

腰硬联合麻醉在妇产科手术中的应用价值研究

郑翔丽

航天中心医院 北京 100049

摘要:目的: 讨论腰硬联合麻醉对妇产科手术患者不良反应及并发症产生的影响, 为临床医学挑选麻醉方式给予依据。方法: 将2021年7月-2022年9月100例妇产科手术患者分成观察组与对照组, 每一组50例, 比较2组患者各时间段心率、收缩压及不良反应产生状况、麻醉效果。结果: 2组患者T0(麻醉前)、T1(麻醉后10 min)、T2(麻醉后30 min)、T3(麻醉后60 min)、T4(麻醉后12 h)时收缩压与T0(麻醉前)、T1(麻醉后10 min)、T3(麻醉后60 min)、T4(麻醉后12 h)时心率比较差异无统计学意义($P > 0.05$); T2(麻醉后30 min)时, 观察组患者心率高过对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者不良反应发病率为10.00%, 小于对照组24.00%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组麻醉剂达标率高过对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 手术恢复水平(自主呼吸时长、睁开眼睛时间以及定项恢复期)观察组患者实际效果优于对照组, 差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论: 腰硬联合麻醉在妇科患者腹部手术中安全系数高, 效果好, 并发症少, 实用价值高。

关键词: 妇产科; 腰硬联合麻醉; 不良反应; 并发症

引言

妇产科患者种类较多, 生理结构特殊, 用麻醉药物的剂量及患者的麻醉耐受程度均不同于常人, 因此, 对手术过程中麻醉要求很高。腰麻是机体蛛网膜下腔注射麻醉药物, 达到阻滞神经的作用。硬膜外麻醉是在机体的硬脊膜外腔内注射麻醉药物, 用来阻滞神经。以往妇科手术通常分别采用腰麻或硬膜外麻醉其中一种, 两者均采用机体椎管内注射药物, 但都存在一定优点及缺点, 随着医疗技术及患者需求的变化, 两者联合麻醉的临床应用越来越普遍, 且疗效优于单一麻醉方式。它的作用机制在于将麻醉药物注入腰椎内某个间隙, 麻醉药物进入到机体蛛网膜下腔后, 有效阻断神经进行传导输出, 降低患者对应支配区域的感受, 这个麻醉方式不仅传导效应快, 且时间灵活, 并拥有硬膜外麻醉术后镇痛的优点。腰硬联合麻醉在妇产科作用效果较好, 麻醉成功率高, 但术后是否发生不良反应及后遗症还不清楚, 目前对于此类研究还比较罕见^[1-2]。因此, 本研究选择在2021年7月—2022年9月收治的100例女性患者为研究对象, 旨在探讨腰硬联合麻醉对妇产科手术患者不良反应和并发症的影响, 为临床选择麻醉方式提供参考依据。报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

以医院妇科2021年7月-2022年9月接诊的100例女性患者为研究对象, 按手术过程中麻醉方式随机分成2组, 每一组50例患者。对照组(50例)选用气管插管-静脉全身

麻醉方式, 观察组(50例)选用腰硬联合麻醉方式开展麻醉。2组患者基准线材料比较, 差别无统计学意义(均 > 0.05), 具备对比性。

纳入标准: 经医生诊断后, 患者觉得需要开展手术医治。签定妇科患者及其家属同意书和知情同意书。排除标准: 其他的病发症者。药品过敏或副作用者。精神疾病患者。

1.2 方法

1.2.1 观察组

麻醉方式: 麻醉前30 min, 肌肉注射阿托品0.5 mg, 苯巴比妥钠0.1 g, 患者取标准侧卧位。麻醉期内, 观察组患者取水准侧卧位, 观察组患者穿刺点在L 2~L 3或L3~L4部位, 对患者进行穿刺, 穿刺完成后, 摆放腰穿针, 穿刺时有脑脊液流出, 意味着穿刺取得成功。穿刺完成后, 给患者缓慢注入3ml, 浓度0.5%布比卡因。穿刺成功后在硬膜外腔留置硬膜外导管, 固定穿刺软管, 最后成功取下手术腰麻针^[3-4]。

1.2.2 对照组

麻醉方式: 手术中实施全身麻醉, 给予患者0.5mg/kg的咪达唑仑+0.4ug/kg的舒芬太尼0.1mg/kg的维库溴铵+2.0mg/kg的丙泊酚等进行麻醉诱导, 待麻醉起效后为患者实施气管插管操作, 手术中给予患者0.5至1.2MAC七氟醚吸入治疗, 采用持续泵入0.2/mg(kg·h)瑞芬太尼、3mg/(kg·h)的丙泊酚, 间断给予0.05mg/kg的维库溴铵的方式进行麻醉维持^[5-6]。

1.3 观察指标及疗效判定标准

比较2组在各个时间范围的舒张压和心率,包含T0、T1、T2、T3和T4。比较2组不良反应的产生状况。比较2组麻醉实际效果,判断标准为:优:手术过程中患者无疼痛感,肌肉无力效果明显,无牵拉痛;好:在手术中,患者肌肉无力效果明显,疼痛感不显眼,但轻微牵拉痛;差:在手术中,患肌肉组织还是处于过度紧张,疼痛感明显,一部分患者发生呼吸不畅等不良反应,需服食镇静药物减轻疼痛或供氧。达标率=(优+良)/总病例数100%。手术结束时,观察2组患者的恢复力,包含手术后呼吸和睁开眼睛时长^[7]。

1.4 统计学方法

选用SPSS17.0统计分析软件对研究数据进行分析。计量数据以样本均值标准偏差($\bar{x}+s$)表明,选用 t 检验。计数数据信息以比例(%)表明,选用 χ^2 检测。 $P < 0.05$ 表明差别具备统计意义。

2 结果

2.1 两组患者各时间段心率、舒张压比较

两组患者T0、T1、T2、T3、T4时舒张压及T0、T1、T3、T4时心率比较差异无统计学意义($P > 0.05$);T2时,观察组患者心率高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者各时间段心率、舒张压比较($\bar{x}+s, n=50$)

组别	指标	T0	T1	T2	T3	T4
对照组	心率(次/min)	83.11±10.76	78.12±8.96	68.12±7.66	85.13±9.07	83.22±9.33
观察组		83.14±10.23	77.89±9.11	73.27±8.67	84.21±8.72	82.34±8.75
t		0.0128	0.1138	2.8154	0.4624	0.4351
P		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05
对照组	舒张压(mm Hg)	77.11±14.3	95.21±21.04	77.24±15.22	82.14±15.98	81.24±15.93
观察组		78.22±11.24	96.16±18.93	79.21±16.34	81.23±15.26	84.56±15.75
t		0.3858	0.2122	0.5579	0.2604	0.9373
P		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

2.2 两组患者不良反应发生情况比较

观察组患者不良反应发生率为10.00%,低于对照组的24.00%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者不良反应发生情况比较 [$n(\%)$, $n=50$]

组别	恶心呕吐	呼吸困难	牵拉反应	低血压	表情痛苦	合计
对照组	3 (6.00)	2 (4.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	4 (8.00)	12 (24.00)
观察组	2 (4.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	5 (10.00)
χ^2						4.2667
P						< 0.05

2.3 两组患者麻醉效果比较

观察组麻醉优良率高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者麻醉效果比较 [$n(\%)$]

组别	例数	优	良	差	优良
对照组	50	22 (44.00)	20 (40.00)	8 (16.00)	42 (84.00)
观察组	50	29 (58.00)	19 (38.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
χ^2					4.1143
P					0.0043

2.4 两组患者术后恢复情况比较

术后恢复能力(自主呼吸时间、睁眼时间及定向力恢复时间)观察组患者与对照组相比效果更佳,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者术后恢复情况($\bar{x}+s, h$)

组别	例数	自主呼吸时间	睁眼时间	定向力恢复时间
观察组	50	8.02±2.01	6.56±4.38	10.71±5.39
对照组	50	12.23±4.35	13.49±6.37	18.66±3.61
t 值		-8.667	-7.335	-10.045
P 值		< 0.001	< 0.001	< 0.001

3 讨论

在临床手术中,腰麻用途广泛,起效快,但麻醉药使用量比较少,因此麻醉的优点十分充足。但是根据很多年的应用观察,腰麻患者在麻醉麻醉平面过高时

时血压波动比较大,大部分患者发生头疼;对呼吸道和循环也有一定影响,对手术治疗导致较大风险;与此同时,单纯腰麻的麻醉实际效果稍短,不符一部分患

者手术需要。近些年,腰硬联合麻醉作为一种新的临床医学麻醉方式慢慢得到应用。其核心优势是融合了腰麻和硬膜外麻醉的优势。硬膜外麻醉能有效管理患者麻醉起效时长,术后镇痛腰麻起效快,阻滞效果完善。这几种作用的联合能改善患者的麻醉,提升患者安全,降低不良反应的产生^[8]。

现阶段,妇科微创手术的手术麻醉方式主要包括:硬膜外麻醉、腰麻、腰硬联合麻醉和全身麻醉等。依据患者实际情况和手术方式的差异,选择不同类型的麻醉方式。麻醉是为了给患者在手术中抑制疼痛感。麻醉能够帮助患者缓解疼痛,并不是所有的麻醉方式全是安全可靠的。假如麻醉效果不理想,也会增加患者不良反应发生率。由于诊疗技术发展,大家越来越注重手术麻醉实际效果。传统麻醉方法是什么硬膜外麻醉,但此方法有一定的局限。与硬膜外麻醉对比,腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉主要有以下优势:①腰硬联合麻醉用以患者时,麻醉起效快,手术全过程比较简单,手术全过程止痛效果明显,肌肉松弛好,既能保证手术治疗稳定迅速,又可保持手术稳定与安全;②腰硬联合麻醉时,麻醉使用量小,可有效避免因麻醉药物剂量太大所引起的各种各样手术过程中并发症;③腰硬联合麻醉环节中,必须通过硬膜外软管给药,能延长麻醉药品起效时长。因而,腰硬联合麻醉更适用于手术治疗繁杂、手术时间长手术治疗,合理填补了传统式麻醉方式的缺陷;④腰硬联合麻醉可以减轻患者的痛苦,降低手术治疗所带来的外伤与风险。因为患者的硬膜孔在拔针之后自行关闭,也不会有脑脊液

外渗,可有效预防患者手术后出现眩晕、头疼等不良病症。现阶段,腰硬联合麻醉是妇科微创手术常用的麻醉方式^[9]。

有关腰硬协同麻醉的探索许多,但大部分观查非常简单。本研究再度论述了腰硬联合麻醉在妇科微创手术中的运用。数据显示,腰硬联合麻醉患者的麻醉起效时长明显优于单纯腰麻患者,二者数据信息差异很大,但认知功能恢复期无显著性差异。2组患者T0、T1、T2、T3、T4时收缩压与T0、T1、T3、T4时心率比较差异无统计学意义($P > 0.05$);T2时,观察组患者心率高过对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者不良反应

发病率为10.00%,小于对照组24.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组麻醉剂达标率高过对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);手术恢复水平(自主呼吸时长、睁开眼睛时间以及定项恢复期)观察组患者实际效果优于对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。提醒本研究再度验证了腰硬联合麻醉的优点,腰硬联合麻醉实际效果非常大。与此同时麻醉时间紧张。对有很多不可控因素的妇科微创手术患者,手术治疗方案很有可能随时随地更改或手术过程很有可能增加,腰硬联合麻醉特别适合他的麻醉要求。与此同时,本研究也发现了腰硬联合麻醉在麻醉效果上具有较好的控制感。

4 结束语

总的来说,腰硬联合麻醉用于妇科微创手术患者,麻醉效果明显,麻醉起效迅速,手术后不良反应发病率变低,可以使患者安全性渡过手术治疗期,非常值得进一步运用与推广。

参考文献

- [1]石磊.布比卡因剂量对妇产科手术腰-硬联合麻醉效果的影响.医疗装备,2019,32(14):75-76.
- [2]艾玲娜,陶佳宁.腰-硬联合麻醉复合静脉全身麻醉在妇产科腹腔镜手术中的应用.临床医药文献电子杂志,2019,6(29):23-26.
- [3]李燕.腰硬联合麻醉在妇产科手术中的应用体会[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(21):315-316.
- [4]马咏良,刘晶晶.腰硬联合麻醉法在妇产科手术中的应用效果研究[J].中国医药指南,2020,14(15):97-98.
- [5]孟勤凤.腰硬联合麻醉在妇产科手术中的应用及分析[J].健康之路,2018(1).
- [6]马淑娟.腰硬联合麻醉在产科手术中的应用[J].临床合理用药杂志,2020,10(35):170-171.
- [7]马四光.旋美托咪定对腰-硬联合麻醉下妇科手术的临床效果观察[J].吉林医学,2020,33(36):792-793.
- [8]石紫燕.腰-硬联合麻醉两点穿刺在妇产科手术中的新应用[J].吉林医学,2020,33(32):6977-6978.
- [9]谢红宁.妇产科超声诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2019:225-233.