染,疼痛加重者视为治疗失败,总有效率=[(治疗显著者+治疗有效者)/治疗人数]×100%。

2 结 果

观察组患者显效 18 例,有效 12 例,总有效率为 90.9%;对照组患者显效 6 例,有效 8 例,总有效率为 70.0%。总有效率组间差异有统计学意义($\chi^2=6.669, P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者疗效结果统计表

组别	n	显效	有效	总有效率(%)
治疗组	33	18	12	90.9
对照组	20	6	8	70.0

3 讨 论

老年人的肱骨外颈的解剖特点与解剖钢板正好合适,由于解剖钢板与肱骨的骨面接触面贴合的非常好,因此不会对患者肩部的关节活动产生影响^[4]。解剖钢板的近端一般用内固定的方法,通过应用多枚全螺纹的松质骨螺钉来进行内部固定;远端也要进行内固定,其使用皮质骨螺钉进行内部固定,使骨折的地方牢固固定。为进一步减少患者的痛苦,增加患者对疾病康复的信心,缩短外固定时间,可以在患者早期就进行功能性的锻炼,这样的锻炼除了对患者的骨折痊愈有很大的帮助,还能够对肩部关节的功能性恢复和锻炼有促使作用,减少后期功能障碍的发生概率。

治疗体会:(1)由于高龄患者合并内科疾病较多,为了提高患者对手术及麻药的耐受力,应做好围手术期准备工作,必须在手术之前认真调整同时伴有糖尿病和心血管疾病等的患者,请内科相关科室协助治疗,术前必须对这些老年患者进行身体状况和相关内科疾病的全面评估,将手术风险降到最低。(2)在做手术的时候腋下部位的神经绕过肱骨头有一个分支,要尽量多地保留三角肌的止点,以防损伤腋神经,同时要保护好患者的肱二头肌长头肌腱、头静脉。(3)为预防患者后期由于肱二头肌的长头肌腱炎性反应引发患者肩部长期的疼痛,应对肱骨近端结节间沟恢复正常的解剖结构,对于结节间沟部位的骨折,必须给予解剖复位;同时,为预防肱骨头缺血坏死,

对每个骨折块的关节囊和附着软组织做好保护工作,减少骨膜的剥离,最大限度保护残存的血供。(4)钢板的位置要正确,即钢板要放置在肱骨近端结节间沟肱二头肌长头腱外侧,钢板的近端要低于肱骨头,以防肩部撞击综合征的发生。(5)如果合并肱骨大、小结节骨折的现象,必须进行复位,并保护好冈上肌、冈下肌、小圆肌等肩袖在大、小结节上的附着点,达到稳定肩关节作用,同时这对肩袖功能恢复至关重要。(6)术中要注意恢复肱骨近端的颈干角及肱骨头的后倾角,术中经 C 臂透视机证实。(7)手术之后对患者进行功能性康复锻炼是非常重要的,进行锻炼时一定要规范适当,循序渐进,避免暴力^[5-6]。

参考文献

- [1] 王云根,张伟中,徐浩,等. 动力髁螺钉,锁定钢板和 AO 解剖钢板治疗股骨远端骨折的临床疗效比较[J]. 广东医学,2011,32(16):2141-2143.
- [2] 朱晓宇,陈康武,钱忠来,等. 解剖钢板与锁定钢板治疗掌侧 Barton 骨折:掌倾角和尺偏角改变的 1 年随访[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2011,15(52):9877-9880.
- [3] 李健,张振山,赵洪普,等. 股骨近端锁定解剖钢板与传统动力髁螺钉置入内固定治疗股骨转子间骨折的比较[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2010,14(35):6627-6631.
- [4] 夏大宝,杨惠林,朱晓宇,等. 解剖钢板和 Liss 钢板置入治疗复杂性胫骨平台骨折的疗效比较[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2009,13(43):8461-8464.
- [5] 尹志良,瞿佳. 人工肩关节置换治疗高龄患者肱骨外科颈粉碎性骨折(附 17 例分析)[J]. 现代预防医学,2011,38(10):2000.
- [6] 肖善富,于凤珍,从先锐,等. 三叶型解剖钢板并植骨治疗肱骨外科颈粉碎性骨折 15 例[J]. 实用医学杂志,2009,25(5):836.

(收稿日期:2012-12-27 修回日期:2013-03-28)

• 临床研究 •

两种麻醉方式在剖宫产手术中的对比分析

殷雁斌,牟虹,吕兰,骆沙舟,张莉(解放军第四五二医院麻醉科,成都 610021)

【摘要】 目的 对比分析腰硬联合麻醉与单独硬脊膜外腔麻醉两种麻醉方式在剖宫产手术中的效果及不良反应情况。**方法** 收集整理 150 例 2011 年 2~6 月在解放军第四五二医院进行正常剖宫产手术的产妇临床资料,分为腰硬联合麻醉组(实验组)80 例,硬脊膜外腔麻醉组(对照组)70 例,比较麻醉后两组心率、血压、血氧饱和度、心电图、新生儿阿氏评分、不良反应、术后运动神经阻滞恢复评分等情况。**结果** 两组患者在心率、血压、血氧饱和度、心电图、新生儿阿氏评分、不良反应等方面差异无统计学意义($P>0.05$);术后运动神经阻滞恢复评分结果,实验组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在剖宫产手术中行腰硬联合麻醉具有起效快、镇痛效果好、不良反应少等优点,满足临床手术需求,是剖宫产手术的理想麻醉方法。

【关键词】 蛛网膜下腔麻醉; 硬脊膜外腔麻醉; 腰硬联合麻醉; 剖宫产手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-1987-03

目前国内仍有相当一部分医院在行剖宫产手术时采用持续性硬脊膜外腔麻醉,而随着医疗技术的不断发展,联合蛛网

膜下腔麻醉和硬脊膜外腔麻醉(简称“腰硬联合麻醉”)的方式应用于剖宫产手术也越来越被临床接受^[1-2]。但麻醉最基本的

要求是安全有效、无痛舒适,本文回顾性整理并分析了2011年2~6月在本院进行正常剖宫产手术的150例产妇的临床麻醉资料,现将分析结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集整理150例于2011年2~6月在本院进行正常剖宫产手术的产妇临床资料,所有产妇参照美国麻醉师协会分级标准^[2]判断均为I~II级孕妇,无妊娠并发症且排除酰胺类局麻药过敏和椎管内麻醉禁忌者。年龄20~32岁,平均25.9岁;产次1~3次,平均1.5次;孕周36~42周,平均37周;体质量51~74 kg,平均57 kg。其中腰硬联合麻醉组(实验组)80例,硬脊膜外腔麻醉组(对照组)70例,组间年龄、体质量、产次、孕周等一般情况差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 麻醉方法 两组产妇手术前30 min均常规肌内注射阿托品0.5 mg。进入手术室后常规监测心率、血压、血氧饱和度。对照组:选择L₂₋₃为穿刺点,用BD联合针穿刺,产妇呈侧卧位,行2%的利多卡因5 mL测试麻醉平面,没有蛛网膜下腔阻滞麻醉表现后,分3次给予15 mL 2%的利多卡因。实验组:选择L₂₋₃为穿刺点,用BD联合针穿刺,产妇呈侧卧位,通

过硬膜外针刺入蛛网膜下腔,30 s内推完0.5%丁哌卡因等比重液(10%葡萄糖注射液1 mL加0.75%布比卡因注射液2 mL)2.5 mL,推完后退出腰穿针,置入硬膜外导管3.5 cm,产妇平卧位后,针刺法测定阻滞范围。手术完毕后,通过置入硬膜外导管注入2 mg吗啡和2.5 mg氟哌利多用于术后镇痛。

1.3 观察指标 (1)心率、血压、血氧饱和度、心电图等生命体征;(2)采用术后运动神经阻滞恢复评分^[3]评估运动神经阻滞程度,判断产妇产后下床行走能力;(3)新生儿阿氏评分;(4)不良反应。

1.4 统计学处理 采用SPSS17.0统计软件进行结果分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组间的心率、血压、血氧饱和度、心电图等生命体征指标 两两比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

2.2 两组间术后运动神经阻滞恢复评分比较,实验组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 不良反应 对照组中的产妇出现头晕2例;恶心1例,呕吐2例,实验组出现头晕1例,恶心1例,呕吐1例,经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 两组间的各项生命体征指标统计表

组别	心率(次/分, $\bar{x}\pm s$)	收缩压(mm Hg)	舒张压(mm Hg)	血氧饱和度(%)	心电图	阿氏评分(分, $\bar{x}\pm s$)
实验组	19±2	95±3	66±4	96.4	未见明显异常	8.8±0.3
对照组	18±3	94±3	65±6	96.3	未见明显异常	8.6±0.2

表2 术后运动神经阻滞恢复评分比较[n(%)]

组别	0级	1级	2级
实验组	74(92.5)	6(7.5)	0(0.0)
对照组	49(70.0)	17(24.3)	4(5.7)

3 讨论

临床上行剖宫产手术时最理想的麻醉结果是镇痛效果好,对产妇和胎儿危害性小,对收缩子宫及子宫血流影响小。

联合蛛网膜下腔麻醉的优点在于操作简单、麻醉药用量少、麻醉潜伏期短、麻醉效果确切、对胎儿影响较小;其缺点在于麻醉平面控制、麻醉时间受限及血压下降幅度较大等问题^[4-6]。硬脊膜外腔麻醉的优点在于术后并发症少、可控性好、术后镇痛效果佳;其缺点在于阻滞不全率高,甚至可以达到25%以上,且不能完全消除盆腔深部牵拉,需要辅助静脉用药完成手术,麻醉管理不方便,起效时间较长,阻滞所需剂量较多,母婴血药浓度较高等问题^[7-8]。

为取得较好的麻醉效果,在行剖宫产手术中,必须及时补充硬膜外用,采用腰硬联合麻醉方法,可以充分发挥联合蛛网膜下腔麻醉和硬脊膜外腔麻醉的优点,避免缺点,具有麻醉药用量小、作用快、效果确切、对母婴的危害性小、术后镇痛效果佳、减少麻醉中使用升压药的机会、减少联合蛛网膜下腔麻醉后头痛的发生率、降低椎管内麻醉失败率等优点^[9-10]。

本研究结果显示,两组心率、血压、血氧饱和度、心电图、新生儿阿氏评分等情况经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$);不良反应对照组中的产妇出现头晕2例,恶心1例,呕

吐2例,实验组出现头晕1例,恶心1例,呕吐1例,经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$);术后运动神经阻滞恢复评分结果,实验组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

总之,目前临床行剖宫产手术的时候,越来越接受采用腰硬联合麻醉方法,该方法能够满足临床需求,是剖宫产手术的理想麻醉方法。在工作中还应该注意严格操作常规,避免并发症的发生,术后及时随访。

参考文献

- [1] 侍太平. 剖宫产手术中腰-硬联合麻醉和硬膜外麻醉效果的观察[J]. 现代诊断与治疗, 2012, 23(1): 53-54.
- [2] 孙文孔. 腰麻联合硬膜外麻醉在剖宫产手术中的应用的效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(7): 40-41.
- [3] Bromage PR. A comparison of the hydrochloride and carbon dioxide salts of lidocaine and prilocaine in epidural analgesia[J]. Acta Anaesthesiol Scand Suppl, 1965, 16(1): 55-69.
- [4] 邵雪琴. 腰麻和硬膜外麻醉下剖宫产新生儿血压的比较[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(2): 130-131.
- [5] 詹亚新. 老年患者腰-硬联合麻醉的安全性探讨[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 2: 132-133.
- [6] 汤灵芝, 巢亚伟. 剖宫产术中腰硬联合麻醉的效果观察[J]. 中国民康医学, 2012, 24(4): 423.
- [7] 王学涛, 郭鸿雁, 刘淮海, 等. 硬膜外麻醉及联合应用在剖宫产术中的效果比较[J]. 河北医药, 2011, 33(9): 1317-

1318.

1061.

[8] 郑隽,张兴安,邵伟栋.剖宫产麻醉方式及应用[J].检验医学与临床,2011,8(24):3021-3023.
 [9] 程开强,李建华,王磊.腰麻联合硬膜外麻醉在再次剖宫产术中的应用观察[J].中国民康医学,2012,24(9):1059-

[10] 李淑敏.不同麻醉方法在子宫切除术中的疗效对比研究[J].中国现代医学杂志,2012,22(1):69-71.

(收稿日期:2013-01-12 修回日期:2013-03-11)

• 临床研究 •

两种方法治疗高血压基底节区脑出血的临床疗效分析

李 军,郑虎林(陕西省榆林市第一医院神经外科 719000)

【摘要】 目的 比较单管法与双管法血肿穿刺外引流治疗高血压基底节区脑出血的临床疗效。**方法** 将在陕西省榆林市第一医院治疗的 89 例高血压基底节区脑出血患者,按照患者自主选择治疗方法进行分组:选用单管法血肿穿刺外引流进行治疗的 40 例为单管组,选用双管法血肿穿刺外引流治疗的 49 例为双管组,治疗后按照日常生活活动能力分级方法进行疗效评估。**结果** 在脑出血量大于 50 mL 的患者中,双管组疗效结果明显优于单管组 ($P < 0.05$);在脑出血量小于 50 mL 的患者中,两组疗效组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 双管法血肿穿刺外引流治疗高血压基底节区脑出血远期疗效优于单管法血肿穿刺外引流方法。

【关键词】 血肿穿刺外引流; 高血压基底节区脑出血; 脑出血量; 远期疗效

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.035 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-1989-02

高血压脑出血的发生部位大部分出现在大脑的基底节区域,患者发病时的病死率和致残率较高,预后极其凶险^[1-3]。由于出血区域靠近大脑功能区,并且周围有丰富的脑神经和重要血管,手术治疗对患者造成的创伤极大^[4]。为比较单管法与双管法血肿穿刺外引流治疗高血压基底节区脑出血的临床疗效,本文回顾性总结了 2010 年 1 月至 2012 年 10 月期间在本院治疗的 89 例高血压基底节区脑出血患者的临床资料,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 1 月至 2012 年 10 月在本院治疗的 89 例高血压基底节区脑出血患者,其中男 50 例,女 39 例,年龄 54~80 岁,平均(63.58±19.44)岁。统计资料入选标准:所有纳入统计的患者均符合“高血压脑出血偏瘫诊断标准”,且临床头颅 CT 检查结果确诊为高血压脑出血。根据偏瘫肢体分级情况进行分级:0 级患者 4 例,Ⅰ级患者 13 例,Ⅱ级患者 23 例,Ⅲ级患者 18 例;根据 CT 影像学结果:出血量大于 50 mL 的患者有 44 例,出血量小于 50 mL 患者 45 例。统计资料排除标准:排除内脏器官(肝脏、肾脏等)严重衰竭的患者。89 例资料按照患者自主选择治疗方法进行分组:选用单管法血肿穿刺外引流进行治疗的 40 例患者为单管组,选用双管法血肿穿刺外引流治疗的 49 例患者为双管组,两组患者的一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 单管组患者在 CT 平扫定位的引导下,手术入路部位为经颞入路,在用电钻钻穿患者颅骨后,用硅胶引流管(型号为 14 号,带针芯)沿着垂直于人体正中线部位插入,慢慢向目标点进针,随着进针的深入,可见一部分血肿流出。针头达到靶点部位后开始慢慢回抽血肿,不能抽出太多,第一次抽血以总血肿量的 60% 左右为适宜。双管组患者选用双管法,手术入路为经额和经颞同时进入,手术方法同单管组手术方法,与单管组不同的是在经颞穿刺置管成功后暂不进行引流,经额穿刺置管成功后分别经两管同时回抽。所有患者术后

1 d 内进行 CT 复查,常规使用尿激酶。

1.3 观察指标 89 例患者治疗后半年内进行疗效评估,按照日常生活活动能力分级评分标准进行评估,两组患者对基底节出血量大于 50 mL 和小于 50 mL 患者分别进行评估。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件中进行分析,计数资料组间比较用 χ^2 检验,以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 临床疗效 在脑出血量大于 50 mL 的患者中,双管组疗效结果明显优于单管组 ($P < 0.05$),见表 1。在脑出血量小于 50 mL 的患者中,两组疗效组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$),见表 2。

表 1 脑出血量大于 50 mL 患者临床疗效比较(n)

组别	1分	2分	3分	4分	5分
单管组	7	5	3	3	4
双管组	3	7	9	3	1
χ^2	4.449	0.887	6.884	0.000	3.334
P	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 2 脑出血量小于 50 mL 患者临床疗效比较(n)

组别	1分	2分	3分	4分	5分
单管组	3	6	7	2	1
双管组	3	7	8	2	2
χ^2	0.000	0.443	0.877	0.000	0.435
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 不良反应 两组患者治疗后的不良反应发生情况:单管组治疗后随访调查发现迟发性脑出血患者 3 例,颅内发生感染现象者 7 例;双管组迟发性脑出血患者 4 例,颅内发生感染现象者 6 例,不良反应发生情况在两组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

高血压脑病在临床上大部分是由于血压骤然急剧升高引