

发扬正常分娩的护理准则

1: 产程自行开始

在拉玛泽课堂上，一名孕妇对大家说，“我的医生说我的宝宝个头儿大。我的邻居因为认为她的宝宝‘太大了’而接受了引产。您认为我应该要求引产吗？”

在全美国以及很多其他国家内，在分娩课上都可以听到类似的发言。引产，即以人为的方式启动产程，在当今产科护理领域内是最富有争议的问题之一。在很多医院内，引产仅仅是出于医学原因，并且遵循了严格的方针。然而在其他医院内，妇女接受了择期引产—这些引产是出于方便的目的而不是医学原因。引产是否存在问题呢？让产程自行开始的好处是什么呢？

大自然为分娩度身定制了计划

在妊娠的最后几周内，母亲的身体和宝宝都在为分娩做准备。对于初为人母的孕妇来讲，宝宝通常会在分娩之前的14天“掉落”入骨盆内。宫颈管向前倾斜并且逐渐开始变软。在为期数天至数周的阶段内，一名母亲可能会（或者不会）感觉到不规则的宫缩，这种宫缩有助于她的宫颈管变薄并且甚至可能张开几厘米。

在妊娠的最后阶段，宝宝的肺部发育成熟并且穿上了一层具有保护性的脂肪层，呈现出新生儿圆圆胖胖的特点。很多学者相信当宝宝为其在母体子宫外的生活做好准备时，他的躯体会释放出一种极其微量的激素，这种激素向母体的激素发出信号以启动产程。在多数情况下，只有当母亲的躯体和宝宝都做好准备时，强大的母体产程激素才会开始分娩的进程。

如何引发产程

通常，引产是在医院环境内通过静脉滴注药物后叶催产素而实施的。有时提前使用催熟药物使宫颈变软以便为产程做好准备。

引产的医学原因

针对引产有很好的医学适应症（原因）。根据美国产科医生和妇科医生学会（ACOG）的信息，只有在宝宝滞留在子宫内的风险大于其出生的风险时才应该实施引产。这对于当宝宝周围的羊水已破而产程并没有开始时；当母亲的妊娠已经达到42周时；当母亲的血压高时；当母亲出现其他问题时，例如可能伤害宝宝的糖尿病或者肺部疾患；或者当母亲出现子宫感染¹时等情况，是真实的。¹

怀疑为大型胎儿或者巨大儿不是引产的医学原因。在2002年11月份刊物中，ACOG报道了针对巨大儿（大型胎儿）的引产在没有提高产科结果（宝宝的健康）²的前提下将剖宫产的几率增加了两倍。这项声明的依据是《妇产科学》³出版的一份研究。很多早期的研究同样显示了针对巨大儿的引产增加了，而不是降低了，剖宫产的几率，而没有提高宝宝的健康。^{4,5,6}在由美国产科医生和妇科医生学会出版的专业刊物《剖宫产评估》中，作者推荐反对针对怀有大型胎儿的健康孕妇实施引产，并断定“针对疑似巨大儿[大型胎儿]的引产没有提高结



Photo © 2003 Robyn Osten - www.firstbreath.net

果，反而在很大程度上扩展了使用其他干预资源的机会，并可能增加剖宫产的几率”。⁷

因为方便而引产

有时候对于相关人员来讲，他们认为引产很方便。当已制定了引产时间表后，医院可以在班表中调派额外的护士；医生可以将分娩的时间表安排为对于他们来讲最方便的日期和时间；准父母可以根据引产的日期表为亲戚们安排工作和旅行的时间表。

但是，当医院常见的推迟因素拖延了引产开始的时间时，择期引产并不方便。当引产没有见效而孕妇被送回家再试一天时，引产则并不方便。当引产引发剖宫产而新妈妈必须从大型腹部手术而不是正常的分娩中恢复时，引产肯定不方便。



引产的缺点

有关择期引产并非毫无风险的证据越来越多。

早熟

引产的问题之一是预产期并不准确。如果在计算预产期时多算了两周，那么一名计划在38周时引产的妇女可能在第36周引产。在蒙特利尔市麦吉尔大学的Michael Kramer 博士及其同事检查了在二十世纪九十年代中美国和加拿大的四百五十万例出生病例。在美国医学会（JAMA）于2000年8月出版的一份研究中，研究者断定仅仅提前数周出生的宝

宝，即于34至36周之间出生，与满月出生的宝宝相比，其出生后第一年内的死亡率几乎是后者的3倍。⁸“产科医生可能感到引产是毫无风险的，因此就没有充分地权衡其风险和利益，”Kramer 博士在随后的采访中说道。

并发症与剖宫产

在德克萨斯州达拉斯市德州大学西南医学中心的研究者们同样按照怀孕的周数观察了妊娠的结果。在40周、41周和42周检查了超过56,000例妊娠结果后，James Alexander博士及其同事得出了这样的结论“于41周时进行的常规引产在没有显著改善新生儿结果的情况下，很可能增加了并发症和手术分娩。”⁹

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的研究者们同意这个结论。关于末期妊娠，他们声明“在正常怀孕40—41周常规实施引产的政策无法从对照试验中被证明是正确的……一旦确定妊娠的为期已经达到了41周，那么应该根据最佳可应用的方法向选择引产的妇女提供引产。”¹⁰

增加了干预措施的需要

除增加轻度早熟和剖宫产的风险之外，引产通常还创造了其他医学干预措施的需要。在多数情况下，如果一名母亲是引产，那么她将需要静脉点滴和持续性电子胎心监护。在很多场所内，她需要卧床或者靠近床旁。结果，她可能无法借助自由走动或者根据产程宫缩变换体位作为回应以帮助她推进产程。这名母亲可能无法利用盆浴或者温水澡减轻产程宫缩带来的疼痛。人工诱发的宫缩通常会在更短的时间内达到波峰并且其强度持续的时间比自然宫缩更长一些，这就增加了母亲对疼痛药物处理的需要。

心理上的缺点

引产，特别是在没有医学适应症下的引产，可以向母亲传递一个强烈的信息她的躯体没有正确地运作，即她需要帮助以开始产程。此信息，连同不断增加的对医疗干预措施的需要，可能会降低母亲对其给予分娩能力的信心。

ACOG对于引产率升高的忧虑

在2002年六月的新闻中，美国产科医生与妇科医生学会将急剧增长的引产部分地归因于来自于患者的压力、出于医生的方便、宫颈催熟药物的广泛应用性、以及对于责任的忧虑。¹¹ 在《产科学与妇科学杂志》2002年六月版的一份评论中，作者推荐在临床试验能够证实更加自由地使用引产之前，对于[择期]引产应采取“谨慎的方法”。¹²

来自于拉玛泽国际的推荐

拉玛泽国际推荐除非存在真实的医学原因，否则您不要选择引产也不要同意引产。“大型”或者“非常大的”胎儿不是针对非糖尿病孕妇引产的医学原因。允许您的身体始终自然地进入产程对您来讲是知道自己的宝宝准备好出世的最佳方法。干预或者替代编织产程、分娩、母乳喂养、以及母性依附关系的自然激素，可能会产生我们尚未理解的结果。经历由您体内的催产素所产生的自然宫缩，增加了您借助四处活动、更换体位、尝试盆浴或者冲澡等方式对宫缩做出回应的自由度。在没有不必要的医学干预情况下的产程和分娩，增加了您将拥有一个积极的、终身的分娩经历记忆的可能性，并且降低了您和宝宝出现并发症的可能性。

参考文献

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Planning your pregnancy and birth*. Washington, DC: ACOG.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). *ACOG news release: Cesarean delivery more likely with labor induction of a large baby*. For release November 1, 2002. Washington, DC: ACOG. Retrieved from <http://www.acog.org>
3. Sanchez-Ramos, L., Bernstein, S., & Kaunitz, A.M. (2002). Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 100(5), 997–1002.
4. Horrigan, T.J. (2001). Physicians who induce for fetal macrosomia do not reduce cesarean delivery rates. *Journal of Perinatology*, 21(2), 93–95.
5. Leaphart, W.L., Meyer, M.C., & Capeless, E.L. (1997). Labor induction with a prenatal diagnosis of fetal macrosomia. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 6(2), 99–102.
6. Combs, C.A., Singh, N.B., & Khoury, J.C. (1993). Elective induction versus spontaneous labor after

sonographic diagnosis of fetal macrosomia. *Obstetrics & Gynecology*, 81(4), 492–496.

7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: ACOG.
8. Kramer, M.S., Demissie, K., Platt, R.W., Sauve, R., & Liston, R. (2000). The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA*, 284(7), 843–849.
9. Alexander, J.M., McIntire, D.D., & Leveno, K.J. (2000). Forty weeks and beyond: Pregnancy outcomes by week of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 96(2), 291–294.
10. Enkin, M., Keirse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). Post-term pregnancy. In *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). *ACOG news release Commentary—Nonmedical indications help fuel rise in induction rate*. For release June 30, 2002. Washington, DC: ACOG. Retrieved from <http://www.acog.org>
12. Rayburn, W.F., & Zhang, J. (2002). Rising rates of labor induction: Present concerns and future strategies. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 164–167.

研发者：

拉玛泽国际教育委员会

第一作者：

Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE

投稿者和回顾者：

Elena Carrillo de Reyes, CD(DONA), LCCE, FACCE
Diana Chiaverini, RN, MEd, LCCE, FACCE
Jeannette Crenshaw, RN, MSN, IBCLC, LCCE, FACCE
Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE
Caroline Donahue, RN, MA, LCCE, FACCE
Jeanne Green, MT, CD(DONA), LCCE, FACCE
Judith Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE
Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE
Teri Shilling, MS, IBCLC, CD(DONA), LCCE, FACCE
Sandra Steffes, RN, MS, 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。