

## 腰硬联合麻醉应用于产科分娩镇痛的临床探讨

赵丽华

大理市第二人民医院 671000

〔摘要〕目的 分析腰硬联合麻醉用于产科分娩镇痛的效果。方法 挑选 2017 年 10 月-2018 年 10 月我院妇产科收治的 80 例产妇作为观察对象,随机分成两组,对照组 40 例接受硬膜外麻醉,观察组 40 例执行腰硬联合麻醉。分析两组镇痛效果。结果 观察组麻醉起效时间、第一产程、第二产程时间都短于对照组,麻醉药物剂量少于对照组( $P < 0.05$ )。两组镇痛效果对比,无显著差异( $P > 0.05$ )。结论 腰硬联合麻醉应用于产科分娩镇痛,起作用快,有效缓解产妇痛苦,值得推广应用。

〔关键词〕腰硬联合麻醉;硬膜外麻醉;分娩镇痛;效果

〔中图分类号〕R614 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 01-063-02

产妇因无法承受分娩疼痛,产生紧张、恐惧的心理,对正常产程造成极为不利影响,适度给予镇痛,可以缓解产妇疼痛感,调节其心理状况,确保顺利分娩。我院在产科分娩中应用腰硬联合麻醉,成效明显,现报告如下。

## 1 资料与方法

## 1.1 一般资料

挑选 2017 年 10 月-2018 年 10 月我院妇产科收治的 80 例产妇作为观察对象,随机分成两组,对照组 40 例接受硬膜外麻醉,观察组 40 例执行腰硬联合麻醉。观察组年龄 22~38 岁,平均年龄( $27.3 \pm 1.3$ )岁;孕周 36~42 周,平均孕周( $38.3 \pm 1.4$ )周。对照组年龄 21~35 岁,平均年龄( $26.2 \pm 1.1$ )岁;孕周 35~41 周,平均孕周( $36.5 \pm 1.8$ )周。两组年龄、孕周等一般资料,无统计学意义( $P > 0.05$ ),可以对比。

## 1.2 方法

两组产妇产宫颈口打开到 3cm 时,实施镇痛。

观察组实施腰硬联合麻醉,挑选第 2-3 腰椎间隙或者第 3-4 腰椎间隙实施硬膜外穿刺,顺利穿刺后,把腰穿针置入其中,穿刺蛛网膜下腔,直到流出清亮的脑脊液,接着把 0.2% 1.5mL 罗哌卡因注射进去,然后把穿刺针拔出,放置硬膜外导管,并加以固定。让产妇呈平卧体位,阻滞平面调整到 T8~T10 的位置,当药物注射到蛛网膜下腔 40min 之后,通过硬膜外导管给予适量 1.5% 利多卡因试验量,观察 5min 后把 8mL 芬太尼与 0.1% 罗哌卡因的混合液注射进去。如果没有缓解疼痛感,在产妇有明显疼痛感时,再注入 5mL 芬太尼与 0.1% 罗哌卡因的混合液。当子宫口张开到 9cm 时,最后一次注射药物。

对照组执行硬膜外麻醉,选择第 2-3 腰椎间隙执行硬膜外穿刺,接着把硬膜外导管放置其中,适当深度固定。同样,适量 1.5% 利多卡因试验量,5min 后 8mL 芬太尼与 0.1% 罗哌卡因混合液,若没有压制镇痛,当产妇感觉到明显疼痛时,再注入 5mL 芬太尼与罗哌卡因的混合液,在子宫口打开到 9cm 时,注射最后一次药物。

1.3 观察指标<sup>[1]</sup>

观察两组麻醉起作用时间、麻醉药剂量,统计两组第一、第二产程时间及镇痛效果。

依据产妇主诉对镇痛效果加以评定:稍微疼痛或没有任何疼痛感,不影响产妇正常活动,视为 1 级;腰腹出现程度较轻的疼痛,产妇能够承受,视为 2 级;腰腹有显著疼痛感,产妇无法承受,视为 3 级;腰腹疼痛感完全无法承受,产妇大声喊叫,视为 4 级。1 级、2 级代表镇痛效果良好,3 级、4 级说明镇痛效果欠佳。

## 1.4 统计学分析

分析数据用 SPSS21.0 软件统计,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )形式,比较行 t 检验,计数资料(%)表示,比较用卡方( $\chi^2$ )检验。 $P < 0.05$  代表有显著差异。

## 2 结果

## 2.1 对比两组麻醉起作用时间、麻醉药剂量

观察组麻醉起作用时间短于对照组,且麻醉药剂量少于对照组( $P < 0.05$ ),如表 1。

表 1: 两组麻醉起作用时间、麻醉药剂量比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 麻醉起作用时间      | 麻醉药剂量        |
|-----|----|--------------|--------------|
| 对照组 | 40 | 10.21 ± 4.62 | 19.74 ± 6.81 |
| 观察组 | 40 | 3.46 ± 1.17  | 9.65 ± 3.98  |
| t   |    | 8.9576       | 8.0904       |
| P   |    | 0.0000       | 0.0000       |

## 2.2 比较两组产程

观察组第一产程、第二产程时间都显著比对照组要短( $P < 0.05$ ),如表 2。

表 2: 两组第一、第二产程时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 第一产程时间(min)     | 第二产程时间(min)  |
|-----|----|-----------------|--------------|
| 对照组 | 40 | 291.14 ± 113.26 | 50.31 ± 7.18 |
| 观察组 | 40 | 226.28 ± 103.47 | 31.75 ± 4.64 |
| t   |    | 2.6740          | 13.7310      |
| P   |    | 0.0091          | 0.0000       |

## 2.3 对比两组镇痛效果

观察组第一、第二产程镇痛效果好于对照组,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 3。

## 3 讨论

(下转第 65 页)

作者简介:赵丽华,出生于 1979 年 11 月 8 日,籍贯:云南漾濞,民族:彝族,学历:本科,主要从事手术麻醉工作。

表 1: 丽江市饮用水碘含量监测

| 名称  | 份数   | 水碘含量频数分布 (ug/L) |         |          |          |
|-----|------|-----------------|---------|----------|----------|
|     |      | 中位数             | 集中供水    | 分散供水     | 井水       |
| 古城区 | 56   | 1.97            | 2-3.7   | 0.5-14.3 | 0-21.2   |
| 玉龙县 | 325  | 2.87            | 0.6-3.2 | 0-47.3   | 0.1-9.7  |
| 永胜县 | 375  | 2.7             | 0       | 0-21.1   | 1.3-88.2 |
| 华坪县 | 200  | 1.6             | 0       | 0-24     | 0.8-4.8  |
| 宁蒗县 | 355  | 2.04            | 0       | 0-7.4    | 0-5.6    |
| 全 市 | 1311 | 2.25            | 0.6-3.2 | 0-47.3   | 0-88.2   |

碘含量中位数 2.25ug/L, 范围在 0 ~ 88.2ug/L 之间; 其中 1292 份水样碘含量 < 10ug/L, 占样品总数 98.55%; 19 份水样碘含量 ≥ 10ug/L, 占样品总数 1.45%。永胜县水碘含量大于 50ug/L 三份水样均是井水, 通过调查, 三个村井水均未作为生活饮用水。由此可见, 丽江属于缺碘地区。

调查结果显示, 丽江是碘缺乏地区, 居民生活饮用水碘含量分布均衡, 长期坚持食盐加碘为居民补充碘元素, 将是持续消除碘缺乏病的一条经济有效的措施<sup>[4]</sup>。

## [参考文献]

[1] 张瑞丽, 王士杰, 单保恩, 等. 碘与人体健康的关系

及临床应用[J]. 河北医药, 2009, 31(5): 578-580.

[2] 于钧, 刘守军, 苏晓辉, 等. 2002 年全国碘缺乏病外环境水碘监测结果分析[J]. 中国地方病学杂志, 2004, 23(3): 223-224.

[3] 王海燕, 刘列钧, 李淑华, 等. 适合缺碘及高碘地区水碘检测的方法研究[J]. 中国地方病学杂志, 2007, 26(3): 333-336.

[4] 俞谊江, 任从汉, 王斌, 等. 2017 年宁海县饮用水水碘监测结果分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2018, 38(8): 106-1027.

(上接第 62 页)

## [参考文献]

[1] 曹采方. 牙周病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000:29.

[2] 牟锡波. 影响牙周炎的相关因素的调查分析及预防[J]. 中国医药指南, 2009, 14:94-95.

[3] 中华医学会. 临床诊疗指南. 口腔医学分册[M]. 北京:

人民卫生出版社, 2004: 25-26.

[4] 康国梁. 甲硝唑缓释药膜治疗牙周炎的临床研究[J]. 中国医学创新, 2011, 8(8): 59-60.

[5] 徐晓霞, 李敏. 牙周康和派丽奥软膏治疗牙周炎的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(13): 92-93.

[6] 冯新珍. 甲硝唑缓释药膜治疗牙周炎 46 例疗效分析[J]. 中国社区医师, 2011, 13(5): 97-98.

(上接第 63 页)

表 3: 两组镇痛效果对比 [n(%)]

| 组别       | 例数 | 第一产程        |          | 第二产程       |           |
|----------|----|-------------|----------|------------|-----------|
|          |    | 镇痛良好        | 镇痛欠佳     | 镇痛良好       | 镇痛欠佳      |
| 观察组      | 40 | 40 (100.00) | 0 (0.00) | 39 (97.50) | 1 (2.50)  |
| 对照组      | 40 | 38 (95.00)  | 2 (5.00) | 36 (90.00) | 4 (10.00) |
| $\chi^2$ |    | 2.0513      |          | 1.9200     |           |
| P        |    | 0.1521      |          | 0.1659     |           |

无痛分娩就是分娩镇痛, 指分娩当中采用不同手段消除或缓解产妇的疼痛, 促进产妇顺利自然分娩。分娩镇痛的优势在于可以有效调节产妇的紧张、恐惧等心理状况, 缓解产妇的生理痛苦, 提升自然分娩率, 大大减少剖宫产率<sup>[2]</sup>。实施镇痛, 需要挑选恰当时机, 通常当子宫口打开 3cm 时, 是实施镇痛的最佳时机, 如果在太早实施镇痛, 会影响药物作用, 如果实施镇痛时间太迟, 就会延长产妇的疼痛时间, 增加产妇痛苦。与此同时, 实施无痛分娩可以有效缓解子宫收缩产生的疼痛, 推动产程顺利进展, 同时产后出血量也不会有所增加。

腰硬联合麻醉的特点是可以快速起作用, 麻醉药物剂量较小, 阻滞神经的作用较轻, 持续性镇痛效果, 有较高安全性与可靠性<sup>[3]</sup>。麻醉药的浓度不高且剂量小, 可以明显减轻分娩的疼痛, 或者快速退去分娩的痛苦, 同时不会影响产妇的交感神经与肌肉力量, 产妇可以自如地活动。统计分析本

研究数据, 发现观察组麻醉起效时间与第一产程、第二产程时间短于对照组, 麻醉药剂量少于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组镇痛效果对比, 无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

综上所述, 在产科分娩应用腰麻联合硬膜外麻醉, 可以有效缓解产妇痛苦, 应用价值高。

## [参考文献]

[1] 唐文志. 不同麻醉方式在分娩镇痛中的应用[J]. 中外健康文摘, 2015, 8(28): 70-72.

[2] 周国伟, 边丹秀, 徐萌艳. 腰麻及硬膜外麻醉联合应用于产科分娩镇痛的临床探讨[J]. 中国性科学, 2016.25(1): 120-122.

[3] 高勇. 椎管内阻滞分娩镇痛的新进展[J]. 南昌大学学报: 医学版, 2015, 52(1): 102-104.