

• 基层医生园地 •

硬膜外阻滞全程无痛分娩联合导乐陪伴对初产妇母婴结局的影响

福建中医药大学附属南平市人民医院麻醉科（南平 353000） 龙建平

分娩时由于子宫强烈收缩会出现分娩疼痛，导致产妇产生紧张、恐惧等情绪，可能妨碍正常分娩进程，对母婴结局造成不利影响。助产领域尝试寻找更加安全有效的分娩方式，旨在改善产妇分娩体验的同时还能保障母婴安全。目前硬膜外阻滞无痛分娩通过将麻药注入硬膜外腔达到分娩镇痛的效果，已在临床上取得良好效果^[1]。而导乐陪伴作为一种分娩服务模式，在分娩过程中对产妇的生理心理需求给予更多关注^[2]。对此，笔者将硬膜外阻滞全程无痛分娩联合导乐陪伴应用于 80 例初产妇，探讨其对母婴结局的影响。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料：选择 2020 年 5 月至 2021 年 5 月我院收治的 80 例初产妇，随机分为观察组（ $n=40$ ）和对照组（ $n=40$ ）。纳入标准：1）初产妇；2）孕周 37~41 周；3）单胎妊娠。排除标准：1）对麻醉药物过敏者；2）合并有妊娠并发症者；3）合并有妊娠并发症者；凝血功能障碍者。其中对照组年龄 20~36（ 26.75 ± 4.76 ）岁；孕周 36~40（ 38.50 ± 1.08 ）周；学历，高中 12 例，大专 9 例，本科及以上 19 例。观察组年龄 21~35（ 28.08 ± 4.24 ）岁；孕周 36~41（ 38.63 ± 1.08 ）周；学历，高中 10 例，大专 12 例，本科及以上 18 例。两组初产妇一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。两组产妇均自愿签署知情同意书，配合完成各项指标检测。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 方法：对照组给予单纯硬膜外阻滞无痛分娩方式。具体操作如下：分娩开始时，给予开放静脉通路并持续心电监测，待宫口开至 2~5 cm 时，辅助麻醉医师采用硬膜外神经阻滞麻醉，行硬膜外穿刺置管并进行合理固定，宫缩间隙给予硬膜外注入 5 mL 0.1% 丁哌卡因并观察有无异常情况，确认无异常情况持续泵注 80 mg 0.2% 罗哌卡因与 0.15 mg 芬太尼、生理盐水混合液，泵注速度设置为 8 mL/h，待产妇宫口全开后停止泵注。随后及时观察并指导产程，同时应备好新生儿急救装置，待胎儿分娩后，及时使用缩宫素促进子宫收缩进而娩出胎盘，正确估计出血量。

观察组给予硬膜外阻滞无痛分娩辅助导乐陪伴。具体操作如下：在应用硬膜外神经阻滞麻醉的基础上，给予全程导乐陪伴，同时对初产妇进行麻醉药物指导干预，以减少初产妇用药顾虑，消除因未知、恐惧等带来的负面情绪，减轻不良反应，导乐陪伴具体包括：1）参与助产的医护人员提前

接受相关培训，考核通过后上岗；2）分娩前帮助产妇熟悉环境并向产妇详细宣教，减轻产妇紧张情绪；3）分娩开始后，全程陪同，并以温和态度进行安抚，实时观察产妇的生理反应状态并评估产妇的情绪状况，针对其情绪、心理状况给予安抚和疏导；4）在分娩过程中，指导产妇调节呼吸节奏，缓解疼痛及恐惧心理；5）在宫缩间隙，保证产妇营养补给；6）分娩完成后，做好交接工作。

1.3 指标评估标准：1）采用视觉模拟评分法（VAS）评估产妇分娩疼痛^[3]。2）采用新生儿 1 min Apgar 评分评估新生儿身体状况^[4]。

1.4 观察指标：比较两组初产妇总产程时间、VAS 评分、产后 2 h 出血量、分娩方式和新生儿 1 min Apgar 评分水平差异。

1.5 数据分析：用 SPSS 19.0 软件分析数据，总产程时间、产后 2 h 出血量、VAS 评分和新生儿 Apgar 评分均以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间采用独立样本 t 检验；分娩方式以例和百分比形式表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组初产妇总产程时间比较：观察组第一产程、第二产程和总产程时间短于对照组（ $P<0.05$ ），第三产程时间与对照组比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组初产妇总产程时间比较（min, $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程	总产程
观察组	40	249.58±43.02	56.50±16.38	12.30±4.12	318.38±44.71
对照组	40	308.30±44.96	79.60±24.34	13.73±4.19	401.63±47.99
t 值		5.968	4.980	1.539	8.027
P 值		<0.001	<0.001	0.128	<0.001

2.2 两组初产妇 VAS 评分和产后 2 h 出血量比较：观察组镇痛前和分娩结束后 VAS 评分与对照组比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；镇痛后 20 min VAS 评分和产后 2 h 出血量较对照组明显更低（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组初产妇 VAS 评分和产后 2 h 出血量比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	VAS 评分/分			产后 2 h 出血量/mL
		镇痛前	镇痛后 20min	分娩结束	
观察组	40	7.58±1.24	3.05±0.68*	1.68±0.53*	165.38±21.68
对照组	40	7.73±1.06	3.58±0.98*	1.53±0.36*	182.55±21.67
t 值		0.582	2.810	1.481	3.543
P 值		0.563	0.006	0.143	0.001

注：与镇痛前相比，* $P<0.05$ 。

2.3 两组产妇分娩方式比较：观察组经阴道顺产分娩率高于对照组，而中转剖宫产分娩率较对照组低（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组产妇分娩方式比较 [例 (%)]

组别	例数	经阴道 顺产分娩	经阴道 助产分娩	中转剖宫产 分娩
观察组	40	36 (90.00)	1 (2.50)	3 (7.50)
对照组	40	27 (67.50)	3 (7.50)	10 (25.00)
χ^2 值		6.050	0.263	4.500
P 值		0.013	0.607	0.033

2.4 两组新生儿 1 min Apgar 评分比较: 观察组新生儿 1 min Apgar 评分为 (9.45±0.50) 分, 较对照组的 (9.15±0.48) 分更高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

导乐陪伴旨在通过分娩全程陪伴给产妇提供生理和心理上的支持, 促使产妇发挥其主观能动性^[5], 减轻产妇紧张、恐惧等负面情绪对分娩结局的影响。本次研究结果显示, 观察组总产程时间、产后 2 h 出血量和 VAS 评分均较对照组少, 这说明相比单纯应用硬膜外阻滞无痛分娩, 硬膜外阻滞全程无痛分娩辅助导乐陪伴可以明显缩短初产妇总产程、减少出血量、减轻疼痛感, 考虑是因为硬膜外阻滞全程无痛分娩辅助导乐陪伴不仅在药物、医疗等客观角度方面减轻产妇疼痛、促进分娩顺利进行, 还在主观上注重对初产妇心理上的安抚。而结合笔者经验, 初产妇在无痛分娩时常出现紧张、焦虑等情绪, 引发机体应激反应, 同时情绪波动过大易导致分娩完成后出血量增加, 不利于分娩顺利进行, 因此分娩全程中, 给予初产妇精神上的支持, 可有效缓解其紧张、恐惧和焦虑的心态, 减轻机体应激反应, 保证分娩过程顺利进行。分娩完成后, 及时对产妇心理安抚可避免产妇情绪波动过大进而导致出血量增加, 故产程缩短, 出血量降低且疼痛减轻。同时, 导乐陪伴在分娩前对孕妇进行详细宣教, 加强产妇对自然分娩认知, 增加其信心。在分娩过程中, 结合笔者经验, 初产妇在无痛分娩时常出现由于未及时补充营养而体力不支的情况, 影响分娩顺利进行, 而通过保证产妇营养补充, 促使产妇保持充足体力, 有利于分娩顺利进行。

硬膜外阻滞在分娩镇痛方面具有良好的临床效果, 但对产妇的宫缩有一定影响^[6]。然而与剖宫产比较, 自然分娩不仅可以减少对产妇的创伤、加快产后恢复速度, 还能增强新生儿呼吸中枢的兴奋性, 减少新生儿窒息情况发生。本次研究结果显示, 观察组经阴道分娩例数和新生儿 1 min Apgar 评分均较对照组显著更高, 而中转剖宫产率较对照组明显更低, 表明硬膜外阻滞全程无痛分娩辅助导乐陪伴能明显提高初产妇自然分娩率并改善新生儿结局, 结合笔者经验, 初产妇在无痛分娩时常由于对自然分娩认知不足, 以及紧张、焦虑等情绪, 对助产士缺乏信任, 依从性差, 从而影响分娩顺利进行, 而硬膜外阻滞全程无痛分娩辅助导乐陪伴充分考虑产妇个体差异, 给予个性化服务, 使产妇对助产士更加信任, 有利于干预措施的实施; 结合笔者经验, 陌生的环境、氛围同样会导致初产妇出现紧张、焦虑等情绪, 而该干预模式通过给产妇自然分娩提供良好环境和温馨氛围, 缓解产妇负面情绪, 对改善新生儿结局有促进作用。

综上所述, 硬膜外阻滞全程无痛分娩辅助导乐陪伴可以

显著提高初产妇的自然分娩率, 缩短产程并改善新生儿结局, 值得推广使用。

参考文献

- [1] 谢云, 陶瑞雪, 杨静. 罗哌卡因复合舒芬太尼连续硬膜外麻醉对产妇应激反应、母婴结局的影响研究 [J]. 湖南师范大学学报: 医学版, 2021, 18 (2): 83-86.
- [2] 兰燕青. 背景音乐联合导乐一对一全程陪伴对自然分娩足月、单胎头位初产妇总产程的影响 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17 (2): 109-111.
- [3] 明振叶, 李红丽. 助产士主导伙伴式导乐陪伴在初产妇分娩护理中的应用价值 [J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23 (9): 112-114, 118.
- [4] 刘斌, 曹文文. 脐动脉血气分析及 Apgar 评分在新生儿窒息评估中的临床应用价值 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14 (13): 1964-1965.
- [5] 倪志超, 杨兰兰. 导乐陪伴分娩对母婴影响的观察分析 [J]. 中国医刊, 2018, 53 (1): 86-88.
- [6] 刘振臻, 冷玉芳, 李轩杰, 等. 腰硬联合阻滞与硬膜外阻滞用于分娩镇痛效果的比较: meta 分析 [J]. 中华麻醉学杂志, 2018, 38 (11): 1335-1338.

一次性斑马输尿管软镜碎石术治疗上尿路结石 31 例

福建省安溪县医院 (安溪 362400) 黄毅彬 梁尚明
陈艳萍 周源源 吴杰民

1971 年, 日本的 Takagi 等在 Olympus 公司的合作下, 设计出世界首条主动弯曲输尿管软镜, 镜体长 75 cm, 口径 6F, 既没有操作通道, 也没有灌注通道, 只能靠应用利尿剂来改善视野。这就是软镜的最初状态。输尿管软镜利用人体的自然通道尿道, 以近乎无创的方式, 治疗效果良好, 随着镜体变细, 操作通道增宽, 且 COOK 等输尿管软镜鞘、肾内腔压系统的应用, 泌尿外科医生对比以前的经皮肾镜碎石术 (PCNL) 更倾向于使用输尿管软镜处理上尿路结石。一次性斑马输尿管软镜是莱凯公司研发的高端微创手术设备, 是一种一次性使用的输尿管电子软镜, 质量轻, 图像清晰, 且容易接台手术。现将我院采用一次性输尿管软镜处理上尿路结石 31 例情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 2020 年 5 月至 2021 年 9 月收住我院的上尿路结石患者 31 例, 男 18 例, 女 13 例, 年龄 20~75 岁。输尿管上段结石 14 例, 单纯肾上盏结石 3 例, 肾中盏结石 4 例, 肾下盏结石 1 例, 单纯肾盂内结石 6 例, 输尿管上段结石合并上盏、中盏、下盏结石各 1 例。结石直径 0.8~2.3 cm, 平均 1.5 cm。患者入院时临床表现为腰痛、肉眼或镜下反复血尿、发热、尿痛等, 大都为院外经多饮水, 排石药物、 α 受体阻滞剂口服等保守治疗无效。纳入标准: 一般选择距离肾盂距离 < 5 cm 的输尿管上段结石, 此类结石容易