

硬膜外阻滞麻醉用于无痛分娩的效果及安全性评价

韩银锋

武安市中医院麻醉科 河北 武安 056300

【摘要】目的：探究硬膜外阻滞麻醉技术应用在无痛分娩方面的效果以及分娩安全性。方法：选择2019年1月至2020年2月我院收治的产妇88例进行研究。常规组应用自然分娩，在分娩期间提供心理疏导、呼吸减痛等干预措施，实验组采取硬膜外阻滞麻醉。对比产程时间、不同产程的疼痛感、分娩结局以及并发症发生情况。结果：实验组观察指标中产程时间、不同产程的疼痛感、分娩结局以及并发症发生率均与常规组存在较大数据差异，实验组数据均有明显优势， $P < 0.05$ 。结论：无痛分娩技术中硬膜外阻滞麻醉有着较高的应用价值，可以显著缓解产妇的疼痛感，有效缩短第一产程时间并提升产妇的分娩率，值得推广。

【关键词】 产妇产前；无痛分娩护理；产程影响；疼痛发生率

【DOI】 10.12252/j.issn.2096-627X.2020.03.163

自然分娩期间子宫收缩、盆地扩张以及子宫周边组织拉扯等因素会导致持续性且强烈的疼痛感，此时许多产妇因为对分娩疼痛的恐惧心态，有较为强烈的意愿选择剖宫产，并且剧烈疼痛还会导致产妇焦虑、紧张等情绪问题，从而诱发儿茶酚胺大量释放，导致母婴安全遭受影响与威胁^[1]。近些年有效解决分娩疼痛属于降低剖宫产发生率、改善母婴预后的关键。近些年关于分娩疼痛的镇痛干预措施与理念相对较为成熟，其干预措施较多如药物、呼吸镇痛等，但是整体镇痛效果不佳，特别是对于初产妇而言，在分娩期间仍然有许多产妇无法耐受疼痛感，从而在分娩期间出现不配合现象。近些年有许多研究认为，在无痛分娩期间采用适当的麻醉干预方式，可以达到较为理想的镇痛效果，可以实现对感觉神经的阻滞麻醉，并且对于运动神经以及腹壁肌肉等无明显作用，所以整个镇痛干预的效果较好且安全水平较高。对此，为了进一步提高无痛分娩干预水平，本文基于论著探讨方式总结无痛分娩中硬膜外阻滞麻醉的临床应用价值。详细研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月至2020年2月我院收治的产妇88例进行研究。实验组44例，年龄（28.64±4.22）岁，孕周（39.51±0.50）轴，体质量（64.34±4.80）kg，其中初产妇31例、经产妇13例；常规组44例，年龄（28.91±3.91）岁，孕周（39.57±0.67）轴，体质量（65.27±4.91）kg，其中初产妇30例、经产妇14例。两组产妇一般资料无明显差异， $P > 0.05$ 。

入选标准：属于单胎正常妊娠；孕周在38到42周；全程接受我院产检且产检资料完整。

排除标准：带有严重妊娠并发症；胎儿存在先天性畸形表现；胎儿先天性发育水平较差。

1.2 方法

常规组应用自然分娩干预措施，主要是为产妇提供产前指导，并基于助产士为产妇提供适当的心理与生理支持，同时为产妇提供拉玛泽呼吸减痛支持，在分娩期间鼓励产妇采取自由体位，在有需求时提供分娩球，从而保障产妇顺利分娩。

实验组采取硬膜外阻滞麻醉，在产妇的宫口开到2到4cm位置时，基于麻醉师提供麻醉镇痛干预。在上肢位置开放静脉通路，在产妇宫口开到3cm时针对腰椎L2至L3位置实行硬膜外穿刺处理。在针管完全刺入到硬膜外腔之后置入4cm的导管并进行固定。应用舒芬太尼与罗哌卡因进行麻醉处理，其中舒芬太尼用量为0.5mg/1，罗哌卡因为0.1%含量，在药物混合后进行硬膜外注射，初始注射剂量为5ml，在明确导管位置处于硬膜外腔之后追加注射剂量到10ml。在30min后借助AP-II型电子泵泵入0.5mg/L的舒芬太尼和0.1%罗哌卡因混合液，采用自控镇痛泵实现剂量控制，在分娩完成后停止镇痛并拔除硬膜外导管。

1.3 评价指标

对比产程时间、不同产程的疼痛感、分娩结局和并发症发生情况。

疼痛感受基于VAS量表进行评价，分数与疼痛感正相关。

1.4 统计学分析

本研究基于SPSS26.0软件开展研究，在数据对比结果中 $P < 0.05$ 证明两组数据对比满足统计学意义。

2. 结果

2.1 产程指标对比

实验组三个产程时间均低于常规组， $P < 0.05$ 。详情见表1。

表1 产程指标对比

组别	第一产程 (min)	第二产程 (min)	第三产程 (min)
实验组 (n=44)	92.45±5.67	32.57±5.44	16.73±5.68
常规组 (n=44)	115.43±6.53	41.45±5.28	28.24±5.58
P值	<0.05	<0.05	<0.05

2.2疼痛状况对比

实验组疼痛感受明显低于常规组， $P < 0.05$ 。详情见表2。

表2 疼痛状况对比

组别	第一产程	第二产程	第三产程
实验组 (n=44)	5.31±0.21	3.20±0.13	1.01±0.11
常规组 (n=44)	7.24±1.03	5.24±0.46	3.00±0.82
P值	<0.05	<0.05	<0.05

2.3分娩结局和并发症发生情况对比

实验组分娩结局以及并发症发生情况均优于常规组， $P < 0.05$ 。详情见表3。

表3 分娩结局和并发症发生情况对比

组别	Apgar评分	产后24h出血量	新生儿窒息 (%)	宫内窘迫
实验组 (n=44)	9.82±0.21	238.54±18.16	1 (2.27%)	2 (4.55%)
常规组 (n=44)	7.66±0.21	342.24±18.21	5 (11.36%)	5 (11.36%)
P值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

有研究认为，在分娩期间疼痛指数相当高，其仅次于灼烧痛，属于第二疼痛表现。孕产妇在分娩期间因为会频繁最哦啊胡搜剧烈的疼痛影响，心理和生理方面往往会遭受系列的应激反应刺激，其主要表现在于孕产妇的交感神经长期处于兴奋状态，子宫存在不规律、不协调性的收缩以及孕产妇的宫口逐渐扩张，这一些均会导致产程的延长，对于分娩结局存在明显的负面危害。与此同时，应激反应的发生会导致孕产妇的基础代谢能力加快，从而间接提升分娩期间的氧气消耗量，导致胎盘供血量下降，从而加重孕产妇在分娩期间的疲惫感受。与此同时，宫缩痛会导致孕产妇出现不自觉的叫喊，此时会导致胎儿和母体进入缺氧状态，从而间接提升胎儿的宫内窘迫风险。在分娩期间为了更好的保障分娩质量，需要采取积极有效的镇痛干预措施，尽可能缓解产妇的疼痛感、焦虑感以及疲惫感，帮助孕产妇保存体力从而确保整个分娩过程的顺利进行。

当前相对常用的分娩镇痛方式主要是以硬膜外阻滞麻醉为主，其可以用于分娩期间的第一、第二产程，在为患者提供硬膜外阻滞麻醉处理时，所选用的药物必须满足对于母婴损伤程度最小化原则，针对孕产妇的宫缩和运动功能应当不形成影响，同时不会影响产妇的意识状态。将硬膜外阻滞麻醉合理应用在分娩镇痛期间，可以充分发挥良好镇痛作用，并且不会对子宫胎盘的血流情况形成影响。本次研究中的硬膜外阻滞麻醉处理方案具备用药量少的特征，可以发挥理想的局部麻醉效果，其药物主要是以芬太尼与罗哌卡因为主，这两种药物均能够实现对于子宫感觉神经的阻断。罗哌卡因属于一种长效性的局部麻醉药物，其不会对产妇的心脏与中

枢神经系统形成任何负面影响，药物可以借助阻断身体感觉运动神经发挥相应的镇痛作用，同时具备较为明显的镇痛效果，应用期间不会影响子宫的收缩，同时也不会对新生儿的呼吸与血液循环形成任何影响。罗哌卡因的作用机制主要是借助抑制钠离子通道从而阻断神经传导和兴奋作用，促使感觉神经纤维逐渐分离，从而达到下肢肌力和腹肌激励的正面影响，再加上临床中罗哌卡因的用量比较少，可以充分的阻滞感觉神经，可以有效减轻分娩时的疼痛感。舒芬太尼属于阿片类镇痛药物，其具备药效较强、作用时间较长、起效速度快以及安全水平较高等优势，在和罗哌卡因进行联合用药时不会对运动神经形成阻滞效果，不良反应比较少所以整体镇痛效果比较理想。针对带有妊娠高血压或糖尿病的孕妇，采用积极有效的分娩镇痛能够降低疼痛对于心脑血管的负面刺激，可以有效延长疼痛的潜伏期，从而提升阴道分娩率。整体来看，基于舒芬太尼、罗哌卡因的硬膜外阻滞麻醉处理方式，可以有效减轻产妇的分娩疼痛感，可以有效降低不良反应，对于新生儿的影响也比较轻微，镇痛用药方式安全可靠，临床应用价值显著。

本次研究结果显示，实验组观察指标中产程时间、不同产程的疼痛感、分娩结局以及并发症发生率均与常规组存在较大数据差异，实验组数据均有明显优势， $P < 0.05$ 。本次研究证明无痛分娩技术中硬膜外阻滞麻醉的应用价值显著，能够明显提高分娩镇痛的实际效果，对于疼痛感减轻作用明显，可以确保产妇的顺利、高质量分娩，可以作为产科常规干预方案。

综上所述，无痛分娩技术方式对于产程有明显缩短效果，能够有效改善妊娠结局，对于产妇的疼痛症状有明显的改善效果，可以规避产后并发症，值得推广。

参考文献

[1] 卢圣进. 罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外阻滞麻醉在分娩镇痛中的临床应用效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (98): 75-76.

[2] 蒋丽艳. 硬膜外阻滞麻醉镇痛分娩与静脉小剂量杜冷丁和安定镇痛分娩的临床比较[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (95): 55+58.

[3] 宫凤山, 张选强, 李晓雯. 脉冲式注射给药硬膜外阻滞麻醉分娩镇痛对足月妊娠产妇的影响[J]. 中国临床实用医学, 2018, (04): 9-10-11-12-13.

[4] 冯庆秀. 硬膜外阻滞麻醉配合导乐分娩镇痛在产妇产中的应用效果[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11 (03): 144-145.