

# 腰麻及硬膜外麻醉联合应用于产科分娩镇痛的临床探讨

王春艳

北京亚运村美中宜和妇儿医院 北京 100024

**摘要:** **目的:** 探讨腰麻及硬膜外麻醉联合应用于产科分娩镇痛的临床效果。**方法:** 回顾分析2021年3月—2021年8月在我院分娩的80例产妇临床资料, 将其随机分为对照组和观察组, 每组40例产妇, 对照组采用硬膜外麻醉, 观察组在对照组的基础上联合腰麻, 观察对比两组产妇分娩疼痛度。**结果:** 观察组产妇麻醉起效时间( $3.51 \pm 1.22$ ) min, 明显短于对照组( $10.11 \pm 4.56$ ) min, 麻醉药物用量( $120.70 \pm 40.09$ ) mg, 明显少于对照组( $150.34 \pm 60.79$ ) mg, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组产妇第一产程( $227.3 \pm 104.1$ ) min、第二产程时间( $32.55 \pm 4.90$ ) min, 明显短于对照组( $280.0 \pm 112.3$ ) min、( $49.45 \pm 7.09$ ) min, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组产妇镇痛评分( $2.99 \pm 1.03$ )分, 与对照组( $2.91 \pm 0.89$ )分对比, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:** 腰麻及硬膜外麻醉联合应用于产科分娩镇痛效果理想, 且起效快, 用药量少, 促进产程的顺利进行, 有效确保了母婴的安全。

**关键词:** 腰麻; 硬膜外麻醉; 产科分娩

## 引言:

近年来, 随着医学技术水平的不断进步及发展, 分娩镇痛技术应用广泛, 安全性高。而如何最大限度减轻产妇分娩痛苦, 缩短产程时间, 保护母婴分娩安全, 是产科充分重视的问题。同时, 分娩作为正常的生理过程, 其疼痛程度高且产程时间长, 大多数产妇往往因自身难以忍受疼痛而出现紧张、焦虑等负性情绪, 甚至影响产妇后续产程的安全性, 易引发产后出血等危险症状。值得注意的是, 近几年, 目前我国剖宫产的分娩率比较高, 占30%左右, 并且有明显增加的趋势。虽然剖宫产手术在分娩的时候有较强的优势; 但因为剖宫产为创伤性手术, 会对产妇身体造成较大损害, 而分娩镇痛成为产妇分娩方式的选择之一, 制定科学合理的分娩镇痛方案, 保证产程顺利有序进行, 进而保障产妇胎儿的生命安全显得尤为重要。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾分析在我院分娩的80例产妇临床资料, 在产妇及其家属知情同意后纳入研究, 该研究是在医院伦理委员会的许可下正式启动, 将其随机分为对照组和观察组, 每组40例产妇。对照组40例产妇年龄23~35岁,

平均年龄( $25.82 \pm 2.34$ )岁; 初产妇23名, 经产妇17名; 孕周36~42周, 平均孕周( $38.21 \pm 1.01$ )周。观察组40例产妇年龄23~38岁, 平均年龄( $26.11 \pm 2.46$ )岁; 初产妇21名, 经产妇19名; 孕周37~42周, 平均孕周( $38.44 \pm 1.01$ )周。两组产妇在年龄、孕周、产次等基础资料方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

全部80例产妇于宫口开至2cm采取镇痛措施, 对照组产妇麻醉方案为硬膜外麻醉, 选择L2-3或L3-4间隙行硬膜外穿刺, 留置硬膜外导管, 给予试验剂量1.5%利多卡因3ml, 试验剂量阴性后妥善固定导管, 产妇左倾平卧, 连接硬膜外输注装置, 镇痛维持阶段使用自控镇痛装置PCEA; 配比: 100ml生理盐水中加入罗哌卡因100mg、芬太尼0.2mg, 设置首次注入量为10ml, 背景剂量6-15ml/h, 产妇自控剂量6-8ml/次, 完成操作后评估镇痛效果, 如产妇镇痛效果不显著, 需在产生疼痛后追加注射6ml完善镇痛效果<sup>[1]</sup>。观察组产妇麻醉方案为腰麻及硬膜外联合麻醉, 选择L2-3或L3-4间隙行硬膜外穿刺, 置入腰麻针穿刺硬脊膜, 确认脑脊液回流后, 可缓慢注入罗哌卡因3mg<sup>[2-3]</sup>, 将腰麻针取出, 置入硬膜外导管, 妥善固定后将产妇体位调整为左倾平卧, 连接硬膜外输注装置, 于100ml生理盐水中加入罗哌卡因100mg、芬太尼0.2mg, 设置首次注入量为10ml, 背景剂量6-15ml/h, 自控剂量6-8ml/次, 完成操作后评估镇痛效果, 如产妇镇痛效果不显著, 需在产生疼痛后追加注射6ml完成镇痛效果; 根据疼痛程度调整镇痛泵的设置

**作者简介:** 王春艳, 1982.01.07, 女, 满族, 籍贯: 河北, 职称: 主治医师, 毕业院校: 承德医学院, 学历: 本科, 研究方向: 妇产科麻醉, 邮箱: 48411619@qq.com。

及药物浓度。

### 1.3 观察指标

观察两组产妇麻醉起效时间、麻醉药物用量; 观察两组产妇第一、第二产程时间; 观察两组产妇镇痛评分。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用t检验, 计数资料用百分比表示, 采用 $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组产妇麻醉起效时间、麻醉药物用量对比

观察组产妇麻醉起效时间明显短于对照组, 麻醉药物用量明显少于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表1。

表1 两组产妇麻醉起效时间、麻醉药物用量对比  
( $\bar{x} \pm s$ )

组别	麻醉起效时间 (min)	麻醉药物用量 (mg)
对照组 (n=40)	10.11 ± 4.56	150.34 ± 60.79
观察组 (n=40)	3.51 ± 1.22	120.70 ± 40.09
t	5.09	7.18
P	< 0.05	< 0.05

### 2.2 两组产妇第一、第二产程时间对比

观察组产妇第一产程、第二产程时间明显短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 两组产妇第一、第二产程时间对比 [ $(\bar{x} \pm s)$ , min]

组别	第一产程时间	第二产程时间
对照组 (n=40)	280.0 ± 112.3	49.45 ± 7.09
观察组 (n=40)	227.3 ± 104.1	32.55 ± 4.90
t	4.34	6.30
P	< 0.05	< 0.05

### 2.3 两组产妇镇痛评分对比

观察组产妇镇痛评分与对照组对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表3。

表3 两组产妇镇痛评分对比 [ $(\bar{x} \pm s)$ , 分]

组别	镇痛评分
对照组 (n=40)	2.91 ± 0.89
观察组 (n=40)	2.99 ± 1.03
t	0.42
P	> 0.05

## 3 讨论

随着医疗水平的不断进步, 使得人们对分娩要求越来越高, 不仅要保证母婴安全, 还要减轻分娩疼痛感, 使得分娩镇痛越来越受人们的欢迎与认可<sup>[4]</sup>。临床实践

发现, 在分娩过程中, 减轻疼痛感, 会改善大脑皮层的调控作用, 促使子宫规律收缩, 放松盆底肌肉, 促进胎头下降, 提高宫口扩张效果, 有效缩短产程时间, 促使分娩顺利进展<sup>[5]</sup>。此外, 在分娩过程中, 因剧烈的疼痛感, 会使多数产妇出现恐惧感, 从而影响产程的顺利进行, 对母婴产生严重影响。再加上产妇在分娩中, 疼痛会引起不同程度的应激反应, 兴奋交感神经, 促使儿茶酚胺物质的释放, 对子宫产生抑制作用, 收缩子宫血管, 延长产程; 同时疼痛感还会导致酸碱失衡, 增加胎儿宫内窘迫, 增加不良妊娠结局, 故实施分娩镇痛、对减轻产妇生理与心理疼痛感有积极作用。目前, 腰麻及硬膜外麻醉联合应用于分娩镇痛, 具有起效快、用药量少、镇痛度好等优点, 两者联用后, 可提高镇痛协同作用, 减少麻醉药物使用剂量, 缩短产程的同时减少不良反应。此外, 腰麻及硬膜外麻醉联合后, 对子宫、胎盘影响较少, 从而提高镇痛效果。

分娩作为女性角色重要转变的一个过程, 其会对个体带来剧烈且具有持续性的疼痛, 进而使得产妇身心受到双重的折磨。而在当前对于分娩镇痛这一概念的重视度不断提高, 越来越多的医院也在运用不同的镇痛方案来达到该种目的, 以希望保证女性分娩安全; 同时, 在疼痛得以舒缓时, 产妇的大脑皮层中枢神经调控功能更好, 子宫收缩得到恢复, 盆底肌肉较为放松, 胎儿胎头下降与宫口扩张的关系保持平衡, 自然产程也会得到缩短。腰麻联合硬膜外麻醉的麻醉用药量相对较少、起效更快, 既能够最大程度缓解产妇的疼痛, 又能够降低药物对机体的影响, 保证母婴安全。

本次研究数据显示, 研究组产妇经腰麻及硬膜外联合麻醉后第一产程时间、第二产程时间、麻醉起效时间、罗哌卡因总用量均优于对照组。与单一硬膜外麻醉方式相比, 腰麻联合硬膜外麻醉可减少罗哌卡因等麻醉药物用量, 缩短麻醉药物起效时间, 给药方便, 麻醉可靠性显著提高。采取联合麻醉方式需利用腰麻针将麻醉药物注射至蛛网膜下腔, 退出腰麻针后置入导管至硬膜外腔, 可实现对腰麻的有效辅助, 达到持续给药的临床效果, 且麻醉时间无限制, 麻醉镇痛对产妇呼吸及循环系统无不良影响, 术后头痛等不良反应发生率较低<sup>[6]</sup>。采用联合麻醉方案对产妇T10以上子宫体运动神经无阻断作用, 仅对S2-4、L1-4运动神经阻断, 对交感神经及肌力无不良影响, 产妇阴道、子宫颈、盆底肌张力显著减弱, 宫颈扩张速度加快, 可缩短生产时间, 也可提高顺产率。腰麻及硬膜外联合麻醉增加了麻醉管理的风险及困

难度, 为此医师需重点关注产妇并发症发生情况, 并予以针对性治疗干预。

#### 4 结束语

综上所述, 腰麻及硬膜外麻醉联合应用于产科分娩镇痛临床效果理想, 具有起效快、用药量少等优点, 临床可将其作为分娩镇痛的首选方法。需要注意的是在分娩镇痛期间, 医护人员应严格监护母婴具体情况, 做到及时发现问题及时处理, 使分娩镇痛得以顺利的进行。

#### 参考文献:

[1]付智俊, 黄晓琴.腰麻联合硬膜外麻醉用于分娩镇痛的效果分析[J].求医问药: 学术版, 2012, 10(10): 677.

[2]高勇.椎管内阻滞分娩镇痛的新进展[J].南昌大学学报: 医学版, 2015, 52(1): 102-104.

[3]纵艳丽.腰麻硬膜外联合麻醉用于分娩镇痛54例临床分析[J].中外医学研究, 2013(24): 194-195.

[4]周国伟, 边丹秀, 徐萌艳.腰麻及硬膜外麻醉联合应用于产科分娩镇痛的临床探讨[J].中国性科学, 2016.25(1): 120-122.

[5]何鞠颖, 曹蓉, 李守莉, 等.硬膜外联合腰麻和硬膜外麻醉用于分娩镇痛的临床效果比较[J].西部医学, 2011, 23(5): 870-871.

[6]唐文志.不同麻醉方式在分娩镇痛中的应用[J].中外健康文摘, 2015, 8(28): 70-72.