

老年上腹部手术患者实施联合麻醉的效果观察

陈慧峰(江苏省南通市肿瘤医院麻醉科 226006)

【摘要】 目的 观察老年上腹部手术患者实施全身麻醉联合硬膜外麻醉的效果,探讨临床可行性及安全性。**方法** 2007 年 1 月至 2011 年 10 月上腹部手术的老年患者 120 例作为研究对象,采用单纯随机抽样法将研究对象分为观察组和对照组各 60 例,对照组进行单纯全身麻醉,观察组进行硬膜外阻滞加全身麻醉。**结果** 观察组血压异常发生率(8.33%)和心率异常发生率(10.00%)低于对照组(33.33%和 36.67%)($P<0.05$);调查中观察组恢复自主呼吸时间[(5.23±1.52)min]、拔除气管导管时间[(8.12±2.34)min]、完全清醒时间[(13.23±3.45)min]分别短于对照组的(8.93±2.65)min、(12.67±3.86)min、(16.67±4.32)min ($P<0.05$)。**结论** 老年人上腹部手术中应用硬膜外阻滞加全身麻醉有利于改善肺功能,减少术后并发症,管理方便,是老年患者上腹部手术较为理想的麻醉方法。

【关键词】 全身麻醉; 硬膜外腔阻滞麻醉; 老年; 上腹部手术
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.050 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-2012-02

由于老年人全身生理功能减退,常合并慢性心肺疾病,对麻醉和手术的耐受力下降,因此,正确的麻醉选择和处理是提高围手术期安全性、减少术后并发症的关键^[1]。本文的目的在于探讨硬膜外阻滞联合全身麻醉用于老年上腹部手术患者的临床可行性及安全性,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2011 年 10 月上腹部手术的老年患者 120 例作为研究对象;美国麻醉医师协会评分Ⅱ~Ⅲ级;基础疾病为胃癌、消化性溃疡穿孔、胆囊炎、肝癌、肠癌、脾脏切除术等;合并冠心病、高血压病、肺心病、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、脑血管意外等 83 例,心电图提示心肌缺血、心律失常、传导阻滞、窦性心动过缓等 74 例;男女比例为 70:50,年龄 60~82 岁,平均(65.78±4.56)岁;体质量 45~83 kg,平均(67.12±10.02)kg。采用单纯随机抽样法将对象分为观察组和对照组各 60 例,年龄、性别构成、病种、并发症、体质量等一般资料在两组间分布均衡,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 术前半小时肌肉注射阿托品 0.5 mg,苯巴比妥钠 0.1 g,入室监测血压、心电图、血氧饱和度,开放静脉输入平衡液。对照组:开放静脉后,用咪达唑仑 0.03~0.06 mg/kg,丙泊酚 1.5~2.5 mg/kg,芬太尼 2~3 mg/kg,顺式阿曲库铵 0.2~0.3 mg/kg,行全身麻醉快诱气管插管后控制呼吸。观

察组:经 T₈₋₉或 T₉₋₁₀间隙采用 16G 硬膜外穿刺针穿刺硬膜外腔并置管,注入利多卡因,确定阻滞平面后实施全身麻醉快诱气管插管,其他处理同对照组。两组患者术中均以丙泊酚 4~6 mg·kg⁻¹·h⁻¹维持,并间断静脉注射顺式阿曲库铵维持肌肉松弛。对照组术中间断追加芬太尼维持镇痛,观察组经硬膜外导管间断注入 0.375%左丁哌卡因维持镇痛,并在关闭腹腔时,经硬膜外导管注入吗啡 1.0~1.5 mg 或者术毕连接镇痛泵出手术室,以防术后疼痛。

1.3 观察指标 血流动力学异常率^[2](血压变化大于 30 mm Hg、心率大于 20 次/分)、恢复自主呼吸时间、拔除气管导管时间、完全清醒时间。

1.4 统计学处理 建立 FOXPRO 数据库,数据采用 SPSS 11.5 软件进行统计分析。正态分布数据用 $\bar{x}\pm s$ 描述,采用 t 检验;率的比较用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组血压异常发生率为 8.33%、心率异常发生率为 10.00%,均低于对照组的 33.33%、36.67%($P<0.05$);中观察组恢复自主呼吸时间[(5.23±1.52)min]、拔除气管导管时间[(8.12±2.34)min]、完全清醒时间[(13.23±3.45)min]分别短于对照组的(8.93±2.65)min、(12.67±3.86)min、(16.67±4.32)min ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者围麻醉期血流动力学及相关指标比较

组别	<i>n</i>	血压变化[n(%)]	心率变化[n(%)]	恢复自主呼吸时间 ($\bar{x}\pm s$,min)	拔除气管导管时间 ($\bar{x}\pm s$,min)	完全清醒时间 ($\bar{x}\pm s$,min)
观察组	60	5(8.33)	6(10.00)	5.23±1.52	8.12±2.34	13.23±3.45
对照组	60	20(33.33)	22(36.67)	8.93±2.65	12.67±3.86	16.67±4.32
检验值	—	$\chi^2=10.96$	$\chi^2=11.43$	$t=4.12$	$t=3.56$	$t=3.28$
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

3 讨论

衰老可引起机体一系列生理变化,表现在神经系统为神经元总数减少,神经外组织通透性增加,椎旁间隙变窄以及蛛网膜绒毛增大等,提示老年人应用椎管内麻醉的病理生理变化不

同于年轻人;同时由于老年患者常合并慢性心肺疾病,对麻醉和手术的耐受力下降。因此,尽量避免麻醉及手术对老年患者心肺功能的影响,对提高老年患者麻醉及手术安全性至关重要^[3]。

硬膜外腔阻滞麻醉作为临床常用的一种麻醉方法,它对生理干扰小,用于老年患者可降低交感神经紧张性,减慢心率,同时扩张外周血管,减少心肌做功及气管插管时的心血管反应。但硬膜外阻滞是一种不完全阻滞,虽然有一定的肌肉松弛作用,但腹部肌肉松弛不完全直接影响手术操作^[4],同时单纯硬膜外腔阻滞麻醉易导致低血压、心动过缓和呼吸抑制^[5]。气管插管全身麻醉可保证充分氧供,便于呼吸管理,但是单用全身麻醉行上腹部手术,由于止痛不完善,机体对创伤的应激反应仍很明显,心率增快,血压升高,对老年患者尤其是合并高血压等心血管疾病者,可引起严重的并发症;术毕清醒时间较长,拔管也较晚^[6-7]。而硬膜外阻滞加全身麻醉以各自优点弥补相互不足,术中能进行有效的呼吸管理,减少或消除牵反射及其他不良反应,降低血流动力学的变化,避免因疼痛而致的躁动不安、血压上升、心率加快等反应,术后恢复期更安静、更舒适、更平稳。本文结果显示观察组血压异常发生率 8.33%、心率异常发生率 10.00% 低于对照组的 33.33%、36.67% ($P<0.05$);调查中观察组恢复自主呼吸时间 $[(5.23\pm 1.52)\text{min}]$ 、拔除气管导管时间 $[(8.12\pm 2.34)\text{min}]$ 、完全清醒时间 $[(13.23\pm 3.45)\text{min}]$ 分别短于对照组的 $(8.93\pm 2.65)\text{min}$ 、 $(12.67\pm 3.86)\text{min}$ 、 $(16.67\pm 4.32)\text{min}$ ($P<0.05$)。

总之,老年上腹部手术患者应用硬膜外阻滞加全身麻醉是

切实可行的办法,有利于改善肺功能,减少术后并发症,管理方便,减少麻醉意外的发生,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 沈晓燕. 静脉全麻复合硬膜外阻滞应用于老年胆囊切除术患者的临床观察[J]. 当代医学, 2009, 15(6): 78-79.
[2] 郝向东. 硬膜外阻滞复合全麻在老年人上腹部手术中的应用观察[J]. 临床医药实践, 2008, 17(7): 519-520.
[3] 梁华, 陶国才, 郭永军, 等. 全麻复合硬膜外阻滞用于老年高血压患者上腹部手术[J]. 西北国防医学杂志, 2005, 26(5): 357-359.
[4] 郁万友, 刘秀芳. 全麻复合硬膜外麻醉在老年人上腹部手术中的应用[J]. 山东医学, 2009, 49(48): 67-68.
[5] 吴双平. 上腹部手术全麻联合胸段硬膜外麻与单纯全麻效果比较[J]. 右江医学, 2009, 37(5): 552-553.
[6] 寿琼华. 比较硬膜外与全身麻醉在老年人胆囊胆道手术的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2008, 40(2): 174-175.
[7] 毛剑霞, 许靖. 静吸复合全麻联合硬膜外麻醉在上腹部手术的应用[J]. 临床麻醉学杂志, 2009, 25(9): 814-815.

(收稿日期: 2013-01-17 修回日期: 2013-03-28)

• 临床研究 •

中西医结合治疗溃疡性结肠炎 96 例

马丽丽(河北省唐山市人民医院消化内科 063000)

【摘要】 目的 探讨中西医结合治疗溃疡性结肠炎的临床疗效。**方法** 2011 年 1 月至 2012 年 1 月河北省唐山市人民医院消化科入院治疗溃疡性结肠炎患者 96 例,随机分为对照组和观察组各 48 例,分别给予单纯西药治疗和中西医结合治疗。**结果** 观察组 48 例,治疗显效 33 例,有效 13 例,无效 2 例,有效率占 95.83%;对照组 48 例,显效 28 例,有效 10 例,无效 10 例,有效率占 79.17%。两组疗效对比,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 中西医结合治疗溃疡性结肠炎效果明显,值得临床推广应用。

【关键词】 溃疡性结肠炎; 中西医结合疗法; 柳氮磺胺吡啶

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.051 文献标志码: A 文章编号:1672-9455(2013)15-2013-02

慢性溃疡性结肠炎病变主要发生在肠道的黏膜层与黏膜下层,是至今病因不明的非特异性炎症反应病症,临床表现为腹泻、便血、腹痛等症状,严重者可侵入肌层或全部大肠。近几年临床患者增多,由于该病病因不明,病情复杂,治疗效果不佳,手术率和复发率高^[1]。本研究采用中西医结合治疗溃疡性结肠炎,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月至 2012 年 1 月本院消化科入院治疗溃疡性结肠炎患者 96,其中男 56 例,年龄 33~62 岁,平均 43 岁;女 40 例,年龄 30~66 例,平均 41 岁。随机分为对照组 48 例,用单纯西药治疗,口服柳氮磺胺吡啶肠溶片 4 次/天,1 克/次,或静脉滴注松琥珀酸钠 1 次/天,300 mg/d,待病情缓解后可根据情况逐渐减量或停药;观察组 48 例,在对照组治疗基础上给予中药,成分:黄连 10 g、黄柏 10 g、败酱草 20 g、黄芪 20 g、葛根 15 g、白芨 15 g、泽泻 20 g、白头翁 30 g、黄芩 10 g、白术 20 g,水煎药汁至 150 mL,加入锡类散 0.6 g,混合均匀每日 1 剂,温度保持在 38℃ 左右。若腹痛重,加乌药 10 g、延胡索 15 g;腹泻次数多,加薏苡仁 30 g、车前子 30 g;里急后重明

显,加白芍 12 g、木香 10 g;便血明显,加茜草 15 g、地榆炭 15 g;于每晚排空大便、温水清洁肛门后保留灌肠。两组均治疗 2 个疗程,14 d 为 1 个疗程,2 个疗程中间休息 5 d,治疗期间注意休息和饮食,给予易消化的食物。

1.2 病情分组 溃疡性结肠炎患者根据病情的轻重分为轻、中、重和暴发型。

1.2.1 轻型 国内轻型最多见。起病慢,症状轻,可有轻度腹泻(<4 次/日),或腹泻便秘交替及黏液血便(不含或只含少量血),体温心率一般正常,无体质量减轻,无或仅轻度贫血,红细胞沉降率小于 30 mm/h,病变多局限在直肠和乙状结肠。

1.2.2 中型 介于轻型和重型之间。

1.2.3 重型 重型较少见。可急性起病,腹泻大于 6 次/日,血量多,体温 37.7℃ 以上至少持续 2~3 d,心率大于 90 次/min,体质量短期内明显减轻,血红蛋白小于 75 g/L,红细胞沉降率大于 30 mm/h,血浆清蛋白小于 30 g/L。结肠病变多呈进行性加重,常累及全结肠,可伴有肠外表现,癌变机会较多。

1.2.4 暴发型 暴发型最少见。起病急骤,消化系统与全身表现严重,病情进展迅速,腹泻频繁,多为黏液血便,极少粪质,