

剖宫产术应用腰麻联合硬膜外麻醉的临床观察

丁志江

福泉市牛场中心卫生院 贵州福泉 550508

【摘要】目的 分析在剖宫产术中应用腰麻联合硬膜外麻醉的临床效果观察。**方法** 选取本院妇产科 2023 年 2 ~ 12 月的 80 例接受剖宫产术分娩产妇, 根据不同麻醉方法纳入参照组 (n=40) 与联合组 (n=40), 参照组采用硬膜外麻醉, 联合组采用腰硬联合麻醉, 对比 2 组产妇的麻醉指标、血液动力相关指标、不良反应。**结果** 联合组感觉、运动神经阻滞的起效时间短于参照组, 持续时间长于参照组, $P<0.05$; 联合组术后的心率与平均动脉压均低于参照组, $P<0.05$; 联合组的不良反应发生率低于参照组, $P<0.05$ 。**结论** 剖宫产产妇在手术治疗中采用腰硬联合麻醉的效果显著, 可稳定生命体征, 减少不良反应, 有效性与安全性均优于硬膜外麻醉, 值得推行。

【关键词】 剖宫产术; 腰麻; 硬膜外麻醉; 血液动力相关指标; 不良反应

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2024) 06-017-02

剖宫产手术是一种复杂的产科手术, 涉及到产妇和胎儿的安全。麻醉在剖宫产手术中扮演着至关重要的角色。麻醉可以确保产妇在手术过程中的无痛感, 这不仅可以减轻产妇的痛苦和恐惧, 还有助于手术的顺利进行。适当的麻醉可以为手术提供足够的肌肉松弛效果, 使医生能够更容易、更安全地完成手术操作^[1]。为产妇选择一种合适的麻醉还有助于维持产妇的生命体征稳定, 如心率、血压和呼吸等, 从而确保母婴的安全^[2]。因此, 为产妇选择一种安全、合适的麻醉方法非常重要。基于此, 本研究选取本院妇产科 80 例产妇的病历资料展开分析, 旨在为临床制定一种有效、安全的麻醉方法提供借鉴, 见如下总结汇报:

1 资料和方法

1.1 一般资料

采取回顾性研究法, 选取本院妇产科 2023 年 2 ~ 12 月的 80 例产妇, 根据不同麻醉方法纳入参照组 (n=40) 与联合组 (n=40)。参照组: 年龄 22 ~ 36 (27.46±2.53) 岁; 体重 50 ~ 76 (66.24±2.23) kg; 身高 156 ~ 173 (164.4±5.13); 初产妇 27 例, 经产妇 13 例; 孕周 38 ~ 41 (39.34±0.33) 周。联合组: 年龄 21 ~ 36 (27.48±2.52) 岁; 体重 50 ~ 76 (66.24±2.23) kg; 身高 156 ~ 173 (164.4±5.13); 初产妇 26 例, 经产妇 14 例; 孕周 38 ~ 41 (39.34±0.33) 周。2 组以上资料比较, $P>0.05$ 。

1.2 纳入标准

纳入标准: (1) 所有产妇都满足足月妊娠; (2) 满足剖宫产指征, 无麻醉禁忌证及妊娠并发症;

排除标准: (1) 主要脏器疾病; (2) 全身免疫性疾病; (3) 血液病; (4) 传染病; (5) 凝血功能障碍; (6) 精神病; (7) 合并妊娠相关并发症。

1.3 方法

2 组入室后开放静脉通路, 监测生命体征, 予以吸氧; 术前 30min 肌注苯巴比妥钠 0.5g, 同时密切监测产妇生命体征

变化, 如心电图、血压等。

参照组: 采用硬膜外麻醉。产妇侧位, 进行 L2-3 或 L3-4 的间隙穿刺, 硬膜外导管向头端放置 3cm。产妇转平卧, 头部略抬高, 注射 1.5% 盐酸利多卡因 3ml, 5min 内观察有无脊麻、呼吸抑制等情况, 无则注射 0.5% 罗哌卡因 8ml。

联合组: 采用腰硬联合麻醉。产妇侧位, 进行 L2-3 或 L3-4 的间隙穿刺, 使用腰穿针行蛛网膜下腔穿刺, 有脑脊液流出后, 注射 0.5% 罗哌卡因 1.0 ~ 1.6ml+10% 葡萄糖注射液 1ml。撤出腰穿针, 硬膜外导管向头端放置 3cm, 行硬膜外麻醉, 方法同参照组。

1.4 观察指标

(1) 麻醉指标: 感觉、运动神经阻滞时间, 包括起效时间与持续时间。(2) 心率与平均动脉压: 于麻醉前后进行测定与记录。(3) 不良反应: 恶心呕吐、头晕、呼吸困难。

1.5 统计学分析

采用 SPSS22.0 软件, 计数资料以 % 表示, 行 χ^2 检验, 计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 麻醉指标对比

参照组的感覺神經阻滯起效時間、持續時間分別為 (13.57±2.65) min、(520.78±23.89) min, 運動神經阻滯起效時間、持續時間分別為 (16.99±1.88) min、(503.56±25.67) min; 聯合組的感知神經阻滯起效時間、持續時間分別為 (11.46±2.46) min、(544.35±22.65) min, 運動神經阻滯起效時間、持續時間分別為 (14.02±1.85) min、(527.67±25.76) min; 聯合組感覺、運動神經阻滯的起效時間短於參照組, 持續時間長於參照組, 均 $P<0.05$ 。

2.2 血液動力學相關指標對比

聯合組術後的心率與平均動脈壓均低於參照組, $P<0.05$ 。見表 1。

表 1: 心率與平均動脈壓對比 ($\bar{x}\pm s$)

組別	例數	心率 (次/min)		平均動脈壓 (mmHg)	
		麻醉前	麻醉後	麻醉前	麻醉後
參照組	40	87.67±12.89	106.03±10.63	83.25±10.42	113.35±10.44
聯合組	40	87.57±12.88	93.02±9.39	83.36±10.50	93.50±7.62
t 值		0.035	5.801	0.047	9.713
P 值		0.972	0.000	0.963	0.000

2.3 不良反應對比

(下轉第 19 頁)

病区退药药品回收差错等。

1.6 其他环节差错

退药操作差错；退药药品归位差错；药品上架差错；药品配置前准备差错等。

2 差错原因

2.1 医生方面

医生工作比较繁忙，药品用量电脑打错；对药品了解不透彻，用法用量出错；溶媒品种及用量选择错误等。

2.2 护士方面

对 PIVAS 的用药医嘱提交规则不明白，退药系统和退费申请没有同步操作；用药医嘱起始时间选择错误；错误操作导致医嘱重复提交或漏提交。医生停医嘱后未及时在 PIVAS 系统申请退药，导致药品被配置。退药药品未及时全部与退药处方同步送达 PIVAS 等。

2.3 药师方面

理论知识掌握不全面，不合理处方未能严格把关；责任心不强，出现差错；各岗位流程不熟练，出现差错；未按照岗位标准操作规程操作，出现差错；配置技术不过关，导致成品输液质量问题等。

2.4 配送工勤人员方面

成品输液放置错误，导致成品输液送错病区；已经扫描好的成品输液漏收到相应的配送箱中，导致成品输液数量差错。配送过程中护送到不到位，出现成品输液破损等安全问题；回收退药药品未按规定进行检查，出现差错等。

3 改进措施

3.1 与医生

针对不合理医嘱或有疑问的医嘱及时与医生沟通，解释医嘱不合理原因及更改的建议，提高医嘱合格率，避免相同的错误重复发生。

3.2 与护士

加强护士 PIVAS 系统操作的培训；做好解释工作，让护士明白如何正确操作；及时跟踪患者退费及退药情况，发现问题及时提醒病区护士。

3.3 药师及配送工勤人员

加强人员岗前培训^[2]，定期进行在岗培训考核；每天定时进行班后会交流，各岗位差错上报^[3]并汇报存在问题，共同探讨解决方法，交流经验。及时查找隐患，防范差错；定期进行全员培训，总结经验教训，改进工作。合理安排配置人员、配置时间及配置班次。

3.4 与病区

定期进行临床调研，加强沟通交流，做好解释工作；针对共性的问题，及时与护理部、医务科沟通协调解决。

4 结语

静配是最近十几年新开展的工作，工作模式各个医院不尽相同，应该根据各个医院的实际情况进行不断改进。PIVAS 开展静配工作有利于提高成品输液质量，提高工作效率，加强医护人员职业防护，节约耗材。但是 PIVAS 的工作流程步骤较多，每一个环节都可能出现各种差错，应该深入了解各种类型的差错，有针对性的采取相应的措施，应用 PDCA^{[4][5]} 循环管理方法对差错进行管控，减少跟踪差错^[6]。确保提供正确、安全、质量过关的成品输液供临床使用，避免用药错误，保证患者用药安全。

参考文献

- [1] 黄莺, 周小娟, 程希, 等. 品管圈减少静脉用药调配中心差错效果评价[J]. 中国药业, 2019, 28(16): 85.
- [2] 赵贝. 静脉用药调配中心常见差错及防范措施分析[J]. 实用医技杂志, 2018, 25(11): 1293.
- [3] 何争民, 彭家志, 刘建军, 等. 某院 PIVAS 调配差错分析与防范措施[J]. 中国医院导刊, 2018, 20(9): 569.
- [4] 王非, 张良明, 刘阳, 等. PDCA 循环在减少 PIVAS 工作差错中的应用[J]. 中国处方药, 2018, 16(8): 47.
- [5] 刘悦, 席红领, 李静, 等. PIVAS 全过程差错分析及其在质量改进中的作用[J]. 甘肃医药, 2018, 37(2): 154.
- [6] 钟明, 王志, 刘冰. 降低某三甲医院门诊西药房调剂跟踪差错率的研究[J]. 中国医药导报, 2016, 13(29): 119.

(上接第 17 页)

参照组发生恶心呕吐 4 例，头晕 2 例，呼吸困难 3 例，不良反应发生率为 22.50%(9/40)；联合组发生恶心呕吐 1 例，头晕 1 例，呼吸困难 0 例，不良反应发生率为 5.00%(2/40)；联合组的不良反应发生率低于参照组， $P<0.05$ 。

3 讨论

剖宫产手术是一种通过在产妇的腹部进行手术切口，然后切开子宫壁，从而使胎儿通过切开的子宫壁而不是通过阴道分娩的方式来完成分娩过程的外科手术。剖宫产手术本身是一种创伤性手术，需要在产妇处于无痛或无意识状态下进行，对麻醉的依赖性极高。合适的麻醉方式可以减少产妇的疼痛，保证手术的顺利进行，提高手术效率。

腰硬联合麻醉结合了硬膜外麻醉和腰椎麻醉的优点，其麻醉药物用量小，麻醉效果更为显著，且具有麻醉起效时间短、麻醉平面良好、容易控制等优点。腰硬联合麻醉还可以保持血流动力学和心率的相对稳定，同时降低胎儿暴露于麻醉药物的风险。本研究结果显示，联合组感觉、运动神经阻滞的起效时间短于参照组，持续时间长于参照组，原因在于：腰硬联合麻醉能够迅速地将麻醉药物通过椎管给药后，从而迅速产生麻醉效果；腰硬联合麻醉的持续时间也明显长于硬膜外

麻醉，意味着在手术过程中，产妇能够维持较长时间的稳定麻醉状态，减少的手术风险。联合组麻醉后的心率与平均动脉压均低于参照组，提示联合组产妇产后的生命体征更稳定，说明腰硬联合麻醉对维持产妇生命体征稳定方面起积极作用，有利于产妇产后的恢复。安全性分析中，联合组的不良反应发生率低于参照组，可见腰硬联合麻醉的安全性更佳。

综上所述，产妇在手术治疗中采用腰硬联合麻醉的镇痛效果显著，可稳定生命体征，减少不良反应，有效性与安全性均优于硬膜外麻醉，值得推行。

参考文献

- [1] 郭红利, 王晓凤. 腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉在高龄产妇剖宫产术中的应用效果比较[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(26):69-72.
- [2] 范松强. 腰硬联合麻醉与连续硬膜外麻醉在妊娠期高血压疾病孕妇剖宫产术中的应用比较[J]. 河南医学研究, 2021, 30(9):1641-1642.
- [3] 朱延华. 腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉用于高龄产妇剖宫产术的效果研究[J]. 饮食保健, 2021(8):36-36.
- [4] 曹蒙蒙. 比较研究腰麻联合硬膜外麻醉、单纯硬膜外麻醉用于剖宫产术的麻醉效果[J]. 养生大世界, 2021(13):114-114.