

硬膜外阻滞用于胸腰椎手术麻醉 100 例临床效果分析

路江松

(河南省辉县市第四人民医院 辉县 453600)

摘要:目的:探讨胸腰椎手术采用硬膜外阻滞麻醉的临床效果。方法:选择我院骨科住院部 2012 年 8 月~2013 年 8 月收治的 100 例胸腰椎手术患者为研究对象,均采用硬膜外阻滞麻醉,回顾其临床资料。结果:100 例患者中髓核摘除术穿刺失败 1 例,椎管狭窄穿刺失败 1 例,其它均麻醉满意,总有效率为 98%;不同手术时间段患者 HR、R、SBP、DBP、SPO₂ 变化差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论:临床胸腰椎手术中,依据患者创伤类型采用硬膜外阻滞麻醉,生命体征平稳,可获得理想的麻醉效果,进而保障手术成功实施,对改善患者生存质量有非常重要的意义。

关键词:硬膜外阻滞;胸腰椎手术麻醉;效果探讨

中图分类号:R614

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.028

近年来,高能量创伤显著增多,明显增加了胸腰椎手术比例,为提供便利术野,患者需取俯卧位,增加了麻醉管理难度。胸腹部在俯卧位时受压,诱导限制性呼吸困难,肺的顺应性降低,下腔静脉受压,对血流动力学的稳定造成影响,若麻醉方式不佳,易对呼吸循环功能产生影响,进而增加手术风险,故选用一种合适的麻醉方法十分必要^[1]。本次研究选取临床相关病例,采用硬膜外阻滞麻醉。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院骨科住院部 2012 年 8 月~2013 年 8 月收治的 100 例胸腰椎手术患者为研究对象,其中男 61 例,女 39 例;年龄 26~64 岁,平均(37.9±2.1)岁;ASA I~III 级;椎管扩大减压术 32 例,切开复位胸腰椎骨折内固定术 20 例,后路椎间盘镜椎间盘髓核摘除术 48 例。患者均自愿签署本次实验知情同意书,并排除机体其它系统严重患者。所有患者年龄、性别、手术类型无明显差异,无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 常规术前禁饮 6 h,禁食 12 h,均实施硬膜外阻滞麻醉。后路椎间盘镜髓核摘除中,拟行手术最高部位与摘除术所选取的阻滞穿刺点隔一个椎间隙,置管至头侧,长 3 cm;针对切开复位对胸腰椎压缩性骨折内固定的患者,向头或尾侧置管 3 cm,避开切口上或下缘第 1、2 椎间隙,单次硬膜外阻滞在手术切口中心进行,取 0.375%布比卡因 10 mL 应用;手术其它穿刺点与切口最高点位置向上一个椎间隙,并置管至尾侧,长 3 cm。结束穿刺后,协助患者取俯卧位。取 1.5%~2%利多卡因 5 mL 作试验量行连续硬膜外麻醉,1.3%~1.6%利多卡因 7~10 mL 为预定量,取 0.375%布比卡因作维持量,术中依据需要剂量可追加。入手术后,即对患者生命体征进行监测,吸氧,取咪达唑仑 2 mg 在术前应

用,术中血压下降者,可取林格氏液快速补充,心肌严重缺血者,可取果糖二磷酸钠注射液 5 g 在麻醉开始时静脉滴注,术中做好急救准备,以防不良事件发生。

1.3 统计学分析 统计学软件采用 SPSS13.0 版,计量资料采用($\bar{X} \pm S$)表示,t 检验,计数资料行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

100 例患者中髓核摘除术穿刺失败 1 例,椎管狭窄穿刺失败 1 例,其它均麻醉满意,总有效率为 98%;不同手术时间段患者 HR、R、SBP、DBP、SPO₂ 变化差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 手术不同时间段患者生命体征指标变化比较 ($\bar{X} \pm S$)

项目	HR	SBP	DBP	R	SPO ₂
	(次/min)	(mmHg)	(mmHg)	(次/min)	(%)
麻醉前(平卧)	84.0±7.1	123.6±11.5	81.4±10.4	18.0±6.1	96.0±2.0
手术 10min(俯卧)	88.1±5.2	121.8±9.5	78.5±8.4	18.0±1.0	98.0±1.0
结束 10min(平卧)	86.1±8.0	120.7±8.4	80.3±9.5	17.0±3.0	97.0±3.0

3 讨论

临床麻醉工作中,为在手术过程中对患者神经功能随时判断,防控误伤或损伤神经根,多不要求对运动神经阻滞。静脉强化麻醉或局部浸润手术虽可完成,但因痛苦程度重,可使原有疾病加重,或诱发各种应激性疾病,在应用上受到一定限制^[2]。故选择硬膜外阻滞麻醉十分必要。原有严重疾病,需在术前、术中做出处理,患者伴高血压时,原有治疗药物多不停用。手术操作多取俯卧位,医师需对循环和呼吸系统密切观察,及时调整体位,并注意有无局部长时间受压诱导神经损害和皮肤损伤,术毕对患者搬动时需加重血流动力学观察。开展此类手术时,对肌松无过高要求,仅需低浓度少量局麻药行硬膜外麻醉,即可取得理想效果,其对感觉神经阻滞理想,但阻滞运动神经不全,在触或牵拉时患者可有感觉,利于神经损伤预防和定位诊断^[3]。切开复位行胸腰椎压缩性骨折内固定术创伤较大,且部分

患者需髂骨植骨,要求较广的麻醉范围,连续硬膜外麻醉对手术要求无法满足,单次硬膜外麻醉加一点连续硬膜外麻醉可保障手术成功实施,为理想麻醉方案。椎体滑脱、椎管狭窄、术间盘突出患者多有黄韧带钙化、椎体退行性变、硬膜外腔隙欠顺畅、椎间隙小等特点,椎管内阻滞穿刺难度增大,椎管内局麻扩散不均,可致麻醉效果不佳或硬膜外穿刺失败^[4]。本研究结果示,100 例患者髓核摘除术穿刺失败 1 例,椎管狭窄穿刺失败 1 例,其它均麻醉满意,总有效率为 98%;不同手术时间段患者 HR、R、SBP、DBP、SPO₂ 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

综上,胸腰椎手术中,依据患者创伤类型,采用硬膜外阻滞麻醉,生命体征平稳,可获得理想的麻醉效果,进而保障手术成功实施,对改善患者生存质量有非常重要的意义。

参考文献

- [1] 韦敏克,尹东,梁斌,等.胸腰椎爆裂性骨折前路术中硬膜损伤及脑脊液漏的处理[J].中国矫形外科杂志,2010,18(16):1 345-1 348
- [2] 邵雪慧.腰硬联合麻醉和持续硬膜外麻醉在胸腰椎结核手术中的应用[J].中国卫生产业,2012,10(4):96
- [3] 张联,阿西木江,祝晓娟,等.帕瑞昔布钠在胸腰椎骨折手术全身麻醉中应用的临床观察[J].麻醉与监护论坛,2011,19(5):379-380
- [4] 王育红,王同猛,刘竹青,等.高原地区胸腰椎骨折手术麻醉 150 例分析[J].人民军医,2011,62(5):412

(收稿日期:2013-12-25)

自拟补肾活血汤加减治疗膝骨关节炎疗效观察

李健

(山东省东营市广饶县中医院 广饶 257300)

摘要:目的:探讨自拟补肾活血汤加减治疗膝骨关节炎的临床疗效及安全性。方法:选取 2011 年 12 月~2012 年 12 月于我院治疗的膝骨关节炎患者 76 例,随机分为观察组与对照组各 38 例,观察组采用自拟补肾活血汤加减治疗,对照组采用美洛昔康片治疗,比较两组临床疗效及不良反应。结果:观察组总有效率为 94.74%,对照组总有效率为 78.94%,组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$);观察组出现大便秘结 1 例,不良反应发生率为 2.63%,对照组出现便溏、胃脘痛、纳差等不良反应 6 例,不良反应发生率为 15.79%,组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:自拟补肾活血汤加减治疗膝骨关节炎临床疗效良好,安全性高,值得临床推广。

关键词:膝骨关节炎;补肾活血汤;中医药疗法

中图分类号:R684.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.029

膝骨关节炎又称增生性膝关节炎,是一种慢性进行性骨关节疾病,以关节软骨退行性病变为主要病理特征,临床表现主要为膝关节僵硬、疼痛、功能障碍等,是骨伤科常见病^[1]。膝骨关节炎常在劳累后加重,患者上下楼时膝关节活动受限,严重影响生活质量。我院应用自拟补肾活血汤加减治疗膝骨关节炎取得较为理想的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 12 月~2012 年 12 月于我院治疗的膝骨关节炎患者 76 例,诊断标准依据国家中医药管理局制定的标准^[2]:(1)临床表现为受累关节疼痛,功能受限,初期隐痛,劳累时加重,休息后减轻,继而持续疼痛,伴随关节僵硬,活动后好转,后期表现为关节肿胀、增大,活动受限;(2)经 X 线检查,早期可见关节边缘有唇样增生,中后期关节间隙狭窄,软骨下有囊性病变和骨质硬化,可伴有骨质疏松,关节边缘骨刺形成则可见骨赘;(3)多发于老年人。排除标准:风湿性关节炎、类风湿性关节炎等。将 76 例患者随机分为观察组与对照组各 38 例,观察组中男 11 例,女 27 例;年龄 44~69 岁,平均 (55.23 ± 6.41) 岁;病程 2 个月~3 年,平均 (6.51 ± 4.19) 个月;单侧发病 24 例,双侧发病 14 例。对照组中男 12 例,女 26 例;年龄 44~68 岁,平均 (55.22 ± 6.37) 岁;病程 2 个月~3 年,平均 (6.45 ± 4.23) 个月;单侧发病 26 例,双侧发病 12 例。两组患者一般资料比较无明显差异,具有可比性 ($P>$

0.05)。

1.2 治疗方法 观察组采用自拟补肾活血汤加减治疗,组方为:水蛭 5 g、鸡血藤 10 g、补骨脂 10 g、骨碎补 10 g、当归 12 g、熟地黄 24 g、甘草 9 g、鸡血藤 10 g、怀牛膝 20 g、黄芪 30 g。寒胜者加制草乌、制川乌以散寒止痛;痹久肢体拘挛者加细辛、全蝎以通络止痛;关节肿胀者加泽兰以除湿退肿。1 剂/d,早晚 2 次分服,30 d 为 1 个疗程。对照组采用美洛昔康片(国药准字 H20020141)治疗,7.5 mg/次,1 次/d,餐后半小时内服用,30 d 为 1 个疗程。

1.3 疗效评价标准 参照国家中医药管理局制定的标准^[3]。治愈:治疗后临床症状及体征完全消失,局部活动自如,无压痛;显效:治疗后临床症状消失,体征明显减轻,局部活动时仍有轻微疼痛,但疼痛程度明显减轻;有效:治疗后临床症状及体征改善,但疼痛时轻时重;无效:治疗后未达到以上治疗效果甚至加重。

1.4 统计学方法 所有数据均使用 SPSS16.5 统计软件包分析处理,计量资料采用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,以 t 检验,计数资料采用百分率表示,以 χ^2 检验, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗 1 个疗程后,观察组总有效率为 94.74%,对照组总有效率为 78.94%,观察组总有效率高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。