

基于探索性因子分析的初产孕妇无痛分娩中硬膜外神经阻滞麻醉效果研究

陆梦 顾菲亚

上海市宝山区中西医结合医院, 上海 201900

摘要: 目的: 基于探索性因子分析, 研究硬膜外麻醉在初产孕妇的无痛分娩中的临床效果。方法: 选择 80 名孕妇作为研究对象, 分为观察组和对照组。比较两组孕妇的镇痛效果、分娩状况以及新生儿身体状况。结果: 观察组阵痛有效率显著高于对照组。观察组的自然分娩率、阴道助产率、以及剖宫产率均优于对照组。两组在宫内窘迫、新生儿窒息以及孕妇出血方面无显著差异。结论: 麻醉下无痛硬膜外麻醉可切实缩短分娩过程, 从而确保母婴安全, 具有较为客观的临床价值。

关键词: 无痛分娩; 膜外神经阻滞麻醉; 母婴安全; 阵痛有效率

引言

伴随卫生服务的蓬勃发展, 以及人民生活水准的持续提升, 人们对卫生服务的需求也在不断提升^[1]。作为社区卫生服务的支柱, 全科医生逐渐受到关注。孕妇阵痛是分娩时最直观, 最难以忍受的疼痛, 许多孕妇因为害怕疼痛而放弃自然分娩^[2]。强烈的分娩痛会导致孕妇各种心理问题的出现, 一旦孕妇产生心理反应, 就会引起神经系统和内分泌系统的改变^[3]。分娩时疼痛难以忍受, 严重影响孕产妇健康心理, 导致剖宫产率的增加。剖宫产的缺点逐渐变得突出, 不再能满足孕产妇分娩的新要求。现代医学能够使孕产妇克服分娩时发生的严重疼痛, 对孕产妇和婴儿的影响较小。孕产妇能够有意识地参与分娩的整个过程, 减少孕产妇的心理压力和产后疲劳。临床上, 存在多种无痛分娩措施, 目前使用最广泛使用的是硬膜外麻醉^[4]。

分娩时孕产妇疼痛不仅会给孕产妇生产带来一定的心理压力, 也是剖宫产增加的重要原因之一^[5]。如何在有效保护母婴健康的同时有效减少孕产妇疼痛已成为医学界广泛关注的话题^[6]。要求在确保母婴安全的同时也需要最大程度地降低痛苦。分娩在人类繁衍进程中, 是一个正常生理过程。但在分娩过程中, 却容易受到多种因素的作用^[7]。孕产妇对分娩水平的要求愈发提高, 需要在确保母婴健康的同时, 尽可能降低孕产妇分娩的痛苦。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月收治的 80 例初孕孕妇为研究对象, 所有孕产妇均为单胎, 根据自愿原则将其分为观察组 (40 例) 和对照组 (40 例), 观察组中, 孕产妇年龄范围在 22~30 岁, 平均年龄为 (24.2±1.9) 岁。对照组中, 孕产妇年龄范围在 22~31 岁, 平均年龄为 (24.9±2.2) 岁。两组孕产妇的基础资料比较, 差异不具有统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

观察组中的孕产妇在硬膜外麻醉下进行无痛分娩。手术前, 孕产妇和家属需要签署分娩镇痛同意书。在孕产妇的发生临产症状之后, 确保母体和胎儿适应症的适应症正常, 允许孕产妇采取侧卧位。需要助产护士密切监测生命体征, 确保数值维持在正常范围内。在各分娩阶段, 观察并记录胎儿窘迫、产后出血及新生儿窒息率。选择 L3-L4 间隙用于常规硬膜外穿刺, 麻醉剂利多卡因 (1%) 注射 3ml。15 分钟后, 将利多卡因 (0.5%) 连续滴入硬膜外腔直至胎儿分娩。镇痛泵继续以 6-8 ml/h 的速率将速率泵送至硬膜外腔, 使孕产妇自然地分娩胎儿。对照组给出了常规产科治疗计划。孕产妇心理和生理指导由助产士在生产过程之前和期间给予, 并在分娩期间提供鼓励和语言支持, 以帮助孩子顺利分娩。

根据孕产妇主诉疼痛标准分为 4 个级别, 如表 1 所示。其中, 0 级和 1 级为镇痛有效, 2 级和 3 级为镇痛失败。

表 1 产妇主诉疼痛评定标准

级别	0 级	1 级	2 级	3 级
程度	无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛
感受	没有疼痛感	有轻痛感	疼痛感觉明显, 必要时需使用镇痛药物	疼痛感觉剧烈, 需使用镇痛药物

2 结果分析

对两组孕产妇阵痛有效率进行对比, 观察组阵痛有效率明显高于对照组 ($P<0.05$)。对比结果如表 2 所示。

表 2 两组产妇镇痛效果比较

组别	0 级	1 级	2 级	3 级	阵痛有效率
观察组 (n=40)	0	3	26	11	7.5%
对照组 (n=40)	29	6	5	0	87.5%

观察组孕产妇的阴道助产率、自然分娩率以及剖宫产率分别为 10%, 82.5% 和 7.5%。它们优于对照组的 12.5%, 72.5% 和 15%。差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 结果如表 3 所示。

表 3 对照组和观察组产妇分娩方式比较

组别	阴道助产	自然分娩	剖宫产
观察组 (n=40)	4 (10%)	33 (82.5%)	3 (7.5%)
对照组 (n=40)	5 (12.5%)	29 (72.5%)	6 (15%)

两组在宫内窘迫、新生儿窒息和孕产妇出血方面无显著差异 ($P>0.05$), 对比结果如表 4 所示。

表 4 两组新生儿窒息、胎儿宫内窘迫及孕产妇出血量比较

组别	新生儿窒息	胎儿宫内窘迫	≥300ml	<300ml
观察组 (n=40)	4 (10%)	7 (17.5%)	3 (7.5%)	26 (65%)
对照组 (n=40)	2 (5%)	5 (12.5%)	3 (7.5%)	30 (75%)

3 讨论

大多数孕产妇在长时间的分娩过程中会感到剧烈的痛苦, 甚至会失去理智, 休克或晕厥。无痛分娩则是将无痛作为基础, 并且在整个交付过程中应用。如果孕产妇感受到难以忍受的疼痛, 于硬膜外腔组织中对注射麻醉药物, 从而达到镇痛的目的。在现代医学疼痛指数排名中, 分娩疼痛在灼痛后排在第二位。强烈的分娩疼痛会导致孕产妇产生强烈的心理和生理压力, 从而引起母体神经系统和内分泌系统的改变。尽管剖宫产能够在一定程度上降低孕产妇的痛苦, 但随后会导致新生儿感染率升高。进而容易发生长期的并发症, 严重威胁到孕产妇和新生儿的生命健康。在分娩过程中, 如果孕产妇过度喊叫会导致腹部缺氧, 则容易发生危险并增加剖宫产的风险。

对于处于分娩期的初产妇, 使用硬膜外阻滞麻醉, 能够降低分娩的痛苦和分娩的持续时间。孕产妇硬膜外阻滞麻醉无痛分娩可有效缩短分娩过程, 对确保母婴安全有着积极影响, 具有客观的临床价值。

参考文献

- [1] 韩战记. 初产孕妇无痛分娩中硬膜外神经阻滞麻醉的临床效果观察[J]. 中国民康医学, 2015(7): 74-75.
- [2] 张秦芳. 硬膜外神经阻滞麻醉无痛分娩的临床观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(17): 170-171.
- [3] 白连洪. 硬膜外神经阻滞麻醉无痛分娩的临床应用分析[J]. 北方药学, 2014(9): 128-129.
- [4] 张立媛. 硬膜外神经阻滞麻醉用于无痛分娩的临床观察[J]. 现代医学影像学, 2018, 27(04): 328-329.
- [5] 吕桂林. 硬膜外神经阻滞麻醉无痛分娩的临床方法及效果[J]. 医药前沿, 2016, 6(6): 194-195.
- [6] 何文彬. 硬膜外神经阻滞麻醉无痛分娩的临床观察[J]. 航空航天医学杂志, 2015(6): 1621-1621.
- [7] 蔡志敏. 硬膜外神经阻滞麻醉无痛分娩的效果分析[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(32): 77-78.