

舒芬太尼联合罗哌卡因椎管内麻醉应用于无痛分娩中的效果分析

唐立文

岳阳市二人民医院 湖南岳阳 414000

【摘要】目的 分析在无痛分娩中联合应用舒芬太尼和罗哌卡因行椎管内麻醉的临床效果。**方法** 对照组产妇采取瑞芬太尼静脉自控镇痛方案,观察组产妇采取舒芬太尼与罗哌卡因的复合硬膜外自控镇痛方案。**结果** 观察组产妇分娩镇痛后出现的胃肠道不良反应、头晕、下肢麻木以及皮肤瘙痒等不良反应率均较对照组更低($P < 0.05$)。观察组产妇的镇痛起效时间较对照组更长($P < 0.05$)；两组产妇镇痛之前VAS疼痛评分均较高($P > 0.05$)；镇痛后1~3h观察组产妇的VAS疼痛评分较对照组更低($P < 0.05$)。**结论** 在产妇产前分娩过程中采取舒芬太尼和罗哌卡因联合应用的椎管内麻醉方案,有助于取得良好的镇痛效果,并且安全性较高,值得临床应用并推广。

【关键词】 无痛分娩;舒芬太尼;罗哌卡因;镇痛**【中图分类号】** R614**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2019) 03-133-02

产妇自然分娩时承受剧烈疼痛,将导致其情绪出现过度紧张,将进一步增加产妇的应激反应,同时也增加了产妇分娩过程中的体能消耗,由于产妇过量换气有可能引发呼吸性碱中毒,特别是当宫缩时其胎盘的的血流量显著减少,将进一步增加产妇自然分娩难度,对其产程进展产生影响,也不利于降低产科剖宫产率。近年来,随着人们生育观念的不断变化,临床中无痛分娩得以广泛应用。通过应用分娩镇痛技术,能够有效缓解产妇分娩时的疼痛感,保障产妇顺利安全分娩。而通过采取椎管内神经阻滞是现阶段认为最优的分娩镇痛方式,特别是采取腰硬联合阻滞可取得良好镇痛效果^[1]。本次研究将分析在产妇产前分娩中以舒芬太尼复合罗哌卡因行椎管内麻醉的镇痛效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院2018年1月~2018年12月产科分娩产妇68例作为此次的研究样本,产妇均属于足月单胎,均为初产妇,且自愿接受分娩镇痛。以随机数字法分组,并依次分别纳入观察组、对照组。观察组资料:共计34例,年龄范围20~32岁,平均(27.4±0.3)岁;ASA分级:I级产妇20例,II级产妇14例。对照组:共计34例,年龄范围21~32岁,平均(28.2±0.2)岁;ASA分级:I级产妇19例,II级产妇15例。两组观察对象在一般线性资料对比中均衡度高,有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组产妇均于宫口开至约4cm时进入到产房,以心电监护仪对其各项生命体征进行密切监测,密切观察产妇产宫收缩状况和胎心情况。给予鼻导管吸氧,并建立静脉通道。对照组产妇采取瑞芬太尼静脉自控镇痛方案,首先给与产妇瑞芬太尼以0.02ug/kg的负荷剂量行静脉注射,其维持剂量为0.04ug/kg*min,产妇的自控镇痛剂量为0.4ug/kg,该产妇的镇痛泵的锁定时长为3min。观察组产妇采取舒芬太尼与罗哌卡因的复合硬膜外自控镇痛,选择其腰椎L₃₋₄间隙实施蛛网膜穿刺,完成穿刺之后待脑脊

液流出之后给予舒芬太尼注射,剂量为10ug,于产妇硬膜外腔放置硬膜外导管,舒芬太尼(0.4ug/ml)+0.1%的罗哌卡因,该组产妇的负荷剂量以及维持剂量均设定为6ml/小时,而自控镇痛剂量是6ml,产妇镇痛泵的锁定时长30min。待产妇宫口达到全开之后即可停止给药。待胎儿顺利娩出之后方可实施会阴切口的缝合并继续实施给药镇痛。两组产妇分娩过程中均由本院麻醉医师进行全程监护。

1.3 评价指标

(1)对比两组产妇在分娩镇痛之后的不良反应发生情况;(2)对比两组产妇镇痛的起效时间以及各个时间点的VAS疼痛评分情况。

1.4 统计学方法

数据以SPSS17.0处理,均数±标准差用($\bar{x} \pm s$)表示,实施t检验,采用率用%表示,实施 χ^2 检验,将 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇的分娩镇痛不良反应率对比

观察组产妇分娩镇痛后出现的胃肠道不良反应、头晕、下肢麻木以及皮肤瘙痒等不良反应率均较对照组更低,且两组对比均存在统计学意义($P < 0.05$)。

表1: 两组产妇的分娩镇痛不良反应率对比[n(%)]

组别	例数	胃肠道不良反应	头晕	下肢麻木	皮肤瘙痒
观察组	34	1 (2.94)	2 (5.88)	0 (0.00)	0 (0.00)
对照组	34	3 (8.82)	11 (32.35)	4 (11.76)	3 (8.82)
χ^2 值		2.062	6.927	3.152	3.265
P 值		0.001	0.000	0.000	0.000

2.2 两组产妇镇痛起效时间、VAS疼痛评分对比

观察组产妇的镇痛起效时间较对照组更长,两组对比差异显著($P < 0.05$)；两组产妇镇痛之前VAS疼痛评分均较高($P > 0.05$)；镇痛后1~3h观察组产妇的VAS疼痛评分较对照组更低,且组间对比存在统计学意义($P < 0.05$)。

表2: 两组产妇镇痛起效时间、VAS疼痛评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS疼痛评分(分)				镇痛起效时间(min)
		镇痛前	镇痛后1h	镇痛后2h	镇痛后3h	
观察组	34	8.11±1.24	1.92±1.43	2.01±1.27	1.58±1.21	12.62±1.42
对照组	34	8.09±1.17	4.57±2.26	5.87±2.43	5.79±1.26	2.14±0.35
t 值		0.256	4.197	3.634	4.628	5.263
P 值		0.063	0.000	0.001	0.000	0.000

3 讨论

产妇产前分娩过程中剧烈的疼痛将导致其产程时间延长,进一步增加了产妇产前分娩时的能量消耗,容易引发胎儿宫内窘迫,将对母婴安全产生威胁^[2]。通过实施无痛分娩,一方面可缓解产妇产宫收缩带来的疼痛,另一方面也可以促进子宫收缩,防止子宫胎盘血流量降低,有助于改善胎儿供氧状况,防止胎儿发生缺氧,有助于防止产妇产前宫缩乏力和昏迷等不良情况,能够显著降低产科的

剖宫产率^[3]。在产妇产前分娩过程中,麻醉药物选择基本原则是可取得良好镇痛效果,且对于母婴安全产生的影响较小,给药方便且起效迅速,并不会对产妇产宫/产程以及产力等形成影响,并且还需要确保产妇维持清醒状态^[4]。通过联用局麻药物以及阿片类药物,是现阶段临床中分娩镇痛的常规药物配伍方案。舒芬太尼和罗哌卡因的复合椎管内麻醉方案,其成熟性和有效性均较

(下转第135页)

高通量血液透析组经过3个月治疗后生化指标显著低于常规血液透析组 ($P < 0.05$), 详见表1。

2.2 两组患者治疗前后生活质量评分的比较

高通量血液透析组经过3个月治疗后生活质量的改善情况显著优于常规血液透析组 ($P < 0.05$), 详见表2。

表2: 两组患者治疗前后生活质量评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
高通量血液透析组	35	71.45±2.23	90.33±4.46
常规血液透析组	34	71.62±2.14	80.89±3.17
T值		0.32	10.11
P值		0.75	0.00

3 讨论

血液透析是慢性肾功能衰竭患者肾脏替代治疗的主要方式之一, 而钙磷代谢紊乱是慢性肾衰主要的并发症之一, 可导致各种物质代谢异常、增加心脑血管事件发生的机率, 严重影响患者的生活质量及身心健康^[4]。有改善钙磷代谢紊乱主要方式为降低血磷、调节血钙、控制甲状旁腺激素、充分血液透析等。而高通量血液透析相较于常规血液透析治疗, 在清除肌酐、尿素等小分子物质的同时能够更加有效清除低分子蛋白以及中大分子物质, 本研究结果亦得到证明。治疗后两组患者治疗后Ca、P、iPTH各

指标可得到改善^[5]。同时, 经过有效治疗能提升慢性肾衰竭患者对生活的信心, 对于患者正常生活的开展及生活质量的提升有着积极的促进作用^[6]。

综上所述, 高通量血液透析治疗能有效改善慢性肾衰患者钙磷代谢紊乱的问题, 同时对于患者生存质量的提升亦有帮助。

参考文献

- [1] 张艳琴, 辛晓龙, 李文东, 等. 高通量血液透析对慢性肾衰患者钙磷代谢紊乱的疗效分析[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(11): 77. 医结合肾病杂志, 2014, 6(7):625-626.
- [3] 孙小伟, 李倩. 高通量血液透析联合罗盖全对尿毒症患者钙磷代谢紊乱及微炎症状态的影响[J]. 海南医学, 2016, 27(20):3331-3334.
- [4] 肖健, 马兵, 石平. 高通量透析对维持性血液透析患者钙磷代谢的影响[J]. 临床肾脏病杂志, 2016, 4(8):487-491.
- [5] 王静艳, 赵伟, 薄天慧, 等. 探讨高通量血液透析对维持性血透患者透析中血压升高的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2016, 17(8):712-714.
- [6] 李娟, 胡玉清, 梁萌, 等. 高通量透析模式对改善维持性血液透析患者高血压及甲状旁腺激素的影响[J]. 中国医药导报, 2016, 13(27):19-22.

(上接第131页)

有效提高, 在很大程度上缓解了患者的相关临床症状, 因此应当将该治疗方法在临床中进行积极推广和应用。

参考文献

- [1] 冯勇军, 林翀, 曾春荣等. 老年慢性鼻-鼻窦炎及伴鼻息肉患者并发支气管哮喘和肺功能下降相关性[J]. 中国老年学杂志, 2014, (13):3531-3533.
- [2] 齐勋. 慢性鼻-鼻窦炎患者鼻内镜下手术治疗后复发的危险因素 Logistic 回归分析[J]. 临床医学研究与实践, 2018,

3(22):106-107.

- [3] 史剑波, 陈枫虹. 关注伴有支气管哮喘的慢性鼻-鼻窦炎[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 51(3):235-240.
- [4] 张铁英. 慢性鼻窦炎、鼻息肉与支气管哮喘相关性120例临床分析[J]. 中外医疗, 2016, 35(1):60-62.
- [5] 姜永刚. 变应性鼻炎-鼻窦炎合并轻度支气管哮喘的抗白三烯治疗效果评价[J]. 心理医生, 2015, 21(21):75-76.
- [6] 霍榕榕. 变应性鼻炎与支气管哮喘临床表现的相关性[J]. 包头医学院学报, 2018, 34(12):55-56.

(上接第132页)

综上所述: 宫腔镜+腹腔镜输卵管疏通术治疗输卵管性不孕症的临床效果理想, 能够显著提高患者的输卵管疏通率以及1年后的妊娠率, 且并发症少, 安全性高, 值得推广。

参考文献

- [1] 阮红英, 王江荣. 宫、腹腔镜联合输卵管疏通术和腹腔镜输卵管疏通术治疗输卵管性不孕症的效果对比[J]. 中外女性健康研究, 2018, (10):20, 22.
- [2] 宋丽娜. 腹腔镜联合宫腔镜下输卵管逆行插管治疗输卵管性不孕的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(17):1869-1871.

- [3] 李红琴, 应小燕. 宫、腹腔镜联合诊治输卵管性不孕症改进手术方法后的妊娠结局[J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(3):217-220.

- [4] 王敏飞, 刘丽国. 子宫输卵管造影与腹腔镜输卵管检查输卵管性不孕症的临床分析[J]. 医学影像学杂志, 2017, 27(4):779-781.
- [5] 王改琴, 党森, 耿俐等. 改进宫腹腔镜诊治输卵管性不孕症的疗效评价及对应激因子与炎症因子的影响[J]. 河北医学, 2017, 23(4):539-543.
- [6] 袁雅婷. 经阴道实时三维子宫输卵管造影在诊断输卵管性不孕症中应用价值[J]. 四川医学, 2018, 39(8):947-950.

(上接第133页)

高^[5]。本次研究中, 观察组产妇采取舒芬太尼与罗哌卡因行椎管内麻醉镇痛, 而对照组产妇采取瑞芬太尼的静脉自控镇痛, 研究结果提示, 观察组产妇虽然在镇痛起效时间方面较对照组更长, 然而在镇痛后1~3h内该组产妇的疼痛评分较对照组更低。同时观察组产妇出现的胃肠道反应、头晕、下肢麻木以及皮肤瘙痒等相关分娩镇痛不良反应率, 均较对照组更低。这表明, 舒芬太尼与罗哌卡因的联合椎管内麻醉方案, 有助于提高产妇无痛分娩过程中的镇痛效果, 并且有利于降低产妇在产后出现相关镇痛分娩不良反应, 具有较高应用安全性。

综上所述, 在产妇无痛分娩过程中, 采取舒芬太尼和罗哌卡因联合应用的椎管内麻醉方案, 有助于取得良好的镇痛效果, 并

且安全性较高, 值得临床应用并推广。

参考文献

- [1] 胡建中. 腰硬联合阻滞麻醉在分娩镇痛中的效果及安全性评价[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 14(99):58-59.
- [2] 房建, 赵继蓉. 小剂量罗哌卡因联合舒芬太尼腰硬联合麻醉在无痛分娩中的应用[J]. 中华全科医学, 2018, 16(02):264-267.
- [3] 蔡云霞, 王晓燕, 许秋丽. 罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外用药物在无痛分娩中的应用分析[J]. 新疆医学, 2017, 47(10):1147-1149.
- [4] 徐晖, 符新春. 芬太尼结合低浓度罗哌卡因连续硬膜外阻滞应用于无痛分娩的临床疗效观察[J]. 浙江创伤外科, 2016, 21(05):994-996.
- [5] 耿巍, 武淑霞. 罗哌卡因联合芬太尼对自控硬膜外无痛分娩效果观察[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(19):134-135+137.