

腰丛-坐骨神经阻滞与全身麻醉治疗股骨颈骨折的效果分析

蒋娟

岳池县人民医院 四川广安 638500

【摘要】目的 观察腰丛坐骨神经阻滞与全身麻醉在股骨颈骨折治疗中麻醉效果差异性。**方法** 将本院接诊股骨颈骨折患者共 95 例纳入研究对象,于 2019 年 11 月~2020 年 12 月期间实施临床麻醉研究。取随机抽选法分组,对照组 47 例、观察组 48 例,分别予以全身麻醉、腰丛坐骨神经阻滞麻醉。比较两组麻醉效果及麻醉安全性。**结果** 观察组各项数据均优于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。**结论** 股骨颈骨折手术治疗中采用腰丛坐骨神经阻滞麻醉方案,可在麻醉后迅速阻滞患者神经传导功能,为手术提供基础,且麻醉不适反应较少,较全身麻醉患者耐受性更高,安全性显著。

【关键词】 腰丛坐骨神经阻滞;全身麻醉;股骨颈骨折;临床效果

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2021) 05-023-02

股骨颈骨折是临床常见下肢骨折类型,老年人为主要发病人群,骨质疏松为主要发病潜在因素,发病后需及时接受手术治疗,修复患者股骨颈骨折端,降低骨折致残风险,但手术治疗需在开放创口基础上实施治疗,以确保手术修复治疗有效性,这就对患者手术麻醉实施提出较高需求,应合理选择手术麻醉方案,保障麻醉实施有效性及安全性^[1]。故结合上述背景,本次研究特对腰丛坐骨神经阻滞与全身麻醉在股骨颈骨折治疗中麻醉效果差异性设置对比性研究,结果如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将本院接诊股骨颈骨折患者共 95 例纳入研究对象,于 2019 年 11 月~2020 年 12 月期间实施临床麻醉研究。取随机抽选法分组,对照组 47 例、观察组 48 例,分别予以全身麻醉、腰丛坐骨神经阻滞麻醉。

对照组(男 25 例,女 22 例),年龄区间 58~81 岁,平均年龄(69.54±4.15)岁,左侧骨折 23 例,右侧骨折 24 例;观察组(男 24 例,女 24 例),年龄区间 58~82 岁,平均年龄(70.08±4.28)岁,左侧骨折 24 例,右侧骨折 24 例。患者基线资料组间对比结果无统计学差异, $P > 0.05$, 研究结果可比。

纳入标准:患者术前影像学诊断结果均提示为单侧股骨颈骨折者;患者均自愿参与研究。排除标准:确认合并全身麻醉禁忌症者;ASA 分级>III 级者。

1.2 方法

全身麻醉:建立静脉通道后,取咪达唑仑(0.075mg/kg)、依托咪酯(0.25mg/kg)、芬太尼(4μg/kg)、苯磺顺阿曲库铵(0.8g/kg)静脉滴注,行麻醉诱导,待确认患者肌松后,行气管插管麻醉(0.5%异氟醚)。

腰丛坐骨神经阻滞:麻醉前引导患者侧卧、弓形弯曲身体后,取神经丛刺激仪探查腰丛坐骨神经位置后,取 5%利多卡因、0.25%罗哌卡因及右美托咪定(0.5μg/kg)混合溶液取量点法实施神经阻滞麻醉。

1.3 观察指标

比较两组甲状腺激素水平、生活质量评分及治疗有效率差异。

1.4 统计学方法

观察指标数据差异性经 SPSS22.0 统计学软件对比分析后,如结果差异显著且 $P < 0.05$, 则具有统计学意义。

2 结果

2.1 心率、平均动脉压对比

患者术前 10min 心率、平均动脉压组间对比无统计学差异, $P > 0.05$; 观察组术毕 10min 时心率(78.02±5.45)次/min、平均动脉压(97.02±9.54)mmHg, 均低于同期对照组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1: 心率、平均动脉压对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	HR (次/min)	MAP (mmHg)
对照组	术前 10min	68.26±5.45	92.35±5.68
	术毕 10min	87.54±6.31	115.68±10.25
观察组	术前 10min	68.31±5.39	92.41±5.72
	术毕 10min	78.02±5.45	97.02±9.54
t/P (术前 10min)		0.0449/0.9642	0.0513/0.9592
t/P (术毕 10min)		7.8749/0.0000	9.1874/0.0000

2.2 麻醉时间指标、不良反应率对比

观察组麻醉阻滞起效时间、麻醉维持时间、麻醉后不良反应率均低于对照组,差异显著, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2: 麻醉时间指标、不良反应率对比

组别	n	麻醉阻滞起效时间 (min)	麻醉维持时间 (h)	不良反应率 (%)
对照组	47	5.48±2.51	6.52±1.85	17.02 (8/47)
观察组	48	2.36±1.02	4.28±1.31	4.17 (2/48)
χ^2/t		7.9669	6.8222	4.1664
P		0.0000	0.0000	0.0412

3 讨论

在神经定位仪问世之前进行的外周神经阻滞,大多以寻找异感为标准,需要患者配合的同时,给患者带来很大的不适感,且容易造成术后神经功能的损伤,使用神经定位仪后,有效的解决因为患者表述不清、肥胖、解剖标志不清等引起的盲探穿刺困难甚至失败^[2]。腰丛坐骨神经阻滞操作简便,安全有效,对循环影响小,与硬膜外麻醉相比,适应证广,禁忌证少,尤其对于老年人是一种理想的麻醉选择^[3]。

椎管内麻醉尤其是蛛网膜下腔阻滞,通过局麻药短时间内将患者的脊神经、交感神经、运动神经甚至本体感觉神经同时阻滞,在实施蛛网膜下腔阻滞,交感神经被抑制,引起外周血管的扩张,出现低血压^[4],同时迷走神经占主导地位时,患者心率将减慢,严重影响其心排血量,其严重程度与交感神经节前纤维被阻滞的平面存在相关性^[5]。而股骨颈骨折好发于老年患者,大多合并有心肌弹性的降低,心室顺应性的减弱,同时还合并有心肌收缩力的减退,甚至出现心脏瓣膜纤维的增生,以及合并有冠状动脉的粥样硬化等,蛛网膜下腔阻滞对循环功能的严重影响将对患者的术中生命体征的平稳造成极

大的风险^[6]。本研究观察组感觉神经阻滞和运动神经阻滞时间均慢于对照组，且感觉神经阻滞和运动神经阻滞持续时间长于对照组，麻醉后 5min 时，观察组收缩压和舒张压均高于对照组，心率快于对照组。腰丛和坐骨神经是人体下肢最为粗大的神经干，所以在进行神经阻滞时因神经的粗大，需要足够剂量的局部麻醉药才能达到理想效果，故有一定局麻药中毒的风险^[7]。在麻醉效果方面，观察组与对照组比较无明显差别，两组围术期均无死亡病例。使用神经定位仪，有效的确定神经与穿刺针的位置，在保证麻醉药治疗效果的同时，尽量减少局麻药用量。在临床实际操作神经定位仪的过程中，当局部刺激电流在 0.3mA 及以下时，如果通过神经刺激仪，仍存在刺激神经支配的肌肉出现颤动，则可以判断其刺激针头距离拟阻滞神经的距离在 2mm 以内，有效的确定了穿刺针与拟阻滞神经的位置，实施神经刺激仪引导下腰丛-坐骨神经联合阻滞，减少了对患者循环功能的干扰，提高阻滞成功率，避免了麻醉后血压骤降等不良反应，而且对于男性患者，避免了术后尿潴留的发生相应的减少了围术期留置尿管的不适^[8]。通过本组研究我们认为神经刺激仪定位实施腰丛坐骨神经联合阻滞，用于老年股骨颈骨折手术患者，能更有效的确保麻醉效果，减少对患者循环功能的影响，值得临床推广。

参考文献

[1] 张玲玲, 詹晓光. 腰丛坐骨神经阻滞应用于骨科下肢手术 40 例观察 [J]. 中国基层医药, 2011, 18 (21): 2973-2974.
 [2] 孟瑞仙. 腰丛坐骨神经联合阻滞麻醉在骨科下肢手术中的临床应用 [J]. 中国实用医药, 2011, 6 (25): 121-122.
 [3] 吕振江, 宋吉昕, 张屹阳. 腰丛-坐骨神经联合阻滞与硬膜外麻醉对老年患者血流动力学的影响 [J]. 吉林大学学报: 医学版, 2006, 32 (3): 396, 399.
 [4] 章蔚, 方才, 谢言虎. 神经刺激器辅助下腰丛联合坐骨神经阻滞与腰硬联合麻醉在膝关节镜手术麻醉的效果比较 [J]. 安徽医学, 2011, 32 (7): 918-921.
 [5] 范勇涛. 神经刺激仪辅助罗哌卡因阻滞麻醉用于老年下肢手术的效果 [J]. 临床误诊误治, 2012, 25 (2): 66-68.
 [6] 姜景卫. 腰丛联合坐骨神经阻滞在临床中的应用 [J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16 (30): 4509-4510.
 [7] 叶强, 黄磊, 关洪. 腰丛-坐骨神经联合阻滞在老年危重患者下肢手术中的应用价值 [J]. 中国医学创新, 2012, 9 (30): 3-5.
 [8] 吴志林, 张小沼, 孙宇. 神经刺激仪与外周神经阻滞 [J]. 实用疼痛学杂志, 2008, 2 (1): 44-47.

(上接第 20 页)

减少由此导致的感染与多器官衰竭有关并发症情况。而对于重症胰腺炎患者，需要进行置入肠管，同时液体复苏状况之后可以开展肠内营养支持。在操作原则上，需要以肠内营养支持为首选，只要肠内有对应的功能，就需要采用这种方式。总而言之，ICU 重症胰腺炎治疗中运用肠内营养治疗，可以有效地提升恢复速度，减少并发症发生率，整体状况更为理想。

参考文献

[1] 赵智. 肠内营养治疗在 ICU 重症急性胰腺炎治疗中的临床价值研究 [J]. 中国保健营养, 2021, 31(1):43.
 [2] 王福燕. 评价肠内营养应用于重症监护室 (ICU) 重症急性胰腺炎治疗中的临床价值 [J]. 饮食保健, 2021(7):245.
 [3] 郑红. 在 ICU 重症胰腺炎治疗中进行肠内营养护理的效果分析 [J]. 东方药膳, 2021(3):177.
 [4] 张玉珊. 肠内营养护理在 ICU 重症胰腺炎治疗中的护理效果分析 [J]. 特别健康, 2020(9):199-200.

(上接第 21 页)

药物治疗的临床效果欠佳，手术治疗的疗效显著。诸多研究报道指出，经阴道子宫切口妊娠病灶切除治疗子宫切口妊娠具有止血快、安全、有效等优势，且术中可进行切口瘢痕修补，能够有效预防复发^[5]。本研究结果显示，相比于对照组，观察组患者的治疗成功率明显提升，不良反应发生率明显降低，血 β-HCG 恢复正常时间与月经复潮时间均明显缩短，由此提示，观察组的治疗效果优于对照组，即经阴道子宫切口妊娠病灶切除治疗子宫切口妊娠的临床效果优于常规药物治疗。

综上所述，经阴道子宫切口妊娠病灶切除治疗子宫切口妊娠的临床效果满意，是一种安全、有效的治疗方法，值得推广与应用。

参考文献

[1] 廖娅萍, 谭毅, 高莉. 260 例子宫切口瘢痕妊娠不同治

疗方法的临床效果对比分析 [J]. 第三军医大学学报, 2016, 38(8):901-904.
 [2] 连荣丽, 李芬, 高显舜. 经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的临床研究 [C]. “急诊医学临床学探讨研究会”会议. 2016.
 [3] 马志红, 赵曼曼, 王丹阳. 经阴道病灶切除术治疗剖宫产子宫瘢痕妊娠临床病例分析 [J]. 现代妇产科进展, 2015(10):772-774.
 [4] 徐杨, 赵曼曼, 东梅. 三种方法治疗剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠 42 例临床疗效分析 [J]. 海军医学杂志, 2015, 36(5):431-433.
 [5] 柳晓春, 冯敏清, 黄小敏, 等. 经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术治疗子宫瘢痕妊娠的临床分析 [J]. 现代妇产科进展, 2015(4):273-275.

(上接第 22 页)

手工镜检，我们必需强调在临床工作中复检的重要性。不同地理环境、不同检测人群间，存在个体及群体差异，所以每个血常规室应根据自己实验室的具体情况制订相应的血细胞分析仪复检原则。

参考文献

[1] 张冬蕊, 张志琴, 严国栋, 等. 血涂片分析在血常规检验中的重要性 [J]. 中国社区医师, 2012, 14 (8): 266-267.
 [2] 石红梅. 影响血常规检验标准化操作的因素 [J]. 中国社区医师, 2012, 14 (32): 212-213.
 [3] 李艳珍. 血涂片显微镜检查在血常规检验中的必要性分析 [J]. 中国药物与临床, 2013, 13 (5): 807-808