

分娩镇痛中应用硬膜外麻醉与静脉麻醉对母儿结局的干预价值研究

郭云亮

北京市顺义区妇幼保健院, 中国·北京 101300

【摘要】目的: 探析在分娩镇痛过程中采取两种不同麻醉方式(硬膜外麻醉与静脉麻醉)对母婴结局的影响。方法: 收集2019年2月到2020年1月我所接受的78例待产产妇作为研究主体, 依照分娩镇痛方式不同将其分成甲组与乙组, 前一组产妇在硬膜外麻醉下分娩镇痛, 后一组产妇在静脉麻醉下分娩镇痛。对上述两组产妇的镇痛情况、母婴结局等进行观察与比较。结果: 甲组产妇麻醉后5min、麻醉后10min、麻醉后30min、麻醉后60min等时间点的VAS评分与乙组产妇同时点相比, 差异不具备统计学意义($P > 0.05$); 甲组产妇的阴道助产率、阴道分娩率及剖宫产率(17.95%、71.79%、10.26%)与乙组(20.51%、66.67%、12.82%)相比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 甲组的新生儿窒息率、胎儿窘迫率(5.13%、5.13%)与乙组(5.13%、2.56%)相对照, 差异不具备统计学意义($P > 0.05$)。结论: 硬膜外麻醉与静脉麻醉在产妇分娩过程中, 均可获得较好的镇痛效果, 且能确保母婴安全, 在临床实践过程中可结合产妇的实际情况选取恰当的分娩镇痛方式。

【关键词】分娩镇痛; 硬膜外麻醉; 静脉麻醉; 母婴结局

女性在分娩过程中往往伴随着难以忍受的剧烈疼痛, 且这种疼痛将对产妇的生理、心理都造成负面影响, 如产生害怕、恐惧等心理, 继而导致剖宫产率的增长^[1]; 又比如可导致产妇儿茶酚胺类物质的分泌异常增长, 继而抑制宫缩, 同时还将导致子宫动脉收缩加快, 产程延长, 最终对产妇及胎儿的生命安全造成威胁^[2]。因此, 对产妇予以分娩镇痛是非常关键且有必要的; 而临床上可用的分娩镇痛方式有多种, 如硬膜外麻醉、静脉麻醉。现本案将对我院所接受的78例待产产妇予以两种不同的分娩镇痛方式, 以探析两者的临床运用价值。具体情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本案共有研究主体78例, 均选自2019年2月到2020年1月我所接受的待产产妇。依照分娩镇痛方式不同, 将其分成两个组别, 即甲组与乙组。甲组39例, 年龄区间在21~33岁之间, 平均年龄为(26.92 ± 3.57)岁; 孕周在36~40周之间, 平均孕周为(39.64 ± 1.09)周。乙组39例, 年龄区间在20~35岁之间, 平均年龄为(27.24 ± 3.18)岁; 孕周在36~41周之间, 平均孕周为(39.55 ± 1.23)周。比较以上两组产妇的临床基础资料, 即年龄、孕周等, 结果均不存在统计学意义, $P > 0.05$, 可展开组间对比分析。医院伦理委员会对此项研究知情且批准同意。

纳入标准: 皆选择分娩镇痛; 初产妇; 单胎; 对本次研究所用药物无禁忌症; 产妇及家属对此项研究已知情, 且签署同意书。

排除标准: 对研究所用药物存在禁忌症; 阴道分娩困难者; 肾功能障碍者; 患有神经系统疾病者。

1.2 方法

甲组: 对该组产妇予以硬膜外麻醉, 具体操作为: 在产妇宫口扩张至3cm时, 将腰椎L1-2亦或者是腰椎L2-3间隙处实施穿刺, 且插入导管, 同时给予罗哌卡因(浙江仙琚制药股份有限公司生产, 批准文号: H20163203), 剂量为3ml, 浓度为2g/L。随后密切注意产妇脊柱有无麻木感, 如并未出现全脊麻木, 则在5min后再注入相同的剂量的罗哌卡因。待成功麻醉之后, 为产妇留置导管, 60min后以微泵输入50ml的生理盐水、10ml的罗哌卡因以及0.075mg的芬太尼(江苏恩华药业股份有限公司生产, 批准文号: H20113508), 输注速度控制在每小时6ml, 负荷量控制在3ml。

乙组: 对该组产妇予以静脉麻醉, 具体操作为: 为产妇开放上肢静脉, 经鼻导管吸入氧气; 在宫颈扩张到3cm时, 对产妇予以静脉注射, 所用药物为瑞芬太尼(江苏恩华药业股份有限公司生产, 批准文号: H20143314), 剂量为5 μg/kg, 随后在通过自

控注射的方式, 再予以10 μg/kg, 以起到镇痛的作用; 通常在宫缩前30s给药, 每次3ml, 待产妇结束分娩后, 停止药物注射。

1.3 观察指标

以VAS评分(视觉模拟评分法), 对两组产妇麻醉后不同时间点(如麻醉后5min、麻醉后10min、麻醉后30min、麻醉后60min)的疼痛程度加以判定, 此评分分值在0~10分之间, 产妇得分越高, 表明其疼痛症状越显著。

对两组产妇的分娩方式(阴道助产、阴道分娩及剖宫产)、新生儿不良事件发生情况等观察, 且展开组间比较。

1.4 统计学分析

采取统计学软件SPSS20.0对数据展开分析, 其中, 如阴道助产率、阴道分娩率以及新生儿窒息率等计数资料, 均采用百分比表示, χ^2 检验; 如VAS评分等计量资料, 采取($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验。 $P < 0.05$, 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 麻醉后不同时间点VAS评分情况分析

见表1所示, 甲组产妇麻醉后5min、麻醉后10min、麻醉后30min、麻醉后60min等时间点的VAS评分与乙组产妇同时点相比, 无显著差异, 不具备统计学意义($P > 0.05$)。

表1 两组产妇麻醉后不同时间点VAS评分情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	麻醉后5min	麻醉后10min	麻醉后30min	麻醉后60min
甲组	5.21 ± 1.07	3.17 ± 0.86	2.19 ± 0.59	1.86 ± 0.34
乙组	5.09 ± 0.98	3.24 ± 0.97	2.15 ± 0.61	1.94 ± 0.28
t	0.517	0.337	0.294	1.134
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 产妇分娩方式分析

见下表2所示, 甲组产妇的阴道助产率、阴道分娩率及剖宫产率与乙组相比较, 无显著性差异, 不存在统计学意义($P > 0.05$)。

表2 两组产妇分娩方式比较[n(%)]

组别	n	阴道助产	阴道分娩	剖宫产
甲组	39	7 (17.95)	28 (71.79)	4 (10.26)
乙组	39	8 (20.51)	26 (66.67)	5 (12.82)
χ^2	-	0.083	0.241	0.000
P	-	>0.05	>0.05	>0.05

2.3 新生儿不良事件发生情况分析

见下表3所示,甲组的新生儿窒息率、胎儿窘迫率与乙组对照,差异不具备统计学意义($P > 0.05$)。

表3 两组新生儿不良事件发生情况比较[n(%)]

组别	n	新生儿窒息	胎儿窘迫
甲组	39	2 (5.13)	2 (5.13)
乙组	39	2 (5.13)	1 (2.56)
χ^2	-	0.264	0.000
P	-	>0.05	>0.05

3 讨论

女性在分娩期间往往伴随着难以言喻的疼痛,这主要是由于子宫收缩、胎儿牵拉到产道,继而所引起的疼痛^[1]。产妇在受到剧烈疼痛后,将产生紧张、害怕等不良心理,并致使血压增长,并引起胎儿窘迫等,最终对母婴的生命安全造成一定威胁。所以,对产妇实施分娩镇痛是非常有必要的。硬膜外麻醉、静脉麻醉是临床上常用的镇痛方式,其中,前者一般是选用罗哌卡因药物,此药不但能阻滞神经功能,且不良反应少,不会对产妇的脏器造成损害;同时配合使用芬太尼,可在一定程度提升镇痛效果^[4]。后者是以静脉注射的形式,为产妇予以麻醉药物瑞芬太尼,且通过联合自控的方式,对麻醉剂量进行合理调节,从而起到镇痛的效果。其中,瑞芬太尼是一种阿片类镇痛药物,其成分能迅速被人体组织或血液吸收,继而能快速发挥药物效果,且不会产生蓄积性,因而对产妇机体的伤害小,能在一定程度减轻产妇的不适,且

保证新生儿的安全。

在此次研究中,硬膜外麻醉的甲组产妇,其麻醉后5min、麻醉后10min、麻醉后30min、麻醉后60min的VAS评分,与采取静脉麻醉的乙组产妇相比较,无显著差异;说明在产妇产娩过程中,对其采取硬膜外麻醉或静脉麻醉,都可以得到比较好的镇痛效果。此外,在母婴结局方面,甲组产妇的剖宫产率与乙组产妇相比较,即10.26%vs12.82%,无明显差异;且甲组新生儿窒息率、胎儿窘迫率与乙组相比,无明显差异,即5.13%vs5.13%、5.13%vs2.56%;由此表明不论是硬膜外麻醉,还是静脉麻醉,在产妇产娩期间均可取得较好的成效,能减少剖宫产率,且保证新生儿的安全。

综上所述,硬膜外麻醉与静脉麻醉在产妇产娩过程中,均可获得较好的镇痛效果,且能确保母婴安全,在临床实践过程中可结合产妇的实际情况选取恰当的分娩镇痛方式。

参考文献:

- [1]周光平.对比分析腰硬联合麻醉,硬膜外麻醉在分娩镇痛中的应用效果[J].糖尿病天地,2020,17(12):126.
- [2]陆伟.探析硬膜外麻醉和静脉麻醉两种分娩镇痛方式对于产妇、新生儿的影响[J].影像研究与医学应用,2017,1(7):217-218.
- [3]石坤.盐酸罗哌卡因联合芬太尼硬膜外麻醉用于分娩镇痛的效果研究分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(20):114,116.
- [4]蒋延安,付华君,赵静,等.不同麻醉方式分娩镇痛对产程及母婴结局的影响[J].现代生物医学进展,2020,20(9):1737-1740.