

# 凶险型前置胎盘剖宫产术的麻醉处理分析

余 洋

(普洱市人民医院 云南 普洱 665000)

**【摘要】**目的：本文旨在探究针对凶险型前置胎盘剖宫产术患者的麻醉处理分析。方法：在本院接受治疗的凶险型前置胎盘需进行剖宫产术病例系统中选择 2021.7-2022.10 期间收治冠心病患者 96 例作为本次研究样本，采用回顾分析法对患者换着的麻醉处理过程、结果及并发症情况等进行分析，总结凶险型前置胎盘剖宫产术患者的麻醉处理。结果：96 例患者均顺利完成剖宫产术，胎儿被顺利分娩，且麻醉与手术过程都平稳，术中出血量少，并无发生术中及术后并发症，患者住院时间短，患者及家属对麻醉处理满意度高，术后恢复效果良好。结论：对凶险型前置胎盘患者在进行剖宫产手术过程中进行麻醉处理，效果良好，根据患者的具体情况选择合适的方式对患者进行麻醉，可确保手术过程顺利完成，降低术中及术后并发症的发生风险，患者恢复效果良好。

**【关键词】**凶险型前置胎盘；剖宫产术；麻醉处理分析

## Analysis of anesthesia management in dangerous placenta previa cesarean section

Yang Yu

(Pu'er People's Hospital, Pu'er, Yunnan, 665000)

**[Abstract]** Objective: This article aims to explore the dangerous type of placenta previa cesarean section anesthesia management analysis. Methods: from July 2021 to October 2022, 96 patients with coronary heart disease (CHD) were selected as the study sample, retrospective analysis was used to analyze the anesthesia process, results and complications of patients with placenta previa during cesarean section. Results: all the 96 cases completed the cesarean section successfully, the fetus was delivered smoothly, and the anesthesia and the operation process were all stable, the amount of bleeding during the operation was little, there were no intraoperative and postoperative complications, and the hospitalization time of the patients was short, the patients and their family members were satisfied with the anesthesia treatment, and the postoperative recovery was good. Conclusion: the effect of anesthesia on the patients with dangerous placenta previa during cesarean section is good, and the suitable method of anesthesia should be chosen according to the specific conditions of the patients, it can ensure that the operation process is completed smoothly, reduce the risk of intraoperative and postoperative complications, and patients recover well.

**[Key words]** Dangerous placenta previa; Cesarean section; Analysis of anesthesia management

前置胎盘指的是患者在妊娠期 28 周以后，胎盘仍然附着在子宫下端部位，甚至已经完全覆盖住宫颈内口，胎盘位置低于位置低于胎先露者<sup>[1]</sup>。患者如果妊娠前有过剖宫产手术史或经历过子宫肌瘤切除术，且此次妊娠过程出现前置胎盘，且胎盘的位置刚好位于剖宫产手术或子宫肌瘤切除术的手术瘢痕位置，这种情况则被称为凶险型前置胎盘。在妊娠期间，前置胎盘可能会导致严重的后果，也是导致患者孕晚期阴道流血的主要因素，凶险型前置胎盘是所有前置胎盘类型中最为严重的类型，病情发展严重时，可能会危害到患者和胎儿的生命安全，并且产妇可能会面临巨大的出血风险、胎盘植入、产褥感染、子宫丢失等严重并发症，且凶险型前置胎盘也会造成胎儿窘迫的发生率增高，导致胎儿缺氧、早产等风险事故的发生，

同时胎儿极易由于早产而导致体重过低，加重了胎儿死亡的风险<sup>[2]</sup>。手术及麻醉可能会带来的创伤也会加重患者的身心负担，出现特殊情况如果处理不当还会引发严重的术后并发症。近年来，随着医疗水平发展，人们生活质量提高，“围手术期处理”逐渐进入大众视野。围手术期处理指的是对患者进行术前、术中、术后全方位、个体化的治疗及护理，以手术为中心，结合患者各项生命体征、精神状态、特殊情况选择合适的手术方案，进行术中监护及术后并发症的防治。部分专家学者在研究过程中指出，由于凶险型前置胎盘患者及胎儿在剖宫产手术过程中风险较大，因此凶险型前置胎盘患者应在进行剖宫产手术时，根据患者的具体情况给予合适的麻醉处理方式，帮助患者顺利分娩，以此降低患者术中及术后可能出现的并发症的

发生率，同时也能够保证胎儿的生命健康，将风险事件降到最低。基于此，本院围绕针对凶险型前置胎盘患者在剖宫产手术过程中根据患者具体情况给予患者合适的麻醉处理方式，通过给予患者更科学有效的麻醉处理方式，以期凶险型前置胎盘剖宫产患者提供能够降低并发症等风险事件，保证患者及胎儿生命健康的麻醉处理方式，具体研究内容如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

在本院接受治疗的脑卒中患者系统中选择2021.7-2022.10期间收治凶险型前置胎盘患者96例作为本次研究样本，患者的年龄跨度在29-47岁，平均年龄为(32.12±2.11)岁，孕周分布在30-37周，平均妊娠周期为(32.12±1.14)周，作为此次研究样本的患者均临床确诊为凶险型前置胎盘，且均自愿在我院接受剖宫产手术，患者均为孕晚期，在术前各项生命体征检查结果均正常，患者均无妊娠高血压综合征、妊娠糖尿病等严重基础病，无产前大出血症状，且无精神异常的症状。

### 1.2 方法

提醒患者在进行剖宫产术前8h内禁止进食，2h内禁止饮水，且在剖宫产术前切忌使用任何麻醉药物。麻醉医生在患者进行剖宫产术前对患者的具体身体状况、胎盘是否置入、是否需要使用低分子肝素、血小板指标、凝血功能是否正常、麻醉医生自身能力等多种因素考虑后为患者选择合适的麻醉方式。同时，在麻醉前，麻醉医生应与患者及家属进行积极沟通，将麻醉方式、麻醉过程及围术期麻醉可能出现的风险事故全部告知，提醒患者及家属做好心理准备，同时准备好可能需要的抢救药品、所需物品设备，通知血库备好血液及血液制品<sup>[3]</sup>。

当患者进入手术室时，麻醉医生应立即开始对其进行全面的生命体征监测，包括血压、脉搏、心电图、呼吸频率、血氧含量、尿量等，以确保患者的安全和健康。采用双路大静脉通道，同时进行桡动脉穿刺测压，以保证最佳手术效果。对于腰硬联合麻醉患者，穿刺点选择L3-4或L2-3，腰麻选用1.5~2 mL的0.4%布比卡因，在患者腰部置入硬膜外导管，根据手术过程中的具体情况给予患者1%利多卡因+0.375%罗哌卡因，麻醉平面控制在T6以下。对于需要进行全麻诱导的患者，需为其选择瑞芬太尼1 ug/kg、1.5~2 mg/

kg丙泊酚、0.6 mg/kg罗库溴铵，在进行气管插管后使用七氟烷维持，当胎儿顺利娩出后给予患者舒芬太尼3~5 ug，并间断静脉注射0.15 mg/kg罗库溴铵<sup>[4]</sup>。

在患者进行手术过程中，麻醉医生应随时对患者术中出血量、体温情况、心电图的各项指标、呼吸频率、尿量、有创动脉压等数据进行监测，观察患者血液丢失情况，一旦发现患者存在术后大出血状况时，应为患者进行输血，输血前麻醉医生要严格核对患者血量，根据失血情况、纱布块血量、吸收量决定输血量，维持患者体内血液循环系统稳定。同时对患者血小板数量及凝血功能等情况进行检查。术中对患者进行血气分析，根据分析结果纠正酸碱平衡和电解质紊乱<sup>[5]</sup>。

当患者在进行剖宫产手术过程中处于麻醉状态时，由于缺乏疼痛的感受，患者的身体无法对外界的温度和湿度进行有效的调节，因此，一旦室内的温度和湿度超出其承受范围，就会阻碍患者身体散热，最终导致其体温升高。而当室内温度过低或湿度过小时，患者体内会迅速散热。患者采取全身麻醉的方式，为了达到最佳治疗效果，麻醉医生及巡回护理人员应该将室内温度控制在22℃~25℃，相对湿度控制在40%~50%。术后且患者处于麻醉清醒期间，麻醉医生及巡回护理人员应在患者床边进行监护，防止患者坠床，保证患者身上各处引流管、静脉留置针的顺畅，监测患者呼吸情况，预防意外情况发生。

### 1.3 统计学方法

对凶险型前置胎盘患者的剖宫产手术成功率、术中出血量、术中及术后并发症发病率、住院时间等进行统计，分析数据。

## 2 结果

### 2.1 剖宫产手术成功率、患者及家属对麻醉处理满意度分析

经过对表1数据进行分析可知，通过对凶险型前置胎盘患者在进行剖宫产手术过程中给予合适的麻醉处理，剖宫产手术成功率高，患者及家属对麻醉处理满意度高。

表1 剖宫产手术成功率、患者及家属对麻醉处理满意度分析

组别	例数	占比
剖宫产手术成功率	96	96(100%)
患者及家属对麻醉处理满意度	96	96(100%)

### 2.2 患者平均术中出血量、术中及术后并发症发

病率

经过对表 2 数据进行分析后得出, 通过对凶险型前置胎盘患者在进行剖宫产手术过程中给予合适的麻醉处理, 患者在术中出血量少, 术中及术后并发症少。

表 2 患者术中出血量、术中及术后并发症发病率

组别	例数	数据
患者平均术中出血量 (ml)	96	832.11 ± 10.76
术中及术后并发症 (n%)	96	6 (6.25%)

2.3 患者平均住院时间、患者日均住院费用分析

经过对表 1 数据进行分析可知, 通过对凶险型前置胎盘患者在进行剖宫产手术过程中给予合适的麻醉处理, 患者住院时间较短, 日均住院费用较少。

表 3 患者平均住院时间、患者日均住院费用分析

组别	例数	数据
患者平均住院时间 (d)	96	5.25 ± 1.14
患者日均住院费用 (元)	96	365.12 ± 10.34

3 讨论

随着生活质量以及大众对女性健康的关注度不断提高, 且近年来“三胎”政策的开放, 也就出现了凶险型前置胎盘患者的数量正在不断增加。凶险型前置胎盘患者在妊娠期内极易出现阴道反复出血, 如果病情严重, 还可能会导致产前大出血的症状, 造成患者贫血甚至引发休克。因此在对患者进行剖宫产手术前, 麻醉医生应通知医院血库备足血液, 以防在手术过程中出现大出血时需对患者及时供血。麻醉医生在对患者进行麻醉前, 应先在患者体内建立两条以上的静脉通路, 一般位于患者的颈内或上肢静脉处, 同时为患者建立有创动脉压力检测通道, 将动脉及静脉通道建立好后进行稳定固定, 防止在对患者进行抢救过程中, 动脉或静脉通路突然脱落的情况。临床上针对凶险型前置胎盘患者在进行剖宫产手术时, 一般采用腰硬联合麻醉和全麻诱导两种麻醉方式。腰硬联合的方式麻醉效果起效快, 但是极易导致血流动力学不稳定, 且与非妊娠期患者相比, 产妇在进行局部麻醉时, 所使用的麻醉用量相对较少, 控制麻醉平面相对较低, 以防止仰卧位造成患者低血压, 在对患者进行麻醉过程中, 麻醉医生可根据患者具体情况选择血管活性药物, 以防止血管堵塞, 影响血液在体内的正常流动。全麻诱导方式有利有弊, 弊端在于极易导致患者出现反流

误吸等情况, 因此麻醉医生在对患者进行麻醉过程中尽量选择头高位、快速诱导、压迫环状软骨等策略, 积极预防患者出现误吸反流等状况。同时, 麻醉医生应为患者准备好呼吸困难时所需的气管插管设备。在手术过程中监测患者的呼吸状况, 如果患者在进行剖宫产手术过程中, 出现呼吸困难时, 应及时为患者进行气管插管, 防止患者出现呼吸衰竭等严重并发症。麻醉医生在患者进行剖宫产手术过程中应根据患者术前阴道出血量、术中出血量、血压监测结果及尿量等对患者的出血情况进行综合、科学判断, 及时给予患者补充血液, 同时需监测患者的血小板数量、血红蛋白、红细胞数量及凝血功能情况对患者进行血液制品补充, 寒冷天气下为患者补充血液及血液制品过程中, 可为患者适当加温输血液体。在患者手术过程中, 巡回护理人员和麻醉医生密切监测患者的体温, 根据周围环境及患者体温变化情况, 及时调整手术室内的温度, 保证手术顺利进行。我院在对凶险型前置胎盘患者剖宫产手术过程中根据患者病情及自身状况, 为患者提供科学的麻醉处理方式, 经过研究结果显示, 患者手术成功率高, 手术过程及麻醉过程较为平稳, 术中出血量较少且在可控范围内, 患者无术中及术后并发症, 住院时间短, 恢复效果良好。总之, 在为凶险型前置胎盘患者剖宫产手术进行麻醉处理时, 应根据患者的具体情况, 选择合适的麻醉方式。

参考文献:

[1] 颜丽. 凶险型前置胎盘剖宫产手术中护理配合的应用价值 [J]. 中国社区医师, 2021, 37(03): 175-176.

[2] 许金梅, 黄娟. 凶险型前置胎盘患者行剖宫产手术的护理配合 [J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11(01): 148-150.

[3] 张晓丹. 对凶险型前置胎盘剖宫产术实施心理护理干预的效果观察 [J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2018, 5(21): 178+181. DOI: 10.16484/j.cnki.issn2095-8803.2018.21.111.

[4] 李蕾. 凶险型前置胎盘剖宫产术的麻醉处理分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(05): 23. DOI: 10.16281/j.cnki.jocml.2018.05.016.

[5] 陈淑萍. 凶险型前置胎盘剖宫产术的麻醉处理分析 [J]. 现代实用医学, 2014, 26(06): 664-665.