

左布比卡因腰硬联合麻醉在剖宫产患者中的临床应用

尹丹琴¹ 余翠娥²

(1 江苏省丹阳市人民医院 丹阳 212300; 2 江西省修水县中医院麻醉科 修水 332400)

摘要:目的:研究左布比卡因腰硬联合麻醉应用于剖宫产的可行性。方法:选择拟行剖宫产患者共 100 例,经 L₂₋₃ 椎间隙用笔尖式腰硬联合麻醉穿刺针,蛛网膜下腔用药为 0.75% 左布比卡因。结果:腰硬联合麻醉起效时间短(3 min 左右),用麻药量少,便于对产妇循环、呼吸系统监护,术后头痛少,无感觉异常等并发症。结论:腰硬联合麻醉起效快,镇痛、肌松完善,实施剖宫产患者左布比卡因腰硬联合麻醉能保持心血管系统稳定,对产妇、新生儿较安全,适用于包括肥胖、贫血、悬垂腹产如剖宫产术,值得在临床推广应用。

关键词:剖宫产;左布比卡因;腰硬联合麻醉;心血管系统

中图分类号:R614.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.037

近年来剖宫产手术逐年增加,腰硬联合麻醉(CSEA)作为目前常用的方法,在临床上应用广泛。单纯使用硬膜外麻醉给药后起效慢,神经阻滞不全的发生率高,加之剖宫产患者心血管系统稳定性较差,易发生低血压和心律失常。本研究观察了左布比卡因腰硬联合麻醉对循环系统的影响及麻醉效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2010 年 5 月~2013 年 5 月在我院行剖宫产手术的患者 100 例,ASA I~III 级,年龄 17~42 岁,体重 45~117 kg。凡不能合作、有腰麻禁忌者,均不在本研究之列。

1.2 麻醉方法 术前常规苯巴比妥钠 0.1 g 肌注,进入手术间后吸氧,测血压、心率、呼吸、脉搏血氧饱和度、心电图监测。开放浅静脉通路,快速静滴复方乳酸钠溶液。产妇取左侧胸膝弯腰卧位,经 L₂~L₃ 椎间隙穿刺硬膜外腔,当确定穿刺针进入硬膜外间隙后用 25 G 腰穿针(驮人公司生产硬腰联合包)自硬膜外穿刺进入蛛网膜下腔,确定脑脊液流出后以缓慢速度(约 1 mL/5 s)注入局麻药(0.75% 左布比卡因 1.3~2 mL),迅速拔出腰穿针,然后头向置硬膜外导管 3~4 cm,固定好导管,让病人平卧调节麻醉所需的平面(5~10 min 之内调节),控制阻滞平面在 T₅₋₆ 以下,在穿刺之前要先扩容。术中根据麻醉平面和手术需要追加局麻药 2% 利卡多因。

1.3 观察项目 采用针刺法测试痛感觉阻滞平面,记录患者给药后 10 min 时的痛觉阻滞平面,监测患者 ECG、血压、心率、呼吸、SPO₂。记录患者术中发生恶心、呕吐等情况。

1.4 统计学处理 使用统计学 SPSS11.0 软件处理,计量数据比较采用成组 *t* 检验,计数数据组间比较采用卡方检验,*P*<0.05 表示有统计学差异。

1.5 结果 100 例剖宫产中,麻醉平面上界在 T₅₋₆

者 95 例(95%),T₈ 以下者 3 例(3%),T₃₋₄ 者 2 例(2%)。本组病人均无痛,肌肉松弛良好,均未使用辅助用药和追加麻药,患者术中未出现明显牵拉不适及呕吐,但有 36 例(36%)出现不同程度的血压下降,经快速输液、麻黄碱等处理后血压平稳。

2 讨论

在妊娠期间,孕妇生理明显变化,对剖宫产麻醉会产生影响,严重时甚至危及孕妇生命,妊娠合并疾病以及剖宫产相关并发症使麻醉风险大增。因此,麻醉医师必须熟悉相关知识^[1],例如妊娠期间孕妇生理的改变,各种药物对胎儿的直接或间接影响,各种麻醉方法在剖宫产手术麻醉中的利与弊等,提供良好的麻醉以便手术顺利进行,保障孕妇和婴儿的安全。

产妇心血管系统稳定性较差,易发生低血压和心律失常,选择合适的椎管内麻醉以改善椎管内麻醉阻滞效果,降低血流动力学不平稳的并发症,于剖宫产术麻醉管理具有很重要的意义。仰卧位低血压综合征是由于子宫(胎儿、羊水、胎盘)在仰卧位容易压迫孕妇下腔静脉、腹主动脉导致回心血量减少,或麻醉后肌肉松弛,易造成孕妇血压下降或极度下降,悬垂腹、贫血、肥胖病人尤易出现。应立即将右臀部垫高,使子宫左移,解除下腔静脉压迫;快速输液,综合处理,手术医生应尽快开始手术,缩短婴儿取出的时间。影响蛛网膜下腔阻滞平面调节的因素很多^[2],使用 0.75% 左旋布比卡因可降低心脏毒性,减少因椎管内麻醉平面过广给患者造成的各种不适及血压下降、呼吸抑制等副作用^[3]。我们在剖宫产手术麻醉中用 0.75% 左旋布比卡因 1.3~2 mL,能维持麻醉时间在 1~1.5 h 内,手术病人的麻醉阻滞平面控制在 T₅₋₆ 以下,血压比较平稳。如平面在 T₃₋₄ 则保证病人生命体征平稳,血氧饱和度正常,手术结束用速尿、地塞米松等处理使平面降至 T₅₋₆ 以下;

在实施 CSEA 前应尽快给予一定量的晶体液、胶体液扩容,及升压药;贫血病人对麻醉手术耐受性差,有输血指征如 Hb 小于 80 g/L 的产妇应边手术边输血或提前输血,严密监测血流动力学的改变。

孕妇对麻药的需要低,较少量的局麻药就可达到理想的平面,应适当减少药量。传统的腰麻目前在临床上应用较少^[1],因为腰麻对孕妇血动力学影响较大,麻醉平面不易控制,不能任意延长麻醉时间,而且术后头痛的发生率较高。1984 年 CSEA 被首次报道用于剖宫产,现在已经迅速推广^[2],CSEA 结合了腰麻和硬膜外的特点,起效更快、麻醉效果确切、肌松更好、麻醉药用量少,对胎儿影响小,可任意延长麻醉时间。由于穿刺技术的改进,现在 CSEA 的穿刺器械普遍使用笔尖式针芯,针芯更细、针孔侧置,针芯分开硬脊膜,对硬脊膜的损伤更小,

减少了脑脊液的外漏,使术后头痛的并发症显著降低。

值得注意的是,凡不能合作、凝血功能紊乱或有椎管内麻醉禁忌者等不能应用此法。综上,左布比卡因腰硬联合麻醉在为剖宫产患者提供满意麻醉效果的同时,可有效增加剖宫产患者的心血管系统的稳定性,减少副作用的发生,具有较佳的临床应用价值。只要加强麻醉管理,CSEA 是适用于剖宫产(包括肥胖、Hb 在 60~80 g/L 的贫血、悬垂腹产妇)的一种较好较安全的麻醉方式,值得临床推广应用。

参考文献

[1]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].北京:人民卫生出版社,1995.583,765,776
[2]郭颖,余清.小剂量芬太尼复合布比卡因腰硬联合麻醉在老年患者中的应用[J].安徽卫生职业技术学院学报,2013,12(1):52-53
[3]米勒.米勒麻醉学[M].第 6 版.北京:北京大学医学出版社,2006. 2 332

(收稿日期:2013-09-22)

清热解毒汤治疗小儿水痘

郝文梅

(山西省太谷县中医院 太谷 030800)

摘要:目的:探讨清热解毒类中药治疗小儿水痘的疗效。方法:采用自拟清热解毒汤(金银花、连翘、紫花地丁、蒲公英、玄参、牛蒡子、石膏、知母、荆芥、防风、薄荷、甘草)治疗小儿水痘 32 例。结果:32 例中治愈 17 例,显效 14 例,无效 1 例,总有效率 96.88%。治疗期间,未发现与清热解毒汤有关的不良反应。结论:清热解毒汤加减分型论治小儿水痘,临床疗效显著,值得临床应用。

关键词:小儿水痘;中医药疗法;清热解毒剂治疗应用

中图分类号:R511.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.038

小儿水痘是由外感时行邪毒引起的急性传染病,临床上以发热、皮肤分批出现丘疹、疱疹、结痂为其特征,因其形态如豆、色泽明净如水泡而得名。古代医家对本病论述较多,在《小儿药证直诀·疱疹侯》中,虽然没有明确与天花作出区别,但分辨出是一种水疱性的皮疹。《小儿痘疹袖金方论》中则明确水痘病名及其证治。《医宗金鉴》指出:“水痘皆因湿热成,外证多与大豆同,形圆顶尖含清水,易胀易靥不浆脓。”笔者自 2011 年 6 月~2013 年 6 月,采用自拟清热解毒汤随症加减治疗本病患儿 32 例,取得了较为满意的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 共观察 32 例,男 20 例,女 12 例;年龄 3 个月~11 岁,平均 5.65 岁。所有病例均符合小儿水痘的诊断,其中风热犯表型 18 例,热毒炽盛型 14 例;发病时间最长 1 周,最短 1 d。

1.2 纳入标准 符合全国高等医药院校教材《中医儿科学》第三版诊断标准^[1]:(1)发热轻,多见低热、流涕咳嗽;(2)皮疹见于起病后 24 h 内,或 1~2 d

内;(3)在身体同一部位同时发现各阶段的皮疹(即丘疹、疱疹、结痂同时出现);(4)色泽如水泡。

1.3 排除诊断 (1)其他临床表现相似疾病者;(2)丘疹样荨麻疹、脓疱病;(3)手足口病;(4)天花。

1.4 辨证分型及治疗方法

1.4.1 风热犯表型 主证:发热轻微或不伴发热,初见鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽,1~2 d 后出疹,皮疹稀疏,疹色红润,疱顶皮薄,疱浆清亮,此起彼伏,躯干较多,舌苔薄白,脉浮数。分析:本证多系外感风热时邪,伤及肺卫所致。邪犯肺卫,故见发热、流涕、喷嚏、咳嗽。邪入未深,透于肌表,故见疹痘稀疏,色泽润红,疱浆清亮。治宜疏风解表,清热解毒。方用清热解毒汤合银翘散加减:金银花 5 g、连翘 5 g、紫花地丁 5 g、蒲公英 10 g、牛蒡子 5 g、石膏 10 g、知母 5 g、荆芥 10 g、防风 10 g、薄荷 10 g、甘草 5 g、竹叶 10 g、芦根 10 g。咳嗽加桑白皮 5 g、杏仁 5 g;咯吐黄痰加黄芩 4 g、鱼腥草 6 g;流涎加黄连 1 g;大便秘结加火麻仁 6 g;腹痛加延胡索 4 g、小茴香 3 g。

1.4.2 热毒炽盛型 主证:壮热不退,烦躁不安,面