椎管内麻醉分娩镇痛在基层医院的管理与应用探讨

那丽华　刘秋梅

(东莞市樟木头石新医院　广东东莞　523631)

摘要：目的：为探究椎管内麻醉分娩镇痛在基层医院的管理与应用效果。方法：选取我院于 2018 年 1 月~2020 年 12 月收治的 2000 例产妇，采取随机数表法平均分为对照组和观察组。对照组不采取任何镇痛措施，观察组实施椎管内麻醉分娩镇痛，比较两组产妇麻醉镇痛效果和一般资料。结果：两组比较剖宫产率、产程时间有差异性（P < 0.05），而产后出血量、新生儿评分两组比较无差异（P>0.5）。结论：椎管内麻醉分娩可减少对产妇的伤害刺激，明显增强分娩镇痛效果，可在基层医院推广应用。

关键词：分娩镇痛；基层医院；椎管内麻醉；镇痛效果

2018 年 11 月国家卫健委发布开展分娩镇痛试点工作的通知，决定在全国开展分娩镇痛试点工作，无痛分娩在政府政策支持下进行。研究表明，在中国，剖宫产率一直位居高位，一部分原因就是孕妇为了避免待产时的疼痛而选择非医学必要的剖宫产[1–2]。椎管内阻滞麻醉分娩镇痛是近期探索出的无痛分娩模式，对产妇产程进展与母儿结局具有显著意义，但管理实践与指南在各个医院内差异较大。其中从分娩镇痛开始的时机、接受分娩镇痛时的产妇的饮食管理、活动管理、镇痛结束的时机以及镇痛产妇第二产程是否延迟用力等方面，有不同的管理方法与规定，并且与指南差异较大，尤其是基层医院。因此，探索出适用于基层医院的椎管内麻醉分娩镇痛管理办法，研究优化管理流程与服务流程，给广大基层医院全面开展椎管内麻醉分娩镇痛提供可以借鉴的经验，是当前亟待解决的问题。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于 2018 年 1 月至 2020 年 12 月收治的 2000 例产妇，采取随机数表法平均分为对照组和观察组。对照组 1000 例，平均（32.96 ± 2.53)岁，孕周(38.14 ± 1.52)周；观察组 1000 例，平均(32.73 ± 2.14 ）岁，孕周(38.63 ± 1.32)周。纳入标准：1.无麻醉禁忌症；2.均自愿接受实验；3.经产科助产人员估能无剖宫产指征，有阴道试产条件。排除标准：1.产妇拒绝；2.无椎管内麻醉禁忌及精神病人不合作等；3.其他不适宜阴道分娩的产妇。两组一般资料上对比（P < 0.05 ）表明差异具统计学意义。

1.2 方法

对照组：采用无镇痛措施分娩。医疗小组按照常规进行产程观察与处理，密切观察产程进展、宫缩情况、胎心、羊水情况，及产后出血、新生儿 Apgar 评分，根据产程、宫缩及胎心情况指导产妇自由体位活动，有指证进行人工破膜及必要时进行阴道手术助产。

观察组：采用椎管内麻醉分娩镇痛。建立分娩镇痛工作制度相关制度，产科门诊做好孕期检查与管理，采取促进自然分娩措施，做好五色法分级管理，加强孕期筛查与宣教，尤其是在孕妇学校做好镇痛分娩的宣传与教育，将产妇丈夫与家婆也纳入孕期教育的对象，入院期间对待产产妇做好分娩评估；麻醉医生进行分娩镇痛前的评估工作，向产妇及家属介绍分娩镇痛的相关知识，告知风险，签署知情同意数并专人操作及管理及疼痛评分，根据产妇疼痛情况调整镇痛药的剂量及浓度；危急情况实施紧急剖宫产手术的麻醉、抢救；完成分娩镇痛的记录；助产士及护士协助麻醉师完成分娩镇痛的操作：观察产妇生命体征、母体的异常情况并及时汇报麻醉医师，协助麻醉医生进行镇痛评分，分娩镇痛后对产妇的随访，了解产妇满意度及并发症等。

1.3 观察指标

麻醉镇痛效果：采用视觉模拟镇痛评分{VAS}的方法来观察药物的镇痛效果，最低分为 0 分，表示患者没有疼痛症状，最高分为 10 分，表示患者感觉最为疼痛，分别对 患者进行镇痛之前、首剂后低 15 分钟、30 分钟、1 小时等直到胎儿娩出用 VAS 评分法来测定药物对患者的镇痛效果。<3 时表示镇痛效果良好，3–4 时表示患者对镇痛效果感到基本满意；≥5 表示镇痛效果较差。统计各镇痛程度人数[3]. 两组剖宫产人数、产后 2h 出血量及产程时间、

新生儿 Apgar 评分，

1.4 统计学方法

以 SPSS 22.0 软件处理麻醉镇痛效果等数据，产后 2h 出血量等计量资料以（$\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验；剖宫产率及疼痛度的计数资料以%表示，用 $\chi 2$ 检验。P < 0.05 表明差异具统计学意义。

2.结果

2.1 两组产妇麻醉镇痛效果比较

观察组麻醉后重度及剧烈疼痛的发生率明显低于对照组（p<0.05），见表 1.

表 1 两组产妇麻醉镇痛效果比较[例（%），n=43]

组别	无痛	轻度疼痛	中度疼痛	重度疼痛	剧烈疼痛
观察组	580（58.00）	230（23.00）	110（11.00）	680（68.00）	580（58.00）
对照组	20（2.00）	46（4.60）	410（41.00）	230（23.00）	325（32.50）
X^2	45.658	4.325	11.758	38.359	11.277
p	0.000	0.042	0.000	0.000	0.000

VAS 评分结果显示，在镇痛前，镇痛组和对照组的患者均有感觉到疼痛，VAS 的评分平均（9.12 ± 0.96），镇痛组在镇痛后第 15 分钟时，患者的疼痛感明显减轻，VAS 的评分平均为（3.69 ± 1.64），在镇痛 30 分钟后，该组的患者均认为镇痛效果良好，VAS 评分平均为（2.41 ± 1.25）。统计学结果显示，镇痛后，两组患者间的 VAS 评分具有统计学差异（P<0.05)

2.2 两组分娩方式、产程时间及产后出血量、新生儿 Apgar 评分比较

两组剖宫产率、产程时间少于对照组，具有统计学差异（p<0.05），Apgar 评分 1 min 和 5min 评分、产后 2h 出血量与对照组无差异（P>0.05），结果见表 2。

表 2 两组分娩方式、产程时间及产后出血量、新生儿 Apgar 评分比较（n=43）

组别	剖宫产率（%）	产后 2h 出血量(ml)	产程时间(h)	Apgar 评分 1 min（分）	Apgar 评分 5 min（分）
观察组	130（13.00）	203.52 ± 78.69	10.05 ± 0.36	9.42 ± 0.28	9.95 ± 0.35

对照组	670（67.00）	249.08 ± 87.46	13.78 ± 0.59	9.40 ± 0.25	9.91 ± 0.37
X^2 或 t	49.230	2.539	35.389	2.466	2.011
p	0.000	0.508	0.000	0.516	0.548

2.3 我院实施规范管理的椎管内麻醉镇痛前后剖宫产率及镇痛分娩率的对比

规范实施椎管内分娩镇痛以前剖宫产率 30%以上，尤其是无指征剖宫产率较高，实施规范的椎管内分娩镇痛以后的剖宫产率 23%左右。

3 椎管内麻醉分娩镇痛体会

基层医院提供分娩镇痛服务过程中，面临的主要问题包括：麻醉镇痛人员不足，麻醉医生积极性不高、产妇与家属医学认知存在误区、麻醉镇痛接受率低、产妇临床体验感差、基层医院管理规程差、助产护理不周全等。在此，阐述基层医院推广椎管内麻醉分娩镇痛过程中的心得体会。

3.1 镇痛开始时机

产妇进入待产室后，麻醉医师提前评估确定产妇无麻醉禁忌症后进行麻醉评估，并签署相关安全责任书，产妇进入临产状态有镇痛需求即可进行分娩镇痛 ；由产科医师判定可实施椎管镇痛麻醉后开始；构建三方联动模式，护士监测 18G 静脉通路，产科医师监视连续胎心，麻醉医师监视产妇生命体征；蛛网膜下腔或硬膜外给药后监测 30min；每 1h 监测产妇体征、胎心情况；分娩结束后拔出导管。以上流程需要产科医师、产科护士、麻醉科医师构成人员配置，而基层医院倒班人数上仍与大型综合性医院存在差异，在医护人员人数上达到现实要求。

3.2 镇痛过程操作规范与流程管理

1）管理人员安排，基层医院普遍存在相关工作人员匮乏的情况，国际上椎管内麻醉镇痛要求麻醉师（主治医师及以上）联合高年资住院医师相互配合评估、临床操作，当日值班医师人数两人。首先，最关键的要素是基层医院中麻醉医师人员数紧缺，无法安排多人全天候轮岗早交接班；其次，麻醉工作者的专业素养有待提升，基层医院管理制度的不完善，麻醉医师对麻醉工作积极性不高，这与基层医院可持续发展息息相关，工作强度一般，无法形成积极向上的工作态度。最后，麻醉工作流程固定、人员单一，麻醉工作者长时间在此工作环境中，出现精神疲劳感。

2）工作流程安排，产科医师评估产妇实际情况并向麻醉科提出镇痛申请；麻醉医师组织组会考察孕妇是否符合麻醉标准，并与患者签署知情同意书，明确禁食标准；孕妇进入待产区由 3.1 镇痛开始时机步骤实施；整个椎管内麻醉镇痛若出现特殊情况，麻醉医师与产科医师协商可停用镇痛泵，终止镇痛过程。

3.3 镇痛过程的饮食管理

基层医院无法由医院提供孕妇产前的营养饮食套餐或是患者遵从医嘱饮食依从性不高，因此在饮食管理上需提前与患者及家属正式沟通。液态饮食：在无心血管疾病风险的情况下，可由孕妇的口渴程度适量引用水、运动饮料、无渣果汁等，若存在糖尿病、高血脂等疾病时，应结合实际情况，静脉注射葡糖糖注射液补充水分；固态饮食：在无心血管疾病风险的情况下，可适量进食少量固态食物，切记不能处在饱腹状态，禁食高脂肪、高盐分、高蛋白、高热量固体食物。

3.4 镇痛过程效果评估

分娩过程疼痛等级被列为疼痛第 10 级，在不采用任何镇痛措施的干预下，孕妇容易出现呼吸不畅、缺氧、疼痛性休克等不良反应，而采用椎管麻醉镇痛的方式用药量少，不良反应较小、产妇安全分娩的幸福指数特高。产妇镇痛过程效果评估，主要依据麻醉作用时间、孕妇疼痛感、胎儿的存活率、宫缩节律和宫口扩张程度、产程出血量等评价。基层医院参考评价指标调节镇痛过程中的用药安全性。

4 讨论

促进自然分娩，改善孕产妇的分娩体验是助产工作的重要内容。但分娩过程中由于子宫收缩和宫颈扩张，大部分产妇会经历长时间、阵发性、剧烈的疼痛，强烈的产痛会给产妇带来生理上和心理上的双重影响。有研究表明剧烈产痛是产后抑郁的高危因素，产痛也可影响泌乳启动，是导致非医学指征剖宫产率升高的主要原因之一，因此实施分娩镇痛具有重要的临床意义。椎管内麻醉分娩不会影响产妇的意识及活动，镇痛效果佳且对新生儿影响小[4]。中国政府对中国较高的剖宫产率采取的一些行政措施，加上全面开放二胎政策，自 2018 年国家试点无痛分娩以来，使得国内产科从过去几十年的大规模剖宫产慢慢回归到了提倡经阴道分娩的主流，也推进了椎管内分娩镇痛的发展。但椎管内麻醉分娩镇痛在我国的推广与应用仍有很大的空间，椎管内分娩镇痛的管理实践与指南差异较大。基层医院作为国内承担基础医疗服务的主流，只要有产科资质，能提供母婴保健服务，能进行紧急剖宫产，能开展常规手术麻醉的医院就可以进行椎管内麻醉分娩镇痛，无需高精尖的人才、技术与设备；按高危孕产妇五色法分级管理的规范要求，在基层医院住院待产的主要为低中危产妇，只要有阴道试产意愿与条件，有分娩镇痛要求排除禁忌症就可以进行；基层医院人员调动机动灵活，手术量不大，麻醉医生相对来说工作强度不大，可以满足麻醉医生 24 小时进驻产房或者随叫随到；保障措施：1.为了保证麻醉医生的积极性，产科将分娩镇痛的绩效主要向麻醉医生倾斜，以调动麻醉医生的积极性，而产科的间接收益也是很大的，不但降低了剖宫产率，也创造了良好的社会价值；2.加强孕期宣教，将镇痛分娩的优点宣传深入人心，尤其是把产妇家属纳入宣教重点人群，3.严格按照椎管内麻醉分娩镇痛的规范进行管理，以保证镇痛的效果与安全性；4.产科相关风险做好评估与管理，日常进行 5 分钟剖宫产、新生儿复苏、肩难产、产后出血等紧急情况的演练；5.麻醉师、助产士、产科医生加强沟通机制，了解并熟悉分娩镇痛过程中产科与麻醉相关的一些异常情况或症状，要能及时早期识别并处理，要进行相关的培训与学习。

椎管内麻醉分娩镇痛可以有效改善产妇的分娩体验，减轻疼痛感，有效减少因疼痛所致的无医学指征剖宫产率，对分娩结局没有不利影响，是我国大力推广与发展的主要分娩镇痛方式，有效性及安全性毋庸置疑，本文通过对观察者与对照组的镇痛效果、产妇的产程时间、产后出血量、新生儿的 Apgar 评分、剖宫产率的对比以及实施规范的椎管内麻醉分娩镇痛后我院在剖宫产率以及镇痛分娩率的变化充分说明了椎管内麻醉分娩镇痛的有效性与安全性及由此所带来的经济效益及社会效益。基层医院开展椎管内麻醉分娩镇痛要加强椎管内麻醉的规范管理，加强产科急危重症的培训与演练，保障医疗安全，从制度、人员、绩效等各方面进行规范管理，可以有效提高镇痛分娩率，改善镇痛分娩效果，提高分娩体验，有效降低无指征剖宫产，对降低剖宫产率、提高我国的镇痛分娩率，改善分娩体验，促进自然分娩，保障母婴安全，提高基础医疗服务水平有很大的现实意义。

参考文献

[1]陈丽仪,唐纯霞.无痛分娩在基层医院应用的临床效果观察[J].中国社区医师,2020,36(10):41-42.

[2]叶芳.分娩镇痛在基层医院的临床应用及推广研究[J].中外医疗,2020,39(08):35-37.

[3]商慧.不同时期行椎管内阻滞麻醉分娩镇痛对产妇产程及母婴结局的影响[J].临床合理用药杂志,2018,11(18):89-90.

[4]廖桥林,王红绿.椎管内麻醉分娩镇痛对产妇产程和分娩结果的影响[J].医疗装备,2017,30(19):163-164.