

硬膜外阻滞分娩镇痛 100 例临床观察

沈红娟

(浙江省桐庐县第一人民医院 桐庐 311500)

关键词:硬膜外阻滞;分娩镇痛;临床观察

中图分类号:R 714.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0057-02

分娩疼痛是客观事实,分娩的阵痛让每一位已经是妈妈的女性刻骨铭心。随着我国人们生活质量以及医疗水平的不断提高,新的麻醉药物和镇痛技术的出现,使无痛分娩成为可能并逐渐接近理想的方式。我院近年来将硬膜外阻滞麻醉应用于分娩镇痛取得了良好的效果。现分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2005 年 8 月~2006 年 2 月在我院住院要求自然分娩的初产妇共 200 例,年龄 22~34 岁,平均年龄 26.7 岁,孕周 37~42 周,无妊娠并发症及合并症。随机分为镇痛组 and 对照组,各 100 例。

1.2 给药方法 镇痛组产妇宫口开 3cm,无胎儿宫内窘迫、头盆不称的征象,在开放静脉通道和心电监护的情况下,实施硬膜外阻滞麻醉,取 L₂₋₃ 或 L₃₋₄ 间隙穿刺,先注入 1% 的利多卡因 3mL+ 芬太尼 0.05mg 作为试验剂量,观察 5min 无药物中毒征象,确定导管在硬膜外腔,阻滞平面上界为 T₁₀,接自控硬膜外镇痛泵。镇痛液配制:罗哌卡因 80mg+ 芬太尼 0.1mg+0.9% 的生理盐水 70mL。

1.3 镇痛效果评定 按 WHO 疼痛分级标准判定镇痛效果。0 级:无痛、腰酸、稍有不适;I 级:酸痛可忍受、微汗或不汗、能正常生活(睡眠不受干扰);II 级:明显腰酸痛、伴出汗、呼吸急促、仍可忍受(睡眠基本不受干扰);III 级:强烈腰酸痛、不能忍受、喊叫、辗转翻身(不能睡眠)。

2 结果

2.1 镇痛效果 结果显示,镇痛组基本在无痛状态完成分娩,疼痛基本为 0 级,与对照组比较差异有极显著性(u=12.24, P<0.01)。见表 1。

表 1 两组镇痛效果的比较 例					
组别	n	0 级	I 级	II 级	III 级
对照组	100	0	0	31	69
镇痛组	100	97	3	0	0

2.2 对产程的影响 镇痛组的活跃期产程较对照组缩短(t=2.41, P<0.05);第二产程较对照组延长(t=4.51, P<0.01);第三产程两组间无显著差异(t=1.26, P>0.05)。见表 2。

液尽快使用。(2)如细小血凝块未被发现和过滤,且发往临床,输血时,当把血袋倒挂后,这些小凝块就会沉降在出口附近,导致血流缓慢或忽快忽慢,或完全停止,这种情况多在把血袋挂好后立即出现。颠倒一下血袋,或用力挤压输血器的滴壶,可把这些小凝块从出口处移开。然后以 45° 角斜挂血袋,将凝块沉于血袋一角,使其不流入输血器,以防堵塞输血器的过滤网,使血液能够完全输注。(3)如未作以上处理,导致输血器过滤网堵塞,就要更换输血器,这样会造成血液的浪费,且加大了血液污染的机会。

总之,要使每一袋血液及时且充分起到治疗和急救的作用,首先要保证血液质量,严格控制采输血过程中的每个环

表 2 硬膜外阻滞对产程的影响 ($\bar{X} \pm S$) min						
组别	n	活跃期产程		第二产程		第三产程
对照组	100	145.88±	84.84	48.59±	28.33	5.67± 2.00
镇痛组	100	118.11±	77.36	67.84±	31.84	6.10± 2.76

2.3 对分娩方式的影响 两组剖宫产者比较,差异无显著性($\chi^2=0.019, P>0.05$)。见表 3。

表 3 硬膜外阻滞对分娩方式的影响 例			
组别	n	自产	剖宫产
对照组	100	85	15
镇痛组	100	82	18

2.4 对产后出血的影响 镇痛组与对照组产后出血量分别为(243.36± 90.26)mL 和(231.28± 55.10)mL,差异无显著性(P>0.05)。

2.5 对新生儿的影响 新生儿窒息均为 5 例,差异无显著性(P>0.05)。

3 讨论

在分娩过程中,产痛是普遍存在的。应用硬膜外阻滞麻醉结果显示,它是产科的一种安全有效的方法。国内分娩镇痛常用的麻醉剂有一氧化二氮(即笑气)、芬太尼与布比卡因或罗哌卡因配伍,认为对宫缩、产程、剖宫产率、产后出血、新生儿 Apgar 无明显影响^[1]。国外报道用一氧化二氮行分娩镇痛可使产程延长,增加产妇发热率及阴道手术助产率^[2]。新一代麻醉药罗哌卡因的出现为分娩镇痛提供了新的前景,罗哌卡因具有良好的感觉-运动阻滞作用,毒副作用小,且浓度越低,运动与感觉阻滞分离作用越明显^[3]。芬太尼为阿片类药物,少量应用可减少罗哌卡因的用量,以达到最小的运动阻滞的目的,且不易通过胎盘,对胎儿和新生儿不会造成呼吸抑制及其他不良影响。

我们通过对 100 例分娩镇痛的观察,体会到连续硬膜外阻滞麻醉对分娩镇痛效果确实。两组的镇痛程度差异有显著性,镇痛满意率接近 100%,降低了手术产率,不增加产后出血量及新生儿窒息,安全性强。尤其对无产科合并症及并发症、因害怕产痛而高度紧张、强烈要求剖宫产的产妇非常适宜。同时,罗哌卡因具有良好的感觉-运动阻滞作用,不影响节,尽量避免血凝块的产生。一旦有产生血凝块的可能,尽可能滤出。但一些细小的凝块很难被发现,所以笔者认为临床输血时,应提倡以 45° 角斜挂血袋,防止血凝块堵塞输血器,使输血顺利进行。

参考文献

[1]孙先玲,郭艳珍,毕业,等.血浆置换过程中血流不畅原因处理[J].中国输血杂志,2006,19(6):483
[2]刘杰,贾冠军.实用临床输血学[M].哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,2001.266
[3]刘素勤,杜菊仙,刘朋来.采血过程中血流量与不良反应的关系[J].中国输血杂志,2003,16(3):200

(收稿日期: 2007-08-13)

产后恢复仪治疗产后乳胀的效果观察

申屠瑶芬 朱金萍 徐贤平
(浙江省桐庐县第一人民医院 桐庐 311500)

关键词: 产后恢复仪; 产后乳胀; 治疗

中图分类号: R 655.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0058-01

乳胀是产后常见症状,重度乳房胀痛给产妇带来巨大的痛苦,易致焦虑、烦躁等情绪,严重影响睡眠,降低母乳喂养率。临床上发生重度乳胀一般采用热敷、中药、吸奶器抽吸、按摩挤奶等方法,往往见效慢。2005 年 1 月~2006 年 12 月,本院在普通方法的基础上配合使用江苏福瑞技术公司的普林格尔 YS-I 产后恢复仪对产后重度乳胀患者进行治疗,取得较好效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2005 年 1 月~2006 年 12 月在我院产科分娩的重度乳胀产妇 87 例,其中剖宫产 36 例,阴道分娩 51 例。所有产妇均无严重合并症;年龄 20~35 岁;孕周 36~42 周;产后 2~5d,产妇感乳房胀痛,触之似前额,泌乳不畅。将以上产妇随机分为两组,观察组 44 例采用普通方法配合产后恢复仪治疗,对照组 43 例只用普通的方法,如热敷、中药、吸奶器抽吸等。

1.2 产后恢复仪治疗方法 (1)将耦合剂涂于 2 个乳房专用治疗片黑色的一面,然后将两个治疗片贴于双侧乳房,外加腹带固定好;(2)调节频率大小,逐渐增大剂量,脉冲强度以产妇感觉到有针刺感并能接受为宜,因个人感觉有差异,可灵活选用适当的脉冲强度,最大可到 120mW;(3)每次 25min,必要时 4h 后可重复 1 次。

1.3 观察项目 观察两组乳房硬块和胀痛消除时间,由专业护理人员认真观察记录。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

1.5 结果 观察组乳房硬块和胀痛消除时间明显短于对照组,差异有高度显著性($\chi^2=20.45, P<0.01$)。见表 1。

表 1 两组乳房硬块和胀痛消除时间比较 例

组别	n	乳房硬块消失胀痛消除时间		
		<6h	6~12h	>12h
观察组	44	30	13	1
对照组	43	9	28	6

2 讨论

2.1 产后乳胀的病因 产后乳胀约于产后 2~7d 出现,是由下肢的活动,产妇在有人陪伴下可自由行走。在整个产程中我们有专人观察产程,对产妇的血压、心率、呼吸、血氧饱和度等进行监护,确保母婴的安全,缓解产妇的紧张精神,保持充分的体力,使产程顺利进展,充分体现了人性化的服务。

发达国家的分娩镇痛率高达 35%~75%^[4],而剖宫产率为 10%~20%。我国分娩镇痛率<1%,许多产妇由于害怕分娩阵痛而选择剖宫产术,部分大、中型医院剖宫产率高达 50%。对产妇进行分娩镇痛,可以有效减轻或消除分娩疼痛,不仅能支持产妇的心理健康,还有利于增强信心,并提高分娩期母婴安全^[5]。严格掌握分娩镇痛适应证,严密的产程监护是增加自然分娩、减少剖宫产的有效途径,值得在临床上推广应用。

于产妇未及时给新生儿进行早吸吮及有效吸吮,或乳腺管不通新生儿吸不出,或乳头有凹陷吸不住等原因使乳房内血液、体液和乳汁聚集而形成不同程度的乳房硬结。重度乳胀乳房触之似前额^[1],发生后会给产妇带来巨大的痛苦。由于乳腺管不畅,乳房分泌的乳汁得不到及时排出,致使乳汁淤积成块出现胀痛,产妇因疼痛而惧怕哺乳,同时,严重乳胀使乳房变硬,乳头相应变短,致使新生儿吸乳困难,降低母乳喂养率。另外重度乳胀引起发热致使乳腺炎发生,产妇因疼痛产生焦虑、烦躁、恐惧等不良情绪,影响睡眠和休息,易丧失母乳喂养的信心。

2.2 产后恢复仪治疗产后乳胀的机理 一旦发生重度乳胀要及时采取有效措施,缓解乳胀。仅用普通的方法如热敷、中药、吸奶器抽吸等,虽有一定效果但往往见效慢,不能迅速解除乳胀的痛苦。产后恢复仪的治疗原理是:(1)通过低频脉冲刺激作用于双侧乳房使乳房内部产生机械震荡及旋转运动,对细胞内物质及微小的细胞结构起到轻微“按摩”作用,可增强细胞半透膜的弥散作用,提高细胞的代谢功能,增强细胞的活力,扩大淋巴管内径,促进淋巴回流。(2)耦合剂的热效应与治疗仪轻微“按摩”及模拟针灸样作用,可使乳房的结缔组织产生弛张性收缩运动,促进血液循环,改善气血运行,达到散瘀化结的效果^[2]。本观察结果显示,观察组在应用产后恢复仪后 6h 内乳房硬块和胀痛消除的产妇明显高于对照组,提示产后恢复仪能迅速疏通乳腺管,消除乳房胀痛和硬块,预防乳腺炎的发生。此种方法操作简便、安全、无创伤,省时、省力,减少了哺乳时的痛苦,使产妇乐于接受,增强母乳喂养的信心,提高母乳喂养率。治疗的同时,使护理人员和产妇增加了沟通机会,提高了产科服务质量,在产科病房中值得推广使用。

参考文献

[1]金璇,何仲.护理干预对产后乳房胀痛的影响[J].中华护理杂志,2001,36(12):916
[2]缪鸿石.电疗与光疗[M].上海:上海科学技术出版社,1990.50,62
(收稿日期:2007-09-11)

参考文献

[1]李宛铃.分娩镇痛术 200 例临床观察[J].实用妇产科杂志,2002,18(5):281
[2]龙健云,岳云.曲马多静脉 PCA 与腰麻—硬膜外联合麻醉后病人自控镇痛用于分娩镇痛的比较[J].中国麻醉学杂志,2003,23(2):91-94
[3]Yaakov Beilin, Thomas JA, Smith T, et al. Advances in Labor Analgesia Ropivacaine 0.075% and bupivacaine 0.075% with fentanyl 12mg/mL are equivalent for labor epidural analgesia [J]. Anesth Analg, 2002, 94(1): 179-183
[4]曲元,吴新民,赵国立,等.规模化分娩镇痛的可行性[J].中华麻醉学杂志,2003,23(4):268-271
[5]华嘉赠.妇女保健新编[M].上海:上海医科大学出版社,2001.77
(收稿日期:2007-08-06)