



全程硬膜外分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响分析

曾运英

广东省惠州市第六人民医院 516210

【摘要】目的 对全程硬膜外分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响进行分析。**方法** 选取 449 例硬膜外分娩镇痛产妇，待镇痛效果充分发挥出业并进入第二产程后，将其分为对照组与观察组两组，为观察组产妇提供予罗哌卡因复合舒芬太尼药物镇痛，为对照组产妇注射同体积的生理盐水，对照组产妇 162 例，观察组产妇 287 例。对两组产妇 VAS 评分、产程镇痛满意度与产程时间等方面的指标进行分析。**结果** 参与本次实验研究的两组产妇在分娩方式方面的指标差异 $P>0.05$ 无统计学意义，观察组产妇取得 91 ± 6 分的镇痛满意度，对照组产妇取得 84 ± 7 分的镇痛满意度，对照组产妇 VAS 评分为 1.2 ± 0.8 分，观察组产妇 VAS 评分为 0.7 ± 0.6 分，两组产妇在镇痛满意度与 VAS 评分两个方面的指标差异 $P>0.05$ 无统计学意义。**结论** 为第二产程产妇提供全程硬膜外分娩镇痛能够有效提高镇痛质量，降低 VAS 评分，临床价值值得推广。

【关键词】 分娩方式；第二产程；全程硬膜外分娩镇痛

【中图分类号】 R714.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 01-129-02

全程硬膜外分娩镇痛是当前我国临床医学广泛采用的分娩镇痛手段之一，然而，爱不单行护士与产科工程师在第二产程通常只是通过暂停硬膜外镇痛的方式来促进产妇自行用力，最大程度上避免采用机械爱不单行的方式度过第二产程，提高分娩速度。本次实验研究选取选取 449 例硬膜外分娩镇痛产妇，对全程硬膜外分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响进行分析，报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

将参与本次实验研究的 449 例研究样本分为对照组与观察组两组，为观察组产妇提供罗哌卡因复合舒芬太尼药物镇痛，为对照组产妇注射相同体积的生理盐水作为对照。

1.2 方法

处于产程潜伏期的产妇于 L₂~3 间隙为其提供硬膜外穿刺处理，注射 3ml 浓度为 1.5% 的得多多卡因，排除蛛网膜下腔与血管内给药后，为产妇提供麻醉处理，所使用的药物为舒芬太尼与罗哌卡因，待取得确切的镇痛效果后，通过 PCEA 泵来为产妇注射药物，注射量为 6ml/h，设置 30 分钟的锁定时间。在达到完全镇痛之前，可以通过按压给药的方式取得满意的镇痛效果。观察组的药物注射镇痛治疗持续至分娩结束，对照组产妇则在宫口全开的状态下用生理盐水替代麻醉药物，生理盐水注射持续至分娩结束。

1.3 观察指标

对产妇孕周、BMI 以及年龄等方面的数据进行记录，重要记录 PECA 泵按压次数、仙道素使用率、宫口扩张度、是否初产以及年龄等方面的数据；另外，还需要了解产妇第一产程时间、第二产程时间、分娩方式、第一与第二产程产妇对于镇痛治疗的满意度（非常满意记为 100 分，不满意记为 0 分）；产妇会阴部疼痛 VAS 评分（无法忍受记为 10 分，无痛记为 0 分），运动神经阻滞（下肢无法活动记为 4 分，仅能进行足部活动或只能弯曲踝关节记为 3 分，只能活动膝关节记为 2 分，只能活动髌膝关节记为 1 分，只能稍微抬高下肢记为 0 分）；对产妇分娩镇痛过程中所出现的呕吐、恶心以及呼吸抑制等不良反应进行详细的记录，记录并观察新生儿 Apgar 评分、脐动脉血 pH 值以及体重等方面的数据。

1.4 统计学分析

本次实验中统计学分析所采用的分析软件为 SPSS14.0 版本，在计量资料方面，（ $\bar{x}\pm s$ ）代表标准差， $\bar{x}$ 代表平均值，以 t 检验的方式进行比较分析，以（%）对比例数值进行表示，当 $P>0.05$ 时，代表各项指标之间所存在的差异具有充分的统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇 PCEA 泵按压次数、催产素使用次数、宫

口扩张度以及一般资料对比

参与本次实验研究的 287 例观察组产妇平均年龄 28.2 ± 3.1 岁，BMI 指标 $26.5\pm3.0\text{kg}/\text{cm}^2$ ，孕周 39 ± 1 周，初产 287 例，占组内比例的 96.9%，宫口扩张度 $2.0\pm0.3\text{cm}$ ，使用催产素 93 例，占组内比例的 32.4%，第一产程 PCEA 泵按压次数 1 次，第二产程 PCEA 泵按压次数 0 次；

参与本次实验研究的 162 例对照组产妇平均年龄 28.5 ± 3.7 岁，BMI 指标 $26.5\pm3.0\text{kg}/\text{cm}^2$ ，孕周 39 ± 1 周，初产 152 例，占组内比例的 93.8%，宫口扩张度 $2.0\pm0.4\text{cm}$ ，使用催产素 53 例，占组内比例的 32.7%，第一产程 PCEA 泵按压次数 1 次，第二产程 PCEA 泵按压次数 0 次。

两组产妇在 PCEA 泵按压次数与催产素使用次数等方面的指标差异 $P>0.05$ 无统计学意义。

2.2 两组产妇脐动脉血 pH 值、Apgar 评分在 8 分以内例数以及体重对比

参与本次实验研究的 287 例观察组产妇平均体重 $3327\pm394\text{g}$ ，1 分钟 Apgar 评分在 8 分以内 30 例，占组内比例的 10.5%，5 分钟 Apgar 评分在 8 分以内 5 例，占组内比例的 1.7%，脐动脉血 pH 值 7.2 ± 0.1 ；

参与本次实验研究的 162 例对照组产妇平均体重 $3322\pm390\text{g}$ ，1 分钟 Apgar 评分在 8 分以内 17 例，占组内比例的 10.5%，5 分钟 Apgar 评分在 8 分以内 2 例，占组内比例的 1.2%，脐动脉血 pH 值 7.2 ± 0.1 。

两组产妇在脐动脉血 pH 值、Apgar 评分在 8 分以内例数以及体重三个方面的指标差异 $P>0.05$ 无统计学意义。

2.3 两组产妇分娩方式、第二产程时间、第一产程镇痛时间以及第一产程时间对比

参与本次实验研究的 287 例观察组产妇第一产程时间 $463\pm184\text{min}$ ，第一产程镇痛时间 $278\pm154\text{min}$ ，第二产程时间 39 ± 21 分钟，自然分娩 276 例，占组内比例的 96.2%，器械助产 3 例，占组内人数的 1.0%，剖宫产 8 例，占组内人数的 2.7%；

参与本次实验研究的 162 例对照组产妇第一产程时间 $467\pm189\text{min}$ ，第一产程镇痛时间 $284\pm151\text{min}$ ，第二产程时间 41 ± 12 分钟，自然分娩 158 例，占组内比例的 97.5%，器械助产 1 例，占组内人数的 0.6%，剖宫产 3 例，占组内人数的 1.9%。

两组患者在分娩方式、第二产程时间、第一产程镇痛时间以及第一产程时间三个方面的指标差异 $P>0.05$ 无统计学意义。

2.4 两组产妇 VAS 评分与镇痛满意度比较

参与本次实验研究的 287 例观察组产妇第一产程镇痛满意度 94 ± 6 分，第二产程镇痛满意度 91 ± 6 分，VAS 评分 0.7 ± 0.6 分；

参与本次实验研究的 162 例对照组产妇第一产程镇痛满意度 94 ± 6 分，第二产程镇痛满意度 84 ± 7 分，VAS 评分



1.2±0.8分。

两组产妇在V A S评分与镇痛满意度两方面的指标差异P>0.05无统计学意义。

3 讨论

分娩是指指胎儿脱离母体成为独立存在个体的全部过程,该过程中一系列十分复杂的生理反应。对分娩过程中进行划分,可以分为胎盘娩出期、胎儿娩出期与宫口扩张期三个阶段。作为一种十分常见的重量反应,剧痛也成为自然分娩产妇必需要面对的重大问题,若分娩过程中的疼痛反应过于激烈,疼痛时间过长,很可能使产妇出现许多不良情绪,严重情况下也可以造成产妇胎儿宫内窘迫以及全身衰竭等方面的问题,对产妇以及胎儿的生命健康安全造成十分不利的影响。这就使得许多产妇采用剖宫产的方式进行分娩,这也是当前我国剖宫产率不断上升的根本原因,而剖宫产方式则存在出现许多不良并发症的问题,不利于产妇的分娩预后。因此,医疗机构仍然提倡采用自然分娩的方式来分娩。对于医疗机构来说,也需要综合运用各种方式为患者提供镇痛治疗,一方面要改善产妇的分娩感受,另一方面也需要通常镇痛的方式使患者的心态与各项生理指标保持平稳,提高产妇的分娩安全性。

当前我国临床医学主要采用舒芬太尼与罗哌卡因复合阿片类药物为产妇提供局部麻醉,取得了显著的镇痛效果,也有效降低了各种不良反应的发生率。而在产妇完成硬膜外镇痛后需要乃至的器械助产方式上则仍存在一些需要解决的问题。本次实验研究为产妇提供有针对性的分娩镇痛,取得了良好的镇痛效果,参与本次实验研究的全部研究样本中共449例进行第二产程,排除第一产程镇痛不满意、意外蛛网膜下腔给药与重新置管等易混淆因素,对全程硬膜外分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响进行分析。对照组与观察组两组产妇在催产素使用率方面的比例基本一致。另外,以实验研究发现,对照组在第二产程时间方面明显多于对照组,但仍在正常范围以内,暂停硬膜外镇痛不影响第二产程时间。由于第二产程时间与泵锁定时间相一致,并且第一产程阶段中为产妇提供的镇痛治疗取得了明显的效果,提示第二产程按压次数与镇痛效果无关。从分娩方式的角度上来看,两组产妇均以自然分娩为主,剖宫产与器械助产例数较少,未体现出明显的统计学意义。参与本次实验研究的产妇样本所采用的器械爱不助产方式主要为低位产钳助产,地于出现胎儿宫内窘迫、持续性头盆不称与产间发热的产妇提供剖宫产处理。

对于处于产程后期的患者,所产生的疼痛通常来自于会阴的牵拉与产道扩张,疼痛传导经阴部神经传导至骶2~4脊

髓节段。患者在进入到产程后期时,在硬膜外分娩镇痛治疗暂停后,造成一定程度的骶神经阻滞,产妇会阴部与腰骶部进一步加剧疼痛。经实验研究证实,当产妇硬膜外分娩镇痛治疗暂停后,处于第二产程的对照组产妇会出现镇痛满意度下降的情况,在修复产妇会阴部损伤的过程中会出现十分剧烈的疼痛,这也是造成产妇不适,镇痛满意度降低的主要原因,在产妇疼痛加剧的作用下,不得不进一步提升麻醉药物的使用量。采用暂停硬膜外分娩镇痛的方式对于产程后期的产妇来说一定程度上对于镇痛满意度指标造成了不利的影响,但不影响分娩方式与第二产程时间。从本次实验研究的结果来看,第二产程暂停与全程硬膜外分娩镇痛比较,不影响脐动脉血p H值A p g a r评分指标。需要注意的是产妇在分娩过程中,产科医师需要综合运用各种心理干预手段来安抚产妇的不良情绪,使产妇树立信心,对产妇的用力方法进行指导,最大程度上争取产妇的配合。

结束语:

全程硬膜外分娩镇痛方法不影响分娩方式,也不影响第二产程时间,能够起到缩短损伤修复时间与保证第二产程的作用。

参考文献:

- [1] 杨莉莉, 吕洁萍. 不同浓度罗哌卡因复合芬太尼用于不同时点分娩镇痛的临床观察[J]. 中华临床医师杂志(电子版)2015.03(17):11-12.
- [2] 谢建英, 蔡玉娟, 钟少平, 崔菊芬, 徐忠平, 张引法. 全程硬膜外分娩镇痛联合护理支持对产妇的影响[J]. 解放军护理杂志, 2016, 04(14):29-30.
- [3] 张春梅, 徐忠英, 高涛. 全程腰硬联合麻醉分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响分析[J]. 山西医药杂志, 2015, 05(24):192-193.
- [4] 何凤美. 全程腰硬联合麻醉分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响分析[J]. 中国现代药物应用, 2015, 07(08):144-145.
- [5] 王娟, 徐世琴, 冯善武, 沈晓凤. 全程硬膜外分娩镇痛对第二产程及分娩方式的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2013, 06(09):856-858.
- [6] 陆柳明. 蛛网膜下腔—硬膜外腔联合麻醉加产妇自控硬膜外麻醉用于分娩镇痛的临床研究[D]. 广西医科大学, 2013, 09(11):28-29.
- [7] 姜丽华. 硬膜外不同浓度罗哌卡因用于分娩镇痛效果及对母儿的影响[D]. 郑州大学, 2004, 02(16):25-26.
- [8] 王静. 产妇的焦虑程度与硬膜外分娩镇痛及分娩疼痛的关系[D]. 河北医科大学, 2004, 08(13):33-34.

(上接第128页)

育环、黏膜下子宫肌瘤摘除术、输卵管通液术等,还有术前有性生活以及没有严格消毒,导致术后急性感染发作并快速扩散,引起盆腔炎。②产后和流产后感染:产妇分娩后体质较为虚弱,未及时关闭宫颈口,或分娩造成的产道损伤或胎盘残留等都会使病原体侵入宫腔内,造成感染。大部分患者会出现阴道分泌物增多、下腹疼痛和发热,若病情严重,则会引起寒战、高热、头痛以及食欲不振等情况。部分患者在月经期间发病还会增加月经量,尤其急性盆腔炎的进一步发展可能会引起弥漫性腹膜炎、败血症以及感染性休克,甚至会危及生命。感染是盆腔炎的主要发病因素,临床治疗此病时多以抗生素为主,传统静脉注射给药因较难在盆腔部达到较高的药物浓度,所以治疗效果不佳且不良反应大。本文研究在抗感染基础上应用理疗,即通过理疗产生的热效应扩张组织局部血管,加快代谢和血液循环,同时也起到抗炎和镇

痛的作用。盆腔置管滴注抗生素能直接发挥抗炎和抗菌效果,将药物直接注入盆腔进一步增强了炎症组织局部的药物浓度,使药物吸收更加充分,迅速改善局部充血及水肿等症状^[4]。

综上所述,盆腔置管滴注抗生素联合理疗治疗盆腔炎效果显著,不良反应少,安全可靠,尤其治疗中加入理疗有利于促进局部血液循环,值得临床推广和应用。

参考文献:

- [1] 程朝霞. 盆腔置管滴注抗生素联合理疗治疗盆腔炎的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(15):3491-3492.
- [2] 杨利花. 盆腔置管滴注抗生素联合理疗治疗盆腔炎的临床价值研究[J]. 现代养生, 2014(7):49-50.
- [3] 刘文莲, 李丽娜, 杨静, 等. 盆腔置管滴注抗生素联合理疗治疗盆腔炎的护理[J]. 护理研究, 2013, 27(15):1478-1479.
- [4] 张燕, 郭昌宗. 盆腔置管滴注抗生素联合理疗治疗盆腔炎的护理[J]. 中外医疗, 2010, 9(4):311-312.