



# 了解无痛分娩技术

宫缩的阵痛可达到人类疼痛极限（最高等级疼痛），而无痛分娩技术犹如给产妇披上了缓解疼痛的“隐形披风”。不少人对无痛分娩技术看法不一，有人认为该技术是对母婴安全的守护，也有人认为会影响新生儿发育，本文将介绍无痛分娩的相关知识，为大家答疑解惑。

## 无痛分娩的镇痛原理

麻醉医生会在产妇后背腰椎间穿刺，在其中放置一根直径约0.5毫米的软管（椎管内阻滞），类似给脊柱装上“U型管”，无需开刀，仅需局部麻醉即可完成。使用的镇痛药物为罗哌卡因+芬太尼混合液，浓度仅为剖宫产麻醉的1/10，同样能达到镇痛效果，最大限度保障母婴安全。药物通过导管精准作用于脊髓神经，仅阻断痛觉信号传导，而保留触觉、运动神经的正常传导，使产妇在无痛状态下仍能自由翻身，配合宫缩发力。

## 哪些产妇可以进行无痛分娩

1. 基础条件：怀孕满37周

（足月），单胎，胎儿头位朝下，宫口开至3厘米（初产妇）或4厘米（经产妇）。

2. 安全保障：胎心监护正常（I类图形，无缺氧风险），产妇意识清醒并能配合指令。

3. 知情同意：需产妇本人签署同意书，家属在场见证。

## 哪些产妇不适合无痛分娩

1. 绝对禁忌：凝血功能障碍，强直性脊柱炎（脊柱融合）、脊柱骨折/结核等脊柱病变，后背皮肤破损、带状疱疹活动期等局部感染。

2. 相对禁忌：妊娠期高血压，腰椎手术史（需三维CT评估）。

3. 特殊情况处理：糖尿病产妇血糖需控制在6.7mmol/L以下，瘢痕子宫产妇需超声评估子宫厚度。

## 无痛分娩的优势

1. 疼痛可控：大多数产妇疼痛评分从9分降至3分以下（相当于被指甲划伤的痛感），保留翻身、进食、排尿能力。

2. 产程优化：第一产程

（宫颈扩张期）平均缩短1.5小时，宫缩更规律，减少催产素使用概率。

3. 母婴安全：不影响宫缩和胎儿供氧，降低胎儿窘迫风险。产后两小时即可下床活动，母乳喂养成功率高达95%。

4. 应急优势：若产程停滞，可直接转为剖宫产（无需二次麻醉）。术后恢复快，住院时间缩短30%。

## 无痛分娩的操作流程

步骤一：麻醉准备

体位管理：产妇侧卧位，暴露腰椎间隙，医护人员协助调整姿势，避免产妇仰卧位低血压。

精准穿刺：超声引导定位（误差小于1毫米），穿刺针直径仅0.7毫米。

导管置入：导管置入硬膜外间隙（非脊髓腔），注射试验剂量确认导管位置。

步骤二：持续镇痛全程护航

智能镇痛泵：自控追加剂量（每次追加2毫升，间隔15分钟），总用量控制在150毫升

以内。

实时监测：每小时评估产妇运动能力，监测血压、心率、胎心变化。

步骤三：应急处理

爆发痛处理：5分钟内追加0.2%罗哌卡因5毫升，必要时联合静脉镇痛。

创新技术：无线镇痛泵（产妇可自主调节），可穿戴式生命体征监测仪。

## 无痛分娩的注意事项

1. 产前申请

最佳申请时机为宫口开2指或3指时，此时镇痛效果最佳。产妇须提前与麻醉医生沟通过敏史、用药史。

2. 产后护理

即时护理：产后两小时，医护人员每小时检查产妇双脚活动能力（预防马尾综合征）。提示产妇多喝水预防尿潴留，术后6小时可尝试排尿；产后48小时内避免久坐，防止腰背劳损。

长期护理：产后42天内复查盆底功能。

特殊人群护理：高龄产妇

每日做凯格尔运动3组，瘢痕子宫者B超监测子宫恢复情况。

## 无痛分娩的认知误区

误区1：无痛分娩后会腰疼——相关研究显示，产后腰疼发生率为11%，且腰疼与孕期激素变化有关，与麻醉无关。

误区2：无痛分娩只能顺产——若产程停滞，可立即转为剖宫产（无需二次麻醉）。

误区3：无痛分娩会延长产程

——第二产程平均延长15分钟，可通过调整药量解决。

误区4：麻醉对胎儿不利——进入胎儿体内的芬太尼浓度小于母体的1/1000，安全性已获认证。

误区5：无痛分娩产后易漏尿或留下后遗症

——漏尿主要因盆底肌损伤引起，与分娩方式有关，无痛分娩不会增加盆底肌损伤风险。规范操作下，神经损伤发生率小于1/10000。

（柳州市工人医院产科 刘丽）

# 守护宝宝喝奶安全

新生儿的胃容量仅有鸡蛋大小，若一次喂奶过多，胃内压力增大，胃里的奶液就容易返流出来导致新生儿吐奶、呛奶。了解新生儿呛奶的原因，掌握科学的预防方法和急救措施，是每个家长的必修课。

## 新生儿呛奶的原因

1. 生理结构的特殊性

新生儿的胃呈水平位，就像放倒的矿泉水瓶一样，且贲门括约肌（胃的入口）较松弛，而幽门（胃的出口）较紧，所以进入胃里的奶液容易从贲门返流到食管，引发吐奶和呛奶。新生儿喉部位置较高，会厌软骨（防止食物进入气管的“盖子”）调节能力不足，喂奶时若呼吸与吞咽节奏不协调（吃奶过快或哭闹），容易导致奶液进入气道。新生儿气道和支气管较细，呛奶时少

量奶液即可引发呛咳反射，甚至可能堵塞气道。

2. 喂奶方式不当

喂奶姿势不正确是导致呛奶的常见原因之一。喂奶时保证宝宝上下嘴唇含住奶嘴，良好的含接应是上下嘴唇外翻状，口腔呈密闭状态。如宝宝不能含接严密，家长可用手指轻轻托住宝宝下巴协助其含接奶嘴，避免含接不严密而吸入过多空气。

喂奶时，抬高宝宝上半身，使其呈半卧位。如果宝宝平躺吃奶或头部过度后仰，乳汁容易在重力作用下快速流入口腔，增加呛奶几率；而喂奶速度过快，也容易呛奶。使用奶瓶喂养时，奶液要充满2/3奶嘴，随着奶液越来越少，慢慢抬高奶瓶角度，同时排气孔朝正上方，避免宝宝吸入空气。奶嘴口径过大，乳汁流量超过

宝宝的吞咽能力，也会使宝宝因来不及吞咽而呛奶。

另外，宝宝在饥饿时过于急切地吃奶，或是哭闹时吃奶，都可能导致吞咽空气过多，进而引发呛奶。有时宝宝哭闹，家长误判宝宝需求而过度频繁喂奶，导致胃内压力增加，诱发吐奶呛奶。

3. 疾病因素

某些疾病也可能导致新生儿呛奶。例如，感冒、鼻塞会使宝宝呼吸不畅，在吃奶时无法有效协调呼吸和吞咽，容易呛奶。患有先天性喉软骨发育不全的宝宝，喉部结构异常，也增加了呛奶的风险。胃肠道疾病如胃食管反流病等，会影响宝宝正常的消化功能，导致乳汁反流呛奶。

## 预防呛奶的措施

1. 掌握正确喂奶姿势

母乳喂养时，妈妈可采用坐姿，将宝宝斜抱在怀中，使宝宝的头、肩部枕在妈妈的臂弯，身体呈45度角倾斜，这样的姿势有利于乳汁顺利流入胃中，减少呛奶风险。使用奶瓶喂养时，注意奶瓶底部要高于奶嘴，防止空气进入奶瓶，造成宝宝呛奶。喂奶过程中，要注意观察宝宝的状态，确保宝宝的

头部和颈部得到良好的支撑。

2. 控制喂奶速度和量

母乳喂养的妈妈可以在奶阵来临时，用手指适当按压乳房，减缓乳汁流出速度。用奶瓶喂养时，要根据宝宝的月龄选择合适的奶嘴口径，一般来说，3个月内的宝宝适合使用小号奶嘴。喂奶时不要让宝宝吃得过快、过急，可采取少量多次的喂养方式。

每次喂奶后，要给宝宝拍嗝，帮助宝宝排出吞咽的空气。具体做法是将宝宝竖直抱起，让宝宝的头部靠在家长肩上，用空心掌轻轻拍打宝宝背部，从下往上，直至宝宝打出嗝来。

3. 注意喂奶时机

不要在宝宝过于饥饿或哭闹时喂奶。如果宝宝哭闹厉害，应先安抚情绪，待宝宝平静后再喂奶。喂奶前，检查宝宝的鼻腔是否通畅，如有鼻屎堵塞，可用生理盐水滴鼻，软化鼻屎后，使用婴儿专用的吸鼻器轻轻吸出，确保宝宝呼吸顺畅，避免因呼吸不畅而呛奶。

4. 关注宝宝健康状况

定期带宝宝进行体检，及时发现并治疗可能影响吞咽和消化功能的疾病。如果宝宝出现感冒、咳嗽等症状，在喂奶

时要更加小心谨慎，适当调整喂奶姿势和速度，必要时咨询医生的建议，确保宝宝的喂奶安全。

## 呛奶的急救措施

1. 快速判断呛奶的严重程度

轻度呛奶：宝宝咳嗽、面部发红，但能自主呼吸。

重度呛奶：宝宝面色青紫、呼吸停止或抽搐，此时要立即急救并拨打120。

2. 急救操作

轻度呛奶处理：立即将宝宝侧卧，头偏向一侧，用空心掌稍用力拍打宝宝背部，帮助宝宝排出气道里的奶液。用纸巾清理出宝宝口腔内的奶液，同时要观察宝宝的面部颜色和呼吸情况。

重度呛奶处理（海姆立克急救法）：家长用前臂托住宝宝身体，头低脚高（约45度），面部朝下，用掌根叩击宝宝两肩胛骨中点5次，利用重力排出异物。若未缓解，翻转宝宝平躺，在两乳头连线中点下方，用两指快速按压做心肺复苏操作，直至异物排出或急救人员到达。

（柳州市工人医院新生儿科 程琳）

推动健康知识普及 提高全民健康素养

## 健康科普

指导单位：柳州市卫生健康委员会 主办单位：柳州日报社  
稿件投递：2971813915@qq.com 电话：13977219936