



不同麻醉方式对老年患者上腹部手术术后认知功能的影响观察

欧阳才任 向晓碧 余健 罗从善 李喜新 林帆 雷玉刚 (怀化市第二人民医院 湖南怀化 418000)

摘要: **目的** 研究在老年患者上腹部手术中给予不同麻醉对患者术后认知功能的影响。**方法** 选择择期行上腹部手术老年患者 60 例随机均分为 2 组, 对照组为全身麻醉组 (G 组), 研究组为全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组), 对比两组苏醒期躁动情况、手术前后认知情况。**结果** 全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组) 苏醒前, 苏醒后不同时段内 SAS、R amsay 评分均低于全身麻醉组 (G 组); 术后 MMSE 评分升高幅度 > 全身麻醉组 (G 组); 各数据组间对比, 差异显著, $P < 0.05$ 。**结论** 相对于单纯全身麻醉, 全麻复合硬膜外麻醉用于老年患者上腹部手术, 有利于减少镇静镇痛药物用量, 可以在较浅麻醉下完成手术, 同时可以减轻患者的应激反应和提供完善的术后镇痛从而有效降低患者术后认知功能障碍发生的风险。

关键词: 硬膜外麻醉 全身麻醉 上腹部手术 老年患者 术后认知功能

中图分类号: R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 01-077-02

术后认知功能障碍 (POCD) 属于老年患者麻醉术后常见的神经系统并发症, 在术后 7 天内, 认知功能障碍发病率高达 30%, 该现象会导致患者康复延迟, 并发症繁多, 住院时间延长, 病死率大幅度增加, 严重威胁着患者的日常生活和生命安全。目前临床对老年手术患者术后认知功能障碍致病因素及发病机制尚无明确定论, 并且无明确有效治疗措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2017 年 8 月-2018 年 5 月行上腹部手术老年患者 60 例随机均分为 2 组, 全身麻醉为全身麻醉组 (G 组), 全麻复合硬膜外麻醉为全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组), 其中全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组): 女 20 例, 男 10 例, 年龄 72-80 岁, 平均 (76.69±1.45) 岁; 全身麻醉组 (G 组): 女 15 例, 男 15 例, 年龄 70-80 岁, 平均 (78.36±1.22) 岁, 对比分析两组例患者的基线资料, 无明显差异, 可以支持下文中的统计学研究。

排除标准: (1) 心脏、肾脏、肝脏有重大疾病或者是衰竭者; 合并其他脑血管疾病者; (2) 意识障碍、认知障碍、言语不清者; (3) 凝血功能障碍者; (4) 身体状况较差、无法进行后期对比者; (5) 精神病者、麻醉、手术禁忌症者^[1]。

1.2 方法

全身麻醉组 (G 组): 给予全身麻醉: 术前半小时给予 0.5mg 阿托品肌注, 静脉注射 3 μg/kg 芬太尼、2mg/kg 异丙酚、0.15mg/kg 维库溴铵诱导行气管插管, 机械通气; 术中根据七氟烷吸入浓度和静脉注射瑞芬太尼速度来挑战麻醉维持深度, 间

断静注维库溴铵。术后阿托品、新斯的明拮抗肌肉松弛。

全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组): 全身麻醉实施前行硬膜外麻醉: 在患者 T₉-T₁₀ 间隙处穿刺置管, 2% 的 3mL 利多卡因经导管注入, 术中视情况追加 1% 利多卡因和 1% 罗哌卡因混合液, 全身麻醉方法和用药同 G 组。

1.3 效果评价标准

1.3.1 对比分析苏醒期躁动情况: 于患者术后苏醒后不同时段对其进行躁动 (SAS) 和镇静 (R amsay) 评分;

1.3.2 对比分析 2 组患者手术前后认知情况: 采用简易智力状态检查量表 (MMSE) 进行认知功能评分, 分值为 0-27 分, 其中评分 < 9, 为认知功能重度障碍; 10-20 分之间为认知功能中度障碍; 21-26 分之间为认知功能轻度障碍, 评分 ≥ 27 分为存在认知功能障碍。

1.4 统计学方法

此研究 SPSS23.0 计算, 计量资料 (苏醒期躁动情况、认知情况) 2 组间比值用独立样本 “t” 检验后以均值加减标准差 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示, 计数资料 2 组间比值用独立样本 χ^2 值检验以 % 表示, 若 $P < 0.05$, 差异显著, 统计学成立。

2 结果

2.1 对比 SAS、R amsay 评分

2 组患者用药后 SAS、R amsay 评分变化明显, 全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组) 苏醒前, 苏醒后不同时段内 SAS、R amsay 评分均低于全身麻醉组 (G 组), 组间对比, 差异显著, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1: SAS、R amsay 评分对比

组别	SAS			
时间	苏醒时	苏醒后 30min	苏醒后 60min	苏醒后 120min
全身麻醉组（G 组）n=30	4. 63±0. 65	4. 59±0. 62	4. 48±0. 63	3. 99±0. 56
全麻复合硬膜外麻醉组（GE 组）n=30	3. 40±0. 45	3. 62±0. 53	3. 75±0. 54	3. 85±0. 56
t	8. 5216	6. 5136	4. 8187	0. 9682
P	< 0. 05	< 0. 05	< 0. 05	< 0. 05

组别	R amsay			
时间	苏醒时	苏醒后 30min	苏醒后 60min	苏醒后 120min
全身麻醉组（G 组）n=30	1. 85±0. 23	1. 75±0. 25	1. 66±0. 20	2. 17±0. 23
全麻复合硬膜外麻醉组（GE 组）n=30	3. 45±0. 98	2. 56±0. 32	2. 64±0. 34	2. 56±0. 25
t	8. 7058	10. 9253	13. 6076	6. 2881
P	< 0. 05	< 0. 05	< 0. 05	< 0. 05

2.2 对比手术前后认知情况

2 组患者术后 MMSE 评分均有多升高, 与全身麻醉组 (G 组)



相比, 全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组) 患者 MMSE 评分升高幅度 > 全身麻醉组 (G 组), 组间对比, 差异显著, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2: 术后 MMSE 评分对比

组别	术前	术后 4h	术后 8h	术后 12h
全身麻醉组 (G 组) n=30	28.56±2.95	22.36±2.45	26.58±2.45	28.45±2.98
全麻复合硬膜外麻醉组 (GE 组) n=30	29.36±2.94	18.45±2.03	21.36±2.15	22.33±2.33
t	1.0520	6.7309	8.7713	8.8614
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

术后认知功能障碍是目前老年患者术中麻醉后最容易出现的中枢神经系统常见并发症之一, 该病发生机制复杂, 临床研究表明麻醉过深、年龄过大、有心脑血管基础疾病、手术部位和创伤大小、术中应激反应、疼痛刺激等因素是现阶段引起术后认知功能障碍的常见和主要原因。术后认知功能障碍患者主要临床表现为语言能力减退、记忆受损、理解能力下降、焦虑、人格改变^[2]、社会融合能力减退等, 因此如何避免实施手术患者术后发生认知功能障碍是目前临床麻醉科医师关注的重难点问题、且均在持续对麻醉药物的使用和麻醉方式进行改良。

经此次研究对比显示, 相对全身麻醉, 全麻复合硬膜外麻醉用于老年患者上腹部手术, 有利于减少镇静镇痛药物用量, 可以在较浅麻醉下完成手术, 同时可以减轻患者的应激反应和提供完善的术后镇痛, 从而降低认知功能障碍发生的风险。

参考文献

- [1] 张军红, 张新红. 不同麻醉方法对老年患者术后认知功能的影响 [J]. 中国伤残医学, 2016, 24(2): 175-176.
- [2] 廖靖华, 张援. 不同麻醉方法对老年患者术后认知功能的影响 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(16): 2034-2036.

(上接第 75 页)

胸膜炎发生率为 3%, 肺水肿发生率为 5%, 胸管异位发生率为 1%, 皮下水肿发生率为 1%, 肺萎陷发生率为 1%。继发性胸膜炎的发生多与胸腔引流时间过长有所关联, 给予其硬化剂治疗, 疾病逐渐好转, 而发生肺水肿、胸管异位、皮下水肿以及肺萎陷患者停止胸腔引流管治疗。对 100 例患者进行随访, 失联 6 例, 死亡 3 例, 91 例患者中, 再次实施胸腔治疗 7 例, 胸腔引流管 2 例, 胸腔穿刺 2 例, 胸腔引流 2 例, 胸腔注射粘连剂胸膜腔纤维化 1 例。胸腔引流管对机体所产生的并发症发生率较低, 临床可以接受。此次研究所得结果与其他研究者所得结果相似, 有力的证明了此次研究真实性。有相关表明: 胸腔引流管发生肺水肿机率最高, 为降低肺水肿情况发生, 还可予以抗生素静脉用药, 对局限性积液可根据其严重程度、部位以及大小等具体情况分析是否需要胸膜穿刺、局部置管引流以及重置胸腔引流管等操作, 注射粘连剂时多加观察患者情况。

综上所述: 对恶性胸腔积液患者实施胸腔引流管治疗, 效果理想, 而且操作方法简单, 并发症发生率低, 患者住院时间短, 符合临床需求, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 杨劼, 李文军, 叶国麟, 等. 电视纵隔镜在恶性胸腔积液诊治中的应用. 中国胸心血管外科临床杂志, 2005, 12(4): 291-292.
- [2] Dresler GM, Olak J, Herndon JE 2nd, et al. Phase III in tergroup study of talc poudrage vs talc slurry sclerosis for malignant pleural effusion. Chest, 2005, 127(3): 909-915.
- [3] Ef thymiou CA, Masoudi T, Thorpe JA, et al. Malignant pleural effusion in the presence of trapped lung. Five-year experience of Pleu rX tunnelled catheters. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2009, 9(6): 961-964.
- [4] Daniel C, Kriegel I, Di Maria S, et al. Use of a pleural implantable access system for the management of malignant pleural effusion: the Institut Curie experience. Ann Thorac Surg, 2007, 84(4): 1367-1370.
- [5] Burgers JA, Olijve A, Baas P. Chronic indwelling pleural catheter for malignant pleural effusion in 25 patients. Ned Tijdschr Geneesk, 2006, 150(29): 1618-1623.

(上接第 76 页)

者关节内的滑膜液流动, 同时有助于改善肩关节营养供应, 并预防萎缩, 可有效缓解患者肩关节疼痛, 同时有利于提升肩关节及其周边软组织韧性及伸展性, 因此有利于改善患者肩关节的活动范围。而体外冲击波靶点治疗, 是通过运用物理学效应形成的机械性脉冲压的治疗方式^[4]。最先应用在腱性疾病治疗中, 近年来逐步应用于肩周炎患者治疗中, 并取得满意效果。该治疗方案能够显著改善患者肩关节局部的微循环, 有利于促使干细胞逐渐转化成正常组织结构, 能够有效缓解疼痛感。通过将冲击波作用在患者肩关节的韧带、肌腱以及关节囊能够促使肩关节周边粘连和挛缩的缓解, 同时有助于改善肩关节处的剧烈疼痛, 能够提高肩关节的活动度^[5]。研究结果提示, 观察组患者通过联合采取关节松动训练以及体外冲击波靶点治疗, 该组患者总体疗效较对照组更高。主要体现在该组患者治疗后疼痛评分改善效果以及 CMS 肩关节功能评分改善效果均较对照组更优。进一步表明此联合治疗

方案对于肩周炎患者具有显著疗效, 其临床应用价值较高。

综上所述, 对于肩周炎患者, 联合采取关节松动训练和体外冲击波靶点治疗, 有助于改善患者肩关节功能并缓解肩关节疼痛, 该联合治疗方案值得应用并推广。

参考文献

- [1] 吴国林, 季向荣, 黄洪斌. 关节松动训练联合体外冲击波靶点治疗肩关节周围炎的疗效分析 [J]. 中国康复, 2018, 33(04): 301-304.
- [2] 刘芸, 胡琼英, 罗元普. 关节松动术结合体外冲击波治疗肩关节周围炎的临床观察 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(31): 101-102.
- [3] 刘凤艳, 刘群, 余波. 体外冲击波结合肌内效贴治疗肩关节周围炎的临床观察 [J]. 中国康复, 2016, 31(02): 98-99.
- [4] 肖雷. 靳三针与关节松动术治疗肩关节周围炎临床研究 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11(13): 94-95.
- [5] 汪强, 贾杰. 肩关节周围炎疗效评估量表的改良与临床应用 [J]. 中国康复医学杂志, 2018, 33(04): 424-428.