

应用低剂量舒芬太尼行分娩镇痛的效果观察

蹇小勇

安乡县中医医院 湖南安乡 415600

[摘要] 目的 探究低剂量舒芬太尼行分娩镇痛临床效果。方法 随机选取我院 2016 年 8 月至 2017 年 8 月收治的 141 例产妇作为本次临床研究资料,所有产妇均采用舒芬太尼行分娩镇痛,根据不同的用药剂量将患者分为三组,其中观察组用药量为 5 μ g,另设两个对照组,对照组 I 用药剂量为 3 μ g、对照组 II 用药剂量为 7 μ g,对比三组产妇镇痛效果。结果 三组产妇镇痛效果比较中,使用 3 μ g 舒芬太尼的对照 I 组,分娩镇痛起效时间最长、持续时间最短,而使用 7 μ g 舒芬太尼的对照 II 组 VAS 评分最低。结论 高低剂量舒芬太尼均具有缓解分娩镇痛的作用,而过高剂量舒芬太尼起效时间长、持续时间短,而高剂量舒芬太尼 VAS 评分低,易引发不良反应,因此在应用舒芬太尼度产妇行分娩镇痛时,要合理选择药剂量。

[关键词] 低剂量;舒芬太尼;分娩镇痛;效果观察

[中图分类号] R614

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 04-153-02

分娩是胎儿脱离母体成为单独个体的必经过程,而对于产妇而言,分娩过程中由于胎儿压迫产道,因此会产生剧烈疼痛,很多患者会在剧烈的宫缩疼痛下,出现血压升高、心肌耗氧增加等生理特征变化,从而对产程及产后造成不良影响,因此帮助产妇缓解疼痛十分必要。而应用舒芬太尼对产妇行腰-硬膜联合麻醉由于具有阻滞完善、操作简便等优点,现下已经被广泛应用于产科行分娩镇痛中,但是舒芬太尼用药剂量不同,产生的镇痛效果也存在较大的差异,为保障产妇产程安全,我院对不同剂量舒芬太尼行分娩镇痛进行了一次临床资料对比调查,现研究报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取我院产科 2016 年 8 月至 2017 年 8 月收治的 141 例产妇作为临床调查研究资料,所有产妇孕周在 39 周~41 周,产妇年龄区间为 23 岁~37 岁,平均年龄为 27 $\pm$ 1.3 岁,均采用舒芬太尼行分娩镇痛,根据不同的用药剂量将患者分为三组,其中观察组产妇 47 例,用药量为 5 μ g,另设两个对照组,对照组 I 产妇 47 例,用药剂量为 3 μ g、对照组 II 产妇 47 例,用药剂量为 7 μ g,对比三组产妇镇痛效果。所有产妇均签署知情同意书,参与本次临床调查的产妇基本资料有可比性, $P > 0.05$,无统计学意义。

1.2 方法

本次临床调查研究中,参与调查的 141 例产妇,宫开口达到 3~4cm 时,将产妇送至产室,然后让产妇取作侧位,应用舒芬太尼行腰-硬膜联合麻醉,先在 L₃₋₄ 间隙处进行硬外膜穿刺,成功后退出针芯,导入腰针^[1]。在麻醉过程中,将患者分为三组,应用不同药剂量舒芬太尼行分娩镇痛,其中 47 例观察组产妇用药量为 5 μ g,47 例对照组 I 产妇用药剂量为 3 μ g、47 例对照组 II 产妇用药剂量为 7 μ g。退出腰针后,在产妇的硬外膜腔置入硬膜外导管,观察产妇镇痛起效后,若是患者的镇痛评分在 3 分以上,在可以启用 20 μ g 舒芬太尼与浓度为 0.1% 的盐罗哌卡因混合的自控镇痛泵,自控镇痛泵的负荷量为 2ml,按照每小时 2~4ml 的泵入量为产妇持续泵入,在产妇宫口全开后停止用药,整个分娩镇痛过程中,要密切的观察产妇的心率、血压及胎心率等生命体征变化,若是发现异常要做好应对措施。

1.3 临床观察指标

本次临床研究中主要观察指标为:镇痛起效时间、首剂持续时间、VAS 评分(镇痛前、镇痛后 30min、镇痛后 60min)。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件分析数据,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示,组间比较采用 t 检验。计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1: 三组产妇镇痛效果比较

组别	例数(n)	镇痛起效时间(min)	首剂持续时间(min)	VAS 评分		
				镇痛前	镇痛后 30min	镇痛后 60min
对照 I 组	47	6.65 $\pm$ 1.30	78.24 $\pm$ 23.95	8.85 $\pm$ 0.31	6.02 $\pm$ 1.42	5.81 $\pm$ 0.25
观察组	47	3.46 $\pm$ 1.22	112.62 $\pm$ 36.85	8.86 $\pm$ 0.32	5.67 $\pm$ 1.28	5.32 $\pm$ 0.30
对照 II 组	47	3.28 $\pm$ 1.27	115.03 $\pm$ 34.20	8.72 $\pm$ 0.28	4.75 $\pm$ 1.38	4.50 $\pm$ 0.37
t 值				1.2514		
P 值				0.01		

3 讨论

产妇分娩全程可以分为三个时期,既宫口扩张期、胎儿分娩期、胎盘分娩期,其中宫口扩张期及胎儿分娩期,产妇会感到剧烈的疼痛,这种疼痛主要来源于子宫收缩、宫颈扩张和胎儿抬头压迫产道,在临床医学中的疼痛十级划分中,分娩镇痛是为最强烈的一种疼痛,这种疼痛冲动,会通过脊神经传导至大脑^[2]。而对于产妇而言,持续性的疼痛,会使产妇产生不良情绪,出现血压升高、心肌耗氧增加等生理特征变化,并且会导致血管痉挛、宫缩不良,从而引发胎盘供血不足,造成胎儿宫内窘迫,对产程及产后造成不良影响,严重威胁母婴生命健康,因此帮助产妇缓解疼痛十分必要。

现下临床中常采用舒芬太尼对产妇行腰-硬膜联合麻醉,由于舒芬太尼作用于 μ 阿片受体,虽然是芬太尼的衍生物,

但亲脂性约为芬太尼的两倍,更容易通过机体脑血屏障,与血浆蛋白相结合,同时分布溶剂较小,虽然相比较芬太尼此种药物半衰期较短,但是并不影响舒芬太尼的镇痛效果,有数据调查显示,舒芬太尼硬外膜给药镇痛效果是传统芬太尼药物的 46 倍左右,镇痛效果更强^[3]。同时舒芬太尼还可以作用于边缘系统,影响情绪控制区域的 μ 阿片受体,对于产妇而言,应用舒芬太尼行分娩镇痛,可以更好的消除紧张情绪,减缓心理应激产生的诸多不良反应,从而降低产妇及胎儿内环境紊乱风险,因此现下临床将舒芬太尼广泛应用于产妇分娩镇痛中,从而提升分娩安全系数。而近些年有文献报道指出,舒芬太尼用药剂量不同,产生的镇痛效果也存在较大的差异,为更好保障产妇产程安全,我院对不同剂量舒芬太尼行分娩

(下转第 155 页)

组患者满意度高于 I 组 ($P < 0.05$)。它表明,在骨科手术中,病人综合手术室的护理管理能有效减少医院感染,提高病人的舒适度,减少病人因院内感染引起的疼痛,减轻经济压力。此外,有研究^[2]认为呼吸道是术后感染最严重的部位。这与本研究的结果一致。本研究中呼吸道感染的成分比例为 34.8%,高于其他部位,说明骨科手术患者,要加强对呼吸道感染的预防管理。

骨科手术病人的综合护理管理必须从以下四个方面入手:

1. 手术前对病人进行访视和评估,在手术前查阅病人的病历资料和相关检查结果,以充分了解病人的基本情况。2. 加强外科人员的培训,提高医护人员的无菌意识,提高操作技能。3. 限制对研究人员的外科访视次数,并与手术台保持足够的距离以避免医院感染。4. 手术后,定期检查患者的手术切口,

并及时更换敷料。发现感染得到及时治疗。

综上所述,在进行骨科手术的过程中,对于患者进行全面的护理手术室的护理管理能够非常有效的减少医院感染的出现,并且降低患者自身的住院时间和患者在经济上出现的负担,使得患者对于医护人的满意度得到有效的提升,这是值得进行广泛推广的。

[参考文献]

- [1] 许晓秋,张栋.骨科手术部位感染率及危险的回顾性调查[J].中国感染控制杂志,2010,9(2):109-111.
- [2] 解金凤.手术室护理管理对骨科手术医院感染的干预效果分析[J].河北医学,2015,21(7):1215-1217.
- [3] 朱幼枝,张明通.手术室护理管理对骨科手术院内感染的影响[J].医学理论与实践,2015,28(12):1654-1655.

(上接第 151 页)

室指标及临床表现为观察体系的胰腺炎诊断标准。

综上所述,可以根据螺旋 CT 影像学资料判断急性胰腺炎发病情况。还可根据附近组织患病情况对患胰腺炎严重程度的展开系统评估。有助于在后期选取合适的治疗手段,此举能够保证急性胰腺炎患者发病后得到及时有效治疗。使用螺旋 CT 作为诊断胰腺炎的手段应被各大医院采用。

[参考文献]

- [1] 王宗会,彭如臣.单发局灶球形肺炎的 CT 表现特征及鉴别诊断价值[J].中国全科医学,2016,19(18):2227-2231.

- [2] 徐天鹏,郝宏毅.球形肺炎的 CT 特征分析[J].宁夏医学杂志,2015,37(8):724-725.

- [3] 方学文.7 例球形肺炎的影像诊断分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2016,30(3):246-247.

- [4] 叶本功.73 例急性胰腺炎的螺旋 CT 诊断分析[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2016,14(4):101-103.

- [5] 王文双,高淑媛,吴丽莉,等.64 层螺旋 CT 在急性胰腺炎诊断中的临床应用[J].中国煤炭工业医学杂志,2017,20(2):165-168.

- [6] 石建军.胰腺炎 64 排螺旋 CT 诊断价值分析[C]//2016 中国组织化学与细胞化学杂志临床研究研讨会论文集(二).2016.

(上接第 152 页)

对比单用硬膜外麻醉与硬膜外麻醉复合瑞芬太尼,发现,针对患者的心率、舒张压、收缩压等指标,应用硬膜外麻醉复合瑞芬太尼的效果,稳定性明显更好,对于不良反应而言,联合麻醉的不良反应发生率更低,因此,在腹腔镜妇科手术中,硬膜外麻醉复合瑞芬太尼值得优先选用^[5]。

综上所述,硬膜外麻醉复合瑞芬太尼在腹腔镜妇科手术中的应用效果显著,降低了不良反应发生率,硬膜外麻醉复合瑞芬太尼值得在腹腔镜妇科手术中应用。

[参考文献]

- [1] 袁书利.单纯全麻与全麻复合硬膜外麻醉在妇科腹腔镜手术中的应用[J].医学信息,2016,29(4):314-314.

- [2] 李鸿志.丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉应用于腹腔镜卵巢囊肿切除术患者的临床观察[J].中国疗养医学,2016,25(3):316-318.

- [3] 赵连江.七氟醚或丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉应用于腹腔镜胆囊切除术的临床观察[J].中国卫生标准管理,2015,6(33):163-164.

- [4] 王朵,徐娜,沈丽娟,等.腰-硬联合麻醉复合瑞芬太尼在妇科腹腔镜手术中的应用[J].临床医药文献杂志:电子版,2016,3(29):5725-5726.

- [5] 张俊霞,乌云格日勒.瑞芬太尼全身麻醉联合硬膜外麻醉在肥胖患者行腹腔镜子宫全切术中的应用[J].临床合理用药杂志,2016,9(11):63-65.

表 2: 两组不良反应发生情况 (n, %)

项目	例数	胸部不适	心慌	呼吸困难	发生率
观察组	30	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.67)
对照组	30	3 (10.00)	3 (10.00)	2 (6.67)	8 (26.67)
χ^2 值					5.2136
P 值					< 0.05

(上接第 153 页)

镇痛进行了一次临床资料对比调查。本次临床调查研究中,我院分别对产妇使用了 3 μ g、5 μ g、7 μ g 三种剂量的舒芬太尼,并记录不同药剂量下,产妇的镇痛起效时间、首剂持续时间,同时采用 VAS,即视觉模拟疼痛评分法,对产妇的镇痛效果进行评分。通过调查发现,使用 3 μ g 舒芬太尼的对照 I 组,镇痛起效时间为 6.65 $\pm$ 1.30min、首剂持续时间 78.24 $\pm$ 23.95min,明显低于观察组和对照 II 组。而三组产妇镇痛前,VAS 评分并无明显差异,但是镇痛 30、min、60min 后,使用 7 μ g 舒芬太尼的对照 II 组 VAS 评分分别为 4.75 $\pm$ 1.38、4.50 $\pm$ 0.37,明显低于观察组和对照 I 组,这样的调查结果表明,过低剂量舒芬太尼起不到预期镇痛效果,而高剂量舒芬太尼镇痛评分差,易引发不良反应,在使用舒芬太尼对产妇行分娩镇痛时,合理选择药剂量十分重要。

综上所述,产妇产后过程中会产生剧烈的疼痛,这种疼

痛会使产妇生理特征变化发生变化,对产程及产后造成不良影响,严重威胁母婴生命健康。而采用舒芬太尼对产妇行腰-硬膜联合麻醉可以帮助产妇缓解疼痛,不同药剂量舒芬太尼镇痛效果各有不同,其中过低剂量舒芬太尼起效时间长、持续时间短,而高剂量舒芬太尼 VAS 评分低,易引发不良反应,因此应用舒芬太尼度产妇行分娩镇痛时,要合理选择芬太尼药剂量。

[参考文献]

- [1] 杜胜冰.不同剂量舒芬太尼对产妇产中镇痛作用评价[J].抗感染药学,2017,14(02):375-377.

- [2] 叶小林.应用低剂量舒芬太尼行分娩镇痛的效果观察[J].实用临床医药杂志,2014,18(05):122-124.

- [3] 耿志宇,吴新民,吴敏,公茂伟,钱文明,王彦.低剂量罗哌卡因舒芬太尼自控硬膜外分娩镇痛不同设置的效果[J].中国新药杂志,2008(12):103-106.