



全身麻醉复合B超引导椎旁阻滞加置管术后镇痛应用食道癌手术的麻醉效果分析

李 珏 (娄底市中心医院 湖南娄底 417000)

摘要: **目的** 探索全身麻醉复合罗哌卡因硬膜外阻滞对食管癌手术患者的麻醉效果。**方法** 选择2013年3月-2015年3月期间拟行食管癌开胸手术且符合入选标准的80例患者为研究病例,采用随机、单盲法将其分作两组,其中40例为对照组采用全身麻醉,40例为观察组采用全身麻醉复合B超引导椎旁阻滞加置管术后镇痛,对比、分析麻醉效果。**结果** 观察组患者术后自主呼吸恢复时间(4.48 ± 0.87) min、清醒时间(14.34 ± 2.20) min、拔管时间(11.45 ± 2.43) min与对照组比较均有明显减少($P < 0.05$)。观察组患者术后躁动及肺部感染发生率分别为2.50%和5.00%,与对照组比较均明显降低($P < 0.05$)。**结论** 全身麻醉复合B超引导椎旁阻滞加置管术后镇痛对食管癌手术患者麻醉效果好,安全性高,值得推广应用。

关键词: 全身麻醉 硬膜外阻滞 食管癌

中图分类号: R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)20-1111-02

食道癌是较为常见的消化道恶性肿瘤,临床多采取手术切除治疗,而食道癌手术具有创伤大、应激反应强、手术时间长、术后疼痛明显的特点,对呼吸、循环系统干扰大,患者易出现缺氧等^[1-2]。因此,食道癌手术对麻醉要求较高,既要能够保证足够的麻醉深度,又要术后尽早清醒,以能进行咳嗽排痰、呼吸训练等,减少术后并发症的发生,而合理选择麻醉方式和麻醉药物具有重要意义^[3]。本研究重在探索全身麻醉复合B超引导椎旁阻滞加置管术后镇痛对食道癌手术患者的麻醉效果,以能为临床应用提供参考。现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2013年3月-2015年3月期间拟行食管癌开胸手术且符合入选标准的80例患者为研究病例,ASA分级为I-II级,包括男47例,女33例,年龄最小43岁,最大68岁,平均(53.23 ± 4.33)岁,体重最小50kg,最大68kg,平均(60.32 ± 4.64)kg。排除严重脏器功能异常者、心血管系统、植物神经系统、中枢神经系统疾病者、近期使用激素治疗者等。采用随机、双盲法将入选患者分作两组,各有40例,且两组基线资料经统计学分析无显著差异,均衡性好($P > 0.05$)。

1.2 麻醉方法

患者入室后建立静脉输液通道,术前30min肌注苯巴比妥0.1g和硫酸阿托品0.5mg,监测心电图、血压、动脉血氧分压等生命体征。对照组患者采用全身麻醉,以咪达唑仑($0.05-0.10\text{mg/kg}$)、芬太尼($3-4\mu\text{g/kg}$)、维库溴铵($0.08-0.12\text{mg/kg}$)、依托咪酯($0.2-0.3\text{mg/kg}$)行麻醉诱导并进行气管插管,术中以维库溴铵($0.03-0.05\text{mg/kg}$)、丙泊酚($2-3\mu\text{g/ml}$)、瑞芬太尼($2.5-3.5\mu\text{g/ml}$)间断维持麻醉,且于手术结束前30min停用维库溴铵,术后10-30min拔管;观察组患者采取全身麻醉复合B超引导椎旁阻滞加置管术后镇痛,即患者取侧卧位,弓背屈曲,选择手术侧胸椎棘突后旁开2.5-3.0cm处为穿刺点,于B超引导下作椎旁间隙穿刺,依次透过皮肤、肋间外肌、肋间内肌进针至椎旁间隙。节超声探头频率为7.0MHz,回抽无血后注入15ml浓度为0.375%罗哌卡因。于椎旁间隙置入硬膜外导管,退针后固定导管,确定阻滞范围为T4-T8后作全麻诱导,其余同对照组。

患者术后均使用静脉自控镇痛,镇痛液配方为:芬太尼8-10 $\mu\text{g/kg}$ 加入生理盐水并稀释至100ml生理盐水,设置镇痛泵参数:负荷量为2ml,单次剂量0.5ml,背景剂量为2ml/h,锁定时间15min。

1.3 评价方法

记录患者术后自主呼吸恢复时间、清醒时间、拔管时间;记录患者术后躁动及肺部感染发生情况,进行组间比较并作统计学分析。

1.4 统计学方法

数据应用SPSS17.0统计学软件分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差

($\bar{x} \pm s$)表示,差异分析采用t检验,计数资料以[n(%)]表示,差异分析采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异显著。

2 结果

2.1 患者术后自主呼吸恢复时间、清醒时间、拔管时间比较

观察组患者术后自主呼吸恢复时间(4.48 ± 0.87) min、清醒时间(14.34 ± 2.20) min、拔管时间(11.45 ± 2.43) min与对照组比较均有明显减少,差异显著($P < 0.05$)。

表1: 患者术后自主呼吸恢复时间、清醒时间、拔管时间比较($\text{min}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	自主呼吸恢复时间	苏醒时间	拔管时间
对照组	40	15.45 ± 1.73	28.34 ± 3.43	26.78 ± 3.43
观察组	40	4.48 ± 0.87^a	14.34 ± 2.20^a	11.45 ± 2.43^a

注:与对照组比较, $aP < 0.05$ 。

2.2 患者术后躁动及肺部感染发生情况比较

观察组患者术后躁动及肺部感染发生率分别为2.50%和5.00%,与对照组比较均明显降低,差异显著($P < 0.05$)。

表2: 患者术后躁动及肺部感染发生情况比较[n(%)]

组别	n	术后躁动	肺部感染
对照组	40	6 (15.00)	8 (20.00)
观察组	40	1 (2.50) ^a	2 (5.00) ^a

注:与对照组比较, $aP < 0.05$ 。

3 讨论

食道癌是发生在食管上皮组织的恶性肿瘤,近些年的发病率逐年增加且死亡率居高不下,因此需及时进行手术治疗^[4]。食道癌手术因操作时间长、创伤面积大、应激反应强、术后疼痛剧烈等,要求手术中需采取深度麻醉及完全镇痛,而选择正确的麻醉方式和麻醉药物,不仅关系手术治疗效果,还会影响患者术后康复,降低术后并发症的发生^[5]。

全身麻醉可阻断痛觉向大脑传导,但患者术后会出现不同程度失眠或记忆障碍。椎旁神经阻滞仅仅阻滞术侧躯体的椎旁神经,而对机体的生理影响较小,但传统椎旁神经阻滞于盲探下操作,靠体表定位及阻力变化来确定椎旁间隙位置,对操作技术要求高。而超声引导椎旁阻滞具有明显的直观性,可提高阻滞成功率,减少并发症的发生^[6]。而全身麻醉与椎旁阻滞镇痛可发挥协同作用,减少麻醉药物、肌松药物用量,从而减轻循环、呼吸抑制,保证麻醉过程平稳,术后苏醒迅速^[7]。罗哌卡因是新型长效酰胺类局麻药,已经被公认为硬膜外麻醉的首选,起效快、阻滞时间长、麻醉镇痛效果稳定,且具有可控性,有利于麻醉深度的控制及机体的代偿^[8]。

本研究重点探索食道癌手术患者采取全身麻醉复合B超引导椎旁



阻滞加置管术后镇痛的麻醉效果,得出患者术后自主呼吸恢复时间、清醒时间、拔管时间与单纯全身麻醉组比较均有明显减少,而患者术后躁动及肺部感染发生率与单纯全身麻醉组比较均明显降低。分析单纯全身麻醉不易阻止创伤反应,而需要加大麻醉药物用量才能达到麻醉效果,但易引起药物蓄积而导致苏醒延迟,而全身麻醉复合 B 超引导椎旁阻滞加置管术后镇痛不仅有完善的镇痛、镇静效果,还能减少麻醉药物用量,保证患者术后苏醒迅速,并减少术后躁动和肺部感染的发生。

综合临床研究,全身麻醉复合 B 超引导椎旁阻滞加置管术后镇痛对食管癌手术患者麻醉效果好,安全性高,值得推广应用。

参考文献

[1] 孙青山,邵长西,张正琰,等.硬膜外阻滞复合全身麻醉在上腹部及胸内肿瘤

手术应用的临床研究[J].中国现代医生,2015,53(15):105-107.

[2] 裴毅敏,唐亮,汪正平,等.全身麻醉复合椎旁阻滞对食管手术围术期循环及术后镇痛的影响[J].上海医学,2011,34(12):

914-918.

[3] 散小虎,张在斌,朱辉,等.B超引导椎旁神经阻滞用于开胸术后镇痛效果的观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(2):205-207.

[4] 袁海波.全身麻醉复合罗哌卡因硬膜外阻滞麻醉在食道癌手术中的应用[J].现代诊断与治疗,2013,24(18):4254-4255.

[5] 巩红岩,段文姣,刘景景,等.超声引导连续胸椎旁神经阻滞复合右美托咪定麻醉对食管癌手术患者围术期应激反应的影响[J].新乡医学院学报,2016,33(4):291-296.

[6] 李勇帅,易斌,张铭,等.全身麻醉复合罗哌卡因硬膜外阻滞麻醉在食道癌手术中的应用[J].重庆医学,2010,39(17):2297-2298.

[7] 毛仲霞,赵敏,曲向林.全麻复合罗哌卡因硬膜外麻醉在食管癌患者手术中的应用[J].实用医学杂志,2011,27(18):3445-3446.

[8] 张勇,陈肖,曹苏,等.超声引导下连续椎旁神经阻滞对开胸手术炎症反应的影响[J].中华临床医师杂志(电子版),2014,8(24):4405-4409.

(上接第 108 页)

率高,在消化疾病治疗的检查中起着不可替代的作用,能有效地减少检查和治疗不适的发生,改善病人的舒适度,提高患者的生活质量。本研究结果显示,在观察组无疼痛胃镜检查后,50 例患者中出现恶心呕吐 1 例,2 例发生咳嗽,1 例疼痛。对照组采用常规胃肠镜检查。治疗后 50 例病人中有 6 例出现恶心呕吐,咳嗽 6 例,疼痛 4 例,显著影响患者检查治疗后两组的差异($P < 0.05$),因此,无痛胃肠内镜方面扮演着重要的角色在胃肠病学诊所,无痛胃肠内镜是安全可靠的,可以减少检查不适在治疗,值得临床应用^[4]。

(上接第 109 页)

通道进入患者气管、支气管、肺泡等位置,使得药物直接深入作用于炎性病灶位置,并且尽最大可能避免了其他系统对药物首过效应的影响。雾化治疗能够有效减轻患者的支气管炎症反应,同时也提高了针对性的治疗效果,从而有效促进患者康复。本次研究结果与江燕珺^[1]的研究具有一致性,另外,结合江燕珺^[1]的研究和我院此次研究,我们发现,采用联合治疗方案不仅能够帮助患者有效控制病情,还可以减少住院花费,间接性的促进医患和谐,有利于临床对支气管扩张治疗办法进一步研究。

综上所述,对支气管扩张患者应用抗生素联合氨溴索治疗,其临床治疗效果明显高于单一用药。患者不仅能够获得更安全的治疗,还可以降低住院花费。因此,联合治疗是一种行之有效的治疗方案,值得在临床推广应用。

参考文献

[1] 周峻毅.无痛胃肠镜在消化内科临床中应用分析[J].临床医药文献电子杂志,2015,2(13):2669-2670.

[2] 孟军.无痛胃肠镜在消化内科临床中应用分析[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(69):102-103.

[3] 唐玉娟.无痛胃肠镜在消化内科临床中应用分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(15):89.

[4] 于燕.无痛胃肠镜在消化内科疾病诊疗中的应用分析[J].中国卫生标准管理,2016,7(01):52-53.

得在临床推广应用。

参考文献

[1] 江燕珺.联合用药治疗支气管扩张的效果观察及体会[J].当代医学,2014,20(13):126-127.

[2] 温泳涛,赵一菊,王兆邦,等.支气管扩张合并哮喘临床治疗观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(34):5217-5218.

[3] 郭云燕.盐酸氨溴索经纤维支气管镜给药治疗支气管扩张症的临床效果观察[J].当代医学,2016,22(7):152-153.

[4] 方勇.支气管肺泡灌洗与局部注药用于治疗支气管扩张合并感染患者临床观察[J].中国处方药,2017,15(8):108-109.

[5] 王辉.中医治疗支气管扩张的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2016,35(3):26-26.

(上接第 110 页)

表一数据显示,观察组的手术切口长度、手术时间、住院天数、骨折愈合时间更短, p 值小于 0.05,说明膝关节镜辅助微创手术可减少创伤,促进骨折早日愈合。表二数据显示,术后六个月观察组患者的膝关节功能评分高于对照组, p 值小于 0.05,可见膝关节镜辅助微创手术有利于患者膝关节功能早日愈合。

本研究说明,膝关节镜辅助微创手术治疗老年胫骨内侧平台骨折具有较好的疗效,值得大力推广应用。

参考文献

[1] 张扩.膝关节镜辅助微创手术治疗老年胫骨内侧平台骨折的效果分析[J].中外医疗,2017,36(10):28-30.

[2] 肖建斌.膝关节镜辅助微创手术治疗老年胫骨内侧平台骨折患者的疗效观察[J].湖北科技学院学报:医学版,2017,31(1):43-45.

[3] 常旭东.膝关节镜辅助微创手术对老年胫骨内侧平台骨折的疗效分析[J].中国伤残医学,2017,25(15):43-44.

[4] 黄洪波.膝关节镜辅助微创手术治疗老年胫骨内侧平台骨折的疗效评价[J].湖南中医药大学学报,2016,36(A02):1061-1061.

[5] 詹志川,叶鸿凤,陈益霖.多种内固定方法治疗合并膝关节半脱位的胫骨内侧平台骨折的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(6):652-653.

[6] 曹仲清,丁净,莫宗一.不同内固定术式治疗膝关节半脱位合并胫骨内侧平台骨折的疗效对比[J].生物骨科材料与临床研究,2017,14(4):33-35.

[7] 郭志涛,王可良,李树山.关节镜辅助治疗胫骨外侧平台骨折伴内侧副韧带断裂疗效对比分析[J].医药论坛杂志,2017,38(7):81-82.