

分娩镇痛在基层医院的临床应用及推广

崔熾余

(吉林省榆树市妇幼保健院 130400)

摘要: 目的: 分析分娩镇痛在基层医院的临床应用及推广。方法: 对我院收治的分娩产妇进行研究。根据分娩方案的不同将患者分为参照组(常规分娩)与实验组(分娩镇痛)。观察两组疼痛情况、产程时间以及妊娠结局。结果: 实验组宫口开 7cm 时疼痛评分(5.12 ± 1.22)分、分娩后 10h 疼痛评分(3.17 ± 0.42)分、分娩后 24h 疼痛评分(2.78 ± 0.72)分、分娩后 72h 疼痛评分(2.01 ± 0.23)分, 均显著低于参照组的(7.11 ± 0.63)分、(5.25 ± 0.73)分、(3.90 ± 0.65)分、(3.18 ± 0.42)分, P < 0.05。两组在第二产程以及第三产程上差异无意义, P > 0.05; 但实验组第一产程时间(522.46 ± 61.21) min、总产程时间(538.74 ± 79.51) min, 均短于参照组的(591.45 ± 70.30) min、(625.71 ± 92.89) min, P < 0.05。两组在缩宫素使用率上差异无意义, P > 0.05; 但实验组剖宫产率 15.00%, 低于参照组的 55.00%, 且产后出血量(189.12 ± 35.14) ml, 少于参照组的(312.14 ± 52.14) ml, 而新生儿评分(9.42 ± 0.13)分高于参照组的(8.91 ± 0.18)分, P < 0.05。结论: 在基层医院中, 分娩镇痛可以大幅度降低产妇的疼痛程度及时间, 帮助产妇尽快生产, 提高顺产率, 其镇痛效果好且副作用极低, 临床效果显著且安全, 应推广应用。

关键词: 分娩镇痛; 基层医院; 分娩镇痛; 产程时间; 妊娠结局

分娩即指胎儿脱离母体成为单独个体的过程, 是一种正常的生理现象^[1-2]。但在分娩过程中, 产妇需要承受剧烈的疼痛, 其疼痛程度受个体差异影响较大。一般第一产程和第二产程疼痛最为剧烈^[3], 主要是由于生产时胎儿不断对子宫造成冲击压力, 宫颈口会扩张, 子宫颈和阴道组织都会受到变化, 产妇疼痛范围较广, 下腹部、腰部都会出现收缩疼痛感。而疼痛的产生会增加儿茶酚胺的分泌^[4-5], 从而引起诸多不良反应, 影响分娩过程。近年来随着医疗科技的发展, 无痛分娩技术使用率不断增加。无痛分娩即通过给予产妇适量的麻醉药物, 减轻产妇疼痛, 一般麻醉药物浓度非常低, 具有较高的可控性, 也不会对产妇的呼吸、意识造成影响, 更不会影响到胎儿, 最常用的药物为盐酸罗哌卡因, 因其良好的感觉-运动分离阻滞, 其运动神经阻滞轻微, 双下肢活动良好, 尤其对心脏毒性小, 对血液动力学影响轻微^[6-7], 从而促进分娩过程的顺利进行。因此分娩镇痛具有不可替代的优点和良好的效果。本次研究对 80 例分娩产妇进行研究, 分析分娩镇痛的临床应用。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

对我院 2022 年 1 月-2022 年 12 月所收治的 80 例分娩产妇进行研究。根据分娩方案的不同将患者分为参照组(40 例)与实验组(40 例)。参照组平均年龄为(28.12 ± 2.14)岁; 病程年, 平均孕周(38.51 ± 1.56)周。实验组平均年龄为(27.95 ± 2.45)岁, 平均孕周(38.69 ± 1.72)周。两组资料无统计学差异(P > 0.05)。

1.2 方法

参照组产妇入院以后协助产妇擦汗、沐浴、更衣, 刮去阴毛, 保持外阴清洁干燥。连接好心电图、血压监测、氧气等基本设备, 对初产妇讲述生产方式, 包括姿势和呼吸, 听从助产技术人员的指导。分娩过程中会消耗大量的体力, 鼓励产妇在宫缩间隙少量多餐, 进食高热量、易消化且清淡的食物, 补充足够的水分, 保证水、电解质平衡, 如不能进食的产妇必要时需要静脉输液。对产妇进行心理疏导, 以免产妇过多的担心和害怕, 相关护理人员应态度和蔼, 关心体贴产妇, 可以增强产妇的信心。宫缩不强的产妇要指导产妇在室内适当活动, 促进宫缩有利于宫口扩张, 产妇宫口开大道 4cm, 应卧床待产。为产妇提供良好的待产环境, 减少不良的刺激, 产妇宫缩时候疼痛严重可教导产妇进行深呼吸, 协助产妇按摩腰骶部,

宫缩间隙时可以进行谈话、听音乐等放松心情, 转移注意力来减轻疼痛。

实验组给予分娩镇痛, 产妇宫口开到 3cm 开始实施硬膜外麻醉, 连接好心电监护等仪器, 开放静脉通路一切正常后取左侧卧位, 在 L3-4 椎间隙行硬膜外穿刺, 确定在硬膜外腔后给予 0.1% 罗哌卡因加 10% 葡萄糖混合液 2 毫升, 注药完毕后向头端置入硬外导管 3.5 cm, 回抽无血和脑脊液后胶布妥贴固定, 以便连接镇痛泵, 药物为上述混合液, 输注背景: 连续输注 6 ml/h、每次泵入量 2 ml, 锁定时间 15 min, 宫口开全后关闭镇痛泵, 以防止产妇盆腔肌肉松弛不能很好的用力。

1.3 观察指标

(1) 疼痛评分^[8]: 采用标有 0-10 数字的刻度尺, 产妇根据自身感受对疼痛进行评分, 0 为无疼痛, 10 为疼痛强度最严重, 记录两组产妇宫口开 7cm、分娩后 10h、分娩后 24h、分娩后 72h 时的疼痛评分。

(2) 记录两组产妇第一产程、第二产程、第三产程的时间。

(3) 新生儿评分^[9-10]根据新生儿呼吸、肤色、脉搏、肌张力评价, 所得分值越高则说明新生儿越正常。并记录两组产妇出血量、缩宫素使用率、剖宫产情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 27.0 对数据处理, 计数、计量分别采用%、($\bar{x} \pm s$)表示, 使用 χ^2 校检; P < 0.05 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组疼痛情况对比

实验组宫口开 7cm 时疼痛评分、分娩后 10h 疼痛评分、分娩后 24h 疼痛评分、分娩后 72h 疼痛评分均显著低于参照组, P < 0.05, 详见表 1

表 1 两组疼痛情况对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	宫口开 7cm	分娩后 10h	分娩后 24h	分娩后 72h
参照组	40	7.11 ± 0.63	5.25 ± 0.73	3.90 ± 0.65	3.18 ± 0.42
实验组	40	5.12 ± 1.22	3.17 ± 0.42	2.78 ± 0.72	2.01 ± 0.23
t 值		9.166	15.619	7.302	15.453
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组产程时间对比

两组在第二产程以及第三产程上差异无意义, $P > 0.05$; 但实验组第一产程时间、总产程时间均短于参照组, $P < 0.05$, 详见表 2。

表 2 两组产程时间对比($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	总产程
参照组	40	591.45 ± 70.30	57.81 ± 25.74	9.19 ± 4.08	625.71 ± 92.89
实验组	40	522.46 ± 61.21	56.57 ± 21.21	8.72 ± 3.13	538.74 ± 79.51

表 3 两组妊娠结局对比($\bar{x} \pm s$, n)

组别	例数	剖宫产 (%)	产后出血 (ml)	缩宫素使用率 (%)	新生儿评分 (分)
参照组	40	22 (55.00)	312.14 ± 52.14	9 (22.50)	8.91 ± 0.18
实验组	40	6 (15.00)	189.12 ± 35.14	10 (25.00)	9.42 ± 0.13
χ^2 值		14.065	12.374	0.069	14.527
P 值		0.000	0.000	0.793	0.000

3. 讨论

产妇在临近生产时会经历宫缩的过程, 最开始宫缩强度在中等级别, 开口在 2cm 左右, 当宫口开到 5cm 时, 宫缩强度明显提高。宫缩往往伴有疼痛, 当宫口开到 7cm 时, 疼痛更加剧烈。尤其是对于初产妇而言, 不仅宫口开的过程缓慢且持续时间长, 产妇疼痛严重。本研究中, 实验组宫口开 7cm 时疼痛评分显著低于参照组, $P < 0.05$ 。分娩后产妇疼痛情况也是非常常见的, 因为子宫收缩会引起疼痛, 虽然随着时间的推移, 分娩后疼痛会降低, 但分娩镇痛对于生产后的镇痛效果也非常明显。本研究结果显示, 实验组分娩后 10h 疼痛评分、分娩后 24h 疼痛评分、分娩后 72h 疼痛评分均显著低于参照组, $P < 0.05$ 。提示分娩镇痛可进一步缓解产妇分娩疼痛。

产程时间即指规律宫缩至胎盘娩出所需的时间。产程时间的延长与分娩结局息息相关^[1]。对于产妇而言, 产程时间延长, 子宫肌肉会因不断宫缩而被拉长、变薄, 从而增加子宫破裂风险。同时长时间分娩, 产妇会因此感到非常疲惫, 甚至衰竭, 从而易导致分娩后发生子宫收缩乏力性出血。此外, 产程过长还会增加产妇痛苦, 增加软产道损伤、会阴感染等并发症发生。对于胎儿而言, 长时间受宫缩的影响, 胎儿血液循环可能会发生短时间中断, 引起胎儿宫内窘迫, 甚至死亡。同时产程的延长也会增加新生儿窒息率。因此, 缩短产程时间是保证良好分娩结局的重要手段。本研究结果显示, 两组在第二产程以及第三产程上差异无意义, $P > 0.05$; 但实验组第一产程时间、总产程时间均短于参照组, $P < 0.05$ 。提示分娩镇痛可缩短第一产程时间及总产程时间。

由于对分娩镇痛宣传不到位, 导致很多产妇以及产妇产属对分娩镇痛存在误解, 不了解分娩镇痛的机制, 认为会对胎儿有影响, 不利于生产结局。而无痛分娩是利大于弊的一种有助于分娩的操作, 不仅可以减轻产妇的疼痛, 还有利于产妇采用正确的分娩方式进行顺产, 减少剖宫产几率。其原因在于身体承受巨大疼痛的同时会产生保护机制, 易会产生应激反应, 导致疼痛加剧, 延长产程时间。而长时间的分娩会使产妇处于脱力状态, 导致子宫收缩乏力, 增加大出血风险^[2], 危及生命。本研究中, 实验组产后出血量少明显低于参照组, $P < 0.05$ 。若产妇未发生并发症或妊娠并发症, 且身体条件好的情况下, 医院多会建议自然分娩。首先自然分娩可以减少对产妇的损伤, 利于分娩后恢复, 且出血少, 感染风险低。其次自然分娩也能促进胎儿发育, 如促进胎儿肺成熟、神经器官成熟等, 且大大的降低了新生儿呼吸窘迫综合症、羊水吸入综合症、感染失

t 值	4.680	0.235	0.578	4.498
P 值	0.000	0.407	0.282	0.000

2.3 两组妊娠结局对比

两组在缩宫素使用率上差异无意义, $P > 0.05$; 但实验组剖宫产率 15.00%, 低于参照组的 55.00%, 且产后出血量少, 而新生儿评分更高, $P < 0.05$, 详见表 3。

调等疾病发生。而对于存在妊娠并发症或合并症产妇, 剖宫产是首选分娩方式。本研究结果显示, 实验组剖宫产率 15.00%, 低于参照组的 55.00%, $P < 0.05$, 且新生儿评分更高, $P < 0.05$ 。提示分娩镇痛更利于改善妊娠结局。分娩疼痛属于一种应激原, 可引起产妇负性心理, 增加不良妊娠结局发生率。临床通过分娩镇痛, 使分娩痛减轻或消失, 从而有利于分娩过程顺利进行, 改善妊娠结局。

综上所述, 在基层医院中, 分娩镇痛可以大幅度降低产妇的疼痛程度及时间, 帮助产妇尽快生产, 提高顺产率, 其镇痛效果好且副作用极低, 临床效果显著且安全, 应推广应用。

参考文献:

- [1]伊力夏提·伊明江,李明成等. 分娩镇痛对初产妇剖宫产率的影响[J]. 新疆医学,2023,53(05):595-597.
- [2]刘昶,张安琪,姜明等. 硬膜外麻醉分娩镇痛对初产妇生产指标和盆底功能的影响[J]. 中外医学研究,2023,21(08):106-109.
- [3]姚金翠. 不同时机分娩镇痛对初产妇产程及分娩结局的影响[J]. 中外医疗,2023,42(06):105-108+113.
- [4]季艳梅. 分娩镇痛联合自由体位在初产妇顺产分娩中的临床价值[J]. 交通医学,2023,37(01):80-81+85.
- [5]茹玉玲. 初产妇分娩中分娩镇痛的应用效果观察[J]. 现代养生,2023,23(04):270-272.
- [6]庞灼婷,马庆玲,孟凡青,刘伟,郭亚秋. 椎管内分娩镇痛对初产妇盆底功能的影响[J]. 国际妇产科学杂志,2023,50(01):70-73.
- [7]吴海红,余洁,桑琳等. 不同分娩镇痛时机对初产妇产程进展、母婴结局及早期盆底功能的影响[J]. 现代生物医学进展,2023,23(03):551-554.
- [8]张静华,刘会敏. 硬膜外麻醉分娩镇痛对分娩结局和产时发热的影响[J]. 深圳中西医结合杂志,2023,33(03):82-85.
- [9]陈华樑,魏海翔,詹丽花. 分娩镇痛产妇持续性产后尿潴留发生情况及影响因素观察[J]. 中国医学创新,2023,20(03):77-80.
- [10]杨帆,王霓虹,林桑朵. 初产妇行硬膜外分娩镇痛效果影响因素分析及其预测模型[J]. 中国计划生育学杂志,2023,31(01):205-209.
- [11]吴宇,徐毅明,孙玉娥等. 罗哌卡因复合舒芬太尼或芬太尼在分娩镇痛中的效果[J]. 中国医药导报,2023,20(01):115-118.
- [12]刘国栋,贾玉刚,强瑞华,等. 不同剂量舒芬太尼复合罗哌卡因在分娩镇痛中的应用效果及对母婴转归的影响评估[J]. 中国临床新医学,2022,15(12):1153-1157.