

支撑喉镜下声带手术中表面麻醉与全身麻醉的应用效果研究

何如平

湖南省平江县第一人民医院 湖南岳阳 414500

【摘要】目的 研究支撑喉镜下声带手术中表面麻醉与全身麻醉的应用效果。**方法** 选取我院行支撑喉镜下声带手术患者 60 例，回顾性分析其全部的临床资料，根据麻醉方式的不同将其分为对照组（全身麻醉）和观察组（表面麻醉+全身麻醉），各 30 例。观察对比两组术中药物使用情况以及术后 VAS 评分、呼吸恢复时间、拔管时间。**结果** 观察组术中肌松药追加率、丙泊酚使用剂量等与对照组相比均显著较少，且组间差异对比 $P<0.05$ ；而观察组术后 VAS 评分、呼吸恢复时间、拔管时间等均显著少于对照组，且组间差异对比 $P<0.05$ 。**结论** 支撑喉镜下声带手术中表面麻醉与全身麻醉的应用效果显著，既能减少肌松药追加率及丙泊酚用量，还能减轻术后疼痛，缩短术后呼吸恢复时间及拔管时间，值得应用推广。

【关键词】 支撑喉镜；声带手术；表面麻醉；全身麻醉；应用效果

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 01-104-02

目前在临床上，支撑喉镜下声带手术是一种常见术式，其主要用于治疗声带囊肿、声带小结、声带息肉等病症，且具有手术时间短、彻底切除病变、创伤小、操作简单等优势^[1]。已有研究显示，支撑喉镜下声带手术对麻醉要求相对较高^[2]。因此本文选取我院行支撑喉镜下声带手术患者 60 例，回顾性分析其全部的临床资料，根据麻醉方式的不同将其分为对照组（全身麻醉）和观察组（表面麻醉+全身麻醉），各 30 例，即对支撑喉镜下声带手术中表面麻醉与全身麻醉的应用效果进行了研究，现报道如下：

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取我院行支撑喉镜下声带手术患者 60 例，回顾性分析其全部的临床资料，根据麻醉方式的不同将其分为对照组和观察组，各 30 例。其中，对照组男 17 例，女 13 例，年龄为 21~65 岁，平均年龄为 (37.8 ± 6.3) 岁。观察组男 16 例，女 14 例，年龄为 20~64 岁，平均年龄为 (37.6 ± 5.9) 岁。两组基本临床资料比较差异不显著，且 $P>0.05$ 无统计学意义。

1.2 方法

入手术室后，所有患者需连接多功能监护仪，以对血氧饱和度、血压、心电图等进行全面监测，同时建立有效静脉通路。采用 0.005mg/kg 长托宁和 0.05mg/kg 咪唑安定进行注射。气管导管选择：男性为 ID6-6.5；女性为 ID5.5-6。基于此对照组采取全身麻醉，即麻醉诱导采用 4mg/kg 依托咪酯、1.5~2 μ g/kg 瑞芬太尼、0.6mg/kg 阿曲库铵，5 分钟后行气管插管，之后与麻醉机连接，呼吸频率设为 12 次/min、潮气量设为 6.8mL/kg，以全面控制呼吸情况。麻醉维持则持续泵注瑞芬太尼（泵速 0.1~0.3 μ g/(kg·h)）和丙泊酚（泵速 6~10mg/(kg·h)），采用地塞米松 5~10mg 行静滴。而观察组采取表面麻醉+全身麻醉。该组麻醉诱导同对照组，成功后对其咽喉部声门和气管分别采用 2mL 和 1mL 一次性喷雾行表面麻醉，之后行气管插管。之后与麻醉机连接，呼吸频率设为 12 次/min、潮气量设为 6.8mL/kg，以全面控制呼吸情况。术中麻醉维持同对照组，同时地塞米松 5~10mg 行静滴。

1.3 观察指标

观察对比两组术中药物使用情况以及术后 VAS 评分、呼吸恢复时间、拔管时间。采用视觉模拟评分量表^[3]（VAS）对两组术后疼痛情况进行评分，分值高低与疼痛程度呈正比。

1.4 统计学分析

采用 spss22.0 进行数据处理。计量资料 t 值（ $\bar{x} \pm s$ ）检验，卡方（ χ^2 ）检验计数资料，组间差异经 P 值判定，以 $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中药物使用情况对比

观察组术中肌松药追加率、丙泊酚使用剂量等与对照组相比均显著较少，且组间差异对比 $P<0.05$ 。见表 1。

表 1：两组术中药物使用情况对比（ $\bar{x} \pm s$, χ^2 ）

组别	例数	肌松药追加率（%）	丙泊酚剂量（mg）
观察组	30	6.67% (2/30)*	158.3±57.2*
对照组	30	30.0% (9/30)	231.4±62.3

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

2.2 两组术后相关指标对比

观察组术后 VAS 评分、呼吸恢复时间、拔管时间等均显著少于对照组，且组间差异对比 $P<0.05$ 。见表 2。

表 2：两组术后相关指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	VAS 评分（分）	呼吸恢复时间（min）	拔管时间（min）
观察组	30	2.3±1.2	17.2±5.6*	19.1±6.2*
对照组	30	5.7±1.4	23.5±6.1	28.6±7.4

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

3 讨论

由于微创技术的飞速发展，在临床治疗声带疾病的过程中，支撑喉镜下声带手术的应用较为广泛，且能达到理想疗效。该手术在实施的过程中，要求保持口腔开放状态，且要充分暴露声门，同时确保声带处于静止状态。已有研究显示，支撑喉镜下声带手术采用静脉麻醉或者表面麻醉无法确保声带静止，因而手术操作易受影响^[4]。而通过对患者采用表面麻醉与全身麻醉，既能有效确保声带静止不动，还能提升麻醉的效果和质量，同时还能改善患者术后恢复情况，因此对于患者而言意义重大^[5]。

本文的研究中，观察组术中肌松药追加率、丙泊酚使用剂量等与对照组相比均显著较少，且组间差异对比 $P<0.05$ ；而观察组术后 VAS 评分、呼吸恢复时间、拔管时间等均显著少于对照组，且组间差异对比 $P<0.05$ 。因此可以看出，表面麻醉与全身麻醉在支撑喉镜下声带手术中的应用具有十分重要的临床价值和意义。

综上所述，支撑喉镜下声带手术中表面麻醉与全身麻醉的应用效果显著，既能减少肌松药追加率及丙泊酚用量，还能减轻术后疼痛，缩短术后呼吸恢复时间及拔管时间，值得应用推广。

【参考文献】

- [1] 纪金芬, 樊照娣. 表面麻醉联合全身麻醉在支撑喉镜下声带手术中的临床应用 [J]. 中国社区医师 (医学专业), 2012, 14(06):185+187.
- [2] 陈永敏, 张琰茹. 表面麻醉联合全身麻醉在支撑喉镜下声带手术中的临床效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(99):71-72.

（下转第 108 页）

简单、便于管理的优点。

本次的研究结果中与 T_0 比较, 两组在 T_1 时的 HR、MAP 均降低, T_2 时的 HR、MAP 均提高, 而观察组 T_1 、 T_2 时的 HR、MAP 均低于对照组, 且观察组的并发症发生率低于对照组, 说明两种通气工具均可对患者的循环系统造成影响, 而喉罩的影响更小, 并发症发生率更低。喉罩的作用原理介于面罩和气管插管之间, 与气管插管相比, 其气管导管无需插入气管内部, 操作较为简单, 且双管喉罩作为经改良过的新型喉罩, 其双套囊的设计, 增加了与声门周围组织的密封性, 可获得更好的气道压力, 在机械通气时刻可从食管引流管放置胃管, 获得有效的胃肠减压, 减少反流误吸等危险情况的发生^[4]。由于喉罩气管导管无需插入气管内部, 不会对会咽感受器产生刺激, 对气管和声带的损伤小, 对麻醉的要求深度浅, 术中患者的耐受度高, 对心血管系统的影响小, 且不易引起呛咳、体动和气管损伤, 可降低术后咽喉痛及声嘶的发生率, 是一

种更加安全有效的麻醉方式^[5]。

综上所述, 喉罩麻醉是一种对循环系统的影响小、安全性高的麻醉方式, 可将其作为骨科手术患者的首选麻醉方式。

[参考文献]

- [1] 张南南, 吴一鸣, 段宏伟. 喉罩麻醉与气管插管在老年患者四肢骨折术中的比较 [J]. 重庆医学, 2017, 46(A01):19-20.
- [2] 李敏仙, 顾颖红. 喉罩复合无肌松技术在老年患者股骨头置换术中的应用研究 [J]. 检验医学与临床, 2015, 12(11):1511-1512.
- [3] 郑晓宁, 王福华. 喉罩在高龄合并高血压行骨折内固定手术患者全身麻醉中的应用 [J]. 中国临床医生杂志, 2017, 45(7):117-118.
- [4] 杜如飞, 丁伟星, 刘云松等. 喉罩在腹腔镜手术麻醉中运用的必要性 [J]. 昆明医科大学学报, 2017, 38(8):44-47.
- [5] 刘涌, 彭页. 双腔喉罩联合臂丛神经阻滞在老年肱骨外科颈骨折手术中的应用 [J]. 中国临床研究, 2016, 29(6):764-767.

(上接第 104 页)

- [3] 张秋英. 表面麻醉联合全身麻醉在支撑喉镜下声带手术中的临床效果分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(11):85-86.
- [4] 李长松, 陈鲁, 孙灿林. 全身麻醉复合 1% 丁卡因口底表面麻

醉在显微支撑喉镜下声带息肉摘除术中的应用 [J]. 泰州职业技术学院学报, 2017, 17(04):54-58.

- [5] 崔丛文. 对行支撑喉镜下声带手术的患者实施表面麻醉与全身麻醉的效果研究 [J]. 当代医药论丛, 2017, 15(17):84-85.

(上接第 105 页)

效率 76.67%; 同时研究组患儿不良反应发生率 6.67 和术后苏醒时间 (17.22 ± 4.85) h 均明显低于对照组患儿不良反应发生率 26.67% 和术后苏醒时间 (35.13 ± 12.11) h, 上述指标数据差异均存在统计学意义 ($P < 0.05$)。实验结果与陆瑶和刁伟光的报道基本一致^[4]。实验结果能够看出, 小儿短小手术麻醉中, 经氯胺酮复合丙泊酚泵注治疗, 临床疗效确切, 同时能够从根本上控制患儿的不良反应情况, 且可有效的缩短患者术后苏醒的时间。

综上所述, 氯胺酮复合丙泊酚泵注, 应用于小儿短小手

术麻醉中, 治疗效果较好, 且安全、可靠, 具有重要的临床价值。

[参考文献]

- [1] 肖勇. 氯胺酮复合丙泊酚泵注用于小儿短小手术麻醉的临床效果 [J]. 养生保健指南: 医药研究, 2015(10): 36-36.
- [2] 李玉石, 金学勇. 氯胺酮复合丙泊酚泵注用于小儿短小手术麻醉的临床效果观察 [J]. 医药, 2015(31): 247-247.
- [3] 李春林, 邱庆明. 小儿短小手术麻醉应用氯胺酮复合丙泊酚泵注的效果观察 [J]. 健康导报: 医学版, 2015(6): 38-38.
- [4] 姜文莉. 66 例小儿短小手术麻醉过程中氯胺酮复合丙泊酚泵注用临床效果观察 [J]. 数理医药学杂志, 2016(2): 236-237.

(上接第 106 页)

状态, 更对整个生产过程有十分重要的影响, 是产程顺利与否的关键^[2]。有文献指出, 产妇在生产过程中产生的负面情绪能够促进机体交感神经的兴奋性增强, 增加儿茶酚胺的分泌, 进而令机体受到外界刺激时的敏感度上升, 导致产妇的痛阈降低, 以至于轻微疼痛即可引起产妇较剧烈的反应, 反而令产妇情绪更加堪忧, 形成恶性循环, 影响子宫的收缩能力, 增加产妇体力消耗, 最终导致产程延长, 不得不选择剖宫产, 甚至可能对新生儿造成影响^[3]。因此, 在符合指征的前提下, 实施分娩镇痛, 减轻疼痛对产妇的影响, 对保障产妇预后意义重大。

目前临床用于分娩镇痛的麻醉方法较多, 理想的分娩镇痛, 必须具备易给药、效果佳、起效快、对产妇影响小等条件。目前硬膜外麻醉与腰硬联合麻醉被认为是相对安全、有效的镇痛方法。上述两种方法可避免对机体运动神经的阻滞, 可保证产妇意识清楚, 不会影响产妇运动及宫缩, 能够有效参与分娩的过程。需要强调的是, 单纯硬膜外麻醉药物应用剂

量偏大且起效相对缓慢, 容易对镇痛效果及产程造成不利影响。腰硬联合麻醉则取长补短, 避免了上述缺点, 获得了多数医生的认可^[4]。本文研究显示, 研究组患者镇痛起效时间明显短于对照组; 研究组产妇各个阶段 VAS 评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。充分说明, 分娩镇痛应用腰硬联合麻醉, 与硬膜外麻醉相比, 用药剂量少, 起效时间短, 镇痛效果佳, 是相对理想的分娩镇痛麻醉方法。

[参考文献]

- [1] 裴晓红, 童成英. 舒芬太尼联合罗哌卡因在硬膜外分娩镇痛中的应用及舒芬太尼适宜浓度探讨 [J]. 实用医学杂志, 2012, 28(3):466-468.
- [2] 张治国, 高波. 不同椎管内麻醉方法用于无痛分娩效果检查 [J]. 中国社区医师, 2012, 4(9):67-69.
- [3] 陈水清. 硬膜外麻醉与腰硬联合麻醉在分娩镇痛中的应用对比 [J]. 中国实用医药, 2015, 10(13): 20-21.
- [4] 武庆涛. 腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉在初产妇分娩镇痛中的对照研究 [J]. 中外医学研究, 2011, 35(11):47-48.