



相同麻醉深度下全麻联合硬膜外阻滞和单纯全麻七氟醚的临床分析

伍太贵

贵州省安顺市镇宁县人民医院麻醉科 561200

【摘要】目的 分析相同麻醉深度下全麻联合硬膜外阻滞和单纯全麻七氟醚的麻醉效果。**方法** 回顾选取2014年4月至2016年4月于我院行腹部手术的135例患者临床资料,依据麻醉方式的不同,分设成对照组(62例)与研究组(73例),对照组行单纯全麻七氟醚麻醉,研究组行全麻联合硬膜外阻滞麻醉,比对两组不同时间段血流动力学指标以及相关临床指标。**结果** 切皮时、拔管时以及拔管10分钟后研究组血流动力学指标优于对照组($P < 0.05$);研究组相关临床指标优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 对患者施行全麻联合硬膜外阻滞麻醉其血流动力学较全麻平稳,而且还可缩短拔管与苏醒时间,减少丙泊酚及舒芬太尼的用量。

【关键词】七氟醚;全麻;硬膜外阻滞**【中图分类号】**R614.2 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-9561(2016)07-030-01

全麻可使复杂性外科手术顺利且安全地实施,但是较多全麻药物具脑神经毒性,与术后出现意识障碍存在一定关联^[1]。目前多对行上腹部手术的患者给予全麻联合硬膜外阻滞以及单纯全麻七氟醚麻醉,为明确其麻醉效果,研究就我院2014年4月至2016年4月收治的135例患者临床资料予以回顾分析,现报道:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾选取2014年4月至2016年4月于我院行上腹部手术的135例患者临床资料,依据麻醉方式的不同,分设成对照组(62例)与研究组(73例),前者女30例,男32例,年龄45-71岁,平均(60.24±11.21)岁,体重47-80kg,平均(64.54±4.31)kg;后者女36例,男37例,年龄47-72岁,平均(61.48±10.79)岁,体重46-79kg,平均(63.84±4.42)kg。研究排除神经性疾病、滥用药物以及肝肾心肺功能不全者。对比两组基线资料具无显著差别($P > 0.05$),具可比性。

1.2 方法 对照组行单纯全麻七氟醚麻醉,七氟醚MAC多为2%,予以患者0.05mg/kg咪唑安定、0.4ug/kg舒芬太尼、0.1mg/kg维库溴铵,并靶控输注丙泊酚,起始量为血浆浓度

1.5ug/ml,以浓度阶梯形式0.3ug/ml递增,BIS值达到40-45后行气管插管,并给予机械通气,每分钟呼吸10次,呼吸比例1:2,潮气量为9-10ml/kg,术中保持 $P_{ET}CO_2$ 37-45mmHg,予以琥珀酰容量补充。TCI调节指标:若BIS测值持续3分钟小于40,丙泊酚以浓度阶梯形式0.3ug/ml递减,保证BIS测值维持至40-55。研究组行全麻联合硬膜外阻滞麻醉,七氟醚MAC多为1%,诱导前予以其硬膜外穿刺,穿刺成功后予以2%利多卡因3毫升的试验量,观察约5分钟无不良反应后,予以0.8%罗哌卡因7-9毫升为首剂量,10分钟后麻醉效果确定即开始气管插管全麻,诱导方法与维持同对照组。两组于手术完成前的30-45分钟停用肌松剂与舒芬太尼,手术完毕后应用1毫克阿托品,2毫克新斯的明行静脉推注。

2 结果

2.1 两组血流动力学指标 麻醉前及插管后两组血流动力学指标对比($P > 0.05$),切皮时、拔管时以及拔管10分钟后研究组血流动力学指标优于对照组($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组相关临床指标 研究组相关临床指标优于对照组($P < 0.05$),见表2。

表1 两组血流动力学指标($\bar{x} \pm s$)

指标	组别(n=例数)	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
MAP(mmHg)	研究组(n=73)	91.40±10.38	83.41±7.98	80.45±7.80	85.22±8.65	82.14±8.10
	对照组(n=62)	93.35±10.37	82.33±7.78	95.76±11.24	97.63±10.98	96.48±11.12
H R(次/分)	研究组(n=73)	69.41±8.29	69.79±8.18	68.91±8.11	74.33±7.90	68.49±7.50
	对照组(n=62)	72.10±6.56	71.68±8.33	88.64±8.23	86.84±8.62	88.67±7.34

表2 两组相关临床指标($\bar{x} \pm s$)

组别(n=例数)	拔管时间(min)	苏醒时间(min)	舒芬太尼(ug)	丙泊酚(mg)	丙泊酚浓度(ug/ml)
研究组(n=73)	16.54±4.13	2.87±2.11	56.77±6.70	891.01±73.30	3.41±0.11
对照组(n=62)	9.68±3.70	7.53±2.14	79.97±6.91	1021.45±115.86	4.16±0.30

注:与对照组比较, $P < 0.05$ 。**3 讨论**

BIS可以客观反应催眠程度,能准确且直观地反应出大脑皮层的变化与功能状态,近几年BIS值已经成为监测麻醉深度的重要方式,而BIS与咪唑安定、丙泊酚以及依托咪酯药物的镇静程度有关^[2]。目前多对行腹部手术的患者施行全麻联合硬膜外阻滞以及单纯全麻七氟醚麻醉,为明确其麻醉效果,研究就我院2014年4月至2016年4月收治的135例患者临床资料予以回顾分析。本研究结果显示:研究组血流动力学指标显著优于对照组;研究组相关临床指标显著优于对照组,提示对患者施行全麻联合硬膜外阻滞麻醉能有效稳定血流动力学指标,并缩短拔管与苏醒时间,减少丙泊酚与舒芬太尼的用量。原因分析可能是:全麻无法完全地抑制住手术应激,因为全麻对下丘脑大脑皮层、边缘系统以及大脑皮层具抑制作用,能抑制住迷走神经的所致应激,控制患者心理反应,但是全麻无法有效阻断手术刺激传导至中枢神经^[3]。在麻醉深度相同状况下,全麻联合硬膜外阻滞能有效地阻断手术刺激传导至中枢神经,促使大脑皮层兴奋性逐渐降低,继而缩

减麻醉用量。术中对患者刺激严重的因素主要为气管刺激以及手术操作,若要抑制因刺激而引发的机体反应,需大量应用麻醉药物,但麻醉用量高于消除患者感知的用量。椎管阻滞可使麻醉药物镇静效应加强,继而缩减麻醉用量,此外局部麻醉药物可抑制患者中枢,缩减术后镇痛用量以及术中麻醉用量,并降低诱导插管时患者心血管的反应。研究受各种因素影响,未探析循环改变情况,有待再研究。综上所述,对患者施行全麻联合硬膜外阻滞麻醉其血流动力学较全麻平稳,而且还能缩短拔管与苏醒时间,减少丙泊酚与舒芬太尼的用量,值得推广。

参考文献:

- [1] 范荣林.不同麻醉方法及麻醉深度对胃癌手术患者细胞免疫功能的影响[J].中国乡村医药杂志,2013,20(4):38-39.
- [2] 胡忠斌.剖胸手术中瑞芬太尼全麻与全麻联合硬膜外麻醉的比较[J].医学信息,2015,28(19):309.
- [3] 韦信洪.全麻联合硬膜外麻醉与单纯全麻应用于上腹部手术的效果比较[J].中外医疗,2014,6(30):142-144.