

# 导乐陪伴结合呼吸训练对产妇分娩疼痛缓解效果的观察

季 莹

龙泉市人民医院 浙江 丽水 323700

**摘要：**目的：观察导乐陪伴结合呼吸训练在缓解产妇分娩疼痛中的应用效果。方法：选取2023年5月至2025年5月在我院分娩的120例产妇，按随机数字表法分为观察组和对照组，每组60例。对照组采用常规分娩护理，观察组在常规护理基础上实施导乐陪伴结合呼吸训练。比较两组疼痛评分、产程时间、剖宫产率。结果：相比对照组，观察组第一产程、第二产程VAS评分较低，第一产程、第二产程较短（ $P < 0.05$ ）；观察组剖宫产率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：导乐陪伴结合呼吸训练可有效缓解产妇分娩疼痛，缩短产程，降低剖宫产率，值得临床推广。

**关键词：**导乐陪伴；呼吸训练；产妇分娩；疼痛缓解；临床效果

分娩疼痛是产妇在自然分娩过程中经历的剧烈生理疼痛，不仅会导致产妇生理应激反应增强，如血压升高、心率加快等，还可能引发焦虑、恐惧等不良情绪，进而延长产程，增加剖宫产风险。常规分娩护理多侧重于产程监测和基础照护，对疼痛缓解的针对性不足。导乐陪伴通过持续的生理支持和心理安慰为产妇提供个性化照护，呼吸训练则可通过调节呼吸节奏减轻疼痛感知<sup>[1]</sup>。本研究旨在探讨二者联合应用对分娩疼痛的缓解效果，为优化分娩护理方案提供依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2023年5月至2025年5月在我院分娩的120例产妇作为研究对象。按随机数字表法分为观察组、对照组各60例。观察组年龄22-35岁，平均（ $27.56 \pm 3.24$ ）岁；孕周37-41周，平均（ $39.23 \pm 0.87$ ）周。对照组年龄21-36岁，平均（ $28.12 \pm 3.56$ ）岁；孕周37-42周，平均（ $39.56 \pm 0.98$ ）周。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），有可比性。纳入标准：单胎足月妊娠（孕周37-42周）；头位；无妊娠合并症及并发症；产妇及家属知情同意并签署知情同意书；无精神疾病史，沟通能力正常。排除标准：存在骨盆异常、胎儿窘迫等剖宫产指征；有呼吸功能障碍或无法配合呼吸训练；产前使用过镇痛药物。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

采用常规分娩护理：（1）产前护理：入院后进行产前评估，包括生命体征、胎心监护、宫颈扩张情况等；向产妇介绍分娩流程、产程进展及注意事项，进行常规健康宣教，如饮食指导、活动建议等。（2）产程护理：进入产程后，密切监测产妇宫缩频率、强度及胎心变化，每30分钟记录一次生命体征；指导产妇在宫缩时适

当深呼吸，鼓励其根据自身情况变换体位；当宫口开全后，指导产妇正确使用腹压用力。（3）产后护理：分娩后观察产妇阴道出血量、子宫收缩情况，进行会阴护理，指导母乳喂养技巧及产后康复注意事项。

#### 1.2.2 观察组

在常规护理基础上实施导乐陪伴结合呼吸训练：（1）导乐陪伴：由经过专业培训的导乐师（具备5年以上产科护理经验，持有导乐师资格证书）从产妇宫口开至1指时开始全程陪伴，直至产后2小时。具体措施包括：生理支持：根据产妇宫缩强度和舒适度协助变换体位，如跪位、侧卧位、站立位等；在宫缩间歇期为产妇提供温水饮用，协助进食易消化食物；用温水擦拭额头、手心等部位，缓解不适感；按摩产妇腰骶部、肩背部等部位，减轻肌肉紧张。心理支持：持续与产妇沟通，使用鼓励性语言（如“你做得很好”“坚持住，宝宝很快就来了”）增强其信心；通过肢体接触（如握住产妇双手、轻拍背部）传递关怀；向产妇实时反馈产程进展，解答疑问，缓解焦虑恐惧情绪。（2）呼吸训练：由导乐师在产前开始指导，产前1-2天进行集中培训，每日1次，每次30分钟，直至产妇掌握技巧。产程中根据不同阶段指导应用：第一产程潜伏期（宫口开1-3指）：采用胸式呼吸，宫缩开始时深吸气，吸气时间3-4秒，随后缓慢呼气，呼气时间5-6秒，重复进行，宫缩间歇期正常呼吸。第一产程活跃期（宫口开4-7指）：采用浅快呼吸，宫缩时以鼻吸气、口呼气，呼吸频率加快至每分钟30-40次，如“嘻嘻”轻呼吸，宫缩间歇期恢复正常呼吸。第一产程过渡期（宫口开8-10指）：采用喘-吹式呼吸，先快速浅呼吸4-5次，然后深呼气一次，如“嘻嘻-呼”，循环进行，减轻宫缩峰值时的疼痛。第二产程：当宫缩开始时深吸气后屏气，向下用力，然后缓慢呼

气，间歇期正常呼吸，配合宫缩重复用力。导乐师在旁口令指导，确保呼吸与用力协调。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度：采用视觉模拟评分法（VAS）评估产妇第一产程、第二产程的疼痛程度，分值0-10分，分值越高疼痛越严重。(2) 产程时间：记录两组产妇第一产程（从规律宫缩至宫口开全）、第二产程（从宫口开全至胎儿娩出）的时间。(3) 剖宫产率。

1.4 统计学方法

SPSS23.0统计学软件，疼痛程度评分、产程时间以“ $(\bar{x}\pm s)$ ”表示，“ $t$ ”检验，剖宫产率以 $[n(\%)]$ 表示，“ $\chi^2$ ”检验， $P<0.05$ ：差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分娩各产程VAS评分比较

观察组均低于对照组（ $P<0.05$ ）。（表1）。

表1 各产程VAS评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

| 组别    | 例数 | 第一产程      | 第二产程      |
|-------|----|-----------|-----------|
| 观察组   | 60 | 4.12±0.87 | 5.34±0.92 |
| 对照组   | 60 | 6.89±1.05 | 7.67±1.12 |
| $t$ 值 | -  | 15.236    | 11.872    |
| $P$ 值 | -  | 0.000     | 0.000     |

2.2 产妇产程时间比较

观察组均短于对照组（ $P<0.05$ ）。（表2）。

表2 产程时间比较（ $\bar{x}\pm s$ ，h）

| 组别    | 例数 | 第一产程      | 第二产程      |
|-------|----|-----------|-----------|
| 观察组   | 60 | 6.23±1.25 | 0.87±0.23 |
| 对照组   | 60 | 8.56±1.56 | 1.34±0.34 |
| $t$ 值 | -  | 9.258     | 8.763     |
| $P$ 值 | -  | 0.000     | 0.000     |

2.3 两组产妇剖宫产率比较

观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。（表3）。

表3 剖宫产率比较[例(%)]

| 组别         | 例数 | 剖宫产       |
|------------|----|-----------|
| 观察组        | 60 | 5（8.33）   |
| 对照组        | 60 | 14（23.33） |
| $\chi^2$ 值 | -  | 4.348     |
| $P$ 值      | -  | 0.037     |

3 讨论

分娩疼痛是产妇在自然分娩过程中因子宫收缩、宫颈扩张、盆底组织受压及牵拉等产生的生理性疼痛，其疼痛程度居人类疼痛排行榜前列。从生理机制来看，疼痛信号由外周伤害性感受器感知，经脊髓上传至大脑皮层，引发疼痛感知。同时，疼痛可激活交感神经系统，导致儿茶酚胺、皮质醇等应激激素释放增加，引起血压

升高、心率加快、耗氧量增加，不仅加重产妇身心负担，还可能导致子宫胎盘血流减少，影响胎儿氧供<sup>[2]</sup>。从心理层面，初产妇对分娩过程的未知感易引发焦虑、恐惧情绪，形成“疼痛-焦虑-更疼痛”的恶性循环。研究显示，约80%以上的产妇在自然分娩中会经历中度至重度疼痛，其中部分产妇因无法耐受疼痛而选择剖宫产，导致剖宫产率升高。过高的剖宫产率不仅增加产妇术后并发症风险，如感染、出血、肠粘连等，还可能对新生儿呼吸系统产生不利影响<sup>[3]</sup>。

目前，临床缓解分娩疼痛的方法包括药物镇痛（如笑气吸入、硬膜外阻滞）和非药物镇痛。药物镇痛虽效果显著，但可能伴随恶心、呕吐、血压下降等不良反应，且部分产妇存在禁忌证。非药物镇痛因安全性高、无不良反应等优势受到关注，其中导乐陪伴和呼吸训练是常用方法。导乐陪伴起源于美国，通过专业人员为产妇提供持续生理支持和情感关怀，符合以产妇为中心的产科服务理念；呼吸训练则通过调节呼吸节奏影响自主神经系统，降低疼痛敏感性，二者联合应用有望发挥协同镇痛作用<sup>[4]</sup>。

本文研究结果显示，观察组第一产程、第二产程VAS评分显著低于对照组，表明导乐陪伴结合呼吸训练能有效缓解分娩疼痛。导乐陪伴的疼痛缓解机制主要体现在：其一，导乐师的持续陪伴为产妇提供了安全感，通过语言安慰和肢体接触降低焦虑水平，而焦虑减轻可减少内源性致痛物质（如P物质）释放，降低疼痛敏感性；其二，导乐师协助产妇变换体位，避免长时间单一姿势导致的肌肉紧张和压迫，同时通过腰骶部按摩刺激皮肤神经末梢，激活脊髓后角的疼痛闸门机制，阻断部分疼痛信号上传。呼吸训练通过调节呼吸模式发挥镇痛作用：第一产程潜伏期的胸式呼吸可增加氧气摄入，缓解呼吸急促导致的缺氧，减轻因缺氧引发的疼痛加剧；活跃期的浅快呼吸能分散产妇对疼痛的注意力，同时通过快速气流刺激口腔黏膜，产生镇静效果；过渡期的喘-吹式呼吸可在宫缩峰值时快速排出胸腔压力，放松腹部肌肉，减轻腹壁紧张带来的疼痛；第二产程的屏气用力呼吸协调了呼吸与肌肉运动，避免无效用力导致的体力消耗和疼痛加重<sup>[5]</sup>。二者协同作用，从生理和心理层面双重干预，镇痛效果优于单纯常规护理。

观察组产程时间显著短于对照组，与疼痛缓解密切相关。疼痛减轻使产妇体力消耗减少，避免因剧烈疼痛导致的宫缩乏力。导乐陪伴中，导乐师根据宫缩情况指导产妇适时变换体位（如站立位、跪位），可利用重力作用促进胎头下降，加速宫颈扩张。同时，呼吸训练使产妇在宫

缩时能保持呼吸节律稳定,避免过度屏气或呼吸急促导致的子宫收缩不协调,保证宫缩的有效性。此外,导乐师实时反馈产程进展,增强产妇信心,使其更易配合宫缩用力,减少产程中因恐惧而产生的抗拒行为<sup>[6]</sup>。对照组产妇在疼痛和焦虑影响下,可能出现不规律呼吸、过度紧张导致的宫缩抑制,从而延长产程。因此,观察组通过疼痛缓解和产力优化,实现了产程时间的缩短。

观察组剖宫产率显著低于对照组,主要原因在于疼痛缓解减少了产妇因无法耐受疼痛而要求剖宫产的情况。导乐陪伴让产妇感受到持续支持,了解到疼痛是分娩的正常过程,增强了自然分娩的信心;呼吸训练使产妇掌握了主动应对疼痛的方法,从被动承受转为主动参与,提高了对疼痛的耐受力。同时,产程时间缩短降低了因产程延长导致的剖宫产指征(如胎儿窘迫、宫缩乏力)发生率。导乐师在产程中密切观察产妇和胎儿状况,及时发现异常并协助处理,避免了不必要的剖宫产。对照组产妇因疼痛剧烈、产程延长等因素,更易产生剖宫产意愿,且医护人员在处理产程异常时可能更倾向于选择剖宫产终止妊娠,导致剖宫产率升高。

综上所述,导乐陪伴结合呼吸训练通过生理支持、心理安慰和呼吸调节的协同作用,有效缓解分娩疼痛,缩短产程,降低剖宫产率,提高产妇满意度,且操作简

单、安全性高,适合在临床推广应用。未来可进一步优化导乐师培训体系,结合产妇个体差异制定个性化呼吸训练方案,以提升干预效果。

#### 参考文献

- [1]刘虎林,雷丽丽.助产士加丈夫导乐式陪伴结合五维音乐呼吸法对初产妇分娩控制感及应激反应的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(22):191-194.
- [2]李新艳,魏京娟,胥小琳.“2+1”导乐陪伴分娩结合口令式拉玛泽呼吸法在无痛分娩产妇中的应用[J].中外女性健康研究,2024(8):85-87.
- [3]赵艳红,韦孟确,黄美迪.导乐陪伴联合分娩球及拉玛泽呼吸法对初产妇分娩疼痛、自然分娩及产程的影响[J].反射疗法与康复医学,2024,5(8):177-180.
- [4]杨美君,李浩娟,陈淑惠.拉玛泽呼吸法联合导乐陪伴对产妇产后疼痛及产程的影响[J].中外医疗,2023,42(31):154-157.
- [5]赖志萍,涂春梅,林春燕.不同产程呼吸调整法联合导乐对自由体位分娩产妇的应激反应及分娩结局影响[J].中国医药指南,2025,23(16):89-91.
- [6]田慧.探讨导乐式分娩联合拉玛泽呼吸法对初产妇自我效能、分娩控制感、产程及分娩结局的影响[J].养生保健指南,2021(22):233.