



分娩镇痛运用舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞的效果分析

吴春生 孙德贵 (常宁市中医院 湖南常宁 421500)

摘要: **目的** 分析探讨分娩镇痛运用舒芬太尼连续蛛网膜下腔组织的临床疗效。**方法** 以我院产科2016年5月~2017年4月近一年收治的足月分娩产妇90例作为本次研究对象,根据随机系统将其随机分为试验组和对照组,对照组患者采取罗哌卡因+舒芬太尼腰-硬联合镇痛,试验组则采取舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞镇痛,比较两组应用效果。**结果** 两组患者镇痛后其VAS评分均明显降低,且在宫口开至7-8指及宫口全开时,试验组的VAS评分明显低于对照组($P<0.05$),舒芬太尼用量试验组明显少于对照组($P<0.05$),镇痛起效时间及镇痛维持时间试验组明显长于对照组,比较有统计学意义($P<0.05$);两组催产素使用、分娩过程中出现的不良事件方面差异性小,无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 与腰-硬联合镇痛相比,应用舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞分娩镇痛虽然起效慢,但其镇痛维持时间更长,镇痛效果更明显,值得临床推广。

关键词: 腰-硬联合镇痛 分娩镇痛 舒芬太尼 连续蛛网膜下腔阻滞

中图分类号: R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)10-005-02

Abstract: **Objective** To analyze the clinical effect of sufentanil continuous subarachnoid space in labor analgesia. **Methods** Chose 90 cases of full-term delivery maternal in our hospital from May-2016 to Apr-2017 and randomly divided into experimental group and control group, control group were treated with ropivacaine plus sufentanil combined spinal epidural analgesia, experimental group adopted continuous spinal anesthesia with sufentanil analgesia, comparison two groups of patients in labor analgesia before and after each time point VAS score, analgesic duration and onset time, dosage, use of oxytocin, appear in the delivery process of Application effect.

Key words: lumbar epidural analgesia labor analgesia sufentanil continuous subarachnoid block

分娩是女性转变为母亲角色的必经之路,其疼痛也是多数女性一生中经历的最为剧烈的疼痛之一^[1]。长时间剧烈的疼痛不仅影响孕妇的情绪,而且容易消耗孕妇体力,导致分娩无力、产程延长,从而导致难产的发生。因此,在保证孕妇和新生儿安全的前提下如何有效减轻孕妇分娩疼痛是所有孕妇及医护人员关注的焦点^[2]。本次研究为分析探讨分娩镇痛运用舒芬太尼连续蛛网膜下腔组织的临床疗效,进一步为临床妇科分娩镇痛提供参考依据,特进行了相关研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2016年5月~2017年4月近一年我院90例足月分娩孕妇为研究对象,所有患者均经过充分知情并签署了《知情同意书》自愿参与研究,且无相关麻醉禁忌症,根据随机系统将其随机分为对照组和试验组,每组各45例,其中试验组初产妇29例,经产妇16例,孕周为37周-42周,平均为(39.6±1.0)周,年龄分布在21岁-38岁,平均年龄为(24.5±1.6)岁;对照组初产妇28例,经产妇17例,孕周为37周-41周,平均为(39.8±1.1)周,年龄分布在20岁-39岁,平均年龄为(25.8±1.4)岁。两组患者在孕周、年龄、一般病史等方面无差异性, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

对照组孕妇采用腰-硬联合分娩镇痛方式,具体镇痛方法为:产妇宫缩规律且宫口开至3cm时开始麻醉,孕妇取左侧位,于L2-3间隙左侧卧位穿刺,采用Tuohy针垂直行硬膜外穿刺,硬膜外腔确认后,用15G腰麻针穿刺至可见蛛网膜下腔脑脊液溢出,给予首次麻醉剂量罗哌卡因(1mg/ml)和舒芬太尼(0.8ug/ml)混合液5ml,控制麻醉平面T10以下,于自控镇痛泵中加入舒芬太尼(0.3ug/ml)和罗哌卡因(0.1%)混合液100ml,参数设置PCA剂量4ml,背景剂量7ml/h,时间15min,设置半小时后镇痛泵于硬膜外导管连接。

试验组孕妇采用舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞分娩镇痛,具体镇痛方法为:产妇宫缩规律且宫口开至3cm时开始麻醉,孕妇取左侧位,蛛网膜下腔运用21G腰麻针垂直穿刺,待脑脊液溢出后于蛛网膜下腔3cm位置置入微导管(25G),固定导管并指导产妇平卧,经导管推入5ml舒芬太尼(1ug/ml),背景剂量为2ml/h,锁定时间10分钟。

1.3 观察指标

观察两组患者在镇痛分娩前后各个时间点的VAS评分、镇痛维持时间及起效时间、用药量、催产素使用、分娩过程中出现的不良事件。VAS评分用于评估产妇的疼痛程度,满分为10分,分数越高则表明疼

痛越厉害^[3]。

1.4 统计学分析

本研究采用SPSS17.0统计软件进行数据的统计学处理,并采用t检验以及 χ^2 检验。以结果 $P<0.05$ 为显著性差异,具有统计学意义。

2 结果

两组患者镇痛后其VAS评分均明显降低,且在宫口开至7-8指及宫口全开时,试验组的VAS评分明显低于对照组($P<0.05$),舒芬太尼用量试验组明显少于对照组($P<0.05$),镇痛起效时间及镇痛维持时间试验组明显长于对照组,比较有统计学意义($P<0.05$);两组催产素使用、分娩过程中出现的不良事件方面差异性小,无统计学意义($P>0.05$),如表1、表2、表3所示。

表1. 两组产妇镇痛前后VAS评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	镇痛前	宫口开至7-8指时	宫口全开时
对照组	45	8.4±2.4	5.1±2.2	6.9±2.3
试验组	45	8.5±1.9	3.0±1.8	5.0±2.6
P值	/	$P>0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

表2. 两组产妇镇痛时间及相关分娩结局比较

组别	例数	镇痛起效时间(min)	镇痛维持时间(min)	舒芬太尼用量(ug)	催产素使用[n(%)]
对照组	45	5.3±1.8	239.9±62.8	32.1±10.8	64(33.0)
试验组	45	8.6±1.5	263.0±67.3	21.9±11.2	121(61.7)
P值	/	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$	$P>0.05$

表3. 两组产妇不良事件发生情况比较

组别	例数	皮肤瘙痒	恶心	头痛	发生率(%)
对照组	45	8	2	13	51.1
试验组	45	9	2	13	53.3
P值	/	$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$

3 讨论

分娩疼痛是一种十分剧烈的痛,其主要是因为子宫的收缩、宫口扩张以及阴道的牵拉,通过会阴神经和内脏神经传入,从而增加肾上腺素、去甲肾上腺素及 β -内啡肽等激素的分泌^[4]。舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞分娩镇痛是目前国内外较为有效的镇痛方式之一^[5],可减轻肌力,松弛盆底肌肉,有效减轻产妇产后的分娩疼痛,与传统的硬膜外麻醉分泌镇痛相比,虽然起效慢,但整个镇痛维持时间较长,镇痛效果较好,不影响新生儿分娩结局,对母婴较为安全。

(下转第8页)



著低于A组,两组比较差异显著,对比具有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.3 A组与B组偏头痛患者治疗后的复发情况对比

两组偏头痛患者均接受不同方法治疗一个疗程后,复发情况如表3。

表3. A组与B组偏头痛患者治疗后的复发情况对比

	A组	B组
复发(例)	12	6
复发率(%)	30	15

由表可看出A组患者的复发率明显比B组高,两组比较差异显著,对比具有统计学意义, $P < 0.05$ 。

3 讨论

临床资料提示,大部分偏头痛患者存在家族遗传病史,这类群体发生偏头痛的几率远高于普通群体的三至六倍。通常情况下,女性患偏头痛的几率比男性高,且发病的时间多处青春期,到了妊娠期或者绝经期之后,患者发作的次数会明显减少,甚至停止发作,这可能是与女性内分泌以及机体代谢因素相关。

银杏蜜环口服溶液,属于复方制剂,银杏叶提取物和蜜环粉是其主要成分。实验证明,蜜环菌和中枢抑制剂戊巴比妥钠有协同作用,对中枢兴奋药五甲烯四氮唑有拮抗作用,能增加脑血流量和冠状动脉血流量,同时能提高痛阈而有镇痛作用^[4]。天麻蜜环菌具有与天麻相同的功效,可息风止痉、平肝潜阳,同时有镇静催眠和抗惊厥、提高耐缺氧能力及保护脑缺血、能改善血循环,增加脑血流量,改善血管痉挛。银杏蜜环口服溶液亦可改善微循环,还可降低血小板聚集率和血液黏度,清除氧自由基,减少血栓形成,改善脑供血情况^[5]。

针对偏头痛患者,通过银杏蜜环口服溶液治疗,可减少患者偏头

痛发作次数,缩减发作持续时间,并降低疼痛程度,且无明显的不良反应和毒副作用,具有安全性高、效果好等优点。

传统医学中,头痛的病因为外感、内伤两个方面。“伤于风者,上先受之”,故外感头痛主要是风邪所致,每多夹湿、兼寒热,上犯清窍,经络阻遏,而致头痛。内伤头痛可因情志、饮食、体虚久病所致。情志不遂,肝失疏泄,肝阳妄动,上扰清窍;肾阴不足,脑海空虚,清窍失养;禀赋不足,久病体虚,气血不足,脑失所养;恣食肥甘,脾失健运,痰湿内生,阻滞脑络。综上,经脉失养及痹阻是头痛的病理基础,而通过针灸治疗可以祛除病因,改善气血运行。此文中,B组患者的临床疗效显著优于A组,比较具备统计学意义, $P < 0.05$,可见单纯运用银杏蜜环口服溶液治疗偏头痛的疗效,不及与针灸联合治疗。

综上,针灸与银杏蜜环口服溶液结合偏头痛的效果明显,复发率低,值得推广。

参考文献

- [1] 段勇明. 针灸结合西药治疗偏头痛疗效分析[J]. 中国医药科学, 2014, 04(16):78-79, 112.
- [2] 徐忠, 杨棠. 川芎茶调散结合针灸治疗偏头痛的疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2013, 22(09):77-78.
- [3] 张惠欣. 针灸配合按摩手法结合治疗偏头痛的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 03(19):78-79.
- [4] 邓北强, 周晓丽. 复方天麻蜜环糖肽片治疗椎基底动脉供血不足疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(28):4425-4426.
- [5] 台立稳, 李伟刘, 晓鹏, 赵建勇. 复方天麻蜜环糖肽片治疗血管性头痛疗效观察[J]. 临床医药实践, 2009, 04(28):287-288.

(上接第4页)

当代医学, 2011, 17(3):87-88.

[8] 王刚. 腹腔镜广泛性子宫切除术严重并发症的防治[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(3):169-171.

[9] 朱前勇, 郭伟平, 申沛, 等. 腹腔镜下广泛子宫切除术联合盆腔淋巴结切除术治疗宫颈鳞癌213例临床分析[J]. 肿瘤学杂志, 2011, 17(11):819-821.

[10] 陈君玉, 伍亚玲, 朱莉, 等. 腹腔镜下广泛全子宫切除联合盆腔淋巴结清扫术治疗子宫恶性肿瘤的临床分析[J]. 中国医药指南, 2015(3):120-121.

(上接第5页)

如本次研究所示,使用舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞分娩镇痛的试验组其VAS疼痛评分及舒芬太尼用量明显低于对照组($P < 0.05$),镇痛起效时间及镇痛维持时间明显长于对照组($P < 0.05$),而两组在催产素使用、分娩过程中出现的不良事件方面差异性小($P > 0.05$),由此可见,应用舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞分娩镇痛虽然起效慢,但其镇痛维持时间更长,镇痛效果更明显,对母婴较为安全,值得临床推广。

参考文献

- [1] 张宁, 徐铭军. 舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞用于分娩镇痛的可行性[J]. 临床麻醉学杂志, 2013, 29(3):222-225.
- [2] 韩斌, 徐铭军, 张明. 罗哌卡因、舒芬太尼单独或混合用药

[11] 章颖, 袁桂兰, 马向涛, 等. 腹腔镜子宫切除术并发症分析与预防[J]. 现代预防医学, 2009, 36(2):369-370.

[12] 杨谢兰, 杨宏英, 张红平, 等. 妇科恶性肿瘤盆腔淋巴结清扫术后开放后腹膜对淋巴囊肿形成的影响[J]. 云南医药, 2009(2):199-200.

[13] 陈晓红, 黄浩. 腹腔镜手术治疗早期子宫内膜癌的应用与进展[J]. 中国微创外科杂志, 2006, 6(7):553-555.

[14] 李化升, 徐旭军, 罗常华, 等. 妇科恶性肿瘤介入治疗致膀胱输尿管损伤探讨[J]. 中国现代医学杂志, 2007, 17(13):1631-1633.

[15] 刘开江, 刘青, 李培全, 等. 腹腔镜手术治疗宫颈鳞癌、子宫内膜癌的近期疗效分析[J]. 中国内镜杂志, 2010, 16(8):803-806.

连续蛛网膜下腔阻滞用于分娩镇痛效果的比较[J]. 中华麻醉学杂志, 2016, 36(11):1309-1312.

[3] 刘国华, 韦天全. 舒芬太尼复合不同剂量罗哌卡因蛛网膜下腔阻滞在产程潜伏期分娩镇痛中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(10):2068-2070.

[4] 王大伟, 王保国, 刘长宝. 不同剂量罗哌卡因复合舒芬太尼腰-硬联合阻滞在产程潜伏期分娩镇痛的效果[J]. 临床麻醉学杂志, 2015, 31(6):538-542.

[5] 左宪丽, 周灿华, 杨启峰, 等. 在分娩镇痛中腰硬联合阻滞麻醉复合不同剂量舒芬太尼临床应用分析[J]. 临床心身疾病杂志, 2016, 22(s2):104-105.

(上接第6页)

壁缺血部位反映出来。通过本次研究,64排CT准确率为96.67%,与病理诊断无差异,但灵敏度及特异性较低。

综上所述,采用64排CT对肠壁缺血性病变的诊断具有准确性,值得在临床上广泛应用。

参考文献

- [1] 张凯, 童三龙, 雷鸣峰等. 64排CT诊断肠壁缺血性病变的诊断价值及临床意义分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2015, 01(3):87-89.
- [2] 刘峰, 马军. 64排CT对肠壁缺血性病变的诊断价值[J]. 中国

医药指南, 2013, 11(15):541-542.

[3] 吴晓丽, 李丽, 陈瑞鑫等. 探讨64排CT诊断肠壁缺血性病变的价值[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(26):74-75.

[4] 陈学力. 64排CT诊断肠壁缺血性病变的诊断价值及临床意义分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(15):98-99.

[5] 钱家新. 64排螺旋CT血管成像诊断肠系膜上动脉病变[J]. 实用医学杂志, 2015, 28(12):2046-2047.

[6] 李水连, 郭永飞, 余水全等. 急性缺血性肠病应首选多排螺旋CT检查[J]. 中国临床医学影像杂志, 2013, 24(9):665-667.