

两种镇痛方法应用于未禁食人工流产患者中的效果评价*

黄映红

(广东省东莞市万江医院妇产科 东莞 523000)

摘要:目的:比较在脑电双频谱指数监测下氧化亚氮复合舒芬太尼法及单纯氧化亚氮法应用于未禁食患者人工流产术中的临床疗效。方法:选取我院 2016 年 3~12 月收治的 36 例行人工流产患者,按随机分组原则分为治疗组和对照组各 18 例。治疗组在脑电双频谱指数监测下给予氧化亚氮复合舒芬太尼麻醉,对照组给予 50%氧化亚氮吸入麻醉。比较两组患者术前、给药后以及术后的 HR、SPO₂、SBP 和 DBP 以及镇痛效果。结果:治疗组患者给药后和手术后 SPO₂ 水平明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$;治疗组镇痛总有效为 94.44%,显著高于对照组的 83.33% ($P < 0.05$)。结论:脑电双频谱指数监测下氧化亚氮复合舒芬太尼麻醉相比单纯氧化亚氮麻醉应用于未禁食患者人工流产术,镇痛效果更佳,值得临床推广应用。

关键词:人工流产术;镇痛方法;未禁食

中图分类号:R719.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.023

临床上针对避孕失败后的重要补救措施为人工流产,目前应用较多的为无痛人流术。无痛人流的镇痛方法普遍采用全身麻醉,但全身麻醉术前必须严格禁食 6 h,禁水 4 h^[1]。临床上存在部分患者因术前未按要求禁食,导致手术不能及时进行,目前对未禁食人工流产主要采用在脑电双频谱指数监测下氧化亚氮复合舒芬太尼麻醉及单纯氧化亚氮麻醉两种方法,本研究旨在比较两种方法的临床疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 3~12 月收诊的患者 36 例,按随机分组原则分为治疗组和对照组各 18 例。治疗组年龄 18~34 岁,平均 (23.5±4.1) 岁;妊娠时间 7~11 周,平均 (8.2±0.7) 周;初产妇 12 例,经产妇 6 例。对照组年龄 18~35 岁,平均 (24.2±3.8) 岁;妊娠时间 7~10 周,平均 (8.5±0.6) 周;初产妇 14 例,经产妇 4 例。两组患者年龄、妊娠时间和产次等资料比较无显著性差异, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:经临床检查确诊为宫内早孕;术前常规检查无异常;排除手术禁忌症;均签署手术知情同意书;手术均在手术室内进行,均配有监护抢救设备。排除标准:人工流产术禁忌证;精神呼吸循环疾病史者;心肺肝肾等重要脏器功能障碍者。

1.3 治疗方法 两组患者术前均常规开放静脉通道,予雷莫司琼 0.3 mg 静注以预防恶心呕吐。

1.3.1 治疗组 在脑电双频谱指数监测下氧化亚氮复合舒芬太尼麻醉。具体方法:术前给予舒芬太尼 0.12 μg/kg 静注,若术中镇痛不满意追加 0.03 μg/kg,最大剂量不超过 10 μg;术前 2 min 在脑电双频谱指数监测 (BIS VISTA- 监测仪,美国) 及心电图监测下,予活瓣自动控制面罩吸入 50%氧化亚氮,

流量为 4~7 L/min,麻醉医生手持面罩,扣住患者口鼻,指导其先做 3~5 次深呼吸,术中反复吸入直至手术结束,术中保持 BIS 值在 80~100, BIS 指数降至 80 以下时,调节氧化亚氮的吸入量,呼唤患者姓名,使 BIS 值回到 80 以上。

1.3.2 对照组 给予 50%氧化亚氮吸入麻醉。术前 2 min,由患者自持活瓣自动控制面罩吸入 50%氧化亚氮,指导其先做 3~5 次深呼吸,术中反复吸入直至手术结束。

1.4 观察指标 (1)分别在手术前、给药后以及术后记录患者的心率 (HR)、脉搏血氧饱和度 (SPO₂)、收缩压 (SBP) 和舒张压 (DBP)。(2)记录两组患者的镇痛效果。显效:患者手术中表情安静自如,完全无痛;有效:患者手术中轻微扭动,无意识呻吟,醒后无不良记忆,自诉术中仅有下腹部胀痛;无效:患者手术中表情痛苦,呻吟烦躁,感觉疼痛^[2]。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 17.0 软件分析数据。计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以 ($\bar{x} \pm s$) 表示。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 HR、SPO₂、SBP 和 DBP 变化情况比较 两组患者各时点 HR、SBP 和 DBP 水平比较差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗组患者给药后和手术后 SPO₂ 水平明显高于对照组, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者 HR、SPO₂、SBP 和 DBP 变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	HR (次/min)	SPO ₂ (%)	SBP (mm Hg)	DBP (mm Hg)	
治疗组	18	手术前	85.6±6.8	99.7±7.9	112.8±12.6	84.4±8.8
		给药后	80.5±8.0	96.3±6.1	108.9±14.3	83.3±6.7
		手术后	81.6±8.8	97.4±6.6	110.8±10.6	85.0±7.3
对照组	18	手术前	86.8±7.6	99.8±8.1	113.6±11.4	85.6±7.9
		给药后	82.6±8.1	93.4±4.2	109.9±12.6	83.4±9.0
		手术后	82.3±7.0	94.1±4.3	110.3±14.3	84.3±7.2

* 基金项目:2016 年广东省东莞市卫生和计划生育局一般科技项目 (编号:201610515000957)

2.2 两组患者镇痛效果比较 治疗组镇痛总有效率显著高于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者镇痛效果比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	18	12(66.67)	5(27.77)	1(5.56)	17(94.44)
对照组	18	7(38.89)	8(44.44)	3(16.67)	15(83.33)

3 讨论

氧化亚氮为无色、有甜味的惰性无机气体, 是毒性最小的吸入性镇痛或麻醉药, 对呼吸道和心、肺、肝、肾等重要脏器均无明显刺激性, 可使患者处于清醒镇静状态^[1]。舒芬太尼是芬太尼的衍生物, 镇痛作用时间为芬太尼两倍, 镇痛强度约为芬太尼的 5~10 倍^[4]。氧化亚氮联合舒芬太尼使用, 弥补了清醒状态下氧化亚氮镇痛作用不全的缺点, 保证了术中的镇痛效果, 但在双重作用下少数患者会发生返流误吸

的情况。脑电双频谱指数监测以原始脑电波型为基础, 包括频率、位相、振幅 3 种特性, 正确反映大脑皮层的活动状态。将脑电双频谱指数监测应用于人工流产术中, 可根据患者脑电双频谱指数调节氧化亚氮的吸入量, 使患者术中处于清醒镇静状态, 避免返流误吸^[5]。本研究结果显示在未禁食人工流产手术中, 脑电双频谱指数监测下氧化亚氮复合舒芬太尼麻醉方法临床疗效优于单纯氧化亚氮麻醉方法, 镇痛效果显著, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 庄心良, 曾因明, 陈佰奎. 现代麻醉学[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 524

[2] 洪润玲. 无痛人流术常用麻醉方法和药物选择[J]. 中国医药指南, 2010, 8(19): 98-99

[3] 耿桂启, 许民辉, 黄绍强, 等. 异丙酚注射痛预测人工流产后疼痛程度的准确性[J]. 中华麻醉学杂志, 2010, 30(1): 33-35

[4] 潘建琴. 芬太尼联合丙泊酚用于无痛人流术麻醉的临床观察[J]. 中华全科医学, 2015, 13(1): 45-47

[5] 徐明, 张芝芳, 张碗芬. 人工流产期间脑电双频谱指数和血流动力学变化相关性研究[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(16): 1794-1795

(收稿日期: 2017-03-17)

剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式选择的研究

张映平

(广东省兴宁市人民医院 兴宁 514500)

摘要:目的: 探讨剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠的最佳分娩方式。方法: 回顾性分析 385 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠产妇临床资料, 依据分娩结局分为阴道分娩 69 例、急诊剖宫产 135 例及择期剖宫产 181 例。比较三组产时出血量、产程、子宫破裂率、产后感染率及新生儿 Apgar 评分。结果: 385 例产妇中, 选择阴道试产者共 91 例, 阴道试产成功者共 69 例; 选择剖宫产者 294 例, 实际剖宫产共 316 例, 其中急诊剖宫产 135 例, 择期剖宫产 181 例。阴道试产产时出血量、产程及产后感染率显著低于急诊剖宫产及择期剖宫产 ($P < 0.05$); 择期剖宫产产时出血量、产程显著低于急诊剖宫产 ($P < 0.05$); 三组子宫破裂率及新生儿 Apgar 评分比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。结论: 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠选择阴道试产, 出血量少、产程短、产后感染率低, 在严格掌握阴道分娩指征的前提下, 应当鼓励阴道试产。

关键词: 瘢痕子宫; 妊娠; 剖宫产; 阴道分娩

中图分类号: R714

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.024

剖宫产是保证高危妊娠产妇及新生儿生命安全的重要手段, 也是导致瘢痕子宫形成的最主要因素^[1]。近年来, 由于剖宫产技术不断普及, 我国剖宫产率逐年上升, 普遍高于 40%, 部分地区甚至高达 50%, 大大超过世界卫生组织 (WHO) 建议的 15%~20% 剖宫产警戒线^[2]。随着我国二胎政策的开放, 越来越多的剖宫产经产妇再次受孕, 随之而来的剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩问题也日益受到关注^[3]。由于剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠存在子宫破裂风险, 严重威胁母婴安全^[4]。因此, 剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择显得尤为重要。本研究回顾性分析了本院产科 385 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠产妇临床资料, 探讨瘢痕子宫再次妊娠的最佳分娩方式。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2013 年 5 月~2016 年 5 月我院妇产科收治的 385 例剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠者临床资料。其中阴道分娩 69 例, 年龄 24~37 岁, 平均年龄 (27.6± 5.2) 岁; 孕周 37~41 周, 平均孕周 (38.5± 1.7) 周; 距上次分娩时间 21 个月~6 年, 平均 (3.4± 2.2) 年。急诊剖宫产 135 例, 年龄 25~36 岁, 平均年龄 (28.2± 4.1) 岁; 孕周 37~41 周, 平均孕周 (38.2± 1.6) 周; 距上次分娩时间 17 个月~7 年, 平均 (3.6± 2.5) 年。择期剖宫产 181 例, 年龄 23~38 岁, 平均年龄 (28.5± 4.3) 岁; 孕周 37~41 周, 平均孕周 (38.5± 1.1) 周; 距上次分娩时间 18 个月~8 年, 平均 (3.3± 2.4) 年。三组一般资料比较无统计学意义, $P > 0.05$, 具有可比性。