

不同镇痛分娩方法的临床效果对比

张丽娜, 申伟娜, 董杰丽, 杜慧丽, 陈英君

(井陘县医院, 河北 石家庄 050300)

【摘要】目的:对比分析不同镇痛分娩方法的临床效果。**方法:**选取2021年3月至2022年3月在医院分娩的120例产妇为研究对象,根据镇痛分娩方法不同分成对照组和观察组,各60例。对照组镇痛分娩方法为单纯硬膜外药物镇痛,观察组镇痛分娩方法为硬膜外药物加导乐分娩镇痛,对两组产妇疼痛程度、体力恢复情况、产后心理状态、产后24h出血量、产程时间(第一产程、第二产程、第三产程)予以统计比较。**结果:**观察组镇痛后10 min、60 min的NRS分值低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组产妇体力恢复情况优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组产妇症状自评量表各指标分值低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组产妇产后24h出血量以及第一产程、第二产程、第三产程时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:**在产妇镇痛分娩中,硬膜外药物加导乐分娩镇痛效果明显优于单纯硬膜外药物镇痛,有助于加快产妇产后体力恢复,改善产妇产后心理状态,值得临床深入研究与推荐应用。

【关键词】导乐分娩镇痛;硬膜外药物镇痛;体力恢复;心理状态

中图分类号:R714

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2023)01-0085-03

自然分娩是一种最佳的分娩方式,但因为产妇对分娩疼痛的恐惧心理,导致近年来剖宫产率随之升高。一般来说,分娩疼痛可引起产妇疲倦、焦虑,消耗大量能量,致使交感神经系统被激活,压力荷尔蒙大量释放,引起子宫收缩乏力,延长分娩时间,使得母婴安全受到威胁^[1]。所以,选择一种有效、安全的镇痛方式十分重要。硬膜外药物镇痛是一种临床常用的镇痛方式,麻醉剂主要由药物混合构成,能够降低每种药物浓度,以此有效减轻药物副作用^[2-3]。基于此,本研究选取2021年3月至2022年3月在我院分娩的120例产妇为研究对象,比较分析单纯硬膜外药物分娩镇痛与硬膜外药物加导乐分娩镇痛的应用效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2021年3月至2022年3月在我院分娩的120例产妇为研究对象,根据镇痛分娩方法不同分成对照组和观察组,各60例。对照组年龄22-36岁,平均 (28.27 ± 3.57) 岁;孕周37-

41周,平均 (39.05 ± 0.83) 周;孕次1-3次,平均 (1.91 ± 0.37) 次;产次1-3次,平均 (1.48 ± 0.24) 次;体质指数 $19-27 \text{ kg/m}^2$,平均 $(22.56 \pm 1.71) \text{ kg/m}^2$ 。观察组年龄23-36岁,平均 (28.81 ± 3.66) 岁;孕周37-41周,平均 (39.18 ± 0.81) 周;孕次1-3次,平均 (1.90 ± 0.39) 次;产次1-3次,平均 (1.43 ± 0.22) 次;体质指数 $19-28 \text{ kg/m}^2$,平均 $(22.75 \pm 1.69) \text{ kg/m}^2$ 。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究获得医学伦理委员会批准,两组产妇或者家属均知情同意。(1)纳入标准:单胎、足月妊娠;无药物过敏史;无凝血功能障碍;自愿要求镇痛分娩;沟通能力良好,无认知障碍。(2)排除标准:存在麻醉禁忌证;伴有妊娠期合并症;存在巨大儿、宫内窘迫等情况;产程进展异常;临床资料缺失。

1.2 方法:在产妇宫缩规律时,宫口打开至少1 cm后送进待产室,持续监测产妇产子宫颈收缩、胎心等情况,开放静脉,予以鼻导管吸氧,3 L/min。对照组镇

痛分娩方法为硬膜外药物分娩镇痛,于L2~3椎间隙予以穿刺置管,1.5%利多卡因3ml作为试验剂量,无异常后单次推注负剂量6~10ml,泵液为罗哌卡因(生产厂家:江苏恒瑞医药股份有限公司,批准文号:国药准字H20060137,规格:2ml:100μg)0.09%与舒芬太尼(生产厂家:宜昌人福药业有限责任公司,批准文号:国药准字H20054172,规格:2ml:100μg)0.3μg/ml混合液,背景剂量6~10ml。观察组镇痛分娩方法为药物+导乐分娩镇痛;药物镇痛与对照组相同,导乐分娩镇痛如下。分娩全程由资深助产士进行导乐陪护,向产妇说明分娩过程及相关注意事项,以此消除产妇焦虑、恐惧等情绪,确保产妇顺利分娩。(1)第一产程心理疏导:此阶段产妇疼痛感逐渐增强,心态出现改变,易出现恐惧、紧张等不良情绪,护理人员加强与产妇的沟通,告知其宫口开放程度,使产妇做好心理准备,同时可为产妇播放喜欢的音乐、视频等,转移产妇注意力。(2)第二产程心理疏导:此阶段产妇疼痛最为强烈,需全程陪护,通过言语、动作等给予产妇鼓励,强调自然分娩对产妇及胎儿的优点,帮助其调整呼吸,便于推进产程。(3)第三产程心理疏导:此阶段产妇已顺利完成分娩,可夸赞产妇及新生儿,以使产妇获得身心愉悦感,继而减轻疼痛感。

1.3 观察指标:对两组产妇疼痛程度、体力恢复情况、产后心理状态、产后24h出血量、产程时间(第一产程、第二产程、第三产程)予以统计比较。(1)镇痛效果:采用数字疼痛分级法(NRS)对两组产妇镇痛前以及镇痛后10min、60min的疼痛程度进行评估,分值范围0~10分,无痛为0分,剧烈疼痛为10分,分值越低,镇痛效果越好。(2)体力恢复情况:对产妇产后发生心率增快20次/min、头晕、心慌等情况予以观察记录。(3)产后心理状态^[4]:采用症状自评量表予以评定,指标包括焦虑、抑郁、恐怖、偏执、敌

意、躯体化、精神质、强迫症状、附加因子、人际关系敏感,每个指标分值范围1~5分,无症状为1分,轻微症状为2分,中等症状为3分,偏重症状为4分,严重症状为5分。

1.4 统计学方法:采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组镇痛效果比较:两组镇痛前NRS分值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组镇痛后10min、60min的NRS分值低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组镇痛效果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	镇痛前	镇痛后10min	镇痛后60min
对照组	60	7.13 ± 1.47	4.04 ± 0.59	3.63 ± 0.35
观察组	60	7.21 ± 1.28	3.61 ± 0.56	3.30 ± 0.37
t		0.318	4.095	5.019
P		0.751	<0.001	<0.001

2.2 两组产妇产后体力恢复情况比较:观察组产妇产后体力恢复情况优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组产妇产后体力恢复情况比较[例(%)]

组别	例数	心率增快20次/min	头晕	心慌	发生率
对照组	60	4(6.67)	3(5.00)	3(5.00)	10(16.67)
观察组	60	1(1.67)	1(1.67)	1(1.67)	3(5.00)
χ^2					4.227
P					0.040

2.3 两组产妇产后心理状态比较:观察组产妇症状自评量表各指标分值低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

2.4 两组产妇产后24h出血量及产程时间比较:两组产妇产后24h出血量以及第一产程、第二产程、第三产程时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表4。

表3 两组产妇产后心理状态比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	焦虑	抑郁	恐怖	偏执	敌意	躯体化	精神质	强迫症状	附加因子	人际关系敏感
对照组	60	1.87 ± 0.26	1.88 ± 0.26	1.99 ± 0.28	1.68 ± 0.20	1.60 ± 0.22	1.51 ± 0.21	1.95 ± 0.24	1.65 ± 0.23	1.81 ± 0.24	1.80 ± 0.27
观察组	60	1.68 ± 0.23	1.65 ± 0.22	1.75 ± 0.20	1.49 ± 0.21	1.43 ± 0.22	1.36 ± 0.24	1.77 ± 0.25	1.43 ± 0.21	1.62 ± 0.21	1.61 ± 0.23
t		4.240	5.231	5.403	5.075	4.232	3.643	4.023	5.472	4.615	4.149
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表4 两组产妇产后24h出血量及产程时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产后24h出血量 (ml)	第一产程 (min)	第二产程 (min)	第三产程 (min)
对照组	60	378.59 ± 62.35	442.32 ± 58.73	36.39 ± 10.86	8.65 ± 2.24
观察组	60	380.19 ± 60.19	439.72 ± 52.36	35.54 ± 10.31	8.99 ± 2.53
<i>t</i>		0.143	0.256	0.440	0.779
<i>P</i>		0.887	0.798	0.661	0.437

3 讨论

疼痛是分娩中最为普遍的现象,多源自强烈宫缩、宫颈扩张等,从脊神经传递至脑部,造成强烈疼痛,导致产妇出现紧张、恐惧等情绪,易出现产程异常的情况,使得部分产妇失去分娩信心,极大的影响了产妇身心健康^[5]。所以,在分娩中,应注意镇痛方法的选择,最大限度地减轻产妇疼痛程度,提高分娩结局。分娩镇痛的目的就是缓解产妇疼痛,确保分娩顺利,尽量营造无痛、安全的分娩环境^[6]。一般来说,最佳的分娩镇痛方法应尽量满足以下条件:一是尽量减小对母婴的影响;二是避免运动阻滞,尽量对分娩产程无影响;三是便于给药,作用持久安全,起效快速;四是保持产妇清醒,可积极配合分娩;五是必要时可追加局麻,符合手术要求。

分娩镇痛方法有很多,如氧化亚氮吸入镇痛、阿片类药物静脉注射或者肌肉注射、硬膜外药物镇痛等。现今,神经阻滞是分娩镇痛的金标准,主要包括脊柱阻滞、硬膜外阻滞等^[7]。硬膜外药物镇痛可连续或者重复用药,麻醉剂为药物混合构成,一般均含有阿片类药物,能够降低每种药物浓度,减轻药物副作用。在硬膜外镇痛中,罗哌卡因与舒芬太尼联合应用十分普遍,药物浓度比较低,能够减轻对产妇及新生儿的影响,具有安全、可靠的特点。罗哌卡因是一种长效酰胺类药物,具有毒副作用轻的特点,安全性非常高,在无痛分娩中得到了广泛应用。舒芬太尼是一种强效阿片类药物,与其他阿片类药物相比,其镇痛效果更加显著。通过舒芬太尼的药代动力学研究表明,在分娩镇痛中应用时,可采用静脉滴注给药,且能够让产妇自行控制,有助于减少新生儿窒息等不良事件的发生。当产妇伴有椎管穿刺禁忌证时,给予静脉滴注阿片类药物是一个非常好的选择。同时,因为有关舒芬太尼不良反应的报道比较少,使其相较于其他阿片类药物而言,应用优势更加明显。

在硬膜外药物镇痛中联合应用罗哌卡因与舒芬太尼,同时配合导乐镇痛,能够充分发挥协同作用,进一步提高镇痛效果。

本研究结果显示,观察组镇痛后10 min、60 min的NRS分值低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组产妇体力恢复情况优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组产妇症状自评量表各指标分值低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组产妇产后24h出血量以及第一产程、第二产程、第三产程时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。由此说明,在分娩镇痛中,硬膜外药物分娩镇痛联合导乐分娩镇痛的应用效果明显优于单纯硬膜外药物分娩镇痛,且具有操作简单、创伤轻等优势,受到了产妇的高度认可与青睐。

综上所述,在产妇镇痛分娩中,硬膜外药物分娩镇痛联合导乐分娩镇痛效果明显优于单纯硬膜外药物分娩镇痛,有助于加快产妇产后体力恢复,改善产妇产后心理状态,值得临床深入研究与推荐应用。

【参考文献】

- [1] 宋佳,王冬雪,王冰冰,等. 不同时机实施分娩镇痛对初产妇产程和分娩方式及新生儿结局的影响[J]. 中华妇产科杂志,2020,55(7):476-479.
- [2] 曹家刚,李胜华,冯迪,等. 不同浓度罗哌卡因复合舒芬太尼分娩镇痛对产妇产间发热的影响[J]. 临床麻醉学杂志,2019,35(4):327-330.
- [3] 林君飞,梁刚,林雪芹. 不同镇痛方式对分娩的镇痛效果及其对分娩结局的影响[J]. 中国妇幼健康研究,2021,32(3):406-409.
- [4] 阚济伟,于泳浩. 不同浓度罗哌卡因复合芬太尼用于程控硬膜外间歇脉冲注入分娩镇痛的效果[J]. 临床麻醉学杂志,2019,35(11):1060-1064.
- [5] 王润,黄立锋,刘文胜,等. 舒芬太尼复合不同浓度罗哌卡因硬膜外阻滞在产程潜伏期阶梯式分娩镇痛中的效果观察[J]. 中国性科学,2019,28(7):61-65.
- [6] 赵蕊,杨永朋. 小剂量罗哌卡因联合舒芬太尼腰硬联合麻醉对产妇无痛分娩镇痛情况、产程时间及新生儿结局的影响[J]. 医学临床研究,2022,39(4):528-531.
- [7] 幸贵萍,王亚平. 舒芬太尼复合罗哌卡因硬膜外麻醉对无痛分娩产妇母婴结局的影响[J]. 贵州医科大学学报,2018,43(12):1479-1483.

(收稿日期:2022-08-10)