



腹式全子宫切除术应用腰-硬联合麻醉的价值与安全性分析

卢金容 (容县人民医院 广西容县 737500)

摘要:目的 分析腹式全子宫切除术应用腰-硬联合麻醉的价值与安全性。方法 选择我院腹式全子宫切除术患者共70例,数字表随机分2组,每组35例。对照组的患者给予硬膜外麻醉方式,观察组给予腰-硬联合麻醉。比较两组麻醉药物的使用量以及麻醉开始起效的时间、麻醉总有效率、不良反应。**结果** 观察组麻醉药物的使用量以及麻醉开始起效的时间低于对照组,麻醉总有效率高于对照组,不良反应少于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 腹式全子宫切除术应用腰-硬联合麻醉的价值与安全性高,可优化麻醉效果和确保手术安全。

关键词: 腹式全子宫切除术; 腰-硬联合麻醉; 安全性

中图分类号: R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2020) 06-045-02

开腹子宫切除术需要完全放松子宫肌肉和韧带,并且在子宫牵引过程中没有疼痛和牵引反应,因此麻醉要求很高^[1-2]。腰麻-硬膜外联合麻醉(CESA)是20世纪80年代发展起来的一种麻醉方法,是腰麻(SA)与硬膜外麻醉(EA)相结合的复合麻醉方法,具有蛛网膜下腔阻滞(SA)快、效果好、硬膜外麻醉时间灵活、术后硬膜外镇痛等优点,在子宫切除术中得到广泛应用,起效时间快,麻醉效果好,并可通过硬膜外导管提供长期的手术麻醉和术后镇痛。它常用于产科麻醉和镇痛。本研究分析了腹式全子宫切除术应用腰-硬联合麻醉的价值与安全性,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2018年1月-2020年1月腹式全子宫切除术患者共70例,数字表随机分2组每组35例。纳入标准:①具备腹式全子宫切除术指征;②对本研究方案签署同意书。排除标准:①手术禁忌和麻醉禁忌;②合并严重肝肾功能障碍;③合并凝血功能障碍;④合并精神疾病;⑤合并恶性肿瘤等其他严重疾病。

其中,对照组已婚30例,未婚5例,年龄23-67(45.55±2.27)岁。观察组已婚31例,未婚4例,年龄21-62(45.21±2.11)岁。两组统计学比较显示 $P > 0.05$ 。本研究经伦理批准。

1.2 方法

对照组的患者给予硬膜外麻醉方式,连续硬膜外麻醉(L1-2),成功置入硬膜外导管后,置入导管长度约3cm。硬膜外导管注入试验剂量2%利多卡因2-3ml,观察5min后无不良反应,接着注入0.5%罗哌卡因10ml,无不良反应。

观察组给予腰-硬联合麻醉。选择腰椎L2-3穿刺,穿刺进入蛛网膜下腔,脑脊液流出后,行腰麻注射浓度为0.5%布比卡因7.5mg,时间在30秒以内。注射后取出腰麻针,放入硬膜外导管于硬膜外腔内,置入长度约3cm,确定腰麻阻滞平面,观察5min无不良反应后,硬膜外导管注入2%利多卡因2-5ml,术中根据麻醉情况经导管给药。

1.3 观察指标

比较两组麻醉药物的使用量以及麻醉开始起效的时间、麻醉总有效率、不良反应。

1.4 疗效标准

显效: 麻醉后手术过程中无疼痛。在牵引反应中,盆底肌肉相对放松,这是可以的,不需要额外的药物,顺利完成手术,麻醉后手术中没有疼痛。**有效:** 麻醉后的病人应加用

其他药物才能完成手术。无效:手术过程中,盆内肌肉紧张、疼痛、牵引反应严重,需要大量追加药物或者更换麻醉方案。排除无效率计算麻醉总有效率^[2]。

1.5 统计学方法

在SPSS22.0软件中,计数样本实施 χ^2 统计,计量样本取t检验, $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 两组麻醉药物的使用量以及麻醉开始起效的时间比较 观察组麻醉药物的使用量以及麻醉开始起效的时间低于对照组, $P < 0.05$,见表1。

表1: 两组麻醉药物的使用量以及麻醉开始起效的时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	麻醉药物的使用量 (ml)	麻醉开始起效的时间 (min)
对照组 (35)	14.56±2.56	11.25±1.18
观察组 (35)	8.21±1.21	3.19±0.56
t	8.021	7.921
P	0.000	0.000

2.2 麻醉总有效率比较

观察组麻醉总有效率高于对照组, $P < 0.05$ 。如表2。

表2: 两组麻醉总有效率比较 [例数 (%)]

组别	显效	有效	无效	麻醉总有效率
对照组 (35)	10	16	9	26 (74.29)
观察组 (35)	26	7	2	33 (94.29)
χ^2				5.285
P				0.022

2.3 不良反应比较

观察组不良反应有1例恶心,发生率2.86%,少于对照组发生率20.00%,其中有4例恶心呕吐和3例血压下降, $P < 0.05$ 。

3 讨论

子宫切除术需要充分的镇痛和肌肉松弛,控制麻醉平面在T6-S5之间可以松弛腹肌、塌陷肠道,患者在切除子宫时无疼痛、恶心、呕吐等不良反应。单纯硬膜外麻醉完全阻滞平面多在T8-L4,骶神经阻滞欠佳。患者在牵拉过程中会出现不良反应,不仅影响手术,而且麻醉管理复杂,患者也很痛苦。而且连续硬膜外麻醉中的局麻药是通过扩散和渗透来阻滞神经根,因此起效慢,需要大剂量的局麻药才能达到较宽的阻滞平面。尽管如此,仍有部分患者因阻滞平面不够宽或骶神经根阻滞困难而影响麻醉效果^[3-4]。单纯蛛网膜下腔阻滞麻醉



诱导时间虽短,镇痛、肌松效果满意,但麻醉时间可控性差,不利于术后镇痛,术后头痛发生率高。与硬膜外麻醉、单纯蛛网膜下腔阻滞麻醉相比,腰-硬联合麻醉在经腹全子宫切除术中的应用,可以充分发挥硬膜外麻醉和腰麻的优势,弥补其单一应用的缺陷和不足,效果确切,麻醉时间不受限制,见效快,减少用量可以降低麻醉药物中毒的风险,提高麻醉安全性[3-4]。因此,腰-硬联合麻醉起效快,阻滞完善,麻醉起效后阻滞部位血管迅速扩张,血压下降早,但通过控制和调整合适的麻醉平面、麻醉前和麻醉后预先输注液体,并与少量麻黄素联合使用,可有效防治低血压,维持血流动力学稳定^[5-6]。

本研究的结果显示,观察组麻醉药物的使用量以及麻醉开始起效的时间低于对照组,麻醉总有效率高于对照组,不良反应少于对照组, $P < 0.05$ 。可见腰麻-硬膜外联合麻醉是一种新的临床麻醉方法,能充分发挥腰麻和硬膜外麻醉的优点和特点,麻醉效果理想,不会对呼吸系统和循环系统产生不良影响。另外,腰麻-硬膜外联合麻醉对血流动力学影响不大,可保证手术顺利完成,术中持续麻醉可有效控制不良反应,满足手术要求,进一步提高临床治疗效率^[7-8]。

综上所述:腹式全子宫切除术应用腰-硬联合麻醉的价值与安全性高,可优化麻醉效果和确保手术安全。

(上接第43页)

本次研究结果显示:观察组并发症发生率低于常规组($P < 0.05$),差异有统计学意义;观察组患者治疗后血压指数、心率及呼吸频率均优于常规组($P < 0.05$),差异有统计学意义。

综上所述,在对ICU急性呼吸窘迫综合征(ARDS)患者的救治过程中,采取早期呼吸机治疗的方式,能够降低并发症发生率,同时能够有效的改善患者的血压指数、心率及呼吸频率。由此可见,早期呼吸机治疗的方式能够提高ARDS患者的临床救治率,值得在ICU急救工作中推广实施。

参考文献

- #### 参考文献
- [1] 易明南.腰硬联合麻醉在全子宫切除术中的麻醉效果[J].中外女性健康研究,2019(20):118+120.
 - [2] 陈巍.全麻复合腰硬联合麻醉对腹腔镜下全子宫切除术患者麻醉效果及应激反应控制的临床观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(22):42+50.
 - [3] 孙兴波,陈秀平.腰-硬联合麻醉在腹式全子宫切除术中的麻醉效果[J].临床合理用药杂志,2019,12(15):131-132.
 - [4] 杨晓平,黄东林,修玉芳.腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉在行全子宫切除术患者中的应用效果观察[J].中国实用医药,2019,14(04):24-25.
 - [5] 谢晓芳.腰-硬联合麻醉在腹式全子宫切除术中的麻醉效果及安全性研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(01):59.
 - [6] 李晓锋.腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉在全子宫切除术中的效果比较[J].实用临床医药杂志,2018,22(22):105-107.
 - [7] 张琦.腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉在全子宫切除术中应用效果分析[J].临床医学,2018,38(06):28-30.
 - [8] 任洪侠.分析腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉在行全子宫切除术患者中的应用效果[J].中国现代药物应用,2018,12(07):150-151.

- [1] 游慧玲,李月红.呼吸机在ICU急性呼吸窘迫综合征患者发病早期的应用价值[J].医疗装备,2019,32(23):102-103.
- [2] 刘尚辉.呼吸机用于ICU急性呼吸窘迫综合征患者治疗的临床效果观察[J].智慧健康,2020,6(2):157-158.
- [3] 史文学.ICU急性呼吸窘迫综合征患者实施呼吸机治疗的临床研究[J].当代医学,2019,25(29):103-105.
- [4] 罗志春,刘建林,刘科蓝.早期呼吸机治疗ICU急性呼吸窘迫综合征的临床分析[J].中国医药指南,2018,16(12):80-81.
- [5] 丁亚男.ICU急性呼吸窘迫综合征患者早期应用呼吸机的临床价值[J].中国医疗器械信息,2017,23(22):92-93.

表3: 两组患者治疗前后心率及呼吸频率对比

组别 / 时间	心率 (次/min)		呼吸频率 (次/min)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	82.13±7.35	76.12±7.68	37.21±7.87	23.38±8.97
观察组	81.89±7.41	72.22±8.25	37.56±7.07	17.97±8.33
T 值	0.1379	2.0760	0.1985	2.6517
P 值	0.8907	0.0416	0.8532	0.0099

(上接第44页)

急性穿孔性阑尾炎患者主要是伴随脐周和上腹部的疼痛,患者发病初期会有明显的乏力和发热病症出现,如果不及及时治疗会引发严重后果^[5]。随着腹腔镜技术的进展,腹腔镜在阑尾炎切除术中有非常明显的优势,手术创伤小,对胃肠道功能的影响也很小,对患者有较好的治疗控制效果。本研究中,观察组患者治疗的总有效率显著高于对照组,差异显著($P < 0.05$),观察组患者的胃肠道恢复时间以及术后首次下床活动时间和机体疼痛评分指标显著低于对照组,观察组患者术后伤口感染发生率显著低于对照组,差异显著($P < 0.05$)。因此,在急性穿孔性阑尾炎患者的临床治疗中应用腹腔镜能够有效保证患者的手术治疗效果,同时优化术后恢复相关指标,降低疼痛和伤口感染发生率,值得临床广泛应用。

参考文献

- [1] 王毅力,朱丹.腹腔镜和开腹阑尾切除术治疗急性穿孔性阑尾炎临床效果对比[J].临床医学研究与实践,2017,2(12):148-149.
- [2] 张从建,曾维兴.腹腔镜与开腹阑尾切除术在急性穿孔性阑尾炎治疗的疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(10):1841.
- [3] 王晓光.腹腔镜与开腹阑尾切除术在急性穿孔性阑尾炎治疗中的疗效对比分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(99):27-28.
- [4] 尉迟今新,刘畅,王晓岩,邹大军,石新华,徐晓青.腹腔镜与开腹阑尾切除术在急性穿孔性阑尾炎治疗中的效果评价[J].临床合理用药杂志,2018,11(02):17-18.
- [5] 胡伟来.腹腔镜与开腹阑尾切除术在急性穿孔性阑尾炎治疗中的疗效分析[J].中国医药导报,2011,8(13):50-51.