

妊娠合并心脏病产妇剖宫产的麻醉策略

▲ 深圳市宝安区妇幼保健院 宋轶婷

当妊娠遇上心脏病，剖宫产手术的麻醉就成了一场需要精准把控的“平衡术”。妊娠合并心脏病是产科严重并发症之一，产妇心脏负担本就因孕期生理变化而加重，剖宫产时的麻醉处理不仅要保障手术顺利进行，更要全力维护心脏功能稳定，避免心力衰竭等危象。了解这类特殊产妇的麻醉策略，能帮助我们理解医疗团队如何为母婴安全保驾护航。

麻醉前：全面评估是基础

剖宫产麻醉前，医生会对产妇进行细致评估，这是制定安全麻醉方案的前提。评估内容包括心脏病类型、心功能分级、心脏结构和功能的具体情况，以及孕期心脏负担的变化。不同类型的心脏病对麻醉的耐受性不同。比如先天性心脏病术后心功能正常者，耐受性相对较好；而风湿性心脏病伴二尖瓣狭窄、扩张型心肌病等，心脏储备功能较差，麻醉风险更高。心功能分级是关键指标，心功能Ⅰ－Ⅱ级的产妇，心脏代偿能力较强；Ⅲ－Ⅳ级者，轻微活动就可能出现呼吸困难，麻醉中需格外谨慎。此外，医生还会评估产

妇的循环状态，比如是否存在心律失常、肺动脉高压，以及胎儿的宫内情况，综合这些信息确定最适合的麻醉方式和药物。

方式的选择：权衡利弊选最优

剖宫产麻醉方式主要有椎管内麻醉和全身麻醉两种，妊娠合并心脏病产妇的选择需权衡两种方式的优劣。椎管内麻醉中的腰硬联合麻醉是常用选择。这种方式通过腰椎间隙穿刺，将局部麻醉药注入蛛网膜下腔或硬膜外腔，阻滞下腹部和下肢神经，使手术区域无痛。其优势在于镇痛完善，对产妇呼吸影响小，且能减少全身麻醉药物对循环系统的干扰，还可降低应激反应引起的血压波动。同时，它能避免全身麻醉药物通过胎盘对胎儿产生影响，术后恢复较快。但实施时需严格控制麻醉平面，避免平面过高抑制交感神经，导致血压骤降，增加心脏负担。全身麻醉也并非不可取，它有着自身独特优势。对于心功能极差、存在严重椎管内麻醉禁忌证（如凝血功能障碍、穿刺部位感染等），或手术需紧急进行（如大出血、胎儿窘迫）的产妇，全身麻醉能迅速起效，确

保手术快速开展，为抢救争取时间。全麻时麻醉医生可直接控制气道，保障通气稳定，尤其适合存在呼吸功能不全的产妇，能有效避免缺氧对心脏的进一步损害。不过，全麻需注意药物对循环系统的影响，诱导和苏醒阶段可能出现血压波动，需精准调控药物剂量和给药速度。

循环管理：维持心脏“稳定运行”

循环系统的稳定是麻醉管理的核心，任何剧烈的血压或心率波动都可能诱发心脏功能失代偿。麻醉过程中，医生会通过有创动脉监测实时追踪血压变化。若出现血压下降，会适当使用血管活性药物维持血压在合理范围，避免心脏灌注不足；若血压升高，则需控制麻醉深度，必要时使用药物减轻心脏后负荷。心率管理同样重要，过慢或过快的心率都会影响心输出量，医生会根据情况使用药物调整心率，维持在60~100次/分钟的理想区间。

药物的选择：兼顾安全与效能

麻醉药物的选择需同时考虑对产妇心脏功能和胎儿的影响。局部麻醉药中，罗哌卡

因心脏毒性较低，对血流动力学影响小，更适合这类产妇；硬膜外麻醉时添加小剂量阿片类药物，可增强镇痛效果，减少局部麻醉药用量，降低低血压风险。全身麻醉诱导药物中，丙泊酚起效快、代谢迅速，但需注意缓慢推注以减少对循环的抑制。肌松药则优先选择不经过胎盘代谢、对心血管影响小的药物，保障手术中肌肉松弛的同时，避免对母婴造成额外负担。

术后管理：延续安全防线

剖宫产术后，麻醉的影响并未完全消失，心脏负担仍需重点关注。术后镇痛目前以静脉镇痛泵为主，通过持续输注镇痛药物缓解疼痛，减少因疼痛引发的应激反应，有助于维持循环稳定。使用时需根据产妇心功能情况调整药物剂量和输注速度，避免药物过量导致呼吸抑制或循环波动。

妊娠合并心脏病产妇的剖宫产麻醉，是对麻醉医生综合能力的考验，每一步策略都需兼顾产妇心脏功能、手术需求和胎儿安全。

守护孕产期心灵晴空：孕产妇心理特点与科学照护指南

▲ 广东省潮州市妇幼保健院 倪少纯

当孕棒浮现两道红杠，当新生儿第一声啼哭打破寂静，孕产期便在女性生命中铺展开一段交织奇迹与挑战的旅程。准妈妈们既要经历身体蜕变，心理更如调色盘般在期待与不安中变幻。国家卫生健康委明确提出，要将孕产妇心理健康教育纳入孕妇学校核心内容，助力家庭读懂心理信号、识别异常、掌握科学照护方法。

一场“身心对话”的自然历程

孕产期的心理波动是身心的深度对话，每个阶段各有特点。

孕早期（1~12周） 惊喜与忐忑交织。激素飙升让准妈妈敏感易怒，“不确定性焦虑”凸显——担忧胚胎发育、能否胜任母亲角色，这是适应新角色的开始。

孕中期（13~27周） 情绪趋稳，胎动促发母子联结，幸福感滋生。但职场妈妈可能因体型变化、工作担忧，面临“职业女性”与“准妈妈”的角色冲突，情绪波动为身份转换铺垫。

孕晚期（28周至分娩） 子宫增大带来不适，叠加对分娩疼痛的想象，情绪像被拉紧的弦。准妈妈反复检查待产包、修改计划，实则是寻求安全感确认。

产后42天 激素骤降、哺乳疲惫、育儿生疏，约80%新妈妈会经历短暂“情绪感冒”，1~2周多缓解，持续超两周需警惕。

危险信号：这些症状需警惕

孕产期情绪变化本是常态，但某些反复出现的信号需认真对待。

情绪症状 连续两周低落、对事物失趣，甚至有消极念头，可能是抑郁预警；过度焦虑（如全天盯胎动、因担忧失眠）影响生活，也需关注。

认知变化 记忆力下降外，“我当不好妈妈”等消极自我否定，可能引发伤害性念头，必须干预。

行为异常 睡眠障碍（入睡难、早醒）、

饮食紊乱（厌食或暴食）、回避社交（拒探望、不与宝宝互动），都是心理防线崩溃的预警。

需区分产后情绪波动与产后抑郁障碍 前者是轻度不适，后者伴幻觉、妄想（如坚信宝宝被替换），需立即就医，这不是“矫情”。

科学守护：全家参与的心理保健方案

孕产妇心理照护需家庭、医院、社会共同发力。

家庭支持 准爸爸“三陪”（陪产检、散步、学知识）作用显著。家人少说教，多问“需要我做什么”。

情绪管理 “5-4-3-2-1 感官着陆法”（依次说出5物、4声、3触感、2味、1嗅）缓解焦虑；每日10分钟正念呼吸，专注腹部起伏。

专业支持 孕妇学校团体活动减孤独；利用PHQ-9量表筛查；高危人群（如既往抑郁史）主动联系心理门诊。

产后调适 新妈妈接纳不完美，家人多分担，保证其每日1~2小时独处。

破除误区：用科学驱散阴霾

对孕产期心理问题的误解更伤人，澄清误区才能让照护更有力。

“孕期不能吃药硬扛”不对 干预以心理疏导为主，必要时用舍曲林等B类药，风险远低于病情发展的危害。

“情绪不好是矫情”错误 心理问题是生理、心理、社会因素所致，需专业调节，求助是勇敢的表现。

“产后抑郁是作”是偏见 其有生物学基础，家人应理解并协助就医。

孕育是女性与自我、新生命、世界的对话。读懂心理信号，用科学与温暖护航，让旅程少阴霾、多晴空。守护妈妈的心灵，是全家的责任。被温柔守护的妈妈，才能用最饱满的爱，拥抱崭新的小生命。

如何帮新生儿稳住血糖？

▲ 湛江中心医院 许明伯

新生儿低血糖

新生儿低血糖的产生原因 新生儿低血糖是临床常见的危急重症，为了维持体温、呼吸、循环等基础生命活动，新生儿处于高代谢状况，对葡萄糖供能的需求较高，但新生儿自身肝糖原、肌肉蛋白的储备较少，导致血糖低于正常范围。此外，新生儿因机体组织功能尚未发育完全，体内糖代谢调节机制不成熟，存在激素调节功能较差、糖原分解酶不足等问题，受胰岛素分泌延迟、胰高血糖素、肾上腺素等调节激素分泌不足影响，新生儿易出现血糖水平降低情况。

新生儿低血糖的危害 低血糖会导致神经元能量衰竭，引发新生儿急性神经系统损伤，若未及时治疗，会使大脑皮层、基底节区出现不可逆的脑损伤，继而出现远期神经发育后遗症，包含认知功能障碍、学习困难、运动障碍等，显著影响新生儿的生长发育。故需及时采取有效的治疗方案以稳定新生儿低血糖，保障新生儿神经发育良好。

静脉滴注葡萄糖稳定血糖的机制

对于低血糖状态的新生儿，根据新生儿的体重、血糖水平等因素确定葡萄糖的滴注浓度和速度，在静脉滴注过程中可快速直接补充循环中的葡萄糖，提高血液中的葡萄糖水平，维持血糖在稳定、安全的范围内，从而改善新生儿葡萄糖供应不足状况，满足大脑等器官和新陈代谢的葡萄糖需求。

氢化可的松稳定血糖的机制

强力促进糖原异生 糖原异生是指机体将氨基酸、乳酸等非糖物质转化为葡萄糖的过程，通过增强糖原异生，可增加体内血糖的来源，对于稳定血糖水平

具有积极意义，而氢化可的松作为一种类固醇激素，通过与肝细胞受体结合，可诱导糖原异生关键酶的合成，增强肝脏对胰高血糖素和肾上腺素的敏感性，促进糖原分解，增加血糖供应，从而稳定新生儿血糖水平。

外周胰岛素抵抗作用 氢化可的松可作用于胰岛素受体信号传导通路，下调葡萄糖转运蛋白向细胞膜的转位，有助于降低骨骼肌和脂肪组织对胰岛素的敏感性，从而干扰胰岛素介导葡萄糖的摄取和利用，减少新生儿血液循环中的葡萄糖消耗，避免因葡萄糖摄取增加导致低血糖，实现稳定血糖水平的效果。

减少葡萄糖的摄取和利用 肌肉和脂肪等外周组织对葡萄糖的摄取是导致新生儿血糖降低的重要因素，在正常情况下，外周组织通过摄取葡萄糖可为新生儿器官运转和代谢提供能力，而在氢化可的松的作用下，外周组织对葡萄糖的摄取量减少，可使血液中的葡萄糖含量得以保持，从而维持新生儿血糖稳定。

葡萄糖稳定血糖的协同作用

静脉滴注葡萄糖为新生儿提供即时、直接的血糖来源，有助于快速稳定血糖水平，为氢化可的松调节血糖代谢创造良好的条件，而氢化可的松通过促进糖原异生，可启动新生儿体内持续性的葡萄糖生成，减少外周组织摄取造成的葡萄糖消耗，发挥长效血糖稳定作用，还可克服葡萄糖输注的局限性，避免单独采用静脉滴注葡萄糖时出现胰岛素分泌增加、血糖维持困难等状况。氢化可的松与静脉滴注葡萄糖联合应用，可改善新生儿内源性葡萄糖生成障碍，从根本上减轻病理生理核心缺陷造成的低血糖，多途径稳定新生儿血糖水平。