

剖宫产术后疼痛与镇痛的那些事儿

▲ 广东省怀集县妇幼保健院 梁下晚

剖宫产是产科一种重要的手术方式，又被称为剖腹产。剖宫产能够针对孕妇生产中出现胎儿胎位不正、胎儿缺氧、产程迟缓等情况，通过手术取出胎儿，保障产妇生命安全，顺利生产胎儿。

但由于剖宫产属于一种开放性术式，孕妇术后往往出现疼痛等症状，为缓解孕妇痛苦程度，则需根据其实际情况进行合理的镇痛以及正确护理。那么，关于剖宫产术后疼痛，孕妇及其家属需要了解什么？本文主要介绍关于剖宫产术后疼痛与镇痛的相关知识。

什么是剖宫产术

剖宫产是经腹切开子宫取出胎儿的手术，通过此种手术能解决胎儿难产、胎儿宫内窘迫、威胁母体生命等一系列问题。但该术式会对孕妇身体产生一定的创伤，因此临床上不主张无医学指征行剖宫产术。具体的剖宫产禁忌指征包括产妇年龄较大、多年不孕、多次妊娠失败等。

基于产科专业角度而言，经阴道自然分娩是符合自然生理规律的主要途径，产妇分娩后能迅速康复，新生儿能更好地适应外界环境。但对于一些特殊情况，剖宫产术式也可作为挽救孕妇和围产儿生命安

全的关键手段。

剖宫产术后疼痛的原因

剖腹产的疼痛体现在两个地方：一是手术过程中的疼痛，二是产后宫缩及按压宫底疼痛。通常情况下，手术过程中，孕妇的疼痛感受不会太强烈，其往往需要接受全身麻醉或者硬腰联合麻醉，所以术中的疼痛不必过于紧张。

但孕妇在术后大多出现较为明显的疼痛。其主要原因则是受剖宫产术式的影响，腹部存在切口，且患者长时间处于卧床状态，不利于恶露的排出，一旦宫腔恶露没有及时排出，积血块过多会引起子宫收缩欠佳，从而导致产后大出血。因此为保障孕妇安全，避免不良并发症的出现，相关产科医护人员将采用按压宫底的方式，以观察出血的情况，并及时排出宫腔中的恶露，促进子宫收缩。这一过程中，孕妇剖宫产术切口的疼痛感将会大幅加剧，并且宫缩疼痛、按压宫底疼痛叠加会促使疼痛加重明显。

剖宫产术后如何镇痛

静脉镇痛 该方式不需要留置导管，是在术后将镇痛泵连接在输液的管子上，操作简单方便、镇痛效果好。但需要考虑到大药

量会不会影响到产妇术后哺乳和子宫收缩的问题。

硬膜外镇痛 手术后麻醉医师继续保留插入的硬脊膜外导管，再连接一个“泵”式注射器，将镇痛药定时、小剂量一点点注入，使产妇术后的 24~48 h 内也不会感到刀口处疼痛。

细针头腰麻镇痛 该方式操作简单方便，起效时间短，维持时间长，用药剂量小（局麻药剂量约为硬膜外麻醉剂量的 1/20），经过调查，目前这种方式在手术时和术后的镇痛效果很好，满意度也很高。

剖宫产术后注意事项以及相关护理

术后饮食 术后 6 h 内应禁食，6 h 后可以食用流食，手术一天之后可以吃细面条或者粥等软烂食物。另外，剖腹产手术后不可以多食，以免出现腹胀以及腹压增高，不利于产妇康复。

术后卧姿 手术后麻醉药物作用消失，产妇伤口会感到疼痛，同时平卧位时产妇对子宫收缩的疼痛最为敏感，所以产妇需要采取侧卧位，使身体和床呈 20~30 度角，将被子或毛毯垫在背后，以减轻身体移动时对切口的震动和牵拉痛。另外，术后需要根据实际情况下床活动，可以促进胃肠蠕动，尽早排气，有助于预防肠粘连以及血栓和下肢静

脉血栓的形成。

此外，剖宫产孕妇的会阴部和腹部切口需要及时清洁，如果感觉到发痒也不可以抓挠，更不可以用不洁净的物品擦洗，并且需要遵循医嘱定期换药。

综上所述，剖宫产术后需要正确的护理和镇痛。通过了解并采取正确的术后护理措施，能够帮助产妇术后更好地恢复身体。同时，正常的疼痛对伤口恢复也是有利的，建议剖宫产手术的孕妇观察切口的愈合情况，根据医生的建议，制定术后个性化的护理方案。希望更多人能够了解剖宫产术后疼痛与镇痛相关的健康知识，正确对待剖宫产术后的疼痛与镇痛，在医生的指导下，早日恢复身心健康。



电子胎心监护的使用要点

▲ 钟山县妇幼保健院 蒙彩虹

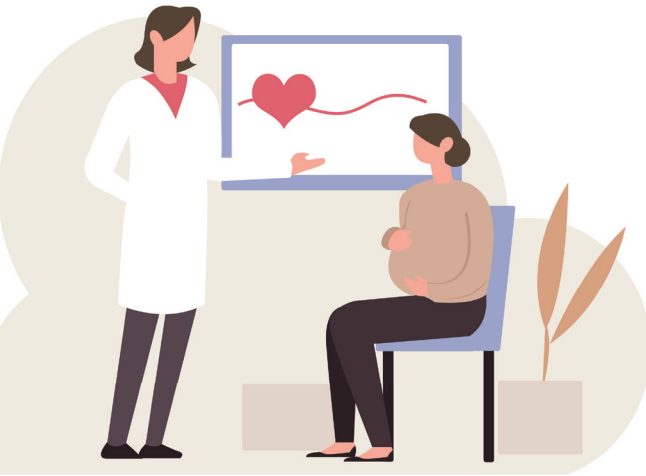
电子胎心监护可以间接判断胎儿的缺氧状态，当胎儿存在缺氧时，会导致胎心减慢以及胎心率变异减少，所以采用电子胎心监护强化对胎儿是否缺氧的监测是非常重要的。

如何获得准确的电子胎心监护图谱

电子胎心监护图谱的可靠度是正确解读胎心心脏的重要依据。做胎心监测之前，要做好设备调试、检查准备。

胎心监护仪的调试 （1）检测探头：检查官压探头以及胎心探头的灵敏度，准确采集信号。（2）官压线调零：调零官压基线，避免本次胎儿监护图谱上一直出现官压数值，导致错误解读。（3）确定走纸速度：不同的走纸速度有很大的视觉差别，所以调节走纸的速度是保证胎心监测图谱准确性的关键。最常见的走纸速度为 3 cm/min。（4）将检验的时间，受检者的名字，住院或门诊号，孕周都写在电子图谱文档上。同时，对上述基础资料进行编辑和存档。

胎心监护前的准备 （1）建议在餐后 30 min 开始做检查，以减少出现假阳性结果。（2）监测前应先排空小便，以免出现由于膀胱充盈而导致的胎儿活动频繁或假性宫缩，影响结果的判断。（3）胎心与宫缩探头放置时应贴合孕妇的腹部，固定要松紧适度。（4）为了防止仰卧位综合征和电子胎心监护的假阳性结果，检查时要避免采取仰卧位。建议采用半卧位或侧卧位。（5）对于双胎妊娠者，建议使用双探头胎心仪来监测两个胎儿的心率变化，以免在进行分次检查时，将同一胎心率错当成两个。



电子胎心监护图谱的准确解读

电子胎心监护图形常从宫缩、胎心基线、基线变异、胎心率加速、胎心率减速五方面进行判读。

宫缩 确定有无宫缩，如果无宫缩按 NST 解读，如果有规律宫缩按产时胎心监护图形的三级判读系统解读。

胎心基线 胎心基线是指胎儿心率，其受自主神经系统的调节和控制。胎心基线为 10 min 之内胎心波动的平均值，其幅度通常为 5 次/min，除外胎心率加速、减速及显著变异的情况。110~160 bpm 是胎心基线的正常值。

当胎心基线 >160 bpm，且时间 ≥ 10 min，即为胎心过速。胎心过速的常见原因：（1）胎儿缺氧，部分过速伴变异减弱、消失或减速；非胎儿缺氧，单纯过速伴变异良好。（2）各种原因导致的母体慢性低氧血症。（3）母体发热，母体提高 1℃，胎心率可

上升 10~15 bpm。（4）绒毛膜羊膜炎时，胎儿心率增快常发生在母体发热之前。（5）胎动过多，孕妇睡眠不足，低血糖，劳累，环境刺激。（6）药物影响，利托君、阿托品等。（7）极早早产。（8）胎儿心律失常。（9）母亲焦虑、硬膜外镇痛、甲亢、胎儿并发症及贫血。即使胎儿心动过速非缺氧所致，但长时间不恢复正常也可引发胎儿损害。

胎心基线 < 110 bpm，且时间 ≥ 10 min，即为胎心过缓。胎心过缓的常见原因：

（1）胎儿脐带受压导致的急性低氧血症，缺氧晚期致严重低氧血症。（2）枕后位或枕横位胎头受压，尤其是第二产程常见。（3）胎儿先天性心脏传导阻滞、心脏结构异常。（4）严重的母胎并发症：胎盘早剥、子宫破裂等。（5）服用药物： β 受体阻滞剂，干扰了交感神经系统对胎心率的调节。

基线变异 基线变异为胎心从波峰到波谷每分钟的变化情况，是胎儿内分泌、神经系统等多种因素共同影响下的一种动态过程，也是评估胎儿安危较重要的指标。基线变异分为：正常变异，振幅波动 6~25 bpm；微小变异，振幅波动 ≤ 5 bpm；变异缺失，振幅波动 ≤ 2 bpm；显著变异 > 26 bpm。

胎心基线变异增加的因素包括：（1）妊娠周数：孕周增加，变异加大，与大脑中

枢神经系统及自主神经系统逐渐发育有关。

（2）轻度低氧状态：由于自主神经系统受刺激，一般不担心胎儿窘迫。（3）脐带因素：健康胎儿发生较强的胎动压迫脐带，造成脐带血液循环障碍引起的反复的胎儿缺氧状态，可出现振幅在 25 bpm 以上的突变型变异，应警惕。

基线变异减少或消失的影响因素包括：（1）胎儿窘迫：缺氧或酸中毒。（2）胎儿为无脑儿或胎儿不成熟。（3）胎儿处于睡眠状态。（4）药物影响：硫酸镁、镇静剂。（5）胎儿本身因素，如心脏房室传导阻滞。

胎心率加速 指基线胎心率突然增加，超过基线水平，开始到波峰时间 < 30 s，从胎心率开始加速到恢复到基线水平的时间称为加速时间。

胎心率减速 指胎心率下降，低于基线水平，可依出现时间与宫缩的关系分为：早期减速（ED），晚期减速（LD），变异减速（VD）。

最常见的是变异减速，是一种与宫缩关系不一致的、突然明显的、胎心率急速下降情况，其下降幅度可超过 60 bpm。原因与胎儿脐带受压有关，反复变异减速也可能导致胎儿缺氧。早期减速常出现在活跃晚期及第二产程初期，宫缩时胎头受压引起迷走神经兴奋所致，不伴其他异常图形时，不提示胎儿缺氧和酸中毒。晚期减速主因是胎盘循环功能不良，可能提示最早期胎心率改变，当合并基线变异消失或微小时，提示胎儿缺氧和酸中毒可能性更大。