

罗哌卡因用于分娩镇痛对产程和分娩方式的影响

吴海丽

湖南省江华县瑶族自治县妇幼保健计划生育服务中心妇产科 湖南永州 425500

【摘要】目的 探讨罗哌卡因用于分娩镇痛对产程及分娩方式的影响。**方法** 将本院妇产科收治的 86 例产妇计算机随机分成 A 组和 B 组（属于 2015 年 2 月 1 日至 2017 年 1 月 31 日），43 例/组。A 组—分娩时应用罗哌卡因，B 组—分娩时采用罗哌卡因和舒芬太尼。比较两组的产程、分娩方式、不良反应以及新生儿 Apgar 评分。**结果** A 组产妇第一产程（ 463.26 ± 121.51 分钟）、第二产程（ 42.26 ± 21.10 分钟）、总产程（ 506.34 ± 120.25 分钟）均短于 B 组，顺产率（90.70%）、新生儿 Apgar 评分（ 8.16 ± 0.53 分）高于 B 组，不良反应发生率（4.65%）较 B 组更低（ $p < 0.05$ ）。**结论** 在分娩镇痛中应用罗哌卡因可缩短产程，提高顺产率。

【关键词】 罗哌卡因；分娩镇痛；产程；分娩方式

【中图分类号】 R714.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2017) 05-006-02

分娩是女性正常的生理过程，会产生剧烈的疼痛感，为了减轻疼痛，大部分孕妇会选择分娩时应用镇痛剂，即采取麻醉措施，多数研究表示^[1]，罗哌卡因在分娩镇痛中的应用效果十分理想，既不会对神经阻滞状态造成影响^[2]，也不会影响母婴安全。本文为了进一步探讨罗哌卡因用于分娩镇痛对产程及分娩方式的影响，将我院妇产科收治的 86 例产妇作为对象展开研究，结果见下文：

1 资料和方法

1.1 资料

本次研究对象是我院妇产科在 2015 年 2 月 1 日至 2017 年 1 月 31 日期间收治的 86 例产妇，均为单胎妊娠，临床资料完整，将患有重要脏器功能障碍和妊娠疾病的产妇排除。将 84 例产妇按照计算机随机分组法分成 A 组和 B 组。A 组（ $n=43$ ）—年龄范围（21—38）岁，平均年龄（ 30.26 ± 4.15 ）岁；孕周（37—42）周，平均孕周（ 39.26 ± 1.20 ）周；包括 21 例初产妇和 22 例经产妇。B 组（ $n=43$ ）—年龄范围（23—37）岁，平均年龄（ 30.15 ± 4.26 ）岁；孕周（38—42）周，平均孕周（ 39.10 ± 1.25 ）周；包括 20 例初产妇和 23 例经产妇。A 组和 B 组产妇的基线资料对比差别不明显（ $p > 0.05$ ）。

1.2 方法

两组在产妇宫口开到三厘米时于 L_{2-3} 间隙实施硬膜外穿刺，置管进行抽吸，观察到无血液和脑脊液回抽后，给予 5mL

浓度为 1% 的利多卡因，达到镇痛标准后，连接自控镇痛泵。

A 组泵入浓度为 0.125% 的罗哌卡因和 100mL 生理盐水的混合溶液。B 组泵入溶液的组成成分是 100mL 生理盐水、浓度为 0.05% 的舒芬太尼以及浓度为 1% 的罗哌卡因。两组均持续给药十分钟，当产妇宫口开到四厘米至五厘米左右时，将产床抬高十五度至三十度，当宫口开到九厘米至十厘米左右时，关闭镇痛泵，停止给药，待拔出胎头时再给药。

1.3 观察指标

记录两组产妇各产程用时、分娩方式以及不良反应发生情况，采用 Apgar 评分法^[3]对新生儿的呼吸状况进行评估，总分为十分，分数越高表示呼吸状态越佳。

1.4 统计学处理

将各产程用时、新生儿 Apgar 评分 [用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，t 检验] 和分娩方式、不良反应发生率（用 % 表示，卡方检验）投入 SPSS18.0 版软件中进行处理。 $P < 0.05$ 表示对比数据存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇各产程用时

A 组产妇第一、第二产程以及总产程用时均短于 B 组， p 值小于 0.05，两组第三产程用时无显著差别， p 值小于 0.05。详细数据见表 1：

表 1. 对比 2 组产妇各产程花费时间（ $\bar{x} \pm s$ ，分钟）

组别	例数（n）	产程一	产程二	产程三	总产程
A 组	43	463.26 ± 121.51	42.26 ± 21.10	8.14 ± 2.16	506.34 ± 120.25
B 组	43	564.59 ± 143.36	69.36 ± 29.78	8.31 ± 2.53	643.26 ± 134.56

注：除第三产程外，其他数据组间对比（ $p < 0.05$ ）。

2.2 两组分娩方式

A 组顺产率与 B 组相比明显更高， p 值小于 0.05。具体分娩方式见表 2：

表 2. 对比 2 组分娩方式（n，%）

组别	例数	剖宫产	钳产	顺产
A 组	43	1 (2.33)	3 (6.98)	39 (90.70)
B 组	43	8 (18.60)	11 (25.58)	24 (55.81)

注：数据组间对比（ $p < 0.05$ ）。

2.3 两组不良反应对比

组间对比不良反应发现，A 组不良反应发生率低于 B 组， p 值小于 0.05。详情见表 3：

表 3. 对比 2 组产妇不良反应发生状况（n，%）

组别	例数	皮肤瘙痒	恶心呕吐	产程停滞	总计
A 组	43	1	1	0	4.65
B 组	43	3	2	2	16.28

注：数据组间对比（ $p < 0.05$ ）。

2.4 两组新生儿 Apgar 评分

A 组新生儿 Apgar 评分为（ 8.16 ± 0.53 ）分，B 组为（ 6.30 ± 0.64 ）分。A 组新生儿 Apgar 评分较 B 组更高， p 值小于 0.05。

3 讨论

临床数据统计发现，近年剖宫产率不断升高，若无自然分娩禁忌，一般不建议产妇选择剖宫产，主要在于剖宫产术后不容易恢复且会影响乳汁分泌，还会产生较大疤痕，不利于新生儿的生长发育。大部分产妇，尤其是初产妇，因对分娩充满担心和恐惧的情绪，容易导致内分泌紊乱^[4]，造成宫缩乏力，影响分娩顺利程度。为了减轻分娩过程中的疼痛程度，现在比较流行无痛分娩。

罗哌卡因是临床常用的镇痛药物，其属于长效酰胺类麻醉药物，作用原理是通过抑制神经细胞钠离子通道进行抑制，达到阻断神经传导和兴奋的作用^[5]，药物浓度不会影响运动神经阻滞程度，若采用浓度为 0.1% 的罗哌卡因，只能阻滞感觉神经，对运动神经无作用^[6]，而应用 0.125% 的罗哌卡因，

（下转第 9 页）

观察组患者的敷料持续时间、敷料更换次数和治疗费用均明显优于对照组,见表 2。

2.3 并发症发生率比较

观察组患者并发症发生率明显低于对照组,见表 3。

表 3. 两组患者并发症发生率比较 (n, %)

组别	N	皮肤坏死	骨髓炎	合计
观察组	45	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22)
对照组	45	5 (11.11)	3 (6.66)	8 (17.78)
χ^2		6.664	7.254	14.222
P		0.010	0.007	0.000

3 讨论

骨外科创伤患者通常会出现创面损伤,尤其是开放性骨折患者,其皮肤和黏膜多发生破裂损伤,且骨折部位组织直接与空气接触^[4],易出现感染,影响创面的愈合。VSD 技术一种新型创面覆盖技术,其采用特殊的高分子材料对创面覆盖,对创面渗出液和坏死组织进行持续性负压吸引,从而有效的控制创面感染。

VSD 技术在骨外科创伤治疗中具有如下优势:① VSD 的辅料为一种具有高塑形的医用泡沫状材料,其塑形效果与患者手术创口形状相匹配,从而可发挥全方位引流的目的,同时通过连接负压装置,增加了引流的彻底性^[5],保证引流区域内的脓液、细菌和脱落坏死的组织可以被彻底的排出体外,保持创面的干净;②持续性的引流有利于降低分子间的间隙压力,缩短扩散距离,从而有利于水肿的快速消除,加快腔

隙的闭合和手术创面的愈合;③ VSD 在负压状态下可有效扩大患者血管的直径,增加患者的血流量和血流速度,有利于毛细吸管的生成,同时可降低创面区域免疫蛋白的活性,增加纤维连接蛋白的含量,从而促进细菌和坏死组织的清除,加快创面修复细胞增殖,从而达到减少创面面积和植皮面积的目的;④ VSD 辅料可将封口完全闭合,保持窗口与外界的隔离,避免创口出现再次感染的可能,同时透明的材质有利于观察创面的愈合情况。本次研究发现,观察组患者的治疗效果、并发症发生率等指标均明显优于对照组 ($P < 0.05$),说明封闭式负压引流技术可有效提高骨外科创伤患者的治疗效果,对于改善患者的预后、降低并发症发生率具有积极作用,是临床上骨外科创伤治疗的理想治疗方式,值得推广应用。

【参考文献】

- [1] 高顺红,冯仕明,焦成,等.封闭式负压引流治疗骨外露探讨[J].中国综合临床,2012,27(11):1190-1191.
- [2] 刘丰.封闭式负压引流技术在骨外科创伤治疗中的应用[J].中国医学前沿杂志,2014,6(10):59-61.
- [3] 首家保,王彤华,梁国荣,等.一次性负压封闭引流技术用于烧伤残余创面的效果观察[J].现代中西医结合杂志,2011,20(19):2384-2385.
- [4] 李楠,万春友,崔猛,等.改良封闭式负压引流技术在骨科创面治疗中的应用[J].中国修复重建外科杂志,2012,26(1):125-126.
- [5] 张乐.病灶清除配合持续负压封闭式引流治疗胫骨慢性骨髓炎临床疗效探析[J].中国社区医师,2015,31(10):52-53.

(上接第 6 页)

可同时阻滞两种神经。

以往产科对无痛分娩认知程度不深,随着医疗水平的提升和妇产科医师专业知识的扩展,逐渐将无痛分娩方式引入临床。罗哌卡因的脂溶性比比卡因小,但比利多卡因大,与蛋白的结合率高达百分之九十四,其麻醉强度与普鲁卡因相比是其八倍之高,且作用时间较长。实际应用罗哌卡因时,要对产妇产硬膜外组织的适应状况进行严格控制,疼痛剧烈且宫缩强烈的产妇,要仔细检查其是否适应硬膜外麻醉。有研究表示,罗哌卡因应用在分娩镇痛中不会影响新生儿的呼吸状况,可见其安全性较高。

本文结果部分显示,A 组产妇的第一、第二以及总产程用时均比 B 组短, p 值小于 0.05,可见罗哌卡因能够缩短产程;A 组顺产率较 B 组更高, p 值小于 0.05,说明罗哌卡因有利于顺利分娩;A 组产妇不良反应发生率低于 B 组,新生儿 Apgar 评分较 B 组更高, p 值小于 0.05,可见罗哌卡因安全性较高,

不会对新生儿呼吸状况造成影响。

综上所述,罗哌卡因应用在分娩镇痛中可缩短产程,提高顺产率,安全性较高,值得应用。

【参考文献】

- [1] 渠建宇.分娩镇痛应用低浓度罗哌卡因复合芬太尼的临床疗效[J].中国卫生标准管理,2014,5(1):47-49.
- [2] 邢月红.罗哌卡因可行硬膜外分娩镇痛的临床应用价值探讨[J].中国医药指南,2016,14(12):131-131.
- [3] 王小华.罗哌卡因复合舒芬太尼腰-硬联合阻滞在分娩镇痛中的应用[J].实用药物与临床,2014,17(5):643-645.
- [4] 吴艳普.罗哌卡因在产科分娩镇痛中的效果分析[J].当代医学,2014,20(25):91-92.
- [5] 李春霞.罗哌卡因自控硬膜外阻滞在分娩镇痛中的效果及母儿影响分析[J].海南医学院学报,2013,19(6):845-847.
- [6] 张萍.罗哌卡因应用于分娩镇痛的临床分析[J].当代医学,2016,22(16):140-141.

(上接第 7 页)

技术与多种技术联合能够获得较多有利的参数信息^[8],可清晰显示病变情况和对病变部位进行定性处理,此外,核磁共振技术可获得生化和病理信息,显示关节囊积液的存在情况。

本次为了对比 CT 检查和核磁共振检查技术在股骨头坏死诊断中的应用价值,将 60 例股骨头坏死患者作为研究对象,依次接受 CT 检查和核磁共振检查。结果发现,核磁共振检查的疾病检出率、疾病分期诊断准确率以及关节囊积液检出率更高, p 值小于 0.05。

综上所述可知,诊断股骨头坏死时应用核磁共振技术可获得较高的准确率,CT 检查在临床中虽应用范围较广,但在股骨头坏死诊断中的准确性不如核磁共振。

【参考文献】

- [1] 王丽斌.CT 与核磁共振对股骨头坏死诊断的临床分析[J].今日健康,2015,14(12):439-439.

- [2] 高艳辉.CT 与核磁共振对股骨头坏死患者的诊断价值探析[J].中国卫生产业,2015,12(28):120-121.

- [3] 潘仕文,龚建平.CT 检查与核磁共振检查诊断股骨头坏死的临床对照研究[J].中国医疗设备,2016,31(S01):287-287.

- [4] 何正平.CT 与核磁共振对股骨头坏死患者的诊断学价值分析[J].转化医学电子杂志,2016,3(6):52-52.

- [5] 田盛东.股骨头坏死患者 CT 与核磁共振诊断价值对比分析[J].中国卫生标准管理,2016,7(16):159-160.

- [6] 钟贻洪.CT 与核磁共振诊断股骨头坏死的临床价值对比分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(21):4099-4100.

- [7] 孙健.CT 与核磁共振诊断股骨头坏死患者临床效果对比分析[J].中国现代药物应用,2016,10(2):47-48.

- [8] 李红蕊.股骨头坏死患者应用 CT 与核磁共振诊断的效果对比[J].现代医学影像学,2016,25(5):937-938.