



老人股骨骨折应用腰硬联合麻醉的临床效果分析

雷晓兵 (嘉禾县人民医院麻醉科, 湖南郴州 424500)

摘要: 目的 观察老人股骨骨折应用腰硬联合麻醉的临床效果。方法 选取2015年1月至2016年1月接诊的老年股骨骨折患者160作为本次研究对象, 将其随机分为观察组与对照组, 每组各80例。观察组患者采用腰硬联合麻醉, 对照组患者采用连续硬膜外麻醉, 对比两组患者的麻醉起效时间、生命体征以及手术后出麻的并发症。结果 所有患者麻醉均取得成功, 研究组患者的麻醉起效时间明显低于对照组, 术后并发症的发生率也低于对照组, 对比差异显著 ($P < 0.05$), 具有统计学意义。另外, 研究组在手术中需要使用辅助麻醉药物的人数明显低于对照组, 对比差异具有统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 老人股骨骨折手术使用腰硬联合麻醉具有起效快、术后不良反应少的优点, 值得临床推广使用。

关键词: 股骨骨折 腰硬联合麻醉 连续硬膜外麻醉 老年患者

中图分类号: R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 10-039-01

老年人因年龄过大, 出现骨质疏松, 经常因摔倒造成股骨骨折, 股骨骨折的治疗方式仍以手术效果为最佳, 但是由于手术中使用的连续硬膜外麻醉具有较高的技术风险, 使得许多医院无法对老年人实施手术治疗, 造成股骨骨折不能及时的接受治疗或者根本无法治愈^[1]。本院采取腰硬联合麻醉对股骨骨折的老年患者进行麻醉, 取得良好的麻醉效果, 现将结果报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2015年1月至2016年1月接诊的老年股骨骨折患者160例, 将其随机分为研究组与对照组, 每组各80例。研究组男性52例, 女性28例, 年龄60—80岁, 平均年龄(71.3±5.6)岁。对照组男性42例, 女性38例, 年龄60—82岁, 平均年龄(72.4±5.9)岁。两组患者的一般资料无统计学意义, 具有可比性。

1.2 研究方法 所有患者在手术前均肌内注射0.1g 苯巴比妥钠+0.5mg 阿托品。手术过程中, 研究组患者使用利多卡因和布比卡因, 于L₂₋₃或L₃₋₄进行穿刺, 置入腰麻针后, 推注2mL 布比卡因, 置入硬膜外导管。对照组患者使用传统的硬膜外穿刺, 在穿刺置入硬膜外导管后推注2%利多卡因3mL, 在分次推注0.375%布比卡因。

1.3 观察指标 对比两组患者的麻醉起效时间、麻醉效果以及辅助用药情况。麻醉效果总分10分, 0分: 患者的血压正常, 心律保持在60—100次/min, 肌肉松弛度好, 无需辅助用药, 无并发症。1—2分: 血压波动低于20%, 心率50—120次/min, 出现轻度的并发症, 使用辅助药物, 肌肉松弛度尚好。3—10分: 患者血压波动超过20%, 心律不正常, 出现中度并发症, 肌肉松弛度较差无法继续进行手术。根据患者的情况对每项进行评分, 总分数低于2分为优秀, 3—8分为良好, 超过8分为较差。

1.4 统计学方法 所有数据采用统计学软件SPSS16.0进行处理和分析, 计量资料采用t进行检验, 技术资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者麻醉起效时间对比 研究组患者的麻醉起效时间为(3.1±1.7) min, 对照组患者的麻醉起效时间为(12.3±4.5) min, 对比差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。研究组中并未出现辅助用药的患者, 对照组中有22例患者需要使用辅助麻醉剂。

2.2 两组患者的麻醉效果对比 研究组患者的麻醉效果优良率明显高于对照组, 对比差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

表1: 两组患者的麻醉效果对比

组别	例数	优秀	良好	较差	优良率
研究组	80	74	5	1	98.75%
对照组	80	60	11	9	88.75%

3 讨论

老年人的生理组织有着明显的改变, 手术时进行麻醉有较大的风险, 风险甚至高于婴幼儿。年龄的增长会对人体的生理有较大影响, 胜利的储备能量较低, 在日常生活中不明显, 当遇到应激性刺激后,

机体无力抵抗, 而下肢骨折需要长时间的卧床岫岩, 使得生理储备量进一步降低^[2]。另外, 老年患者多合并多种不同的慢性病, 疾病发病的程度在麻醉过程中无法评估。因此, 过去临床上都将年龄较大的患者作为麻醉的禁忌。随着近几年来医学技术水平的发展, 临床上开始新型的麻醉技术为老年患者进行手术麻醉。腰硬联合麻醉具有起效快、震动效果明显、神经阻滞效果完善、用药量少的优点, 其麻醉效果远远高于连续硬膜外麻醉技术, 可以改善过去麻醉见效时间长, 用量大的缺点^[3]。根据本次研究结果可见, 研究组患者的麻醉起效时间明显低于对照组, 且麻醉效果明显优于对照组, 对比差异显著, 具有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明腰硬联合麻醉在老年股骨骨折患者手术中的麻醉效果。尽管腰硬联合麻醉具有较大的优势, 但是手术中还应做好相应的准备。

老年股骨骨折患者在进行手术前需要进行充分的准备, 积极治疗基础疾病, 保证麻醉的安全, 因此, 在手术前还需要进行内科会诊, 协助治疗。手术前评估患者的心功能, 心功能需达到II—III级, 空腹血糖低于10mmol/L, 血压低于160/90mmHg, 若患者出现贫血症状, 可以适当为患者输入新鲜冻血浆, 增加凝血因子, 避免出现失血过多。手术过程中应将保证患者血流动力学稳定作为目标, 开展循环管理, 老年患者接受麻醉后血压的下降浮动会很大, 血流动力学不稳定, 极易发生脑血管事件或心肌梗死。因此, 在手术前1h应根据患者的心功能情况输入血浆扩充血容量, 保证血压平稳, 另外, 需要注意的是不可使用麻黄素做升压治疗, 特别是心功能不全的患者, 麻黄素会增加心肌耗氧量。老年患者在麻醉后的交感神经阻滞恢复较慢, 术后容易出现直立性低血压, 甚至会出麻那心脏骤停等情况, 因此, 在搬动患者时动作应尽量轻柔, 搬动后观察10min方可离开手术室。对患者家属强调禁食的重要性, 老年患者在术后搬动的过程中容易发生低血压, 进而产生呕吐等症状, 气道的保护性反射里变弱, 容易出现误吸窒息, 手术结束后也不应过快的撤离吸引装置或气管插管设备, 患者送回病房后应配备麻黄碱、阿托品、氧气袋等, 避免运送过程中出现意外^[4]。

综上所述, 腰硬联合麻醉的麻醉综合效果要远远高于连续硬膜外麻醉, 尤其是对年龄较高的老年患者, 减少局部的用药量, 用药更加安全, 值得在临床上推广使用。

参考文献

- [1] 孙春红, 容英旋. 老人股骨骨折应用腰硬联合麻醉的临床分析[J]. 中国卫生产业, 2012, (13):149.
- [2] 周猛. 老人股骨骨折应用腰硬联合麻醉的临床分析[J]. 现代诊断与治疗, 2013, (13):3094—3094.
- [3] 耿光星, 李欣, 周娟等. 股神经阻滞在老年股骨骨折手术中的应用[J]. 中国老年学杂志, 2015, (8):2248—2249.
- [4] 刘寒茹. 不同麻醉方式对老年股骨骨折患者术后治疗苏醒时间及认知恢复的影响[J]. 医学美学美容(中旬刊), 2015, (3):76—76.