

上腹部手术中硬膜外阻滞复合浅全身麻醉的应用分析

唐健钢

全州县妇幼保健院 广西全州 541500

【摘要】目的 硬膜外阻滞复合浅全身麻醉在上腹部手术中的应用效果。**方法** 本次共纳入 94 例患者, 时间 2017 年 2 月至 2019 年 4 月, 患者信息输入 Excel 表格, 序列号分组, 单数序列号为对照组, 行单纯静脉吸入全身麻醉; 双数序列号为试验组, 行硬膜外阻滞复合浅全身麻醉。比较两组麻醉效果。**结果** 试验组麻醉效果高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 硬膜外阻滞复合浅全身麻醉对于上腹部手术具有实施价值。

【关键词】 单纯静脉吸入全身麻醉; 硬膜外阻滞复合浅全身麻醉; 收缩压; 心率

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 07-031-02

在上腹部手术过程中, 若采用全身麻醉会令患者血压升高、心率加快, 且术后出现躁动等不良反应, 而出现的不良反应易导致患者心肌耗氧量增加, 从而升高心肌缺血、心率失常等发生率, 以及严重时还易发生心脑血管急性病症, 威胁患者生命安全^[1-2]。基于此, 为探究更佳麻醉方式, 本文以上腹部手术患者为例, 分析上腹部手术中硬膜外组织复合浅全身麻醉的应用效果, 现将结果汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次共纳入 94 例上腹部手术患者, 病例选取起始时间 2017-2, 截止时间 2019-4。纳入标准: 1、可独立思考, 沟通顺畅者; 2、于本院接受相关诊断、检查和治疗均为外科手术患者; 3、本次研究经医院伦理委员会批准; 4、患者(家属)知晓研究内容且签订知情同意书。排除标准: 1、临床资料缺失; 2、不配合治疗、护理与调查者; 3、精神意识和认知方面存在障碍者; 4、严重肝肾功能障碍、血液系统以及免疫系统疾病; 5、中途退出者。患者信息输入 Excel 表格, 序列号分组(每组 47 例), 单数序列号为对照组, 本组中男女比例为 (29:18), 年龄区间在 32-69 岁, 平均年龄区间在 (50.5±8.0) 岁, 类型: 19 例肝叶切除、20 例胰腺囊肿胆总管切除、8 例胃十二指肠穿孔修补; 双数序列号为试验组, 本组中男女比例为 (30:17), 年龄区间在 33-70 岁, 平均年龄区间在 (51.5±8.5) 岁, 类型: 22 例肝叶切除、19 例胰腺囊肿胆总管切除、6 例胃十二指肠穿孔修补, 两组患者从临床资料对比, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

术前 30min 对所有患者实施常规肌内注射咪达唑仑、东莨菪碱, 剂量分别为 0.08mg/kg 与 0.3mg/kg。对照组给予单纯静脉吸入全身麻醉, 试验组给予硬膜外阻滞复合浅全身麻醉。

试验组: 依据手术需要选择相应硬膜外间隙进行硬膜外穿刺, 成功后, 将剂量为 2% 的利多卡因试验剂量注入, 确认在硬膜外腔和麻醉平面后进行全身麻醉, 静脉注射芬太尼 5 μg/kg, 丙泊酚 2.5mg/kg 进行诱导, 待肌肉放松完全后进行气管插管, 在接麻醉机行 IPPV。采用静脉与吸入复合全身麻醉进行麻醉维持。过程中, 依据患者具体手术需要对麻醉深度进行调节, 采用 TCI 泵注射丙泊酚、瑞芬太尼、并采取间断静脉注入阿曲库铵, 以患者能耐受气管导管为主, 大致 90-120min 左右从硬膜外腔导管中注入 0.5% 左布比卡因, 剂量为 8-10ml。手术完成后使用镇痛泵对患者实施硬膜外镇痛。

对照组: 方式同照试验组, 术后未进行硬膜外镇痛治疗, 整个手术过程对患者生命体征进行监测, 记录患者术后清醒时间、麻醉药物使用剂量, 对患者术后清醒情况进行观察。

1.3 观察指标

(1) 观察记录两组患者诱导前后、术前术后收缩压、心率; (2) 观察记录两组清醒时间;

1.4 统计学分析

将患者信息输入 Excel 表格后进行分组。分组数据输入 SPSS20.0 统计学软件, 收缩压、心率、清醒时间以 t 分析, $\alpha=0.05$ 为分界值, 低于则表示有统计学意义。

2 结果

2.1 收缩压、心率

诱导前、术前, 两组收缩压、心率经统计分析提示无优越性 ($P > 0.05$), 诱导后、术后试验组收缩压、心率经统计分析提示具有优越性 ($P < 0.05$), 详见表 1-2。

2.2 清醒时间

试验组清醒时间 (7.12±1.01) min、对照组清醒时间 (17.12±2.34) min, 试验组清醒时间经统计分析提示具有优越性 ($P < 0.05$)。

3 讨论

上腹部手术存在时间长、创伤大等特点, 且患者易产生强烈应激反应, 同时由于迷走神经反射亢进会引发心跳骤停, 令手术风险增加, 因此, 如何选择合理的麻醉方式具有重要临床价值。硬膜外阻滞麻醉为临床常用麻醉方式, 可对脊神经根有效组织, 令其支配区域出现暂时性麻痹, 此麻醉方式优势: 脏器牵拉较少、操作简单, 但劣势在于, 维持保持复杂, 且麻醉不完善, 镇痛效果不显著, 且患者清醒时间较差, 严重时还会抑制呼吸, 不能满足上腹部麻醉需求^[3]。全身麻醉会广泛抑制神经冲动的传递, 令患者全身处于麻醉状态, 但麻醉后, 行气管拔管后, 切口会发生疼痛; 转气管麻醉插管对气道刺激时, 加大机体应激, 促进体内茶酚胺的分泌, 增加心脏排血量, 令心肌功能增加, 加快血压、心率的升高^[4]。

在张艳霞^[5]的发现中, 分别给予 320 例上腹部手术患者, 单纯全麻与复合浅全麻, 结果显示, 复合浅全麻的患者苏醒时间短于单纯全麻患者组, 且符合浅全麻患者组心率、血压均稳定与单纯全麻患者组, 这一结论, 与本次数据研究, 给予复合浅全身麻醉的试验组, 结果一致。分析其原因, 通过结合两种麻醉方式的优势, 通过硬膜外组织对手术区域的交感神经形成抑制, 从而减少了全身麻醉插管、拔管时出现的

应激反应。同时,复合浅全身麻醉可对手术区域的痛觉传导有效抑制,降低麻醉药物使用剂量,令其麻醉药物在患者体内剂量较少,因此苏醒时间低于单纯全麻。除此外,复合浅麻醉可有效扩张血管,一定程度上令血压下降,对血流动力学稳定,从而令其血压、心率比较对照组更为稳定。

综上,应用硬膜外阻滞复合浅全身麻醉在上腹部手术中疗效显著,可降低应激反应,稳定血压、心率,同时缩短苏醒时间,提高安全性,适用临床推广。

参考文献:

[1] 付珍红.全身麻醉与硬膜外麻醉在老年骨科患者手术治疗中的应用及术后短期认知功能变化分析[J].山西医药杂志,2018,47(02):52-55.

[2] 王慧英.全身麻醉复合硬膜外麻醉对腹部手术患者血栓素A2、血流动力学及血栓事件发生的影响[J].血栓与止血学,2018,024(001):57-59.

[3] 刘杰,陈文美,冯成,等.硬膜外阻滞复合全身麻醉对降低老年患者上腹部术后肺部感染的作用[J].中国药物与临床,2019,019(009):1393-1396.

[4] 申玉馨,张析哲,周琪,等.星状神经节阻滞联合硬膜外复合全身麻醉对胃癌根治术患者术后快速康复的影响[J].北京医学,2018,040(009):854-857.

[5] 张艳霞.上腹部手术中单纯全麻和全麻复合硬膜外阻滞对肌松药用量的影响[J].医学理论与实践,2018,v.31(09):84-86.

表 1: 比较两组诱导前后、术中术后收缩压 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	诱导前	诱导后	术中	术后
		收缩压 (mmHg)		收缩压 (mmHg)	
试验组	47	145.24 ± 18.25	101.04 ± 12.36	104.78 ± 12.34	106.71 ± 12.42
对照组	47	145.12 ± 18.21	107.28 ± 13.24	125.71 ± 14.25	138.41 ± 15.23
T		0.032	2.362	7.612	11.059
P		0.487	0.010	0.000	0.000

表 2: 比较两组诱导前后、术中术后心率 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	诱导前	诱导后	术中	术后
		心率 (次/min)		心率 (次/min)	
试验组	47	86.25 ± 11.41	72.14 ± 10.06	74.16 ± 12.34	76.71 ± 12.42
对照组	47	87.02 ± 11.50	79.78 ± 11.14	96.71 ± 13.15	97.11 ± 13.23
T		0.326	3.489	8.573	7.707
P		0.373	0.000	0.000	0.000

(上接第 29 页)

值得注意的是,小切口手术并不适用于所有胆囊疾病患者,一些患者患有严重的心肺系统疾病就不适合实施小切口胆囊切除术^[5]。

普通外科小切口胆囊切除术在治疗胆囊疾病的应用中,效果显著,值得推广。随着医疗水平的不断发展和进步,小切口胆囊切除术将会变得更加的成熟和完善,使更多的胆囊疾病患者能够得到有效的治疗。

参考文献:

[1] 李瀛涛.小切口胆囊切除术与传统开腹手术临床对比

分析[J].中国临床研究,2014,27(02):176-177

唐世刚.小切口胆囊切除手术并发症的防范与观察[J].内蒙古中医药,2014(06):19-20.

[3] 冯思栋,惠明阳.小切口胆囊切除术治疗胆囊结石临床分析[J].中外医学研究,2019,10(24):106.

[4] 詹德铿,邱淑珍,洪文光,丁华荣.腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术治疗胆囊结石临床分析[J].临床医学工程,2013,20(06):690-691.

[5] 张仁兵.小切口胆囊切除手术技巧和临床治疗体会[J].中国医药指南,2018,9(36):101-102.

(上接第 30 页)

展和完善,微创手术逐渐被临床用于双额叶脑挫裂伤的治疗中。研究发现,单侧开颅显微镜下额部大脑镰下切开术具备以下优势:(1)该术式属于微创治疗,造成的切口较小,因此对患者产生的创伤较小,缩短手术时间并降低术中出血量,可有效避免患者精神障碍、嗅神经损伤发生率^[4]。(2)从单侧开颅可以很好的保留额叶生理结构,减少额叶损伤从而缓解患者精神症状。(3)手术时间较低,可以更快地缓解高血压,促使患者意识更快恢复。

此研究结果显示:观察组手术耗时较短、术中输血量较低,GOS 评分较高,预后情况较好, $P < 0.05$ 。证实了对双额叶脑挫裂伤实施单侧开颅显微镜下额部大脑镰下切开术治疗的价值。故,值得推广并借鉴。

参考文献:

[1] 黄国钦,余少雄,尹勇.显微镜下单侧开颅大脑镰切除术和双侧骨窗开颅术治疗双额叶脑挫裂伤的优劣差异[J].实用中西医结合临床,2017,17(12):122-123.

[2] 李国合,王富启.单侧开颅大脑镰切除术与双侧骨窗开颅术治疗双额叶脑挫裂伤对比研究[J].疾病监测与控制,2018,12(5):358-360.

[3] 李志军.单侧开颅大脑镰切除术对双额叶脑挫裂伤患者术后 GOS 评分及住院时间的影响[J].首都食品与医药,2020,27(8):29.

[4] 余宇星,邓智锋,江俊毅,等.单侧开颅大脑镰切除术与双侧骨窗开颅术治疗双额叶脑挫裂伤的效果对比[J].临床医学工程,2019,26(12):1671-1672.