

腰硬联合麻醉分娩镇痛 521 例观察分析

韦小珍

作者单位: 545299 广西,柳城县妇幼保健院

作者简介: 韦小珍(1970-),女,大学专科,主治医师,研究方向:妇女保健和孕产期保健。E-mail:lcxfyb@126.com

[摘要] 目的 总结腰硬联合麻醉在分娩镇痛中的效果。方法 对 2013-01~2013-12 521 例腰硬联合麻醉分娩镇痛的产妇的临床资料进行回顾性分析。结果 分娩镇痛 521 例,顺产 468 例,剖宫产 53 例,有效率为 89.83%,失败率为 10.17%;出现镇痛并发症 3 例,并发症发生率为 0.58%。结论 腰硬联合麻醉分娩镇痛是目前产科应用于分娩止痛效果最好、并发症较少的分娩镇痛方式。

[关键词] 腰硬联合麻醉; 分娩镇痛; 分析

[中图分类号] R 473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)11-1046-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.11.18

Combined spinal-epidural anesthesia in labor analgesia: analysis of 521 cases WEI Xiao-zhen. The Maternal and Child Health Hospital of Liucheng County, Guangxi 545299, China

[Abstract] **Objective** To explore the effect of combined spinal-epidural anesthesia in labor analgesia. **Methods** The clinical data was retrospectively analyzed on 521 parturient women in labor analgesia from January to December in 2013. **Results** Of 521 parturient women, there were 468 cases of normal labor (accounted for 89.83%), 53 cases of cesarean section (accounted for 10.17%); 3 cases of analgesic complications, the rate of morbidity was 0.58%. **Conclusion** Combined spinal-epidural anesthesia is one of the best ways for labor analgesia, with good analgesic effects and fewer complications.

[Key words] Combined spinal-epidural anesthesia; Labor analgesia; Analysis

自然分娩时的剧烈疼痛,相当于世界卫生组织疼痛分级 10 级的 7~8 级,依据长海痛尺评分将产妇的疼痛评分为 7~10 分^[1],约 80% 的产妇是完全不能忍受的。因产妇分娩时的剧痛,产妇的情绪反应及机体的应激反应状态对产妇和胎儿均造成不良影响,因此,减轻或消除产妇分娩时的疼痛是我们医护人员,尤其是医师应承担的一种社会责任。现将 2013 年我院产科对 521 例产妇应用腰硬联合麻醉分娩镇痛的效果进行观察,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2013-01~2013-12 我院产科应用腰硬联合麻醉进行分娩镇痛 521 例。其中产妇年龄 18 岁以下 11 例,18~34 岁 484 例,35 岁以上 26 例。所有试产产妇中第一胎 426 例,第二胎 80 例,引产 15 例。在本组产妇入院后先完善相关辅助检查,均无腰硬联合麻醉禁忌证。在产妇进入产程活跃期后,即可进行分娩镇痛。

1.2 方法 521 例产妇在宫口开大 3 cm 后,自愿进行分娩镇痛者,签署知情同意书。配置 0.1% 枸橼酸舒芬太尼(宜昌人福药业有限责任公司生产,国药准字 H20054171)5 μ g。摆好体位,取腰间隙 L₂₋₃ 或 L₃₋₄,按常规消毒及局麻后,使用一次性麻醉穿刺包(河南省新乡市驼人医疗器械有限责任公司生产),穿刺硬膜外成功,再穿刺蛛网膜下腔成功,缓慢注入 0.1% 枸橼酸舒芬太尼 5 μ g,麻醉药舒芬太尼的浓度大约相当于剖宫产的 1/10~1/20,再放置硬膜外管。在给药 1~3 min 后,产妇感觉不到宫缩的强烈阵痛,只感觉到宫缩时的轻微胀痛。给药后,产妇带着药管可以到处活动。药效大约持续 2~3 h,甚至更长。待有了疼痛感觉后开始使用镇痛泵(药液配置:0.1% 枸橼酸舒芬太尼 30 μ g + 10% 罗哌卡因 75 mg + 0.9% 氯化钠 84 ml,2 ml/h;罗哌卡因为 AstrZenecaAB 生产,进口批准文号 H20100104)镇痛,直至分娩结束。镇痛分娩的全过程由麻醉医师

和产科的医护人员共同完成,正常的分娩镇痛在产房中即可进行,无需进入手术室操作。

2 结果

本组 521 例产妇在应用舒芬太尼进行腰硬联合麻醉后,在给药 1~3 min 即出现镇痛效果,不再呼痛,可与医务人员轻松交谈。438 例产妇在 3 h 内进入第二产程,30 例需配止痛泵维持止痛,53 例需要剖宫产结束分娩。分娩镇痛顺产率为 89.83% (468/521),失败率为 10.17% (53/521)。3 例出现头痛、颈肩部麻醉并发症,并发症发生率为 0.58% (3/521)。

3 讨论

3.1 按产程的正常进展,每个初产妇大约要忍受 10~12 h 的疼痛,经产妇要忍受 6~8 h 的疼痛。这种疼痛程度仅次于烧灼伤痛,可引起产妇情绪焦虑、宫缩乏力、产程延长。产妇在分娩过程中由于剧烈疼痛,能量消耗和耗氧量增加。宫缩时长时间过度换气,导致呼吸性碱中毒、氧离解曲线左移、组织缺氧、精神疲倦、情绪低落、宫缩乏力等一系列并发症。产妇过度通气,氧耗增加,可引起胎儿低氧血症、酸中毒。另外,强烈的宫缩时胎盘血供减少,可致产妇体内儿茶酚胺释放增加,子宫动脉收缩性胎儿窘迫等,最终可导致胎儿血 pH 值降低,宫内缺氧,酸中毒,造成出生窒息。有的产妇无法忍受分娩的疼痛,要求改行剖宫产结束分娩,但剖宫产会比自然分娩发生更多的并发症,如可能出现术后肠粘连、肠梗阻、术后大出血、子宫内膜异位症等。

3.2 产痛导致的心理创伤也是产后抑郁症的潜在诱因,对母婴均不利。在过去分娩的正常产程中,认为疼痛是与生俱来的,是可忍受的,对产妇而言,均具有普遍性。随着生活水平的提高,物质享受日渐丰富,人们的吃苦耐劳力却越来越下降,对疼痛的耐受力也越来越低。因此,当产妇在分娩过程中要求减轻产时疼痛,甚至消除产时疼痛越发迫切。医护人员采用分娩镇痛可以消除疼痛给产妇带来的不良影响,对预防因产痛诱发的并发症具有重要的意义。目前分娩镇痛有多种选择:(1)非药物性分娩镇痛

(心理疗法、穴位镇痛、体位管理)。(2)药物性分娩镇痛(椎管内阻滞、静脉注射、吸入)。分娩镇痛是一项简单易行、安全成熟的技术^[2]。现临床应用最广泛且认为效果最好的分娩镇痛为椎管内药物阻滞分娩镇痛^[3]。

3.3 本组 53 例镇痛后剖宫产的产妇中,24 例为活跃期停滞,10 例为胎头下降停滞,10 例为第二产程延长,7 例为胎儿窘迫,1 例为脐带脱垂,1 例为宫缩乏力。活跃期停滞、胎头下降停滞、第二产程延长、宫缩乏力都是与自身体力、相对头盆不称有关,与分娩镇痛无因果关系。而腰硬联合麻醉不是造成胎儿窘迫的原因^[2]。舒芬太尼是一种阿片类镇痛药,有良好的血液动力学稳定性,可保证足够的心肌氧供应,只要仔细观察产程,及时发现难产,进行早期识别及处理,在适当的时机结束分娩,可减少产妇并发症及胎儿窒息的风险^[2]。本组出现麻醉并发症 3 例,主要表现为麻醉后头痛、颈肩部。按常规处理给予去枕平卧 48~72 h,输晶体液 1 000~1 500 ml/d,症状即可消失。避免麻醉并发症,要求医师在麻醉前做好以下工作:(1)充分评估产妇的情况,有无麻醉禁忌证,不适合进行分娩镇痛的产妇及时告知。(2)麻醉医师规范麻醉操作,尽可能减少脑脊液流失及避免椎管内感染。(3)麻醉后严密观察,及早处理麻醉并发症。

因此,腰硬联合麻醉在分娩中镇痛,能大大减轻产妇的疼痛感,减少分娩时的恐惧与产后的疲倦,是产妇乐意接受的镇痛方法。减轻或消除产妇分娩时的疼痛是我们医护人员的一种社会责任。

参考文献

- 1 赵继军,崔 静. 护士在疼痛管理中的作用[J]. 中华护理杂志, 2009,44(4):383-384.
- 2 李仲廉,主编. 妇产科麻醉学[M]. 天津:天津科学技术出版社, 2001:60-67,265-266,339-340.
- 3 吴 兰,罗 东. 产程中镇痛方法的选择[J]. 实用妇产科杂志, 2014,30(1):10-12.

[收稿日期 2014-07-04][本文编辑 韦 颖]