

136351

基本館藏

無痛分娩法文獻

續編



033
5712.2
下.2

華東醫藥生活社出版

無痛分娩法文獻(續編)

編 輯 版 華東醫務生活社

總經售 新華書店華東總分店

印 刷 中國科學公司

1952年9月初版1—20,000

每冊定價人民幣2,400元

100

目 錄

- 精神預防性無痛分娩法——朱濱生譯(1)
- 巴甫洛夫學說運用於產科理論與實踐方
面的若干總結——章志青譯(15)
- 大規模施行精神預防性無痛分娩法的經
驗——趙師震譯(39)
- 無痛分娩問題上的新知識——朱濱生譯(53)
- 怎樣進行無痛分娩法教育——王淑貞(58)
- 無痛分娩法教材——
——上海醫學院婦產科學院(62)
- 從產科的幾個基本問題來談新的無痛分
娩法——胡宏遠(74)
- 我們怎樣展開無痛分娩法的護理工作——
——上海第二軍醫大學醫院婦產科(85)
- 漫談無痛分娩法——胡志遠——(92)
- 無痛分娩 105 例的分析——
——上海第二軍醫大學醫院婦產科(97)
- 上海醫學院婦產科學院推行無痛分娩法
100 例的初步統計——黃德芳(101)
- 上海同濟醫院推行無痛分娩法的初步報
告——陳素琴(108)

精神預防性無痛分娩法

我們根據巴甫洛夫高級神經活動學說，建立了一種無痛分娩法；按照本法的特點，可以稱之為「精神預防性」的無痛分娩法。

我們所提出的（維里涅夫斯基氏）無痛分娩法與過去所用各種催眠暗示方法的基本區別如下：

如果將人類與動物比較，我們可以注意到下面一個現象：許多過去完全不隨意、植物性行為的不斷腦皮質化（註1）。正是這一個人類特有的性質——腦皮質化，我們認定是消除分娩疼痛及控制分娩的基本環節。

我們認為僅把腦皮質的催眠也即抑制狀態看做正常分娩中消除疼痛的主要原則，是錯誤的。相反，在分娩進行之際，應當同時動員腦皮質的機能並爭取它在分娩中的積極參加。必須如此，才能够控制產婦在分娩中的行為。據我們的看法，為消除正常分娩中的疼痛，不應該抑制腦皮質而反應該加強它的活動。僅在一個階段內，我們部份地暫時採用抑制狀態，藉以固結產婦在分娩中積極活動的條件反射機構。以後我們就可以放棄這個措施，這一點可以用我們在農村條件中的實際工作來加以證明。

（註1） Кортикализация

在組織方面，我們的方法包括下列幾點：

1. 對於妊婦必須施以產前訓練；
2. 必須在產院全體工作人員完全熟悉精神預防法和精神衛生助產法的原則而能够實地進行的條件下，才可以進行本法。

精神預防性無痛分娩法包括下列一些配合的措施：

1. 教育性的措施，其目的是使妊婦本人對於正常的分娩有一個正確的概念；
2. 所謂「解痛」手法的教練；
3. 用條件反射方法固結並間接傳達解痛手法的效率。

通常產前教育從法定的產假期開始後舉行，平均包括 5-6 次授課，每星期中配置 2-3 課。

在第一課之前，對妊婦先進行詳細的一般檢查和產科檢查。教育的最主要課題是養成妊婦對於分娩的正確概念和消除她的恐懼。經過第一次個別談話之後，就使她逐漸認識正常分娩的各種因素。教育的中心思想是在正常分娩中，如果產婦熟悉一切行為的規則並且能够正確履行工作人員的指示，就絕對不會感到疼痛。各次集體上課的過程中，同時用掛圖表格作形象教育。

從這些課程裏面，妊婦認識陣縮和陣縮前兆的定義和區別，陣縮時的實際感覺和定位所在。另外也

告訴她關於子宮頸擴張準備機構(胎膜囊)，分娩中發生的現象和她將要有的感覺(粘液栓塞的排出、羊水的流出、迸陣等等)的若干知識。同時使她知道在這些現象中，疼痛感覺不是必然發生的。

此外，還指示產婦有關分娩中正確行為的規則，並使她明白認識分娩無痛的關鍵在於她是否能正確執行醫師和助產士教給她的各種手法和指示，例如正確的呼吸法、陣縮時應取的態度和怎樣進行合理的迸氣。

對於受過產前教育的婦女，分娩中每一因素都在她意料之中而成為她所熟悉的自然現象。

第二教育階段的主要點就是所謂「解痛手法」的傳授。所有這些手法是以動員產婦在陣縮時間內的主動性(大腦皮質活動)妊婦從事學習分娩各階段中的不同解痛手法。這些手法是按照一定的複合方式，積極地配合呼吸、海特氏帶的撫摩、以及其他激起產婦在陣縮時的積極活動(積極性條件刺激因子)。

其後，妊婦又學習頻數陣縮開始以後的若干一定的積極活動方法，也就是用主動行為動員整個腦皮質使其中構成興奮灶的方法。這一個情況與情感領域內猛烈興奮的發生，換句話說，與腦皮質下中樞的抑制解除和腦皮質本身的抑制，却是相反，而這些現象，據我們的肯定意見，正是在一般分娩中所發生的。在產室中，為實施這些手法，可以利用普通的產

科措施，如應用拉手、支枕等。

把這些手法教會了產婦並說明其意義之後，接着就進行第三教育階段：各種解痛手法的條件反射性固結法。

這時候用作主要固結工具的就是可稱為萬應刺激因素的言語，換句話說，就是第二信號系統。雖然分配給產前教育的時間不長，可是在這一階段中我們還不得不部份地利用位相狀態。但必須說明的是在利用類催眠狀態機構的利用領域內也僅限於此，而且我們絕不去顧慮[易受暗示性]或[難受暗示性]，催眠狀態的沉熟度等。

這一個階段我們認為是臨時性的。根據克臘斯諾格臘特地區集體農莊助產士們按照我們的方法實施無痛分娩法的經驗，如果刪除這一個教育階段，所得無痛結果也和我們的相同。

由此可見腦皮質的積極興奮，當消除了恐懼並應用各種手法的條件反射性間接暗示時，產婦的主動性都足以防止產婦免受疼痛刺激和消極情緒因素的影響。產婦在分娩過程中是在[勞動]而不是在受苦，她積極地與外在環境保持接觸，並且有意識地執行工作人員的一切指示。

照例，受過精神預防法教育的婦女，在最初陣縮發生時，絕不驚慌，經驗告訴我們這時候她反而去安慰周圍的人。她往往安詳地處理好家裏的瑣碎事情，

不慌不忙地懷着安定的心情出發到產院去。這一種安詳態度，除了用精神預防法之外，是任何其他方法所不能求得的。

已經受過精神預防法教育的產婦應入專門性產院。實際上，這種產院在組織上並沒有什麼新的特點；唯一的區別就是其中的全部工作人員，從醫師起直到助理護士為止，都熟諳精神預防法的原則和一切傳授給產婦的解痛手法，並且嚴格保持「言語的無菌性」（即言語中不涉及疼痛之意——譯者註）而竭力避免產科實際工作中常見的「醫原性疾病」（指那些因醫務工作者的關係而產生的疾病——譯者註）。全部工作人員在必要場合，應主動地提示及鼓勵產婦，藉以保證其在分娩中實現一切學得的知識和手法。

在產院工作條件下，入院的產婦中可能有一部份未受過或未完成精神預防性的教育。這一類產婦，人數如果不多，而且是散見的，不足以影響工作的一般成就。分娩的準備可以迅速就地進行。

但是如果對這種情況過份通融，必致顯著減低無痛分娩法的效率而使值班的產科醫師變為專門從事精神預防性教育的醫師。

我們的方法對於產院工作人員所要求的，僅限於蘇聯保健部關於精神預防性無痛分娩法的一些指示，簡要說來，就是對產婦的關切和工作人員本身的

文化水平。

普通產科醫院的編制，無需擴充，在實施精神預防性無痛分娩法場合，已敷應用。同樣，担任實施精神預防性無痛分娩法的婦女健康諮詢所的編制，祇要所有工作人員能完全掌握本法的技術，也就可以勝任此項工作。

現在讓我們來分析一下蘇聯交通部中央精神神經病醫院特設產科中關於精神預防性無痛分娩法的資料(按該院就是建立和制定本法的所在)。

產婦的總人數是 562 人。表 1. 中所列是初產、經產及年齡的類別。

表 1.

產婦組	初 產	經 產	總 計
產婦人數	416 (74%)	146 (26%)	562 (100%)
20 歲以下	16 (2.8%)	1 (0.2%)	17 (3%)
21—25 歲	237 (42.1%)	12 (2.1%)	249 (44.2%)
26—28 歲	90 (16.1%)	33 (5.9%)	123 (22%)
29—30 歲	32 (5.6%)	23 (4.1%)	55 (9.7%)
30—35 歲	29 (5.2%)	41 (7.3%)	70 (12.5%)
36 歲及以上	12 (2.2%)	36 (6.4%)	49 (8.6%)

值得注意的是初產婦的龐大百分比(74%)及比較多的年長初產婦(13%)。後一事實說明我們所觀察的產婦裏面，在產科方面比較不利的成員相當不少。

這樣的比例並非什麼特別甄別的結果。很自然的，初產婦及年長的經產婦的顧慮特別多，因此也就更積極地去尋求無痛方法。在本法的評價方面，我們認為這樣的資料更具有示範作用。

至於胎兒的位置及先露部，則頭先露式見於54例內，臀先露式——12例，橫位及斜位——2例。

呈骨盆狹窄的27人(平均狹窄的25人，斜形狹窄的2人)。

分析無痛分娩方法時，首先自然發生一個問題，就是這些方法是否會增高併發症和手術的百分率，以及是否會影響胎兒。

會需實行的手術種類及例數如下：產鉗手術——11例(1.9%)，足式迴轉術——12例(2.1%)，伊萬諾夫式產鉗手術——3例(0.5%)，用手剝離胎盤術——11例(1.9%)，子宮腔搔刮術——18例(3.2%)，子宮頸破裂縫合術——5例(0.9%)。

骨盆出口產鉗術共計11例，就中8例的動機是續發性陣縮微弱，另3例內是胎兒方面的適應症。

應用伊萬諾夫式皮膚產鉗術的3例的動機是原發性陣縮微弱。

產後期的併發病，在 21 例內是胎盤殘餘的遺留 (3.8%)，3 例內低肌張性出血 (0.5%)。

因之可以斷言我們所用的無痛分娩法絕未引起任何分娩過程本身的併發症。

510 名產婦 (89.2%) 的產後期經過都正常，子宮復舊不全見於 47 例內 (8.3%)，產後子宮內膜炎——1 例 (0.8%)，產後潰瘍——8 例 (1.4%)，子宮靜脈炎——2 例 (0.3%)。

胎兒方面的併發症有下列一些：在窒息狀態中出生的有 16 人 (2.8%) (其中產鉗術後出生的 5 人，臀先露式的 5 人)；死胎 6 例 (1.06%)，其中浸軟胎兒 3 例 (出生前死亡)。

早期嬰兒死亡 (即出生後不久即死亡——譯者註) 見於 4 例內 (0.7%)。

根據上述，可以認為本法對於母子雙方都是無害的。

重要的問題是無痛分娩法是否會延長分娩過程。

根據我們的資料，可以斷言在應用精神預防性無痛分娩法時，分娩過程不但不延遲，而反有一定限度加速的可能。例如，初產婦分娩的平均持續時間是 14 小時 10 分，經產婦則為 9 小時 36 分。

使用精神預防性無痛分娩法時分娩經過的若干特點頗有指出的必要：

在分娩第一期的過程中，絕無疼痛。由於這個情況，許多產婦都在迫近破水時才進入產院。這種情況有時被誤認為破水過早現象的多見。士達拉伏密斯洛夫教授十分正確地指出，這個情況很容易藉產婦的預先教導法來消除。我們在研究破水後入院產婦的分娩過程時（91人——16.1%），得以查明過早及早期破水見於61人（11%），此數並不超出普通百分比（根據各醫學家的資料是16—21%）。

從子宮頸完全擴張時起，陣縮的感知類似一種下腹部的顯著壓緊。因此在確定分娩期的時候，醫師必須根據嚴格的他覺症狀為標準；胎兒頭顱對骨質骨盆的位置，挾縮環的高位及陰道內診結果。不安狀態及疼痛表情的出現（面部表情或自訴）促使担任助產的助產士警惕，並檢查有無病理情況發生。這一點正是本法較一般催眠無痛分娩法的優點，因為在後者時，是很容易疏忽病理現象的。

分娩第二期的經過通常很快。這大約是由於產婦在第一期內十分安靜而並沒有疲乏，而且在受教育時，已經學會如何正確呼吸，因此她所進行的進陣是有效而規律的。

分娩第三期內，並沒有什麼特點可記。

為判定無痛分娩法的成績，我們使用學校中習用的五分制。我們先個別判定每一分娩期的成績，然後再確定全部分娩過程的分數，從最初陣縮起到分

娩結束爲止。

我們評爲 5 分的成績，是全部分娩過程中產婦始終十分主動，並且絕末有何不安和疼痛的表現。4 分的成績是產婦聚精會神，深入地執行了一切解痛手法，並且能够用學得的各種手法自行頓挫短時間的不安表現而完全安靜無痛地渡過全部分娩進程。3 分的成績是分娩過程中發生的不安和疼痛，產婦本人最初不易克服，經過醫務人員的協助：解痛手法的提示及重新表演，一般產科措施或間接暗示的使用，此類不良現象即行消失；被評爲 3 分的各例（及格的無痛分娩成績），必須是在全部分娩過程中不安的表現沒有超過 2—2 小時半，並且其餘時間中一切都十分順利。最後被評爲 2 分的是精神預防性無痛分娩法絕未奏效，產婦在大部份分娩過程中的行動態度與一般分娩中相同。這是不及格的成績。

表 2. 內所列是我們得到的無痛分娩成績。

由此表可見 95.9% (539 例) 內無痛分娩成績良好，失敗的祇有 4.1% (23 例)。但是如果我們祇算第一、二等成績（即 5 分及 4 分），則良好成績也要佔 82.7%。

失敗原因的分析在理論及實用上最爲重要。現在讓我們來討論幾個實際例子：

病例 1, 18 歲，初產婦，經過精神預防法準備後入院。在產科觀點上，全部分娩經過正常。但從開始的時候，產婦就

表 2.

產婦組	分 娩 成 績								總 計	
	5		4		3		2		絕對數字	%
	絕對數字	%	絕對數字	%	絕對數字	%	絕對數字	%		
初產婦	174	41.8	169	40.1	54	13.1	19	4.6	416	100
經產婦	76	52.4	41	31.4	20	13.4	4	2.8	146	100
總計	250	44.5	210	38.5	74	13.2	23	4.1	562	100

悶悶不樂而與醫務人員極少接觸。她並未訴痛，但有時哭泣。12點30分，陣縮頻數，因而她開始不安。並未應用解痛手法。當工作人員向她提示時，她說：「我不需要這些」，「我全都忘了」。她這時訴疼痛；不安情況逐漸增加，特別在進陣中。進陣時她和工作人員也無聯繫，而且仍舊記不起來如何使用解痛手法，因此也就沒有加以利用。到23時30分，生下一個活的足月女孩，體重3200克。產道無損害。胎盤隔25分鐘排出。產婦非常疲憊，神情淡漠。

本例中的不良成績對於我們是出乎意料之外的，因為根據無痛分娩法訓練室內當時記錄的豫後，成績應該是非常好的。當我們再深入地了解情況後，才得悉分娩前幾天，產婦的丈夫突然死亡。

據我們的意見，本例中所發生的是按照巴甫洛夫原理的「挫折」機構。如果值班醫師在產婦入院時適時地分析情況，可能防止這個挫折的發生。

病例 2 22 歲，初產婦，1948 年 12 月 17 日，在本院無

痛分娩訓練室訓練完畢後入院。在混有血液的粘液栓塞排出之前，產婦態度很安靜。但當她看見混血的排出物之後，立刻就害怕而驚慌起來。同時她就不大容易接受工作人員的解釋，也不大願意和他們聯系，並且停止應用解痛手法。她開始訴述疼痛。她就在這樣十分不安的情況中分娩。

事後了解時，發現了下列事情：2個月前，產婦有一個近親因分娩中出血死亡，因此產婦就起了怕分娩時出血致死的主要恐懼。在受產前訓練時，她以一般的形式表示了她的顧慮：「我怕死」，但並未明確主要原因。醫師沒有想到近親出血這一個事件已經成為條件反射性損害因子。結果，由於目觀混血栓塞，恐懼心理復活，以至情感因子起了作用（腦皮質下部）。

病例 3, 26 歲，初產婦，1949 年 3 月 13 日 19 時 20 分入院。產婦很安詳，無疼痛訴述。但同時有嘔吐。24 時，陣縮良好，無痛，但嘔吐增劇。產婦訴疲乏。3 月 14 日 15 時，陣縮良好，無疼痛訴述。每隔 3—4 陣縮，發生嘔吐。產婦仍訴疲乏，但無疼痛感覺。嘔吐繼續每隔 1—2 次進陣發生。17 時生下一個足月的女孩，體重 3700 克。產道完整。胎盤排出期經過正常。產婦自稱陣縮及進陣並未產生疼痛感覺，因此她也就未感到不舒服，但由於反覆的嘔吐，她却感到非常疲乏而苦惱。她說：「正像我母親告訴我的一樣，嘔吐是最可怕的一件事情」。

事後了解，判明產婦的家庭中有一個成見，認為「可怕的嘔吐」是她們家傳的特性。歷來屢次有過關於這種「不可避免的特性」的談話。

當產婦受訓練時，曾採集了很簡略的既往病史，因之

教育工作也隨而疏忽而公式化，結果祛痛作用不完全而沒有能夠消除這一個顯然條件反射性的嘔吐現象。

根據上述，很顯明的，如果醫師所做的產前教育工作做得細緻周到，則一小部份的失敗例子也可以避免。

最能引起興趣的是被評爲3分的一批例子。其中包括初產婦54人（內年長的24人）及經產婦20人。值得注意的是這一批裏面，幾乎半數產婦在既往病史中都有流產，長時間的炎性疾病或發育不全的記載。分娩經過中都有一些不同的病理偏差。例如，陣縮微弱見於7例中，續發性陣縮微弱9例，子宮頸強硬8例，子宮頸絞扼5例。23例內有骨盆狹窄。3例內分娩過程持續20小時以上。如果容許這樣說的話，本批內有些產婦是「理應」有疼痛的。這一類例內，當時也有得到更好成績的可能，但需要的已不是精神預防性措施，而是精神治療性措施，甚至如一般的催眠性抑制法，因爲此時已有感受傷害因子而所需要的是治療而不是預防了。

這一批產婦情況的分析，特別明白地指出當病理偏差開始出現，就立即發生疼痛及不安，因而足以成爲確定產科診斷的最早信號。全部例子的32%中，不安的開端與胎膜囊堅硬、子宮頸唇絞扼、子宮頸強硬等符合。

可以斷言精神預防性無痛分娩法的效率與助產

工作的素質有直接關聯。這又是精神預防性無痛分娩法較純催眠暗示性無痛分娩法的一個優點，因為在後者場合，疼痛的抑制足以掩蔽產科手術的必要性。

在組織觀點方面，很重要的一點是本法的簡易性和普及性。這一方面，已經可以做一些總結。

精神預防性無痛分娩法不僅在制定本法的專門性機構內得到了成功，而已經普遍推廣到工作人員技術水平不同的許多助產機構中去，甚至集體農莊助產士，大半也已很好地掌握了這個方法。

為廣泛貫徹本法到實際工作中去，烏克蘭蘇維埃社會主義共和國保健部已替各州的產科醫師組織了一個期限的精神預防性無痛分娩法學習班。

精神預防性無痛分娩法目下日益推廣，並且日益取得更多的擁護者。這一個情況並不是偶然的。這乃是巴甫洛夫學說和其學派貫徹到實用中去的必然結果。（維里涅夫斯基、舒高姆、波羅琪柴爾等氏著）（朱濱生譯）（譯自蘇聯《產婦科雜誌》1950年第12期）