



· 临床研究 ·

低浓度罗哌卡因腰麻用于经尿道膀胱肿瘤电切老年患者的可行性和安全性

谢守学 (重庆市黔江民族医院麻醉科, 409099)

摘要: **目的** 探讨低浓度罗哌卡因腰麻用于经尿道膀胱肿瘤电切老年患者的可行性和安全性。**方法** 选取 2014 年 11 月到 2015 年 11 月于我院行经尿道膀胱肿瘤电切老年患者共 44 例, 作为本次研究的对象, 随机将患者分为两组, 观察组患者行低浓度罗哌卡因腰麻, 对照组行常规罗哌卡因腰麻。**结果** 两组患者在接受上述治疗后, 观察组的不良反应率是 22.73%, 对照组的不良反应率是 50%, 观察组的不良反应率显著低于对照组, 差异显著具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 低浓度罗哌卡因腰麻用于经尿道膀胱肿瘤电切老年患者中效果显著, 并且安全可靠, 患者的不良反应较低, 在临床上具有使用推广的价值。

关键词: 低浓度 罗哌卡因 尿道膀胱肿瘤电切 安全性

中图分类号: R737 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-146-02

膀胱肿瘤是泌尿系统常见肿瘤, 多发生在老年群体中, 对患者的生活造成了不良的影响, 使患者生活质量下降, 在临床上需要加强治疗的方法。本次研究的主要目的是探讨低浓度罗哌卡因腰麻用于经尿道膀胱肿瘤电切 (TURBT) 老年患者的可行性和安全性, 选取 2014 年 11 月到 2015 年 11 月于我院行经尿道膀胱肿瘤电切老年患者共 44 例, 作为本次研究的对象, 其具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 11 月到 2015 年 11 月于我院行经尿道膀胱肿瘤电切老年患者共 44 例, 作为本次研究的对象, 随机将患者分为两组, 即观察组和对照组, 每组各 22 例。观察组 22 例患者中男性 12 例, 女性 10 例, 年龄 52-78 岁, 平均年龄 (60.1 ± 9.1) 岁; 对照组 22 例患者中男性 10 例, 女性 12 例, 年龄 53-79 岁, 平均年龄 (62.1 ± 8.9) 岁, 两组患者在年龄、性别等一般资料对比上均无显著性差异 ($P > 0.05$); 具有可比性。

1.2 入选标准

所有患者均是自愿参加本次研究, 在临床上均被诊断为膀胱肿瘤, 均行 TURBT; 年龄 > 51 岁。

1.3 麻醉方法

所有患者在进入手术室后进行常规检查, 之后常规面罩给氧, 建

立静脉通道, 在侧卧位下选择 L3-4 间隙行腰硬联合穿刺, 腰穿成功后像蛛网膜下腔注入局麻药 (30-40s 注完)。观察组患者注入 0.25% 罗哌卡因 (0.75% 布比卡因 1.0ml+50% 葡萄糖液 0.3ml+ 患者脑脊液 1.7ml 配制) 1.2ml。对照组患者注入 0.5% 罗哌卡因 (0.75% 布比卡因 2.0ml+50% 葡萄糖液 0.3ml+ 患者脑脊液 1.7ml 配制) 1.2ml。患者注射完以后即退出腰麻针, 迅速置入硬膜外导管, 拔出穿刺针消毒、固定^[1]。

1.4 观察指标

麻醉醒的痛觉和运动阻滞时间比较; 观察所有患者术后的不良反应。

1.5 统计学方法

所有数据均进行统计学分析, 百分数 (%) 表示计数资料, χ^2 进行检验, 统计结果以 $P < 0.05$ 为具有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者感觉、运动神经阻滞时间比较

观察组患者最高感觉阻滞时间为 (11.8 ± 2.5) min, 最高运动阻滞时间为 (13.7 ± 3.6) min; 阻滞感觉持续时间为 (238.3 ± 33.8) min, 阻滞运动持续时间为 (93.1 ± 36.8) min; 对照组患者最高感觉阻滞时间为 (11.2 ± 2.7) min, 最高运动阻滞时间为 (12.7 ± 3.2) min。

(转下页)

(接上页)

7.85 天, 平均 β -HCG 恢复正常时间 17.8 天, 所有患者均未需行开腹手术切除子宫或病灶清除, 初始治疗成功率 100%, 住院费用平均 8509.1 元。

2.2 B 组先行 MTX 肌注组: 8 例初始治疗获得成功, 另有 4 例因清宫术中大出血, 立即予停手术, 补液, 促进子宫收缩, 备血, 同时积极行术前准备, 行子宫动脉介入灌注甲氨蝶呤 (MTX) + 明胶海绵栓塞治疗, 具体法同先行介入治疗组, 栓塞后阴道出血明显减少, 术后 3-8 天再次在彩超引导下行清宫术。术中平均出血量 311.67ml, 平均住院时间 15.58 天, 术后 β -HCG 恢复正常时间平均 29.17 天, 初始治疗成功率 67%, 住院费用平均 7050 元。

3 讨论

2003 年 Jurkovic 等^[1]报道 CSP 发病率为 1/1800, 近 10 年来 CSP 的发病率逐渐上升, 可能由于剖宫产率的上升及高分辨率彩超的应用, 目前其发病机制尚不清楚。有学者认为^[2-3]剖宫产术对子宫壁的破坏并造成子宫肌层的连续性中断而形成通向宫腔的窦道。再次妊娠时孕卵种植于该窦道中而形成, 可能与孕卵运行过快或发育迟缓在通过宫腔时尚未有种植能力或剖宫产术后峡部恢复疤痕位于其前壁有关, 影响孕卵着床。

CSP 目前尚无统一的治疗原则, 传统的治疗包括以 MTX 为主的药物治疗和开腹手术治疗, MTX 药物治疗耗时较长, 且有大出血需切除子宫的危险, 开腹手术包括病灶清除及子宫切除术, 如行子宫切除术则使患者永久丧失生育能力, 影响病人的生活质量, 故需要寻找一种能尽量避免切除子宫的方法来治疗 CSP, 近年来, 介入治疗已越来越多的用于妇科疾病的治疗, 本文资料中, A 组对经彩超检查证实的 CSP 采用先通过股动脉穿刺插管, 向子宫动脉介入灌注 MTX 等杀胚药

物并以明胶海绵栓塞子宫动脉病灶, 且局部药物浓度远大于全身用药, 杀胚效果好。同时短时间内造成病灶血运骤然减少, 得以安全清除妊娠组织, 减少术中出血量, 明显缩短住院时间, 利于病人尽快恢复。明胶海绵颗粒作为栓塞剂, 其为可溶性、一过性栓塞物质, 栓塞后 2-3 周即可被吸收, 血管复通, 恢复正常的血供, 因子宫动脉分支有丰富的侧支循环, 子宫卵巢膀胱等盆腔脏器通过交通血供不至于出现盆腔器官坏死^[4], 栓塞术后出现的发热、恶心、呕吐及疼痛等症状统称栓塞后综合征, 一般症状较轻, 且常在 12-96 小时消失, 仅需对症处理即可。先行 UAE 治疗患者虽在个体治疗费用上有所上升, 但其几无大出血可能, 避免了要输血以及再次手术切除子宫的风险, 保存了患者的生育功能, 提高了患者的生活质量, 且其平均治疗费用并未增加。

随着近年来我国剖宫产率的居高不下, CSP 的发病率势必不断上升。对有剖宫产史的早期妊娠者, 应常规行经阴道联合腹部彩超检查, 及早发现 CSP, 并积极先行介入治疗后再行清宫术, 而不必等大出血后再行 UEA, 该方法有利于减少清宫术中出血量, 减少住院天数, 避免了开腹手术切除子宫的风险, 改善患者预后, 在有介入治疗条件的医疗机构, 应予以推广应用。

参考文献

- [1] Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B et al. First-trimester di-agnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2003, 21(3):220-227.
- [2] Rotas MA, Haberman S, Levigur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management[J]. Obstet Gynecol, 2006, 107(6):1373-1381.



中医加交锁髓内钉治疗胫骨干骨折的临床观察

夏新权 (安化县中医医院, 湖南益阳 413500)

摘要: **目的** 探讨中医加交锁髓内钉联合治疗胫骨干骨折的临床效果。**方法** 选择2013年7月-2014年7月期间我院收治的胫骨干骨折患者100例为研究对象,根据入院编号的数字随机法将其分为两组,其中给予对照组交锁髓内钉治疗,而观察组在此基础上,再给予中医联合治疗,对两组的并发症发生情况和骨折恢复时间进行对比和分析。**结果** 相比较对照组而言,观察组的骨折愈合、肿胀消除以及功能恢复时间均较短,比较有统计学意义($P<0.05$);同时,与对照组相比,观察组的不良反应发生率,比较有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 临床上运用中医加交锁髓内钉联合治疗胫骨干骨折,能够使骨折愈合时间缩短,对并发症发生率进行控制,获得令人满意的疗效,值得应用和推广。

关键词: 中医 交锁髓内钉 胫骨干骨折

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 05-147-02

随着建筑行业和交通事业的不断发展,我国胫骨干骨折患者的人数也越来越多,其中胫骨干骨折是比较常见的一种骨折类型,不仅给患者带来剧烈的疼痛感,如果不及及时治疗,还会影响骨愈合,加重病情^[1]。当前临床上在对胫骨干骨折进行治疗时,交锁髓内钉是比较常用的一种方法,虽然疗效确切,但是依然容易出现骨不愈合、愈合延迟等并发症^[2],对患者的正常生活产生严重影响^[2]。因此,本文对胫骨干骨折运用中医加交锁髓内钉联合治疗的临床效果进行了探讨,如下报道。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择2013年7月-2014年7月期间我院收治的胫骨干骨折患者100例为研究对象,参选对象所有病例符合胫骨干骨折诊断标准,均为闭合性骨折,无合并其他严重疾病或其它严重骨折,根据入院编号的数字随机法将其分为两组,每组50例。对照组中31例为男性,19例为女性,年龄22-79岁,平均年龄为 (43.22 ± 6.87) 岁,其中胫骨中上段骨折10例,胫骨中段骨折21例,胫骨中下段骨折19例,致伤原因:30例为交通事故伤,14例为高处跌落伤,6例为其它;观察组中30例为男性,20例为女性,年龄24-81岁,平均年龄为 (43.65 ± 6.81) 岁,其中胫骨中上段骨折11例,胫骨中段骨折22例,胫骨中下段骨折17例,致伤原因:32例为交通事故伤,13例为高处跌落伤,5例为其它。两组在骨折类型、致伤原因等资料方面比较无统计学意义($P>0.05$),能够进行对比。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组运用交锁髓内钉治疗,操作如下:对患者进行腰部麻醉或者硬膜外麻醉后,取仰卧位,根据X线检查结果,选择合适的手术切口,对骨折端进行修正并复位,手术的过程中,尽量避免损害软组织。扩髓后,根据患者的实际情况,选择合适的髓内钉,坚持由远及近的锁定原则,完成锁定后,仔细观察锁定情况,是否准确复位,是否锁定牢固,对患者进行充分止血后,紧密缝合手术切口,并监测患者的生命体征。术后,将患肢抬高,定时更换敷料,并尽早指导患者进行踝泵训练。

1.2.2 观察组

观察组在对照组治疗的基础上,再给予中医联合治疗,通常情况下,可以分为以下三个阶段:①前期(骨折损伤后1-2周)。桃红四物汤加減:当归、桃仁、木香、川芎、红花、土鳖虫、赤芍药各10g、鸡血藤、续断、延胡索、泽兰、牛膝各15g;对于体弱的患者,可以在药方中加入火麻仁、生地黄;②中期(骨折损伤后3-4周)。新伤续断汤加減:自然铜、当归、苏木、延胡索、土鳖虫各10g、杜仲、续断各15g;③后期(骨折后30d)。补骨方加減:骨碎补、杜仲、熟地黄、五加皮、黄芪、续断、木瓜、党参各15g、土鳖虫10g。

1.3 观察指标

治疗期间,观察两组的骨折愈合时间、肿胀消除时间以及功能恢复(转下页)

(接上页)

min;阻滞感觉持续时间为 (292.1 ± 23.8) min,阻滞运动持续时间为 $(125.3\pm354.16.8)$ min。两组患者在最高感觉和运动阻滞时间上差异没有统计学意义($P>0.05$),观察组的运动阻滞时间比观察组患者短($P<0.05$)。

2.2 两组患者不良反应率比较

两组患者在接受上述治疗后,观察组的不良反应率是22.73%,对照组的不良反应率是50%,观察组的不良反应率显著低于对照组,差异显著具有统计学意义($P<0.05$)。

表1: 两组患者不良反应率比较

组别	例数	恶心	寒战	谵妄	不良反应率%
观察组	22	2	3	0	22.73
对照组	22	3	7	1	50

3 讨论

膀胱肿瘤是泌尿科中常见的一种肿瘤,大部分发生在三角区、两侧壁及颈部,我国部分城市肿瘤发病率报告显示膀胱癌发病率有增高趋势。对于老年患者来说身体各项技能在逐渐下降,抵抗力减弱^[2],更容易出现膀胱肿瘤,因此,在临床上需要加强进行治疗,提高老年患者的生活质量。对于这种疾病在临床一般采用经尿道膀胱肿瘤电切术,在手术中需要对患者进行局部麻醉^[3]。本文主要探讨的是低浓度罗哌卡因腰麻用于经尿道膀胱肿瘤电切老年患者的可行性和安全性,罗哌卡因是单一对映结构长效酰胺类局麻药,其作用机制与其它局麻药相同,通过抑制神经细胞钠离子通道,阻断神经兴奋与传导。

对运动神经的阻滞作用与药物浓度有关,浓度为0.2%对感觉神经阻滞较好,但几乎无运动神经阻滞作用;0.75%则产生较好的运动神经阻滞作用^[4]。对于老年患者在腰麻的过程中需要注意根据患者的身体状况来控制相应的药量,在注射麻药时注意控制速度,防止平面过度扩散。

本次研究数据显示,观察组的不良反应率是22.73%,对照组的不良反应率是50%,观察组的不良反应率显著低于对照组,差异显著具有统计学意义($P<0.05$)。从上述数据中可以看出低浓度罗哌卡因应用在TURBT中患者的不良反应发生率较低,能够提高临床治疗疗效。

综上所述,低浓度罗哌卡因腰麻用于经尿道膀胱肿瘤电切老年患者中效果显著,并且安全可靠,患者的不良反应较低,在临床上有使用推广的价值。

参考文献

- [1] 董传斌, 苟红华, 李智进, 吴剑锋. 低浓度罗哌卡因腰麻在经尿道膀胱肿瘤电切老年患者中的应用[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2014, 03:140-142.
- [2] 童强, 姚立欣, 黄金明, 刘军, 孙嵘, 邱军, 程永德. 经内动脉化疗栓塞联合经尿道膀胱肿瘤电切术治疗晚期膀胱癌17例[J]. 介入放射学杂志, 2013, 02(22):148-151.
- [3] 陈毅章. 根治性经尿道膀胱肿瘤电切术加化疗治疗肌层浸润性膀胱癌的疗效分析[J]. 临床医学, 2013, 09(33):50-51.
- [4] 陈伟. 经尿道软激光膀胱肿瘤切除术与经尿道膀胱肿瘤电切术治疗表浅层膀胱癌的疗效和安全性:对比研究[J]. 中国全科医学, 2014, 02:223-225.