

超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察

葛馨阳

上海市仁济医院宝山分院（原大场医院） 上海 200444

〔摘要〕目的 对超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的临床效果开展调查分析。方法 选取 90 例上肢手术患者作为研究对象，将其按照麻醉方法的不同分为对照组和观察组；对照组采取传统解剖定位麻醉法，观察组则采取超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉法，对比两组患者的麻醉效果、并发症发生率及各项观察指标。结果 观察组麻醉效果优良率明显高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组起效时间、操作时间均短于对照组，阵痛时间长于对照组，组间对比差异存在显著性 ($P < 0.05$)；观察组并发症发生率明显低于对照组，术后 2 小时 VAS 评分低于对照组，数据对比差异存在显著性 ($P < 0.05$)。结论 在上肢手术中使用超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉具有显著的麻醉效果，阻滞效果佳，麻醉起效时间短，并发症发生率低，安全有效。

〔关键词〕 超声引导下；腋路臂丛神经；阻滞麻醉

〔中图分类号〕 R614 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 04-007-02

臂丛神经阻滞麻醉是临床上常用的麻醉方法之一，通常采用体表标志、针刺神经来确定神经，然而受到患者个体性差异、配合度及麻醉医师的操作水平等因素的影响，导致穿刺无法一次成功，需要反复穿刺探查才能成功，因此增加了患者痛苦，或神经阻滞不全等问题^[1]。随着超声技术的不断发展，超声引导下神经阻滞麻醉在临床上得到广泛的运用，具有直观性好，无创，减少穿刺次数及并发症发生率等优势。本文将针对超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的应用效果进行分析，报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取自 2018 年 9 月至 2019 年 9 月期间 90 例需要进行上肢手术的患者作为研究对象，入选标准：临床确定使用臂丛神经阻滞麻醉法；ASA 分级不超过 II 级；排除标准：合并恶性肿瘤、肝肾肾功能不全及心脑血管疾病患者给予排除；对凝血功能异常患者给予排除；对麻醉药物过敏患者给予排除；合并先天性神经肌肉疾病的患者给予排除。组中男性患者 48 例，女性患者 42 例，年龄范围 25 岁~61 岁，平均年龄 (40.28 ± 1.2) 岁；体重范围 44kg~75kg，平均体重 (63.2 ± 4) kg。按照麻醉入路方式不同分为对照组和观察组，每组 45 例患者，对比两组患者基础资料未见显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采用传统臂丛神经盲探操作，患者取仰卧位，放松身体将头偏向一侧，准确标记患者的探寻腋路，使用碘伏对入路点处皮肤进行消毒，全面监测患者生命体征。麻醉医师开始穿刺，

先在腋动脉最高搏动点外侧 0.5 厘米处^[2]，斜向腋窝方向刺入，穿刺针与动脉之间呈 20° 夹角缓慢推进，当出现刺破纸样的落空感表明已刺入腋窝血管神经鞘，松开针头发现针头会随着动脉搏动而摆动，回抽无血后，为患者注射 20ml 浓度为 0.5% 罗哌卡因。观察组采取超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉，方法^[3]为：使用频率为 6-14MHz 的超声探头扫描腋路臂丛神经及四周组织，消毒铺巾涂抹耦合剂，使用无菌贴膜包裹探头，将神经刺激针在探头外侧 0.5cm 处沿探头长轴慢慢进针，必须保障穿刺针在探头平面内成像，观察针尖方向，避开血管，在针尖到达目标神经时需打开神经刺激器，调整神经刺激器至 0.3mA 时仍有神经支配区肌颤搐时注入 0.3% 的罗哌卡因，超声图像会显示不同神经束被药液浸润包围，当总量达到 25ml 时，停止注入。

1.3 统计学分析

数据分析通过 SPSS 21.0 统计学软件完成，均数 \pm 标准差表示计量资料，实施 t 检验；百分比表示计数资料，实施 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 麻醉效果

观察组麻醉效果优良率明显高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组起效时间、操作时间均短于对照组，阵痛时间长于对照组，组间对比差异存在显著性 ($P < 0.05$)；见表 1。

2.2 安全性

观察组并发症发生率明显低于对照组，术后 2 小时 VAS 评分低于对照组，数据对比差异存在显著性 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 1：两组患者麻醉效果对比结果

组别	例数	麻醉优良率 (%)	操作时间 (min)	见效时间 (min)	镇痛持续时间 (min)
对照组	45	80.0 (36/45)	9.8 \pm 1.2	21.6 \pm 6.3	442.6 \pm 132.4
观察组	45	95.56 (43/45)	5.4 \pm 1.3	15.8 \pm 5.6	548.7 \pm 188.2
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2：两组患者麻醉安全性对比

组别	例数	术后 2h VAS 评分	水肿	神经损伤	静脉炎	并发症发生率
对照组	45	1.9 \pm 0.4	3 (6.67)	1 (2.22)	2 (4.44)	13.33
观察组	45	1.4 \pm 0.3	1 (2.22)	0 (0.0)	1 (2.22)	4.44
P		<0.05				<0.05

3 讨论

腋路臂丛神经阻滞麻醉法是上肢手术常用的麻醉方式，具有操作简便、安全性高等特点，传统腋路臂丛神经阻滞采取盲探式穿刺法，但在实际操作中，相关解剖结构并不十分理想，因此定位缺乏准确性，穿刺后也容易出现神经损伤、水肿等并发症，同

时由于肌皮神经在入腋窝前就已经穿出神经血管鞘膜，因此其阻滞效果不甚理想。

超声引导下神经阻滞是一种新兴的臂丛神经麻醉方法，使用 B 超扫描仪对患者机体进行扫描，确定穿刺位置，在 B 超的扫描

(下转第 9 页)

评分、伴随症状、活动情况，应用的药物疗效和不良反应，疼痛干预后再次评估的结果，疼痛未缓解，提醒医生及时处理，纳入各班次交接内容。⑦反馈：最后将信息反馈给医生。

以上均采用电脑对患者的疼痛程度进行评估、分级、管理。

3 疼痛的信息化管理

疼痛的信息化管理是将疼痛的控制转变为疼痛的管理，其组成人员由专业医师为主体向护理人员转变。护理人员在疼痛管理中起到越来越关键的作用，他们不仅是患者疼痛状态的评估者，也是止痛措施的具体落实者，同时还起着协助其他专业人员的作用，也需要护理人员对患者及其家属进行心理引导和教育。一般的管理流程为：入院、疼痛评估、建立疼痛档案。

疼痛的信息化管理一般的意义为^[7-8]：督促护士主动、自觉学习疼痛评估；改善患者的就医感受；指导患者更好进行自我评估与自我护理，变被动为主动；增加护患之间的交流；对病情了解更为详细，给患者以安全感和信任感；所有的护理措施均详细明确，一目了然，能更好的、更及时的将患者的情况反馈给医生，使医生能准确的调整治疗方案，将疼痛降低到最小；对疼痛患者一直追踪到出院，对住院患者的服药情况及止痛效果较为清楚；对于缩短住院时间，提高患者及家属的满意度，促进医患关系和谐。

4 不足与展望

疼痛评估系统在临床工作中具有极大功能性、快捷性、规范性，但也不可忽视疼痛评估系统在实际应用过程中所遇到的问题和需要改进的地方。因此需要建立切实可行的信息平台，以确保疼痛管理更加科学高效、安全可行的开展。

[参考文献]

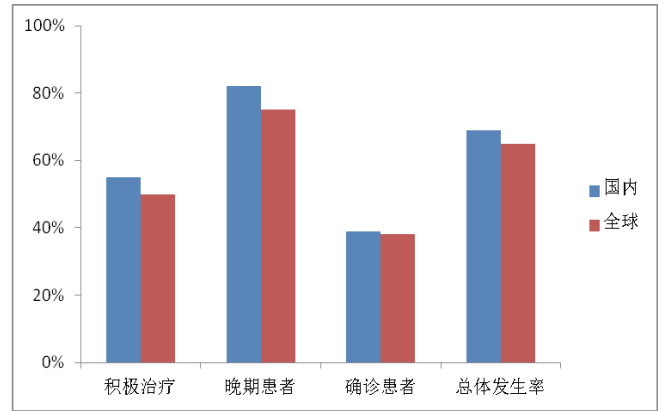
[1] 冯丹, 张庆, 周俊, 陈萍. 疼痛评估管理信息化在癌痛规范化示范病房中的应用[J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40(24): 1512-1516.
 [2] 付云. 我国医院信息化现状分析及发展对策[J]. 医学信息, 2010, 23(3): 563.
 [3] 徐勇勇, 刘月红, 宁义, 等. 生息标准化若干问题探讨[J]. 中国卫生统计, 2014, 21(1):44.
 [4] 王春美, 侯晓红, 减渝梨, 等. 智能体温单信息系统的临床研究[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(5):69-71.
 [5] 郭金玉, 李铮. 量表引进的过程及评价标准[J]. 华护理杂志,

2012, 4(3):283-285.

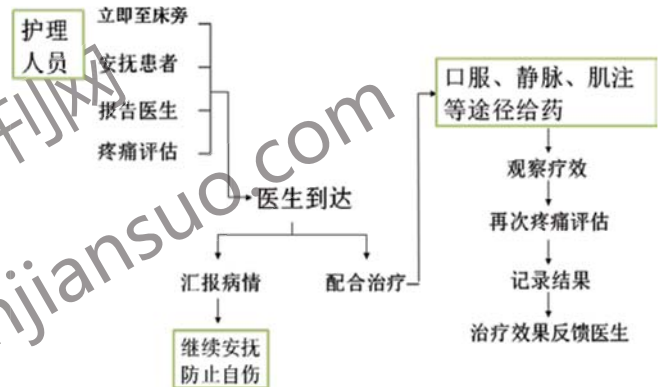
[6] 贺欣萍. 信息化促进护理管理变革-访浙江大学医学院附属第一医院护理部主任冯志仙[J]. 中国护理管理, 2013, 10(13): 25-26.

[7] 季美华, 吴瑛. Hyeoun-Ac Park.eHealth 在促进医疗卫生公平性和可及性的作用[J]. 国护理管理, 2013, 13(9):2-3.

[8] 张天. 医学信息在医院管理的应用研究[J]. 信息与电脑(理论版), 2010, 19(10):120.



图一：肿瘤患者疼痛发生率



图二：一般的护理流程

(上接第 6 页)

的过氧化，减少自由基，水蛭有助于对抗血小板，红花则起到加大动脉血流量的作用，推动微循环，赤芍可以对凝固的纤维蛋白加以溶解，川芎则有助于推动脑组织中局部血液循环^[4]。

本研究，观察组总有效率高于对照组 (P < 0.05)。观察组的 NIHSS 评分优于对照组 (P < 0.05)。足由此可见，中西医治疗脑梗塞，可以有效改善患者血液循环，并借助全身血液的循环促使药物发挥活血化瘀功效，进而溶解血栓。中西医联合治疗，效果突出。

综上所述，中西医结合治疗急性脑梗塞，可以较好改善患者

神经功能，治疗效果颇佳，值得推广应用。

[参考文献]

[1] 杨青. 急性脑梗塞进行中西医结合治疗的临床效果分析[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(18):24-25.
 [2] 郭志鉴. 分析中西医结合治疗急性脑梗塞的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(93):143.
 [3] 李兴华. 中西医结合治疗脑梗塞的临床疗效分析[J]. 心理月刊, 2018, 1(06):92-93.
 [4] 张艳艳. 中西医结合治疗脑梗死临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(05):560-561.

(上接第 7 页)

下麻醉师能够全程观看到穿刺过程及程度，帮助麻醉师确定麻醉药物浸润情况，确保麻醉效果，提高操作成功率。相较于传统穿刺方法，超声引导下臂丛神经阻滞麻醉法的优势^[4]主要体现在：避免术中二次穿刺，安全性高；麻醉效果好；降低血管危险发生，提高手术质量；镇痛持续时间长等。

本文研究显示，观察组采取超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉法相较于对照组，麻醉优良率更高，操作时间、起效时间、镇痛时长等方面均优于对照组，差异存在显著性 (P < 0.05)，同时观察组并发症发生率明显低于对照组 (P < 0.05)，充分表明超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉效果更佳，安全性高，值得临床推广。

[参考文献]

[1] 黄霖彦, 许颖, 叶亦, 肖春阳. 超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察[J]. 名医, 2019(08):136.
 [2] 左晓春. 罗哌卡因联合利多卡因对超声引导下腋路臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察[J]. 中国医刊, 2018, 53(12):1377-1379.
 [3] 于冰冰, 付红光, 李文波, 李彬, 董铁立, 杨现会. 超声引导下肌间沟联合腋路臂丛神经阻滞麻醉效果的临床研究[J]. 河南外科学杂志, 2018, 24(01):11-14.
 [4] 王勇. 超声引导下臂丛神经阻滞麻醉的临床效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(45):8786+8788.