

论著·临床研究

硬膜外分娩镇痛的实施时长对中转剖宫产时硬膜外麻醉效果影响的研究*

玛荷芭·玉素甫江, 林 丽[△]

(乌鲁木齐市妇幼保健院, 新疆 乌鲁木齐 830000)

[摘要] 目的 探讨硬膜外分娩镇痛的实施时长对中转剖宫产时硬膜外麻醉效果的影响。方法 采用前瞻性队列研究, 收集 2020 年 1 月至 2021 年 6 月于新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市妇幼保健院产房内实施硬膜外分娩镇痛后中转剖宫产产妇的临床资料, 依据分娩镇痛的实施时长 8 h 为分界值, <8 h 为短时组, >8 h 为长时组, 中转剖宫产时均通过分娩镇痛时置入的硬膜外导管给药, 常规首先给予 1.5% 的利多卡因 3 mL 为试验剂量, 起效后, 给予 1% 利多卡因 + 0.75% 罗哌卡因混合液 10~15 mL 进行硬膜外麻醉, 比较两组产妇硬膜外麻醉效果和失败率。结果 共纳入 56 例产妇, 其中短时组 26 例, 长时组 30 例, 长时组 5 例硬膜外麻醉失败, 失败率明显高于短时组 (16.7% vs. 0, $P < 0.05$), 短时组麻醉成功产妇产后镇痛药液剂量明显少于长时组 [(45.22 ± 5.35) mL vs. (80.15 ± 10.50) mL], 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组产妇剖宫产中的局部麻醉药用总量 [(15.18 ± 2.52) mL vs. (14.38 ± 1.05) mL], 给予用药剂量至切皮时间 [(22.05 ± 8.42) min vs. (23.45 ± 6.87) min]、手术时间 [(88.75 ± 21.72) min vs. (85.10 ± 13.22) min] 比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组均无产妇和新生儿不良事件发生。长时组麻醉后感觉阻滞平面 [$T_9(T_4, T_{10})$ vs. $T_6(T_4, T_7)$] 和运动阻滞分级 [1(0, 1) 级 vs. 2(1, 3) 级] 均低于短时组 ($P < 0.05$); 长时组在切皮后分离肌肉时的不适主诉 (24.0% vs. 11.5%) 和子宫缝合完毕探查腹腔时的不适主诉 (84.0% vs. 61.5%) 均高于短时组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 对于在产房接受硬膜外分娩镇痛的产妇而言, 分娩镇痛实施时间越长, 在后续的中转剖宫产过程中不仅会降低术中硬膜外的麻醉效果, 还增加了麻醉失败的风险, 增加再次穿刺的概率。

[关键词] 硬膜外分娩镇痛; 实施时长; 剖宫产; 硬膜外麻醉

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.07.008

中图法分类号: R614.3

文章编号: 1009-5519(2024)07-1122-04

文献标识码: A

Study on the influence of the duration of epidural labor analgesia on the effect of epidural anesthesia during transition to cesarean section*

YUSUFUJIANG · Maheba, LIN Li[△]

(Urumqi Maternal and Child Health Hospital, Urumqi, Xinjiang, 830000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the effect of the duration of epidural labor analgesia on the effect of epidural anesthesia during intrapartum cesarean section. **Methods** A prospective cohort study was conducted to collect and analyze the clinical data of women who were transferred to cesarean section after epidural labor analgesia in the delivery room of the Maternal and Child Health Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region from January 2020 to June 2022. According to the implementation time of labor analgesia the cut-off value of 8 hours as the cut-off value, <8 hours as the short-term group, >8 hours as the long-term group. All of them were given drugs through epidural catheter inserted during labor analgesia during the transfer to cesarean section. Routine first give 3 mL of 1.5% lidocaine as the experimental dose. After the onset of effect, 10–15 mL of 1% lidocaine and 0.75% ropivacaine mixture was given for epidural anesthesia, and compare the effects and failure rate of epidural anesthesia between the two groups. **Results** A total of 56 parturients were included, including 26 in the short-term group and 30 in the long-term group. Five cases of epidural anesthesia failure in the long-term group. The failure rate of long-term group was significantly higher than that in the short-term group (16.7% vs. 0), and the dosage of delivery analgesic solution of other parturients in the short-term group was significantly less than that in the long-term group [(45.22 ± 5.35) mL vs. (80.15 ± 10.50) mL], the differences were statistically significant ($P < 0.05$). There were no significant differences in

* 基金项目: 新疆维吾尔自治区自然科学基金项目 (2019D01A19)。

作者简介: 玛荷芭·玉素甫江 (1988—), 本科, 主治医师, 主要从事产科麻醉工作。 [△] 通信作者, E-mail: 89409488@qq.com。

the total amount of local anesthetic used in cesarean section in the two groups [(15.18±2.52) mL vs. (14.38±1.05) mL], the time from medication dose to skin incision [(22.05±8.42) min vs. (23.45±6.87) min], the operation time [(88.75±21.72) min vs. (85.10±13.22) min] between the two groups. There were no maternal and neonatal adverse events in the two groups, the sensory block level after anesthesia in the long-term group [$T_9(T_4), T_{10}$] vs. $T_6(T_4, T_7)$] and the grade of motor block [1(0,1) gradle class vs. 2(1,3) gradle class] were lower than those in short-term group. Compared with the short-term group, the long-term group had significantly higher complaints of discomfort during muscle separation after skin incision (24.0% vs. 11.5%) and abdominal exploration after uterine suture (84.0% vs. 61.5%), the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** For the parturients who receive epidural labor analgesia in the delivery room, the longer the duration of labor analgesia, it will not only reduce the effect of epidural anesthesia, but also increase the risk of anesthesia failure and the probability of re-puncture during the subsequent cesarean section.

[Key words] Epidural labor analgesia; Cesarean section; Duration; Epidural anesthesia

经阴道分娩是大自然赋予女性的一项生理孕育能力,但其过程带给女性巨大的疼痛体验,增加了产妇的恐惧心理。国家大力推广分娩镇痛就是为在全国范围内降低剖宫产率,给产妇增加顺产的信心,也是社会进步的体现。目前,硬膜外分娩镇痛是国内普遍应用的分娩镇痛方式,不但效果良好,而且在中转剖宫产时能够尽量避免二次穿刺,方便迅速地给予硬膜外麻醉药物,满足剖宫产手术需求。但是,硬膜外腔是一个潜在的密闭腔隙,容积受限,硬膜外分娩镇痛的实施时间越长,蓄积在硬膜外腔的低浓度药物越多,势必会对再次注射的麻醉药物效果产生影响。临床医学不能保证每一例实施硬膜外分娩镇痛的患者都能顺利经阴道生产,因此在分娩镇痛患者实施剖宫产手术时更需注意分娩镇痛的实施时长和药物对后续麻醉效果的影响。本研究旨在通过分析不同时长的硬膜外分娩镇痛产妇中转剖宫产后实施硬膜外麻醉的效果,以期为今后的临床麻醉工作提供数据参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用单中心前瞻性队列研究,收集 2020 年 1 月 1 日至 2021 年 6 月 31 日在新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市妇幼保健院产房接受硬膜外分娩镇痛后中转剖宫产产妇的临床病例资料。纳入标准:(1)正常足月妊娠,孕周 37~42 周,临产;(2)单胎;(3)无椎管内麻醉禁忌证。排除标准:(1)进入手术间时原有的硬膜外导管移位或脱出;(2)对局部麻醉药物和阿片类药物过敏;(3)合并瘢痕子宫、子宫畸形等子宫病变及盆腔病变;(4)除妊娠外,合并其他全身系统性疾病(高血压、糖尿病、心脏病、肾病等)。依据以上标准进行纳入和排除,并核查数据完整,共纳入 56 例产妇,依据分娩镇痛的实施时长 8 h 为分界值, < 8 h 归入短时组产妇, > 8 h 归入长时组(30 例)。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

1.2.1.1 硬膜外分娩镇痛 实施硬膜外分娩镇痛的时机:宫颈扩张大于或等于 2 cm,胎心监护无特殊异

常,产妇自愿要求实施分娩镇痛,经麻醉医师评估后无椎管内操作禁忌证,签署知情同意书后方实施硬膜外分娩镇痛。常规开放静脉通路,实施心电监护,产妇取左侧卧位,于 L_{2-3} 间隙行椎管内穿刺,到达硬膜外腔后,置入硬膜外导管 3~5 cm,后将导管粘贴固定,产妇取平卧位后,回抽未见血液及脑脊液,先给予 1.5%利多卡因 3 mL 试验剂量,观察 5 min 后,无异常后,镇痛泵药物配方:100 mg 罗哌卡因 10 mL+50 μ g 舒芬太尼+0.9%氯化钠注射液 100 mL,先给予 10 mL 单次硬膜外注射,然后 90 mL 全部注入电子镇痛泵,镇痛维持均采用患者自控硬膜外镇痛(PCEA),设定值:背景输注 6 mL/h,单次追加 5 mL,锁定 15 mL,极限量 20 mL/h。

1.2.1.2 中转剖宫产后硬膜外麻醉 产妇进入手术间,常规开放静脉通路、心电监护、面罩吸氧,取左侧卧位,查看硬膜外导管是否脱出、移位,确定未见异常后,取平卧位,回抽未见血液及脑脊液后,先给予 1.5%利多卡因 3 mL 试验剂量,观察 5 min 后,给予 1%利多卡因+0.75%罗哌卡因混合液 10~15 mL 进行硬膜外麻醉。

1.2.2 观察指标 观察 2 组产妇中转剖宫产硬膜外麻醉失败率;中转剖宫产硬膜外麻醉效果:阻滞程度、切皮后分离肌肉的不适主诉、腹腔探查时的不适主诉、术毕感觉与运动的阻滞程度。

1.2.2.1 麻醉失败评定 本研究对于硬膜外麻醉失败的定义:入手术室时查看硬膜外导管无移位、脱出等情况,在给予手术剂量的局部麻醉药 10 min 后测定平面和阻滞情况,若患者主诉:未感觉到麻醉平面,或者双侧的感觉阻滞平面在 T_{10} 以下和单侧阻滞,不能满足手术需求,均视为硬膜外麻醉失败,需要进行重新穿刺实施麻醉。

1.2.2.2 硬膜外麻醉阻滞程度的测定方法 (1)体表感觉阻滞:通过皮肤的痛觉和温度觉来测定阻滞平面,用 T_n 来表示。(2)运动阻滞:采用 Bromage 评分方法进行评定,0 级为无运动神经阻滞。1 级为不能抬腿;2 级为不能弯曲膝部;3 级为不能弯曲踝关节。

1.3 统计学处理 应用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料以率表示, 不满足正态分布的采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示, 组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法, 麻醉感觉与运动阻滞程度为等级资料, 组间比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组产妇一般资料的比较 两组产妇分娩镇痛时间、注入硬膜外腔的镇痛药液剂量、中转剖宫产原因比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 其余一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组产妇一般资料比较

项目	短时组 (n=26)	长时组 (n=30)	P
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	28.59 ± 3.12	30.12 ± 4.48	0.72
身高($\bar{x} \pm s$, cm)	162.42 ± 4.15	161.10 ± 5.02	0.25
体重($\bar{x} \pm s$, kg)	78.35 ± 6.72	76.51 ± 8.20	0.33
体重指数($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	28.58 ± 2.45	29.62 ± 3.24	0.68
孕周($\bar{x} \pm s$, 周)	39.28 ± 0.81	39.76 ± 0.95	0.12
实施分娩镇痛时宫口开指[M(P ₂₅ , P ₇₅), cm]	3(1.5, 5)	2(1.4, 5)	0.35
分娩镇痛时间($\bar{x} \pm s$, h)	6.53 ± 1.21	9.80 ± 2.06	<0.05
注入硬膜外腔的镇痛药液剂量($\bar{x} \pm s$, mL)	46.15 ± 11.33	73.71 ± 14.45	<0.05
中转剖宫产原因[n(%)]			<0.05
活跃期停滞	2(7.7)	2(8.0)	
相对头盆不称	8(30.8)	22(73.3)	
绒毛膜羊膜炎	6(23.1)	1(3.3)	
胎儿宫内窘迫	10(38.5)	5(16.7)	

2.2 两组产妇术中麻醉情况比较 中转剖宫产产妇 56 例中, 5 例(8.93%)硬膜外麻醉失败, 均为长时组(16.7%), 均再次行椎管内穿刺腰硬联合麻醉后完成剖宫产手术; 其余 52 例(91.07%)患者在术中均未另给予静脉镇痛药物以满足手术需求, 围手术期循环稳定, 部分患者需要给予 0.1 mg 的去氧肾上腺素维持血压稳定, 新生儿评分均为 9~10 分, 术中无不良事件发生。短时组产妇分娩镇痛药液剂量明显少于长时组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。2 组产妇剖宫产中的局部麻醉药物用药总量、给予用药剂量至切皮时间、手术时间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组均无一例术中大出血、产妇和新生儿不良事件发生。见表 2。

2.3 两组产妇硬膜外麻醉效果的比较 给予首次麻醉诱导剂量后 10 min, 长时组产妇的体表感觉阻滞平面低于短时组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 但两组运动阻滞比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术毕, 两组产妇体表感觉阻滞平面和运动阻滞比较, 差异均

无统计学意义 ($P > 0.05$); 但长时组产妇在拉扯肌肉时的不适主诉要高于短时组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。探查腹腔时, 两组产妇不适主诉比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 2 两组产妇术中麻醉情况比较($\bar{x} \pm s$)

项目	短时组 (n=26)	长时组 (n=25)	P
分娩镇痛时间(h)	6.65 ± 1.24	10.07 ± 2.12	<0.05
镇痛药液剂量(mL)	45.22 ± 5.35	80.15 ± 10.50	0.01
局麻药总量(mL)	15.18 ± 2.52	14.38 ± 1.05	0.06
用药剂量至切皮时间(min)	22.05 ± 8.42	23.45 ± 6.87	0.29
手术时间(min)	88.75 ± 21.72	85.10 ± 13.22	0.45
术中输液总量(mL)	895.75 ± 55.77	915.10 ± 65.84	0.33
术中出血总量(mL)	215.85 ± 22.65	226.45 ± 62.97	0.68

表 3 两组产妇硬膜外麻醉效果比较

项目	短时组 (n=26)	长时组 (n=25)	P
诱导量后 10 min [M(P ₂₅ , P ₇₅)]			
体表感觉阻滞平面	T ₆ (T ₄ , T ₈)	T ₉ (T ₄ , T ₁₀)	0.04
运动阻滞分级(级)	1(0, 1)	1(0, 1)	0.21
术毕[M(P ₂₅ , P ₇₅)]			
体表感觉阻滞平面	T ₆ (T ₄ , T ₈)	T ₆ (T ₄ , T ₈)	0.33
运动阻滞分级(级)	2(0, 3)	2(0, 3)	0.10
切皮后拉扯肌肉时不适主诉 [n(%)]	3(11.5)	6(24.0)	0.01
探查腹腔时不适主诉[n(%)]	16(61.5)	21(84.0)	0.06

3 讨 论

本院麻醉科已开展分娩镇痛技术十余年, 但过程产妇、助产士及产科医生对分娩镇痛知识的匮乏, 对并发症过度担心和疑虑, 使分娩镇痛率无法提高。2019 年本院获批为第一批国家分娩镇痛试点医院, 分娩镇痛率呈逐年上升趋势。截至目前, 本院年分娩镇痛实施率已超过 30%, 但分娩镇痛道工作仍要加强实施。

作为麻醉医师, 在实施分娩镇痛时不仅要技术精准, 保证一次穿刺成功及置管准确, 促使产妇能够在接受分娩镇痛后疼痛明显缓解。同时, 还需要考虑产妇若中转剖宫产时, 能够避免再次穿刺损伤, 保证硬膜外麻醉起效迅速良好, 满足手术的需求。因此, 中转剖宫产后的硬膜外麻醉失败率是衡量麻醉质量的重要指标。但硬膜外麻醉失败的定义尚缺乏统一的专家共识, 本研究将硬膜外麻醉失败进行了定义, 入手术室时查看硬膜外导管无移位脱出等情况, 在给予手术剂量的局部麻醉药 10 min 后测定平面和阻滞情况, 若患者主诉: 未感觉到麻醉平面, 或者双侧的感觉

阻滞平面在 T10 以下和单侧阻滞,不能满足手术需求,均视为硬膜外麻醉失败,需要进行重新穿刺实施麻醉。MANKOWITS 等^[1]报道,硬膜外中转剖宫产麻醉的失败率为 21%。本研究结果显示,56 例中转剖宫产的产妇中,共 5 例(8.93%)硬膜外麻醉失败。

在导管完整的情况下,仍会发生硬膜外无效或阻滞不全的情况,部分学者认为可能原因包括以下内容^[2-5]:硬膜外间隙给药方案、局部麻醉药物种类、剖宫产的紧急程度等。BAUER 等^[3]认为,实施分娩镇痛的产妇在镇痛过程中频繁地自主给药,非产科专业的麻醉医师镇痛期间的麻醉管理,以及急诊剖宫产的紧急程度等均与中转手术后硬膜外的失败明显相关。本研究结果显示,发生硬膜外失败均为长时组产妇。分析两组产妇中转剖宫产的原因,长时组的主要原因是相对头盆不称(73.3%),短时组的主要原因是胎儿窘迫(38.5%),头盆不称的确会延长产妇的第一产程。硬膜外失败的 5 例产妇也均因头盆不称中转剖宫产手术,且均在实施分娩镇痛 4 h 后镇痛效果不佳,在中转剖宫产硬膜外给予足量罗哌卡因后,均主诉腹部疼痛未阻滞、宫缩痛轻微缓解或未缓解,测试疼痛结果无法满足手术,均再次穿刺行腰硬联合麻醉方实施手术。目前有关对导管完整但硬膜外仍失败的情况给予原因解释研究尚鲜见报道,考虑是否为长时间的硬膜外导管滞留存在弯折、打结、移位等情况,或镇痛药液的蓄积稀释了罗哌卡因的作用引起。

也有部分国外研究者提出了主动干预来预防中转剖宫产硬膜外麻醉的失败,如加强产程中的镇痛管理^[6],对于镇痛欠佳的产妇积极处理,重新穿刺,更换硬膜外导管或停止实施硬膜外注药,更换镇痛方式^[7],或在中转麻醉时,适当撤出硬膜外导管的深度^[8]。

本研究结果显示,给予首次麻醉诱导剂量后 10 min,长时组产妇的体表感觉阻滞平面低于短时组($P < 0.05$),且在拉扯肌肉时的不适主诉要高于短时组($P < 0.05$)。由此可见,长时组的麻醉效果要劣于短时组。这可能与硬膜外腔隙的镇痛药液容积相关。短时组产妇使用的硬膜外镇痛药液量少,对后续追加的罗哌卡因稀释作用低,则罗哌卡因作用效果强,反之,硬膜外腔隙的药液越多,稀释作用越强,罗哌卡因效果越差。赵娜等^[9]通过对分娩镇痛硬膜外间隙镇痛药液用量对中转剖宫产时硬膜外麻醉效果的影响的研究结果显示,镇痛药液用量少的产妇在硬膜外麻醉给药初期达到了更高的体表感觉阻滞平面,提示硬膜外间隙镇痛药液用量增多可降低中转剖宫产产妇硬膜外麻醉效果,与本研究结果相似。

作者根据本研究结果提出问题值得深入临床探讨:(1)从外界观察硬膜外导管位置良好,为何还会出现后续追加药物无效的情况;(2)部分产妇在镇痛初期效果良好,约 4 h 后主诉镇痛减退,疼痛难忍,是否

是内部导管异常的原因^[10];(3)产妇在待产时的体位变动是否对镇痛效果有影响;(4)待产的时长会影响产妇心理的变化,是否也会影响中转剖宫产的麻醉效果^[11];(5)民族、不良孕产史、文化程度等作为混杂因素是否对研究结果也产生影响^[12]。

综上所述,对实施硬膜外分娩镇痛中转剖宫产的产妇,分娩镇痛实施时间越长,不仅会导致后续硬膜外麻醉失败率增加,降低硬膜外麻醉效果。但本研究仍存在局限性,例如样本量较小、对分娩镇痛的时长自行设定,国内外相关领域的研究极少,缺少临床数据的支持,同时在研究中仍存在未被平衡的混杂因素。因此,在实施分娩镇痛时需做到完全告知产妇的实施利弊及中转剖宫产风险等,告知产妇若中转手术仍存在硬膜外麻醉失败会行再次穿刺的可能。当然,还有待通过更大样本量的临床对照研究来为日后的临床工作提供更加可靠严谨的临床依据。

参考文献

- [1] MANKOWITZ S K W, GONZALEZ FIOL A, SMILEY R. Failure to extend epidural labor analgesia for cesarean delivery anesthesia: a focused review[J]. *Anesth Analg*, 2016, 123(5): 1174-1180.
- [2] DESAI N, GARDNER A, CARVALHO B. Labor epidural analgesia to cesarean section anesthetic conversion failure: a national survey[J]. *Anesthesiol Res Pract*, 2019, 2019: 6381792.
- [3] BAUER M E, KOUNTANIS J A, TSEN L C, et al. Risk factors for failed conversion of labor epidural analgesia to cesarean delivery anesthesia: a systematic review and meta-analysis of observational trials[J]. *Int J Obstet Anesth*, 2012, 21(4): 294-309.
- [4] YOON H J, DO S H, YUN Y J. Comparing epidural surgical anesthesia and spinal anesthesia following epidural labor analgesia for intrapartum cesarean section: a prospective randomized controlled trial[J]. *Korean J Anesthesiol*, 2017, 70(4): 412-419.
- [5] 张慧丽, 陈敦金. 阴道试产失败转剖宫产相关因素及母儿结局的研究进展[J/CD]. *中华产科急救电子杂志*, 2021, 10(2): 126-128.
- [6] BJORNESTAD E E, HANEY M F. An obstetric anaesthetist—a key to successful conversion of epidural analgesia to surgical anaesthesia for caesarean delivery? [J]. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2020, 64(2): 142-144. (下转第 1129 页)

原因可能是耳穴中的交感穴具有自主神经调节功能, 按压可对患者的神经功能紊乱进行调节, 有利于其改善烦躁、焦虑情况; 神门穴是心经原穴, 可起到清心安神的作用。进行中医情志疗法通过情志疏导增加了患者对疾病相关知识的了解, 减少对病情的担忧, 防止过度紧张、焦虑的出现。此外, 采用音乐疗法进行辨证施乐, 角、宫、羽调的乐曲作用于五脏后, 可帮助患者调畅气机, 通达情绪, 调和脏腑功能^[15]。联合干预共同发挥安定神志、疏肝解郁的作用。

综上所述, 中医特色护理联合耳穴压豆干预应用于缺血性脑卒中后失眠患者可以有效提高临床疗效, 改善睡眠质量, 减少不良情绪的发生。

参考文献

- [1] 闫雯, 赵于飞, 宫玉哲, 等. 缺血性脑卒中分子流行病学筛查及其危险因素分析[J]. 临床军医杂志, 2023, 51(1): 65-68.
- [2] 游晓艳, 李玲, 董璐, 等. 养血化痰通络法针药联合治疗缺血性卒中后失眠疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(5): 609-614.
- [3] 张美玲, 王祯芝, 熊康, 等. 脑卒中失眠病人中医外治疗法的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(3): 461-465.
- [4] 魏成侠, 卢根娣, 倪惠, 等. 卒中后认知障碍病人的中医特色护理研究进展[J]. 护理研究, 2022, 36(2): 249-253.
- [5] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中国临床医生, 2011, 39(3): 67-73.
- [6] 中华医学会神经病学分会. 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南(2017 版)[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(5):

324-335.

- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 322-324.
- [8] 路桃影, 李艳, 夏萍, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(3): 260-263.
- [9] RONK F R, KORMAN J R, HOOKE G R, et al. Assessing clinical significance of treatment outcomes using the DASS-21[J]. Psychol Assess, 2013, 25(4): 1103-1110.
- [10] 马凤伟, 邓青芳. 缺血性脑卒中病理生理机制及治疗对策研究进展[J]. 贵州师范大学学报(自然科学版), 2022, 40(6): 116-122.
- [11] 孙小丽, 王娟, 浦强. 正念心理疏导护理干预联合揸针皮内埋针对失眠患者负性情绪、睡眠质量指数的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2022, 43(15): 1498-1501.
- [12] 刘希琳, 王南田, 李敏. 通元针法联合耳穴贴压治疗颈源性失眠的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(9): 2066-2070.
- [13] 刘杰, 王淑秀, 吴丹丹. 中医特色护理在痰阻血瘀型冠心病中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(10): 163-166.
- [14] 郭迪, 张亚平. 基于子午流注理论探讨针刺配合耳穴压豆对缺血性脑卒中后失眠的影响[J]. 中医学报, 2023, 38(5): 1113-1118.
- [15] 吴晓菊, 邓燕妹, 池晓玲. 五行音乐疗法联合针刺治疗肝郁脾虚型慢性肝病伴失眠患者的临床疗效[J]. 中西医结合肝病杂志, 2021, 31(10): 886-889.

(收稿日期: 2023-10-27 修回日期: 2023-12-17)

(上接第 1125 页)

- [7] HU JQ, LUO A L, WAN L, et al. Anesthesia for cesarean section after failed labor under combined spinal and epidural analgesia: analysis of 58 cases[J]. Zhonghua Wei Chan Yi Xue Za Zhi, 2019, 22: 123-126.
- [8] BHALOTRA A R. Let us not discard a preexisting epidural catheter for intrapartum cesarean section yet! [J]. Korean J Anesthesiol, 2022, 71: 244-245.
- [9] 赵娜, 李晓光, 汪慷洁, 等. 分娩镇痛硬膜外间隙镇痛药用量对中转剖宫产时硬膜外麻醉效果的影响: 前瞻性队列研究[J]. 协和医学杂志,

2021, 12(3): 339-345.

- [10] 胡进前, 罗爱林, 万里, 等. 58 例腰硬联合阻滞分娩镇痛试产失败中转剖宫产病例的麻醉处理[J]. 中华围产医学杂志, 2019, 22(2): 123-126.
- [11] 马四光, 王建波. 椎管内分娩镇痛对产程及母婴结局的影响[J]. 国际妇产科学杂志, 2020, 47(3): 267-271.
- [12] 李波, 吕改华, 程艳. 分娩镇痛中转剖宫产麻醉方式的选择与效果观察[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(12): 2079-2080.

(收稿日期: 2023-10-27 修回日期: 2023-11-19)