

产科连续硬膜外麻醉在无痛分娩中的应用效果

王春艳

北京亚运村美中宜和妇儿医院 北京 100024

摘要: **目的:** 探讨分析连续硬膜外麻醉在无痛分娩中的镇痛效果及其对产程和母婴状况的影响。**方法:** 选取2019年9月~2020年9月在医院收治的80例产妇作为研究对象, 根据其分娩中是否实行连续硬膜外麻醉将其分为两组: 观察组40例患者, 采取连续硬膜外麻醉分娩; 对照组40例患者, 不使用任何镇痛措施。**结果:** 观察组产妇的0级、I级疼痛率、阴道自然分娩率均高于对照组, 观察组产妇II级、III级、IV级疼痛率、第一产程、第二产程的时间、剖宫产率、产钳助产率均低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 和产妇在分娩中不采用任何的镇痛措施相比, 在分娩中实行连续硬膜外麻醉可以很好地降低分娩中的疼痛级别, 取得更好的镇痛效果; 可以很好地缩短产程时间, 提高阴道自然分娩率, 使产妇分娩更加顺利; 不会增加分娩的风险, 具有较高的安全性。

关键词: 连续硬膜外麻醉; 无痛分娩; 镇痛效果; 产程; 母婴状况

分娩为女性特殊的生理过程, 自然分娩时, 子宫肌持续收缩、软组织受到胎盘的压迫, 极易引起强烈疼痛感, 导致血流动力学波动, 使分娩进程受到影响。因此采取有效、安全的分娩镇痛干预十分必要。无痛分娩是指为了缓解或消除产妇分娩中出现疼痛而采取的一种干预措施。在无痛分娩中, 连续硬膜外麻醉的应用较为广泛, 能通过硬膜外腔注入局麻药物, 使脊神经根传导受到抑制, 从而减轻分娩疼痛。现将本院2019年9月~2020年9月80例产妇纳入为研究样本, 探究连续硬膜外麻醉的可行性, 汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年9月~2020年9月在笔者医院收治的80例产妇作为研究对象, 在产妇及其家属知情同意后纳入研究。所有研究对象的骨盆外测量值均正常, 无内外科疾病, 无认知功能障碍和精神疾病, 无妊娠合并症。根据产妇分娩中是否实行连续硬膜外麻醉将其分为两组: 观察组40例产妇, 对照组40例产妇。观察组中: 年龄22~33岁, 平均(27.18±1.56)岁; BMI(24.11±2.12) kg/m²; 首次分娩33例; 孕周35~41周, 平均(38.41±1.03)周。对照组中, 年龄23~33岁, 平均(26.52±1.16)岁; BMI(23.62±2.34) kg/m²; 首次分娩34例; 孕周36~42周, 平均(38.67±1.24)周。两组研究对象的基础资料比较, 均衡性良好 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

自然分娩。出现规律性宫缩应协助产妇进入产房待产, 协助产妇选择正确舒适生产姿势, 能够有效地减轻宫缩疼痛, 改善胎儿氧供, 观察产妇的宫缩、胎心率、宫口扩张及

胎头下降情况, 产妇的宫颈口会逐渐开大, 宫缩逐渐加强, 疼痛加重, 随着产程的进展, 产妇在宫口开大3cm后疼痛最明显, 从规律的子宫收缩一直到宫口开全, 在生产的过程中不给予任何镇痛措施。

1.2.2 观察组

采用连续硬膜外麻醉下无痛分娩。观察产妇的宫口打开情况, 宫口开至1-2cm时, 就能够给予产妇舒芬太尼(国药准字H20054172, 宜昌人福药业有限责任公司) 10 μg, 进入活跃期之后, 一般情况下产妇的宫口位置开至3cm, 就可以定位穿刺点的位置, 做好进针的准备, 行硬膜外穿刺部位一般在L2-3或者L3-4间隙位置, 根据产妇的个人情况, 进行硬膜外置管, 植入硬膜外导管设备4cm左右, 加入低浓度的局麻药物, 注入芬太尼(国药准字H20054172, 宜昌人福药业有限责任公司) 以及0.1%罗哌卡因(国药准字H20103636, 宜昌人福药业有限责任公司) 混合液, 5min后根据产妇的麻醉情况用药, 如果产妇还有疼痛感, 继续注入6ml, 镇痛间歇时间为半小时^[2]。半小时后检测麻醉平面, 直至达到要求麻醉平面。如果镇痛质量较好, 应该维持稳定剂量使用。一般情况硬膜外只给一次镇痛药物, 就能够完成第一产程, 产妇宫口开全之后, 就到了第二产程, 应该停止镇痛, 严密监测产妇的生命体征, 并测量产妇的血氧饱和度、宫缩、胎心等产程进展监测项目^[3], 如果产妇出现异常情况, 应该快速的将胎儿娩出, 必要时采用剖腹产。

1.3 观察指标

①比较两组分娩方式, 主要有自然分娩、剖宫产、器械助产; ②比较两组生产镇痛情况^[4], 无疼痛感: 0级; 轻度疼痛, 但能够忍受: I级; 中度疼痛, 且合并呼吸急促, 仍可忍受: II级; 严重疼痛, 较难忍受, 合并呻吟、严重焦

考虑：III级。镇痛有效：0级与I级；镇痛效果不佳：II级与III级。③比较两组产程情况，主要为第一产程、第二产程和第三产程时间。④比较两组母儿并发症，主要有胎儿宫内窘迫、产后出血和新生儿窒息。

1.4 统计学方法

运用SPSS17.0进行统计学分析，计量、计数资料行t或 χ^2 检验分析，以 $P < 0.05$ 确定差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组镇痛效果比较

观察组产妇的0级及I级疼痛率均高于对照组，II级、III级、IV级疼痛率均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组镇痛效果比较[例（%），n=30]

组别	0级	I级	II级	III级	IV级
观察组	19	17	3	1	0
对照组	4	6	18	8	4
P值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组产程情况分析

两组第一产程、第二产程时间比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组第三产程时间比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表2。

表2 两组产程情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	第一产程（min）	第二产程（min）	第三产程（min）
对照组	40	316.74 ± 8.89	54.66 ± 2.76	6.23 ± 1.20
观察组	40	244.81 ± 8.01	47.39 ± 2.28	6.10 ± 1.32

参考文献：

- [1]蒋维,应静君,李华,等.连续硬膜外麻醉、心理干预联合应用于无痛分娩的效果分析[J].中国生化药物杂志,2017,37(9):441-442.
- [2]张富杰,夏俊龙,孟凡浩.腰硬联合麻醉与连续硬膜外麻醉在潜伏期分娩镇痛中应用的比较[J].中国医药导报,2019,16(16):112-115.
- [3]王建武.蛛网膜下腔麻醉与连续性硬膜外麻醉对剖宫产产妇及新生儿的影响[J].中国妇幼保健,2019,34(15):3436-3437.
- [4]房建,赵继蓉.小剂量罗哌卡因联合舒芬太尼腰硬联合麻醉在无痛分娩中的应用[J].中华全科医学,2018,16(2):264-267.
- [5]李媚芳,文四成,张远军,等.初产妇生产过程中连续硬膜外镇痛对其产后早期盆底功能的影响[J].国际麻醉学与复苏杂志,2018,39(12):1106-1109+1118.

作者简介：王春艳，1982.01.07，女，满族，河北，主治医师，本科，研究方向：妇产科麻醉。

3 讨论

分娩疼痛是多数女性一生中所经历的最剧烈的疼痛，这种疼痛是分娩过程中的复杂感觉刺激反应，由生理因素引起，有别于其他病理引起的疼痛^[1]。围生期疼痛易导致宫颈、盆腔肌肉紧张，使产妇产生诸多消极情绪，促使机体分泌出外源性及内源性应激物质，造成神经功能紊乱，继而引起宫缩乏力，宫缩与宫口扩张失调，使产程时间延长，提高产后出血、难产等风险发生率，还会导致胎盘血供不足，引起新生儿窒息、胎儿宫内窘迫，甚至威胁其生命安全^[2]。故采取合理的分娩镇痛干预具有重要现实意义。罗哌卡因属于新型酰胺类长效局麻药，起效快速，对中枢神经、心血管系统毒性低，并且不会明显影响子宫胎盘血流、新生儿，安全范围宽，被广泛用于无痛分娩中^[3]。目前分娩镇痛的主要方法为产妇硬膜外自控镇痛或采用微泵法连续硬膜外给药^[4]。有学者研究指出，罗哌卡因与舒芬太尼联合应用在无痛分娩中能起到良好镇痛作用，不仅能明显改善疼痛程度分级，消除精神因素对产程、产力的影响，促进宫缩，还能减轻应激反应，减少无效宫缩、疼痛导致的血压升高与心出血量增加以及耗氧量^[5]。

综上所述，笔者认为，和产妇在分娩中不采用任何的镇痛措施相比，在分娩中实行连续硬膜外麻醉可以很好地降低分娩中的疼痛级别，取得更好的镇痛效果；可以很好的缩短产程时间，提高阴道自然分娩率，使产妇分娩更加顺利；不会增加分娩的风险，具有较高的安全性。