

个亟待解决的问题。会阴无保护法的原理是适度保护会阴,控制胎头下降速度,使胎头娩出时对阴道产生的压力均匀分布,使会阴得到充分扩张,这样不易引起会阴裂伤<sup>[4]</sup>。而这一接产技术减少了分娩中创伤,并减轻产妇疼痛。观察组产妇疼痛级别明显减轻,产妇舒适度增加。

### 3.4 会阴无保护接生技术可提高产后性生活质量

观察组于产后8周均恢复正常性生活,产后半年很少有人发生性交疼痛;对照组开始性生活的时间为 $(82 \pm 4)$ 天,有27.02%的产妇产后6个月仍有性交痛,这可能是由于行会阴切开需剪开阴道粘膜层、皮下组织和肌肉等较多组织,缝合后常因阴道瘢痕挛缩造成阴道口过紧引起性交疼痛及性生活恢复延迟。而观察组有较多的会阴完整病例,发生自然裂伤也多数限于处女膜缘、会阴皮肤和/或粘膜处,愈合后对机体几无影响。

会阴无保护接生技术改变了传统接生时使用会阴保护的

方法,此方法最大的优点是产妇能在自然、舒适、低创的情况下分娩,会阴的裂伤表浅整齐,利于修复和愈合<sup>[5]</sup>。使盆底功能很快恢复,减少了因盆底功能障碍而引起的许多后遗症,同时也减轻了助产士工作量,让助产士从繁重的保护会阴的体力劳动中解脱出来。因此,此方法值得推广应用。

### 【参考文献】

- [1] Aasheim V, Nilsen A B, Lukasse M, et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, 7(12): 66-72.
- [2] 谢辛, 荀文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 213.
- [3] 周国霞, 梁香梅, 朱梅仙. 保护会阴方法与技巧[J]. 中国现代药物应用, 2010, 8(8): 236-237.
- [4] 郑芳, 吴毅. 综合治疗陈旧性会阴裂伤并发直肠脱垂、肛门失禁临床疗效观察[J]. 西部医学, 2012, 24(9): 1758-1759.
- [5] 钟雪梅, 刘军. 浅谈顺产接生不侧切的体会[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(39): 185-186.

[专业责任编辑: 韩 葵]

## 分娩镇痛对妊娠期高血压疾病阴道分娩的效果

杨 兴, 韦凤莲, 李梅春, 潘 媛

(广西省南宁市妇幼保健院产科, 广西 南宁 530011)

**【摘要】目的** 观察给予分娩镇痛后妊娠期高血压疾病产妇的阴道分娩率。**方法** 选择患有妊娠期高血压疾病、血压范围在18.7~20.6/12.0~14.0kPa(140~155/90~105mmHg)、随机尿蛋白 $\leq + +$ 、无子痫发作及其他合并症,经阴道试产的孕妇58例进行回顾性分析。随机将患者分两组,A组给予Spinocath导管连续鞘内注药分娩镇痛30例;B组未予任何分娩镇痛药28例。**结果** 产时A组产妇平均动脉压低于B组( $t=2.391, P<0.05$ );A组产妇阴道分娩率高于B组,而剖宫产率则低于B组,差异有统计学意义( $\chi^2=5.678, P<0.05$ )。两组产妇的产程时间及新生儿窒息率比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$ )。**结论** 给予分娩镇痛后能明显提高妊娠期高血压疾病产妇的阴道分娩率。

**【关键词】** 妊娠期高血压疾病;分娩镇痛;Spinocath导管;阴道分娩

doi:10.3969/j.issn.1673-5293.2014.01.030

[中图分类号] R714

[文献标识码] A

[文章编号] 1673-5293(2014)01-0084-03

### Effect of delivery analgesia on vaginal delivery of women with hypertensive disorder complicating pregnancy

YANG Xing, WEI Feng-Lian, LI Mei-Chun, PAN Yuan

(Department of Obstetrics, Nanning Maternal and Child Health Hospital, Guangxi Nanning 530011, China)

**【Abstract】Objective** To observe the vaginal delivery rate of pregnant women with hypertensive disorder complicating pregnancy (HDCP) after receiving delivery analgesia. **Methods** The data of 58 cases with trial of vaginal delivery were retrospectively analyzed. With HDCP, their blood pressure was in the range of 18.7-20.6/12.0-14.0kPa (140-155/90-105mmHg), random urinary protein  $\leq + +$ . No eclamptic seizures and other complications were found. The cases were randomly divided into two groups, group A ( $n=30$ ) was given Spinocath catheter continuous intrathecal drug delivery for analgesia, and group B ( $n=28$ ) had not any labor analgesia medicine. **Results** Mean arterial pressure of cases in group A was lower than that in group B ( $t=2.391, P<0.05$ ). In group A vaginal delivery rate was higher but cesarean section rate was lower, and the differences were significant ( $\chi^2=5.678, P<0.05$ ). Duration of labor and neonatal asphyxia rate of two groups were not significantly different (both  $P>0.05$ ). **Conclusion** Labor analgesia can significantly improve the vaginal delivery rate of cases with HDCP.

**【Key words】** hypertensive disorder complicating pregnancy (HDCP); labor analgesia; Spinocath catheter; vaginal delivery

临床上,妊娠期高血压疾病易使孕妇继发重要器官的严重并发症,导致胎儿宫内窘迫,新生儿窒息甚至死亡,所以目前大多数医生愿意选择剖宫产终止其妊娠。妊娠期高血压疾病经24~48小时积极治疗后,血压控制理想,胎盘功能无减

退,宫颈成熟的孕妇是有机会阴道试产的<sup>[1]</sup>。本文基于经阴道试产的妊娠期高血压疾病孕妇,给予分娩镇痛后是否能提高妊娠期高血压疾病的阴道分娩率进行探讨,现报告如下。

[收稿日期] 2013-08-01

[作者简介] 杨 兴(1978-),男,主治医师,主要从事高危孕产妇的管理工作。

[通讯作者] 韦凤莲,副主任医师。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2011 年 6 月至 2012 年 12 月在南宁市妇幼保健院产科住院分娩,均为单胎头位,且患有妊娠期高血压疾病,血压范围在 18.7 ~ 20.6/12.0 ~ 14.0kPa (140 ~ 155/90 ~ 105mmHg),随机尿蛋白 ≤ + +,无子痫发作及其他合并症,年龄为 20 ~ 35 岁,体重 55 ~ 75kg,孕周 36 ~ 41 周,宫颈成熟经阴道试产的孕妇 58 例,将其随机分两组,A 组给予 Spinocath 导管连续鞘内注药分娩镇痛 30 例;B 组未予任何分娩镇痛药 28 例。入院后对所有孕妇予口服地西泮镇静,硫酸镁静滴解痉或口服硝苯地平降压,若产时血压 ≥ 21.3/14.6 kPa (160/110mmHg),给予静滴酚妥拉明降压治疗。两组患者的孕周、年龄、治疗前平均动脉压和先兆子痫发生率差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ )。

1.2 镇痛方法

实施分娩镇痛前常规开放上肢静脉,监测孕妇的生命征及胎儿心率、宫缩强度等。孕妇取左侧卧位,选择 L2-3 或 L3-4 为穿刺点,置入 Spinocath 导管。对孕妇鞘内首次注入舒芬太尼 8 $\mu$ g(用无保存液 0.9% 氯化钠溶液稀释至 1.5mL)。当孕妇视觉模拟评分法(VAS) ≥ 3 分时启用镇痛泵蛛网膜下腔连续注药镇痛药液(均为无保存液 0.9% 氯化钠注射液 50mL + 20 $\mu$ g 舒芬太尼),负荷量 2mL,维持量 2 ~ 4mL/h,镇痛泵(PCA)2mL,锁定时间 30min。持续镇痛至胎儿娩出。分娩结束后拔除 Spinocath 导管,嘱产妇平卧 8h。

1.3 观察指标

记录产妇产时血压(产妇产时每小时测量血压 1 次)、产程时间、分娩方式及新生儿窒息情况。

1.4 统计学方法

运用 SPSS 13.0 统计软件进行分析,检测数据以均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,各组间均数的差异显著性检验用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产时动脉压及产程情况

A 组较 B 组的产时平均动脉压控制较好,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );而两组产妇的第一产程、第二产程时间比较差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组产妇产时平均动脉压及产程时间的比较( $\bar{x} \pm s$ )  
Table 1 Comparison of mean arterial pressure and duration of labor between two groups( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数(n) | 产时平均<br>动脉压(kPa) | 第一产程<br>(min)  | 第二产程<br>(min) |
|-----|-------|------------------|----------------|---------------|
| A 组 | 30    | 14.50 ± 2.02     | 326.45 ± 82.78 | 42.86 ± 21.35 |
| B 组 | 28    | 16.03 ± 2.77     | 315.38 ± 86.43 | 40.67 ± 23.02 |
| $t$ |       | 2.391            | 0.568          | 0.553         |
| $P$ |       | <0.05            | >0.05          | >0.05         |

2.2 两组母婴的相关情况

A 组产妇阴道分娩顺产率高于 B 组,而剖宫产率则低于 B 组,其差异有统计学意义( $P < 0.05$ );而阴道手术助产率和两组新生儿窒息率比较差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组分娩方式及新生儿窒息率的比较[n( % )]

Table 2 Comparison of delivery mode and neonatal asphyxia rate between two groups [n( % )]

| 组别       | 例数(n) | 分娩方式      |          |           | 新生儿窒息    |
|----------|-------|-----------|----------|-----------|----------|
|          |       | 顺产        | 手术助产     | 改剖宫产      |          |
| A 组      | 30    | 21(70.00) | 3(10.00) | 6(20.00)  | 3(10.00) |
| B 组      | 28    | 14(50.00) | 2(7.14)  | 12(42.86) | 4(14.28) |
| $\chi^2$ |       | 5.192     | 0.354    | 5.678     | 0.321    |
| $P$      |       | <0.05     | >0.05    | <0.05     | >0.05    |

3 讨论

3.1 分娩镇痛的必要性

妊娠足月并自然分娩是人类一种正常的生理现象,但分娩会带来疼痛不适。分娩疼痛在医学疼痛指数位居第 2 位,有 50% 的产妇分娩时感受到激烈疼痛,难以忍受;35% 的产妇分娩时感受到中等程度疼痛,尚可忍受;仅 15% 的产妇分娩时有轻微疼痛<sup>[2]</sup>。有研究表明,产妇分娩疼痛是由于子宫收缩、宫颈扩张和胎头压迫盆底组织,再加上软组织撕裂等导致,这些疼痛多聚集于阴道直肠会阴,直接产生剧烈的疼痛感<sup>[3]</sup>。所以,很多产妇因怕分娩疼痛,倾向于选择剖宫产终止妊娠,但剖宫产会带来很多不可预测的风险及并发症。因此,为减轻产妇分娩疼痛,选择有效的镇痛分娩是非常必要的。

3.2 分娩镇痛对患有妊娠期高血压疾病孕妇血压的影响

分娩疼痛引起的应激反应会导致产妇交感神经兴奋,儿茶酚胺类物质释放增多,继而引起产妇血压进一步升高,易导致产妇产后并发症及脑血管意外的发生。本资料显示,在给予 Spinocath 导管连续鞘内注药分娩镇痛后,A 组较 B 组的平均动脉压降低,且差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),其原因是硬膜外麻醉除了可降低儿茶酚胺等疼痛因子的释放外,并能阻断神经兴奋与传导,从而达到一定的降压作用<sup>[4]</sup>,说明镇痛分娩对于妊娠期高血压疾病孕妇产时的血压控制效果较好。

3.3 分娩镇痛对患有妊娠期高血压疾病孕妇分娩方式的影响

本资料显示,A 组较 B 组的阴道分娩率明显增高,而剖宫产率则低于 B 组( $P < 0.05$ ),其原因是实施理想镇痛后,能从产程的早期消除产妇的产痛,消除产妇的紧张情绪,改善大脑皮层对皮层下中枢的调控作用,使子宫收缩协调,盆底肌肉放松有利于胎头下降及宫口扩张,增强了自然分娩信心,故增加自然分娩率。

3.4 分娩镇痛对产程的影响

舒芬太尼是芬太尼的衍生物,是一种较强的阿片类药物,镇痛作用强,起效快,持续时间长并有较强的安全阈,蛛网膜下腔注射芬太尼,无明显的运动阻滞,适用于产程早期<sup>[5]</sup>;但到第二产程时出现宫缩乏力,及时予小剂量缩宫素点滴加强宫缩,能避免宫缩乏力引起的产程延长。本资料显示,两组产妇的产程时间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),说明分娩镇痛对产程的影响不大。

3.5 分娩镇痛对新生儿的影响

分娩镇痛是椎管内局部神经阻滞,用药量小,药物很少进入母体血液循环中,对胎儿基本无影响。滕奔琦等<sup>[6]</sup>研究发现,分娩镇痛对胎儿脐动脉血 pH 值、氧分压(PaO<sub>2</sub>)、二氧化

碳分压(PaCO<sub>2</sub>)无不良影响。本资料显示,A组新生儿窒息率低于B组,但经比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),结果与该结论相符。说明鞘内连续舒芬太尼注药镇痛是理想的分娩镇痛。

综上所述,在阴道试产中给予理想的分娩镇痛后,能明显提高妊娠期高血压疾病产妇的阴道分娩率,降低了剖宫产率,对母婴无不良影响,值得向临床推荐。

[参考文献]

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 98.  
[2] Hawkins J L. Epidural analgesia for labor and delivery[J]. N Engl J

Med, 2010, 362(16): 1503-1510.  
[3] 陈蜜. 无痛分娩对母婴影响的临床观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(18): 1501-1502.  
[4] Wang F, Shen X, Liu Y, et al. Continuous infusion of butorphanol Combined with intravenous morphine pmiem-controlled analgesia after total abdominal hysterectomy: A randomized, double-blind controlled trial[J]. Eur J Anaesthesiol, 2009, 26(1): 28-34.  
[5] 孙芳, 谭莹, 田花香. 罗哌卡因复合舒芬太尼用于潜伏期分娩镇痛的临床效果观察[J]. 中国实用医药, 2011(13): 171-172.  
[6] 滕奔琦, 侯红珠, 李萍, 等. 蛛网膜下腔联合硬膜外腔阻滞分娩镇痛对脐血血气及妊娠结局的影响[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2011, 32(6): 799-802.

[专业责任编辑: 韩 葵]

产后出血 221 例临床分析

纵艳艳, 胡赛玲, 杨 宏, 陈玲珍  
(浙江天台中医院妇产科, 浙江 天台 317200)

**[摘要]**目的 探讨产后出血的相关因素。方法 回顾性分析浙江天台中医院 2004 年 2 月至 2012 年 6 月发生的产后出血病例 221 例临床资料。结果 产后出血发生率 1.8%, 剖宫产产后出血发生率 1.4%, 阴道分娩产后出血发生率 2.1%, 二者差异有统计学意义( $\chi^2=8.620, P<0.05$ )。宫缩乏力和胎盘因素是发生产后出血的主要原因。结论 产后出血与多种因素有关, 积极处理妊娠并发症及合并症, 严密观察产程, 提高助产技术, 正确把握剖宫产手术时机及指征是减少产后出血的重要措施。

**[关键词]** 产后出血; 相关因素; 临床分析; 剖宫产; 阴道分娩

doi:10.3969/j.issn.1673-5293.2014.01.031

[中图分类号] R714 [文献标识码] A [文章编号] 1673-5293(2014)01-0086-02

Clinical analysis of 221 cases of postpartum hemorrhage

ZONG Yan-yan, HU Sai-ling, YANG Hong, CHEN Ling-zhen

(Department of Obstetrics and Gynecology, Tiantai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Tiantai 317200, China)

**[Abstract]** Objective To explore the influencing factors of postpartum hemorrhage. Methods The clinical data of 221 cases of postpartum hemorrhage in Tiantai Hospital of Traditional Chinese Medicine from February 2004 to June 2012 were retrospectively analyzed. Results The incidence rate of postpartum hemorrhage was 1.8%. The rate of postpartum hemorrhage in cesarean section group was 1.4%, and that in vaginal delivery group was 2.1%. The difference between them had statistical significance ( $\chi^2=8.620, P<0.05$ ). Uterine inertia and placental factor were the main reasons of postpartum hemorrhage. Conclusion Postpartum hemorrhage is related with a number of factors. Actively preventing prenatal comorbidities and pregnant complications, paying close attention to labor duration, improving deliver techniques, and grasping operating occasion and indications are essential to reducing the rate of postpartum hemorrhage.

**[Key words]** postpartum hemorrhage; relevant factor; clinical analysis; cesarean section; vaginal delivery

产后出血是产科常见且严重的并发症,是导致产妇死亡的前 3 位原因之一,居我国目前孕产妇死亡原因的首位<sup>[1]</sup>。因此,降低产后出血的发生率是提高产科生存质量的重要手段,是产科医生面临的重要难题。为尽可能避免产后出血的发生,防治因产后出血而导致的产妇死亡,本研究通过对 2004 年 2 月至 2012 年 6 月发生于浙江天台中医院 221 例产后出血的产妇临床资料进行回顾性分析,以探讨产后出血的相关因素,为临床提供相关依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 12 329 名 2004 年 2 月至 2012 年 6 月于浙江天台中医院妇产科住院分娩及少数产后出血转入的产妇,年龄 19 ~ 43 岁,平均年龄  $28.4 \pm 5.1$  岁,孕周  $24^{+4} \sim 43^{+3}$  周,平均孕周

( $39 \pm 0.54$ ) 周,发生产后出血 221 例,对这些产妇的住院病历和分娩记录进行回顾性分析,以探讨产后出血的相关因素。

1.2 产后出血的诊断标准

胎儿娩出 24 小时内出血量超过 500mL 诊断为产后出血,大于 24 小时则以一次性大出血或阴道持续或间断出血总量大于 500mL 为标准。

1.3 出血量估计

阴道分娩的产妇在胎儿娩出后立即置集血器于臀下至产后 2 小时取出,胎儿娩出后处理会阴伤口所用的有尾纱条全部湿透为 50mL,记录产妇出血量,以后回病房继续观察;剖宫产产妇术中先尽量吸净羊水,记录羊水量;术毕观察负压瓶集液量减去羊水量为出血量,术中所用中方纱以 100mL 计出血量。

[收稿日期] 2012-05-29

[作者简介] 纵艳艳(1975-)女,副主任医师,主要从事妇产科临床研究。