

# 耳针联合腰硬麻醉对剖宫产产妇恶心呕吐反应的影响

金娟新

海宁市第三人民医院麻醉科, 浙江 海宁 314406

**[摘要]** 目的: 观察剖宫产采用腰硬联合麻醉辅助中医耳针对恶心呕吐的防治效果。方法: 96例产妇, 按麻醉方式不同分为2组。观察组以耳针联合腰硬联合麻醉; 对照组以腰硬联合麻醉。观察2组恶心呕吐、低心率及低血压发生率, 比较2组产术中出血量、药品使用情况及新生儿5 min后新生儿评分(Apgar)分值。结果: 观察组第三时段及第四时段恶心呕吐发生率均较对照组低, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组使用胃复安的患者共7例(14.58%), 对照组共19例(39.58%), 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组术中出血量、新生儿5 min后Apgar分值、低心率及低血压发生率比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 将耳针与腰硬联合麻醉应用于剖宫产中, 能有效降低恶心呕吐发生率及胃复安使用率, 疗效优且安全性高。

**[关键词]** 恶心; 呕吐; 剖宫产; 腰硬联合麻醉; 耳针

**[中图分类号]** R614.4<sup>2</sup> **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0191-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.090

国内妇产科将腰硬联合麻醉作为首选剖宫产镇痛麻醉手段。但该麻醉方法无法完全进行神经阻滞, 而产妇对手术的恐惧和分娩的担忧, 必然在剖宫产中引起盆腔操作时的牵拉疼痛。此外, 剖宫产围手术期, 产妇多有恶心呕吐现象, 增加产妇痛苦同时又增加手术难度, 对手术有一定阻碍作用, 而抗呕吐药物均有不同程度的副作用, 且并不清楚药物是否会进入乳汁, 对新生儿的危害性尚不明确<sup>[1]</sup>。为了保证新生儿的健康不受影响, 因此应尽量减少抗呕吐药物的使用, 并将预防剖宫产产妇围手术期恶心呕吐作为重点研究对象。笔者将耳针应用在剖宫产腰硬联合麻醉中, 以研究该方法预防恶心呕吐的效果, 现将结果报道如下。

## 1 临床资料

按麻醉方式不同将2014年2月—2015年2月本院妇产科收治的96例行择期子宫下段剖宫产产妇分为2组。观察组48例, 年龄19~41岁, 平均(27.3±3.3)岁; 孕周38~41周, 平均(38.8±1.9)周。对照组48例, 年龄20~43岁, 平均(26.9±3.9)岁; 孕周38~42周, 平均(38.0±2.1)周。2组一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。具有可比性。排出标准: 妊娠高血压综合征; 贫血(Hb<100 g/L); 严重心、肝、肾疾病; 强烈宫缩或胎儿窘迫。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 行连续腰硬联合麻醉。麻醉前行0.5 mg阿托品肌肉注射, 行500 mL静脉平衡液输注, 行L<sub>2-3</sub>穿刺后将1.6 mL罗哌卡因注射液(10.75%)注入, 输注速度为0.1 mL/s,

调整麻醉平面至T<sub>6</sub>以下; 若无法满足要求平面, 应行硬膜外盐酸氯普卡因注射, 浓度为3.0%, 每次3~5 mL, 使麻醉平面维持T<sub>6</sub>以下。血压下降超过30%则将腹部向左侧推动, 避免综合征; 使用淀粉氯化钠(6.0%)扩容, 速度为100滴/min。若收缩压仍<80 mmHg或血压仍<50 mmHg立即行麻黄素(10 mg)扩容。

**2.2 观察组** 使用微电流刺激仪, 双极性非对称连续长方波, 频率1.5 Hz, 刺激耳神门穴, 患者自我控制以有重、酸、痛、麻、胀感为佳; 检测心电图、无创血压等, 面罩吸氧后开放上肢静脉; 耳针刺激0.5 h后行连续腰硬联合麻醉, 方法同对照组。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 观察不同时段产妇恶心呕吐发生情况, 主要症状: 突发呕吐, 可伴恶寒、发热, 胸膈满闷, 头身疼痛。舌脉表现为脉濡缓, 舌苔白。麻醉至娩出胎儿为第一时段, 娩出胎儿至缝合子宫结束为第二时段, 腹腔探查至皮肤切口缝合为第三时段, 给予腹腔硬膜外吗啡至术后2 h为第四时段。观察产妇有无低血压(于麻醉前相比, 平均动脉压至少下降25%)、低心率(心率<55 bpm)发生。观察阿托品、麻黄碱、宫缩素及胃复安使用率(每个产妇统计1次)。观察术中出血量及新生儿5 min后新生儿评分(Apgar)分值。

**3.2 统计学方法** 使用SPSS 14.0软件进行统计学分析, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 行 $t$ 检验; 计数资料以“%”表示, 行 $\chi^2$ 检验。

**[收稿日期]** 2015-04-21

**[作者简介]** 金娟新(1965-), 女, 主治医师, 研究方向: 临床麻醉方面。

#### 4 结果

4.1 2组不同时段产妇恶心呕吐发生率比较 见表1。观察组第三时段及第四时段恶心呕吐发生率均较对照组低,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组不同时段产妇恶心呕吐发生率比较 例(%)

组别	n	第一时段	第二时段	第三时段	第四时段
观察组	48	11(22.92)	0	1(2.08)	2(4.17)
对照组	48	9(18.75)	1(2.08)	8(16.67)	7(14.58)
$\chi^2$ 值		0.48	2.01	5.67	7.00
P值		0.4885	0.1563	0.0172	0.0081

4.2 2组产妇药品使用情况比较 见表2。观察组使用胃复安的患者共7例(14.58%),对照组共19例(39.58%),2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组产妇药品使用情况比较 例(%)

组别	n	阿托品	麻黄碱	宫缩素	胃复安
观察组	48	8(16.67)	26(54.17)	16(33.33)	7(14.58)
对照组	48	9(18.75)	27(56.25)	18(37.50)	19(39.58)
$\chi^2$ 值		0.13	0.08	0.54	15.60
P值		0.71	0.7768	0.4611	0.0001

4.3 2组术中出血量、新生儿5min后Apgar分值、低心率及低血压发生情况比较 术中出血量观察组( $250.22 \pm 71.12$ )mL,对照组( $260.52 \pm 70.89$ )mL,2组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );新生儿5min后Apgar分值观察组( $9.42 \pm 0.82$ )分,对照组( $9.50 \pm 0.62$ )分,2组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );低心率及低血压发生率观察组(11/48)、(9/48),对照组(10/48)、(8/48),2组低血糖、低血压发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

#### 5 讨论

神门穴位于耳蜗的三角顶点,中医学认为其有抗感染、抗呕吐、抗焦虑、降血压、催眠、抗痛等多种作用<sup>[2]</sup>。有研究者将耳针应用在经腹胆囊切除术患者中,发现术后1天无1例呕吐,而未使用耳针的对照组中,64.00%的患者发生呕吐<sup>[3]</sup>;另有研究者将耳针刺激法应用在经腹子宫切除患者中,术后12h呕吐率为30.00%,较对照组(65.00%)低<sup>[4]</sup>。本次研究中,观察组(应用耳针)第一、二时段呕吐恶心发生率与对照组相当( $P > 0.05$ ),第三、四时段恶心呕吐发生率(2.08%、14.47%)均明显低于对照组(16.67%、14.58%),2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。上述研究结果与本次研究结果均证明耳针刺激法应用在经腹手术中有良好的预防呕吐作用。

连续腰硬联合麻醉常引起剖宫产产妇恶心及呕吐。笔者将耳针与腰硬联合麻醉同时应用于剖宫产手术中,并根据恶心及呕吐的原因对剖宫产进行时段分割:麻醉起效至胎儿娩出时,交感神经在短时间内被阻滞,相关血管扩张,产妇仰卧位血压

降低,脑供血量快速减少,导致缺氧性恶心呕吐<sup>[5]</sup>;娩出胎儿至子宫缝合完毕,产妇体征较平稳,少有恶心呕吐;腹腔探查至缝合皮肤切口,腹腔脏器被牵拉引起迷走神经亢进,呕吐中枢受到刺激,导致呕吐;给予硬膜外吗啡后,吗啡经兴奋呕吐中枢,与阿片受体化学反应,引起呕吐。应用刺激耳神门能显著降低腹腔探查后以及硬膜外罗哌卡因注射后的恶心呕吐率,考虑其机制可能为:耳神门穴处迷走神经分布较多,耳针刺刺激能经外周机制实现迷走神经张力调控;耳针对耳神门穴形成刺激的同时也直接作用于呕吐中枢,削减罗哌卡因对中枢神经的作用,从而有效预防恶心及呕吐;耳针刺刺激耳神门穴时,并不能减少低血压引起的呕吐,原因可能是耳针对低血压缺血性兴奋呕吐中枢无明显作用。观察组经30min耳神门穴耳针刺刺激,刺激叠加效应使耳神门穴处出现紫红色斑块(刺激斑),局部有胀、麻、酸、热痛和轻微头晕感,身体总体感觉良好,长时间刺激能明显较少胃复安使用。本次观察组中,麻黄碱、阿托品、宫缩素使用率与对照组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );观察组胃复安使用率为14.58%,明显低于对照组39.58% ( $P < 0.01$ )。说明使用耳针刺刺激不仅可缓解胃部不适感,降低呕吐发生率,减少胃复安的使用,同时不增加其他药物使用率。术中出血量、低血压及低心率、新生儿Apgar评分,观察组与对照组新生儿Apgar分值接近,2组低血压、低心率发生率差异不显著,2组产妇术中出血量及新生儿5min后Apgar分值比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),说明将针刺法与腰硬联合麻醉合用于剖宫产术恶心呕吐防治中,安全性较高。

综上所述,耳针与腰硬联合麻醉应用于剖宫产术恶心呕吐防治中,能缓解胃部不适,减少恶心呕吐发生,安全性高,值得推广和应用。

#### [参考文献]

- [1] 刘碧华,蒲江北.三种麻醉方式在剖宫产术中的效果比较及对胎儿的影响[J].中国医药导报,2012,9(10):103-104.
- [2] 万效梅,王燕,齐慧,等.经皮电刺激耳神门穴对妇科手术患者术前焦虑情绪的影响[J].中国医刊,2012,47(4):85-86.
- [3] 李井柱,李晓征,王明山,等.经皮电刺激耳神门穴对剖宫产术后恶心呕吐发生率及镇痛效果的影响[J].中华医学杂志,2012,92(27):1892-1895.
- [4] 尹利华,李万山,招伟贤,等.针刺辅助麻醉对妇科腹腔镜手术患者MAC的影响[J].新中医,2002,34(4):47-48.
- [5] 王锦卓,姚宇,韩伟,等.舒芬太尼术后镇痛对剖宫产患者泌乳及新生儿的影响[J].中国实验诊断学,2012,16(12):2308-2309.

(责任编辑:马力)