维普资讯 http://www.cqvip.com



局解手术学杂志 2006年第15卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg,2006,Vol.15,No.3

# 高危妊娠剖宫产的麻醉

## Anaesthesia of uterine-incision delivery in high risk pregnancy

齐桂菊[1],王 红[1],吕东森[2] (1.牡丹江市林业管理局中心医院;2. 牡丹江市第三人民医院,黑龙江 牡丹江 157011)

[关键词] 麻醉学;高危妊娠;剖宫产
[中图分类号] R782.054;R714.24 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)03-0184-01

高危妊娠指妊娠期各种病理因素对孕妇、胎儿和新生儿所构成的危险性,因而增加围产期的发病率和死亡率。为了保障母婴安全,医患双方对产科麻醉的要求也随之增高[1]。现就我院158例高危妊娠剖宫产病例回顾性分析,讨论高危妊娠剖宫产的特点和麻醉处理。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组资料158例,30岁以下108例,31~38岁50例,平均年龄29.3岁。其中孕期35周以下3例。术前并发症情况:妊娠中毒症44例(新生儿窒息4例),先兆子痫52例(新生儿窒息4例),子痫16例(新生儿窒息5例),前置胎盘31例,心脏病3例(新生儿窒息1例,死亡2例),糖尿病3例(新生儿窒息1例),胎盘早剥2例,羊水栓塞2例(死亡1例),外伤1例,其中有7例为双重诊断。

### 1.2 麻醉方法

硬膜外52例,腰硬联合83例,强化局麻22例,气管插管全麻1例。硬膜外穿刺间隙多选$L_{2-3}$,麻醉平面$T_{6-10}$,仅2例平面高达$T_2$,药物均用1.6%利多卡因,初量10 mL。腰硬联合穿刺间隙多选$L_{3-4}$,麻醉平面$T_{6-10}$,5例平面高达$T_2$,药物用10%葡萄糖1 mL+3%麻黄素1 mL+0.75%布比卡因1 mL。强化局麻用0.75%利多卡因按6 mg/kg打局麻,强化药用氯胺酮0.25~1.0 mg/kg。气管插管静脉全麻是羊水栓塞病人。由于病人呼吸困难,不能配合插管,经丙泊酚、氯胺酮和琥珀胆碱诱导麻醉后插管。

## 2 结果

硬膜外52例,麻醉效果不满意者10例。腰硬联合83例,麻醉效果均满意。由于情况极其危急,包括胎儿宫内窘迫、羊水栓塞、大出血等,22例选择了强化局麻,麻醉效果不满意者5例。气管插管全麻1例为羊水栓塞,极度呼吸困难,紧急诱导,气管插管控制呼吸,阿托品解痉、氨茶碱扩张支气管、抗凝、纠酸等抢救后,娩出一女婴,病人于12 h后,因弥漫性血管内凝血而死亡。

## 3 讨论

高危妊娠病人的特点:①孕毒症常引起心律失常、充血性心衰、心肌梗塞、颅内出血及高镁血症等。孕毒症的术前处理包括降低血压、预防和治疗惊厥,严重病例及早终止妊娠。②妊娠合并心脏病病人心功能差,妊娠时血容量和心输出量增多150%,因此,妊娠晚期与麻醉和手术时易发生心力衰竭。③妊娠合并糖尿病对母子都有危险,胎儿高血糖度有缺氧易致严重酸中毒,故术前应内科治疗及早控制糖尿病,且必须纠正酸中毒[2]。④前置胎盘和胎盘早剥因出血易致休克,需止血、补液、纠正休克,不论血压多少,应立即手术。预防弥漫性血管内凝血,如凝血时间缩短,疑有高凝状态时,即可用肝素20~25 mg加入5%葡萄糖250 ml静点,以抗凝和疏通微循环。术前降血压药肼苯哒嗪5~10 mg静注,因硬膜外和腰硬联合本身也能降压,所以为首选。麻醉平面稳定后血压仍不能控制,可用硝普钠静点(5%葡萄糖250 mL加硝普钠5 mg)20~40滴/min,持续测量血压,调节滴速。解痉药首选硫酸镁(用25%硫酸镁40 mL加入低分子右旋糖酐500 mL静点)。因抗高血压药、镇静、镇痛、解痉药可致患者循环不稳定,新生儿反射减弱或呼吸抑制,本组16例子痫患者,新生儿窒息5例(占37.2%),对于这类病人在切开子宫时静注25%葡萄糖20mL+维生素C0.5g+尼可刹米0.375 g预防新生儿窒息。

剖宫产率作为高危妊娠重要的处理手段之一,确实发挥了很大的作用,国内外临床资料表明,在一定范围内,剖宫产率的提高降低了围产儿的死亡率,同时也挽救了许多危重孕妇的生命[3]。剖宫产是常见的急症手术,要求麻醉迅速有效,保障母婴安全。全身麻醉有诱导迅速、作用可靠和少有低血压危险等优点,但易致产生误吸和麻醉药影响胎儿之弊。且腰硬联合有起效快、肌松好,只要平面控制适当,对呼吸和循环的干扰少等特点。据报道局麻药中布比卡因对母子的生理影响最少,胎儿/母体血液浓度比值小,所以腰硬联合为首选,硬膜外次之。本组妊娠中毒症占多数,术前血压多偏高,麻醉和术中血压有不同程度的下降达121人次,血压上升者10人次,心率增快69人次(大于120次/min),明显减慢11人次(小于40次/min),全部患者均面罩吸氧。在胎儿娩出前血压明显下降者,将手术床向左倾斜,并将子宫推向左上方,排除仰卧低血压综合征。若血压不见回升,即用升压药,静注麻黄素10~15 mg,必要时静点多巴胺、间羟胺。出血较多者及时输入6%羟乙基淀粉等代血浆及压缩红细胞。有室性早搏用1%利多卡因1 mg/kg静注,利多卡因能透过胎盘,剂量适当不会对新生儿心脏和中枢产生抑制。

## [参考文献]

[1] 李富霞,盛翠英,胡金萍.高危妊娠1029例分析[J].中国妇幼保健,2005,20(17):2196.
[2] 袁 军.妊娠合并糖尿病的母婴监护体会[J].局解手术学杂志,2005,14(3):172.
[3] 王素萍,孙卓湘,朱莉君.221例剖宫产指征回顾性分析[J].遵义医学院学报,2004,27(4):372-373.

[收稿日期] 2006-01-12 [修回日期] 2006-02-16

(编辑:左艳芳)