

腰硬联合麻醉在高龄髋关节置换术患者中的临床应用

廖明瑶

彭州市中医医院 四川 成都 611930

摘要:目的:探讨分析腰硬联合麻醉在高龄髋关节置换术患者中的应用价值。方法:随机选取本院2020年1月至2021年8月收治的80例髋关节置换术患者为研究对象,依据麻醉方式不同分为对照组与观察组,每组各40例。对照组实施硬膜外麻醉。观察组实施单侧腰硬联合麻醉。结果:两组患者麻醉效果比较观察组患者麻醉起效时间、完全阻滞时间均短于对照组,麻醉药物使用剂量少于对照组,组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1;两组患者不良反应发生率比较与对照组相比,观察组的不良反应总发生率更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。两组患者术后3个月髋关节功能恢复情况比较两组患者术后OHS评分均呈下降趋势,观察组患者在术后30dOHS评分低于对照组,组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组患者术后60d、90dOHS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。结论:对于高龄患者来说,髋关节置换手术过程中实施腰硬联合麻醉的效果确切,可以使血流动力学指标保持稳定,避免并发症的发生,临床效果显著。

关键词:腰硬联合麻醉;高龄髋关节置换术;临床应用

引言

近年来,腰硬联合麻醉逐渐运用在外科手术中,相比于传统的全身麻醉,腰硬联合麻醉的镇痛效果更好,药物起效时间短,阻滞更完善,可促进肌肉松弛,有利于对创伤组织的快速、精准处理。此外,采取腰硬联合麻醉的方式可减少麻醉药物的使用剂量,降低对患者呼吸系统和循环系统的影响,避免机体产生过度应激反应,可维持患者术中生命体征的稳定性。在具体应用的过程中可以通过腰骶神经与硬膜外下腔联合麻醉的方式,不但起效较快,同时其使用的麻醉药物剂量相对较少,不易对患者血流动力学产生过多影响,因此可以有效控制术后不良事件的发生,对临床诊治工作的开展具有重要意义。此外,患者在接受腰硬联合麻醉后,其肌肉松弛效果相对较好,可确保手术视野更加清晰,从而降低组织牵拉等暴力性操作,不但可以确保术中出血量的减少,同时对于降低术后疼痛也具有积极影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取本院2020年1月至2021年8月收治的80例髋关节置换术患者为研究对象,依据麻醉方式不同分为对照组与观察组,每组各40例。

纳入标准:①年龄在60~80岁(含60岁和80岁);②首次行髋关节置换术;③依从性好,交流无障碍;④病历资料完整^[1]。

排除标准:①合并严重心血管疾病、肝肾功能障碍、凝血功能障碍等;②合并恶性肿瘤;③有髋关节手术史或

累及髋关节的病变^[2];④存在交流障碍,依从性差。

1.2 方法

完善患者术前检查,进入手术室后常规监测血压、心电图、血氧饱和度等基础生命指标。

对照组采用全身麻醉。持续吸入1%~2%七氟醚(上海恒瑞医药有限公司,国药准字H20070172)、2%丙泊酚(TCI模式4~6 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 、瑞芬太尼(江苏恩华药业股份有限公司,国药准字H20143315,TCI模式)3~5 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 、顺阿曲库铵0.1~0.2 $\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 维持麻醉。

观察组采用腰硬联合麻醉。选择合适体位,在第3~4腰椎的椎间隙行硬膜外穿刺,到达硬膜外腔后置入腰麻穿刺针,回抽脑脊液通畅后缓慢推注盐酸丁哌卡因注射液(上海朝晖药业有限公司,国药准字H20056442,规格为5mL:37.5 mg)1.3 mL 。退出腰穿针后,经硬膜外穿刺针将硬膜外导管置入硬膜外腔,向硬膜外导管中注入2%利多卡因3 mL ,术中麻醉平面控制在T10以下。

1.3 观察指标

①比较两组患者麻醉起效时间;②比较两组患者麻醉阻滞时间;③比较两组患者硬膜外药物用量;④比较两组患者血流动力学指标,包括血氧饱和度、平均动脉压、心率;⑤比较两组患者并发症发生情况,包括深静脉血栓、术后早期意识障碍、寒战、肺部并发症、呼吸抑制、恶心呕吐等^[4]。

1.4 统计学处理

使用SPSS24.0统计学软件进行数据分析,计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x}+s$)表示,行t检验,计量资料用[n

(%)表示^[5],行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者麻醉效果比较

观察组患者麻醉起效时间、完全阻滞时间均短于对照组,麻醉药物使用剂量少于对照组,组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者麻醉效果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	麻醉起效时间(s)	完全阻滞时间(min)	麻醉药物使用剂量(mL)
对照组	40	118.84±8.65	21.65±6.04	136.54±10.28
观察组	40	50.36±7.17	13.74±3.28	15.29±3.01

2.2 两组患者不良反应发生率比较

与对照组相比,观察组的不良反应总发生率更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者不良反应发生率比较[n(%)]

组别	例数	恶心呕吐	肺部感染	低血压	总发生率
观察组	40	1(2.50)	0(0)	1(2.50)	2(5.00)
对照组	40	4(10.00)	1(2.50)	4(10.00)	9(22.50)
χ^2 值					5.165
P值					0.023

2.3 两组患者术后3个月髋关节功能恢复情况比较

两组患者术后OHS评分均呈下降趋势,观察组患者在术后30dOHS评分低于对照组,组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组患者术后60d、90dOHS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。

表3 两组患者术后OHS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	术后30d	术后60d	术后90d
对照组	40	41.29±2.37	28.33±2.13	26.27±1.89
观察组	40	36.58±2.18	28.05±1.94	25.64±2.05

3 讨论

人工髋关节置换术在我国临床中比较常见,属于骨科手术类型的一种,通过该方式可以有效缓解患者髋关节疼痛症状,并对关节问题加以矫正,使患者肢体运动功能得到良好改善。目前临床接受髋关节置换术的患者多以中老年人为主,此类患者大多会同时合并基础性疾病(如糖尿病、高血压等),因此在接受治疗的过程中往往对术中麻醉方式提出更高的要求。

髋关节置换术已成为公认的治疗髋关节疾病的有效手段之一,由于髋关节疾病好发于中老年人,而老年患者对髋关节置换术的耐受性较差,若麻醉效果不佳,极易出现应激反应,影响生命体征,导致手术无法顺利进行^[6]。因此,麻醉方案是保证髋关节置换手术治疗效果的关键,临床应选择有效、安全的麻醉方案,以减轻患

者痛苦。

对于高龄患者来说,髋关节置换手术前容易出现多种并发症,术中需要确保体内血流动力学指标稳定,使心肌氧供需保持平衡状态。腰硬联合麻醉镇痛效果好,而且起效时间短,可以在短时间内对运动神经、交感神经以及感觉神经等完全阻断,使患者机体应激反应减轻,使高龄患者维持稳定状态。另外,联合麻醉平面具备较强的可控性,小剂量局部麻醉药物向头端扩散比较少,可以有效避免不良反应,而高龄患者心血管代偿功能较差,因此需要对体位调节予以重视,并重视药物注射的速度和比重。腰硬联合麻醉患者硬膜外给药之后容易产生相对广泛的阻滞范围,这主要是因为局麻药物经腰麻针在硬膜上留下小孔进入了蛛网膜下腔,同时在腰麻给药之后硬膜外腔容积降低,压力升高。同时也有研究指出,硬膜外注入液体,加压硬膜囊,会造成脑脊液内局部麻醉药物移至头侧。因此硬膜外用过程中需要注意平面过高而导致的呼吸循环过度抑制问题。如果腰麻平面达到T7时,手术可以在腰麻条件下开展,若未达到要求,则需要经硬膜外导管追加一定剂量的麻醉药物,使平面达到T10。同时,在腰麻联合硬膜外麻醉过程中需要做好监测工作,提前做好应急准备工作。

结束语

综上所述,对于高龄患者来说,髋关节置换手术过程中实施腰硬联合麻醉的效果确切,可以使血流动力学指标保持稳定,避免并发症的发生,临床效果显著。

参考文献:

- [1]肖青山,辛曙光,徐辉.全麻和腰硬联合麻醉用于髋关节置换术的麻醉效果比较[J].糖尿病天地,2021,18(1):157.
- [2]高艳华.全身麻醉和腰硬联合麻醉在髋关节置换术中的应用效果对比分析[J].中国伤残医学,2020,28(13):38-40.
- [3]徐珊珊.硬膜外麻醉与腰-硬联合麻醉在老年髋关节置换术中的麻醉效果及其对患者血流动力学的影响[J].中国伤残医学,2021,29(11):30-31.
- [4]宁薇.全身麻醉(全麻)和腰硬联合麻醉用于髋关节置换术的麻醉效果研究[J].中国医药指南,2020,18(8):95.
- [5]甘文鹂.腰硬联合麻醉对老年髋关节置换术患者认知功能及术后并发症的影响[J].当代医学,2020,26(31):113-114.
- [6]李宁.腰硬联合麻醉在高龄髋关节置换术患者中的应用效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15(3):74-76.