3 The implementation of pharmacological labor pain management services

Variables	No.1	No.2	No.3	No.4	No.5	No.6	No.7	No.8
Health education on pharmacological pain management								
Obstetric anesthesia specialist clinic	N	Y	Y	Y	Y	N	N	N
Course of pregnancy schools	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N
Anesthetists in delivery room for 24 h	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y
Practice standard of pharmacological pain management	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Preparation before labor analgesia								
Informed decision making	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Intravenous access	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Pain assessment before analgesia	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Care during spinal catheterization								
Continuous ECG monitoring	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
One-to-one midwifery care	Y	Y	N	N	N	Y	Y	N
Muscle strength assessment after spinal catheterization								
Using Bromage or modified Bromage scoring tool	N	Y	Y	N	N	Y	Y	N
First assessment by the anesthetist	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Subsequent assessment by the midwife	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Midwife instruction on oral intake and movement during labor	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Evaluation of the analgesic effect								
Handling of abnormal situations if the analgesic effect is poor	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Delayed push after full cervical dilation	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
Timing of start and end for pharmacological pain management								
Start point based on women's needs	N	N	Y	Y	Y	Y	N	N
End point after suturing	Y	N	N	N	N	Y	Y	N

ECG: Electrocardiogram. Y: Available service; N: Unavailable service.

(4)产程照护:4所机构在穿刺置管操作前后30 min期间无助产士提供产程照护,仅麻醉医师在场。8所机构均由助产士提供饮食和活动指导,但指导内容不完全一致:7所机构建议椎管内分娩镇痛妇女在产程中选择半流质或流质饮食,1所机构建议摄入软食。

(5)肌力评估:4所机构采用Bromage评分法或改良式Bromage评分法作为评估工具,1所机构采

用直腿抬高试验,其余3所机构的助产士仅口头询问产妇感受,未采用评估工具。

(6)镇痛起止时机:4所机构将“产妇需求”作为镇痛开始时机,其余4所以宫口扩张 ≥ 3 cm开始实施镇痛。终止时机方面,1所机构在产妇宫口开全后,3所在会阴伤口缝合结束后,3所至产后2 h终止,另有1所则根据产妇情况不固定具体终止时机,可在宫口扩张8 cm、宫口开全、胎盘娩出或胎儿娩

出后终止。

助产机构分娩镇痛实施的关键知情人访谈结果

分娩镇痛产前教育受益孕妇群体存在局限 8所机构均通过开设孕妇学校和助产士门诊为孕产妇提供产前健康教育,但分娩镇痛产前教育相关内容完整性欠缺,部分机构未设置相关课程;均无配偶陪同参与产前教育;助产士门诊服务异质性大,分娩镇痛咨询指导资料参差不齐,主要与医院环境条件、课程设置、陪同产检家属不固定有关。受访者4:我院孕妇学校课程免费,课程比较简单,报名孕妇学校的人数不多。课程设置中未见拉玛泽分娩呼吸法、自由体位等非药物分娩镇痛的信息指导,也没有药物分娩镇痛相关课程。

非药物分娩镇痛尚需进一步提升 采取呼吸镇痛或音乐镇痛时,应可供产妇选择音乐,指导配偶共同练习呼吸减痛法。受到设备条件的限制,各家机构均无可供产妇选择音乐的设备,也无配偶参与练习拉玛泽分娩呼吸法。受访者8:我们有单人房间,配有小音箱,可供产妇自行选择一些轻音乐。受访者7:产房内电视机上可以插U盘播放音乐,但实际利用率不高。受访者3:导乐房间是单间,由助产士播放音乐,虽然设有淋浴间,但是担心产妇会跌倒,一般不主动提供淋浴镇痛。

药物分娩镇痛对饮食活动的限制 调查机构由于人力不足等因素,在实施药物分娩镇痛后产妇活动受限,且缺乏产程相关饮食制度。受访者1:麻醉医师在置管后离开,产程中由助产士评估肌力,不让产妇随意下床,担心发生跌倒,也没足够人力协助产妇自由活动,只嘱其卧床休息。受访者4:我们不提供饮食,无法计费,都由家属自备,对于实施药物镇痛的产妇无特定的饮食要求。受访者9:允许胃口好的产妇进食,胃口不好可以不吃,适当控制固体食物,没有特别规定饮食要求。

缺乏基于证据的循证实践规范和意识 医院分娩镇痛相关制度缺如、硬件支持设施有限和产科医护人员循证实践意识不足等,都是分娩镇痛服务开展受限的障碍因素。受访者1:我们没有按照最佳证据开展服务,医护人员循证意识比较薄弱,一般都是按照传统经验来做,需要加强循证方面的培训。受访者3:证据中关于实施分娩镇痛后的评估,我们有本院诊疗常规,和现有证据不太一致。受访者5:我们根据产妇意愿来提供分娩镇痛,但有时多

名产妇同时临产,只有一个麻醉医师,轮到时宫口可能已经开得很大,那就不建议打了。

讨 论

自2018年国家卫健委大力倡导优先发展分娩镇痛服务以来,国内913家试点医院的分娩镇痛率由2017年的15.44%提高至2019年的26.78%,预计到2020年不低于40%^[14]。本研究纳入的8所机构均为分娩镇痛试点医院,均落实开展了分娩镇痛服务,在试点运行、组织保障、人力配备方面成效显著,与唐尚锋等^[15]的研究结果一致。

随着国内分娩镇痛服务的快速推进,实施过程的规范性问题值得关注^[16]。本研究中8所助产机构在分娩镇痛实施条件、实施前知情同意以及针对分娩镇痛效果不佳而采取的对策措施等方面,均按照诊疗常规进行。在药物分娩镇痛实施过程中部分关键问题仍存在较大差异^[17],如分娩镇痛开始和结束时机不一致,分娩疼痛评估仅凭工作经验作出主观判断。美国妇产科医师协会(ACOG)指出,若无医学禁忌,产妇提出要求是实施分娩镇痛的临床指征^[18]。对于使用椎管内分娩镇痛者,建议评估产妇疼痛程度和分娩镇痛措施效果^[19]。开展分娩镇痛服务需要助产机构多部门沟通协作^[15],为保障分娩镇痛的实施安全,应建立由麻醉医师、助产士和产科医师等人员组成的分娩镇痛多学科团队^[20]。本研究中,4所机构在药物镇痛实施过程中无助产士提供连续照护。美国妇女健康及产儿护理协会(AWHONN)指出^[21],对于硬膜外镇痛者,在镇痛实施后应监测活动水平,可采取Bromage评分法进行评估以预防跌倒发生^[22]。本研究中4所机构助产士仅口头询问产妇感受,未采用任何肌力评估工具。由此可见,助产机构开展椎管内分娩镇痛的临床实践与现有证据尚存在一定差距。我们还发现,不同等级医院以及综合医院与专科医院之间,在证据转化实践、人力配置、健康教育资源及空间设施方面均存在较大差距,建议各机构结合医院具体情境,形成兼具科学性和可操作性的分娩镇痛循证实践方案,以推进分娩镇痛服务的切实落地和规范实施。

现阶段互联网已成为孕妇获取分娩镇痛知识信息的主要来源^[23-24]。唐尚锋等^[15]研究显示,分娩

镇痛试点医院对产妇及家属宣教力度不足。本研究同样发现,综合性医院和二级专科医院相关课程过于简单,缺乏非药物和药物分娩镇痛相关健康教育或技能指导,授课资质参差不齐等问题,分析原因与人力投入不足有关,建议进一步增加分娩镇痛服务的人力配置,孕期保健服务中增加分娩镇痛相关健康教育内容^[25-27]。黄映嫦等^[28]研究表明,产妇对分娩镇痛需求很高,渴望医院提供个性化教育。建议助产机构加大分娩镇痛的科普宣传力度,结合互联网信息化技术,开展多形式、高质量分娩镇痛教育^[29],如开设麻醉门诊、助产士门诊或线上孕妇学校,建立助产士、产科医师、麻醉医师等多学科团队共同协作的分娩镇痛服务体系,以分娩镇痛需求为导向,加强与孕产妇和家属的前期沟通,开展分娩心理辅导、疼痛耐受度评估和镇痛指导。

非药物镇痛具备安全廉价、易使用的优势,并能在一定范围内减轻分娩疼痛^[30],建议助产机构为产妇提供多种形式的非药物镇痛措施^[31]。本研究发现,陪伴分娩、呼吸技术、热敷等支持性服务实施率较高,而淋浴、TENS、音乐疗法、芳香疗法、水针注射等需提供一定场地、经费、人员培训、人力资源等要求较高的技术则实施率不足,这一现象在综合性医院和二级专科医院更为明显。因此,助产机构有必要进一步加大对非药物分娩镇痛服务实施的支持力度,包括提高医护人员的循证实践意识、加强分娩镇痛专科培训、增加设施经费以及建立合理的绩效分配和考核制度。

有效的分娩镇痛能够改善产妇的分娩体验,助产机构需要不断提高分娩镇痛服务质量,规范临床实践行为,开展同质化管理,积极推动基于证据的分娩镇痛实践。这一过程需要多学科团队通力协作,尤其需要提高产科医护人员的证据转化应用能力,使其能够充分评估临床引入最佳证据的可行性并结合本机构具体情境制定分娩镇痛相关规章制度和 workflows 等,遵循安全、有效和确切的原则,不断提高分娩镇痛服务质量。从本研究结果看,纳入的助产机构均在一定程度上开展了药物或非药物分娩镇痛服务,但在镇痛服务技术、内涵、质量及规范性方面仍有待进一步改善。本研究局限性在于样本量较小,仅调查了泛长三角地区 8 所助产机构,样本代表性有限,访谈人群较为单一。在构建我国的分娩镇痛循证方案过程中,有必要开展大规模深

入调研,并纳入麻醉医师、产科医师、助产士、孕产妇等,以不断完善并积极推动国内助产机构分娩镇痛服务的有效实施。

作者贡献声明 闵辉 数据收集、整理和分析,论文构思和撰写。梁爽 资料收集,数据汇总。顾春怡 研究设计,论文指导和修订。杨燕 数据收集和保存,文献调研。张铮 问卷设计,论文修订。

利益冲突声明 所有作者均声明不存在利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 刘梅,侯玉萍.镇痛分娩临床应用的研究进展[J].医学综述,2019,25(24):4960-4964.
- [2] 负继红.无剖宫产指征孕妇行剖宫产相关原因的研究现状及对策[J].中国卫生标准管理,2015,6(18):79-80.
- [3] 徐铭军,姚尚龙.中国分娩镇痛现状与对策[J].国际麻醉学与复苏杂志,2018,39(4):289-293,337.
- [4] CZECH I, FUCHS P, FUCHS A, et al. Pharmacological and non-pharmacological method of labour pain relief-establishment of effectiveness and comparison [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2018, 15(12):2792-2803.
- [5] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. 2019 Surveillance of intrapartum care for healthy women and babies [EB/OL]. (2019-02-27) [2021-11-08] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/2019-surveillance-of-intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-nice-guideline-cg190-6713845021/chapter/surveillance-decision#pain-relief-in-labour-regional-analgesia>.
- [6] ANON. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology [J]. *Anesthesiology*, 2016, 124(2):270-300.
- [7] DOBSON G, CHONG M, CHOW L, et al. Guidelines to the practice of anesthesia-revised edition 2017 [J]. *Can J Anaesth*, 2017, 64(1):65-91.
- [8] 周英凤,胡雁,顾莺,等.促进基于证据的最佳实践持续改进临床质量[J].护理研究,2016,30(35):4432-4434.
- [9] SMITH CA, LEVETT KM, COLLINS CT, et al. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018, 3(3):CD009290.
- [10] BOHREN MA, BERGER BO, MUNTHE-KAAS H, et al. Perceptions and experiences of labour companionship:

- a qualitative evidence synthesis [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, 3(3):CD012449.
- [11] CLUET ER, BURNS E, CUTHBERT A. Immersion in water during labour and birth [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018, 5(5):CD000111.
- [12] 王春青, 胡雁. JBI证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)[J]. 护士进修杂志, 2015(11):964-967.
- [13] 冯世苗, 贺腾, 李华凤. 认识分娩疼痛的身心整体治疗[J]. 医学与哲学, 2020, 41(6):68-70.
- [14] 徐铭军, 米卫东. 迎接分娩镇痛的新时代[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(10):1135-1138, 1130.
- [15] 唐尚锋, 谢迎花, 赵锐, 等. 分娩镇痛政策框架、问题与路径优化[J]. 中国医院管理, 2022, 42(6):46-50.
- [16] 钱雪雅, 刘慧妹. 椎管内分娩镇痛对产程的影响[J]. 中国产医学杂志, 2019, 22(2):89-92.
- [17] 刘志强. 椎管内分娩镇痛的技术进展和热点问题[J]. 同济大学学报(医学版), 2020, 41(6):677-682.
- [18] COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS—OBSTETRICS. Practice bulletin No. 177: obstetric analgesia and anesthesia [J]. *Obstet Gynecol*, 2017, 129(4):e73-e89.
- [19] 李华丽. 全产程分娩镇痛在阴道分娩中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2021, 30(1):75-77.
- [20] 张瑾, 陈亮, 姚淑萍, 等. 《中国产科麻醉专家共识(2017)》解读[J]. 河北医科大学学报, 2019, 40(2):128-132.
- [21] AWHONN. Role of the registered nurse in the care of the pregnant woman receiving analgesia and anesthesia by catheter techniques. AWHONN position statement [EB/OL]. (2020-04-17) [2021-11-08]. <https://jognn.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01364.x>.
- [22] GABRIEL L, YOUNG J, HOESLI I, *et al*. Generalisability of randomised trials of the programmed intermittent epidural bolus technique for maintenance of labour analgesia: a prospective single centre cohort study [J]. *Br J Anaesth*, 2019, 123(2):e434-e441.
- [23] 吴孝仙. 某三甲医院孕妇网络健康信息搜寻行为调查[J]. 中华医学图书情报杂志, 2018, 27(5):61-64.
- [24] 董斯佳, 李阳, 蒋伟利, 等. 新传媒环境下孕产期保健知识获取途径及期望状况分析[J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(13):2886-2889.
- [25] 郑明慧, 桓雪贞, 谢迎花, 等. 我国分娩镇痛试点医院的组织保障现状研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(6):22-27.
- [26] ALI M, SULTANU SF, KUMAR A, *et al*. Knowledge, Attitude and Practices of Labor Analgesia amongst healthcare workers and patients: a single center cross sectional study [J]. *Pak J Med Sci*, 2020, 36(1):S4-S8.
- [27] 任敏, 涂素华, 邱敏, 等. 助产士门诊产前教育对围生期孕妇健康素养水平影响的队列研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2019, 11(12):65-70.
- [28] 黄映嫦, 莫焕弟, 姚瑞珍, 等. 待产妇产硬膜外分娩镇痛健康教育需求的调查分析[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(7):96-97.
- [29] 解秋霜. 助产士介入产前健康教育对护理产妇分娩过程恐惧心理的影响[J]. 中国医药指南, 2019, 17(11):251-252.
- [30] 马宏伟. 非药物分娩镇痛的应用现状及研究进展[J]. 西部医学, 2018, 30(5):769-772.
- [31] 刘西茹. 分娩痛的非药物管理 [DB/OL]. (2021-04-20) [2021-11-08]. http://www.uptodate.cn/contents/zh-Hans/nonpharmacologic-approaches-to-management-of-labor-pain?search=%E5%A4%84%E7%90%86%E4%B8%B4%E4%BA%A7%E7%97%9B%E7%9A%84%E9%9D%9E%E8%8D%AF%E7%89%A9%E6%80%A7%E6%96%B9%E6%B3%95&source=searchresult&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.

(收稿日期:2021-11-08; 编辑:段佳)