

全身麻醉联合硬膜外麻醉在直肠癌根治术中的麻醉疗效观察

刘和昌

合浦县人民医院 广西北海 536100

【摘要】目的 分析全身麻醉联合硬膜外麻醉在直肠癌根治术中的麻醉疗效。**方法** 随机选择 2017.1-2020.1 期间在本院接受直肠癌根治术的 300 例患者当作研究对象, 并根据病例单双号将其分为研究 A 组(全身麻醉)与研究 B 组(全身麻醉联合硬膜外麻醉), 每组各 150 例。比较两组的麻醉效果。**结果** 研究 B 组各时段的 RASS 评分均显著低于研究 A 组($P < 0.05$), 且研究 B 组的苏醒时间显著短于研究 A 组($P < 0.05$); 研究 B 组的不良反应发生率显著低于研究 A 组($P < 0.05$)。**结论** 在直肠癌根治术中应用全身麻醉联合硬膜外麻醉可取得更理想的麻醉疗效, 具有积极影响作用。

【关键词】 全身麻醉; 硬膜外麻醉; 直肠癌根治术; 麻醉疗效

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 05-025-02

如今, 随着社会的高速发展, 人们的生活方式也发生较大改变, 导致直肠癌的发病率呈逐年增高趋势, 为了避免患者发生肿瘤细胞转移情况, 临床常采取直肠癌根治术进行治疗, 从而降低患者死亡率, 并提高其生活质量^[1]。但因此疾病患者是以老年人高发人群, 故患者不具有较佳的手术耐受性, 难以确保手术的安全性, 同时在选择麻醉方法时也具有更多的禁忌与限制^[2]。因此, 为了取得更好的麻醉效果, 最大程度确保患者手术安全, 本文就此分析全身麻醉联合硬膜外麻醉在直肠癌根治术中的麻醉疗效, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选择 2017 年 1 月至 2020 年 1 月期间在本院接受直肠癌根治术的 300 例患者当作研究对象, 并根据病例单双号将其分为研究 A 组(全身麻醉)与研究 B 组(全身麻醉联合硬膜外麻醉), 每组各 150 例。纳入标准: (1) 所有研究对象均经诊断为直肠癌, 且满足接受直肠癌根治术的相关要求。(2) 所有研究对象均知情同意并签字。(3) 所有研究对象的语言系统与认知功能均健全。排除标准: (1) 有严重肝肾功能障碍者。(2) 有椎管内麻醉禁忌者。研究 A 组: 男女比例为 79: 71, 年龄 46-85 岁, 平均年龄 (59.27 ± 3.23) 岁。研究 B 组: 男女比例为 78: 72, 年龄 45-85 岁, 平均年龄 (59.32 ± 3.25) 岁。两组的性别、年龄等临床资料基本一致($P > 0.05$)。

1.2 方法

研究 A 组采取全身麻醉, 于术前 30min 对患者应用 100mg 鲁米那与 0.5mg 阿托品肌肉注射, 再推入手术室之后给予开放外周静脉, 并监测其血氧饱和度、心率及血压等生命指标, 然后进行麻醉诱导, 给予应用 0.15mg/kg 苯磺酸阿曲库铵、

2mg/kg 丙泊酚、 $2 \mu\text{g/kg}$ 芬太尼及 0.1mg/kg 咪达唑仑。气管插管之后给予间歇式正压通气。最后采取 $4 \sim 6\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 丙泊酚与 $0.2 \sim 0.4 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 瑞芬太尼进行维持麻醉, 且在术中间断应用苯磺酸阿曲库铵维持肌肉松弛。

研究 B 组采取全身麻醉联合硬膜外麻醉。硬膜外麻醉选择 L_{2-3} 间隙, 向头端置管 4cm 明确成功穿刺后, 试探剂量以 2% 利多卡因 3-5ml, 在无全脊麻征象时经硬膜外导管将 2% 利多卡因注入 8-10ml, 然后将麻醉平面控制于 T_6 水平, 最后术中间隔 50min 追加剂量 6-8ml。最后给予全身麻醉, 全身麻醉方法和研究 A 组一致, 但术中需给予 $2 \sim 4\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 丙泊酚与 $0.1 \sim 0.3 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 瑞芬太尼静脉泵入, 以维持麻醉效果。

1.3 观察项目

(1) 比较所有研究对象的麻醉效果与苏醒时间, 其中麻醉效果采用 Richmond 躁动-镇静评分法(RASS)进行评定, 分值为 -5 ~ +4 分, 分值越低表明麻醉效果越好^[3]。(2) 比较所有研究对象的不良反应, 包括室性早搏、心动过速、低血压、高血压、心动过缓及恶心呕吐。

1.4 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计软件对数据进行分析处理, 计数资料以百分比表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较所有研究对象的麻醉效果与苏醒时间

研究 B 组各时段的 RASS 评分均显著低于研究 A 组($P < 0.05$), 且研究 B 组的苏醒时间显著短于研究 A 组($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 所有研究对象的麻醉效果与苏醒时间比较 ($n=150$, $\bar{x} \pm s$)

组别	RASS 评分 (分)			苏醒时间 (min)
	喉罩拔出前	喉罩拔出 1min	喉罩拔出 5min	
研究 A 组	1.43 ± 0.67	1.24 ± 0.15	2.76 ± 0.23	16.51 ± 1.26
研究 B 组	1.22 ± 0.34	0.54 ± 0.06	1.50 ± 0.15	8.42 ± 0.85
t	3.389	53.067	56.199	65.190
P	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 比较所有研究对象的不良反应

研究 B 组的不良反应发生率显著低于研究 A 组($P < 0.05$), 见表 2。

3 讨论

目前, 我国临床直肠癌根治术常采取的麻醉方法就是全身麻醉, 其具有较佳的麻醉效果, 患者一般会在术中感到不适感, 但此种麻醉方法可导致患者出现室性早搏、下肢神经功能异常、低血压、高血压及心动过缓等不良反应, 同时

会不同程度的影响其呼吸系统、中枢神经习用及血液循环系统,不利于患者术后快速恢复神志^[4]。

近些年,随着临床越发广泛应用直肠癌根治术,发现全身麻醉并不能取得理想的麻醉效果。因此,还需找寻一种更有效的麻醉方法。本文研究发现:研究B组各时段的RASS评分均显著低于研究A组($P < 0.05$),且研究B组的苏醒时间显著短于研究A组($P < 0.05$),提示全身麻醉联合硬膜外麻醉具有更佳的麻醉效果,且可促进患者术后快速恢复。这是由于全身麻醉联合硬膜外麻醉明显降低患者的麻醉用药剂量,从而减轻患者受到的损害,且此麻醉方法可有效阻断疼痛传导途径,不仅可显著降低疼痛刺激,还可稳定其血流动力学,进而增强麻醉效果,降低应激反应,提高手术麻醉安全性。本文研究亦发现:研究B组的不良反应发生率显著低于研究A组($P < 0.05$),说明全身麻醉联合硬膜外麻醉还可明显降低患者的不良反应发生率,进一步体现出此麻醉方法的价值,与徐红双、徐红菊等研究结果基本一致^[5]。

综上所述,在直肠癌根治术中应用全身麻醉联合硬膜外

麻醉可取得更理想的麻醉疗效,具有积极影响作用。

参考文献:

- [1] 王斌,李军,后瑞森,等.全身麻醉复合硬膜外麻醉对腹腔镜直肠癌根治术患者心输出量影响[J].浙江临床医学,2016,18(7):1224-1226.
- [2] 张颖,刘艳.全身麻醉联合区域神经阻滞对腹腔镜结直肠癌根治术患者术后恢复的影响观察[J].实用癌症杂志,2018,33(8):1306-1309.
- [3] 赵冬石,白净,刘铁军,等.两种麻醉方式对老年腹腔镜结直肠癌根治术患者肺内分流及氧合功能的影响[J].重庆医学,2019,48(13):2230-2233.
- [4] 朱元茂,饶传华,李军,等.不同麻醉及镇痛方法对直肠癌根治术患者血清血管内皮生长因子C和前列腺素E2的影响[J].检验医学与临床,2017,14(16):2400-2402.
- [5] 徐红双,徐红菊,李大鹏.硬膜外麻醉与全身麻醉联合应用在直肠癌根治术中的麻醉效果分析[J].广西医科大学学报,2016,33(3):524-526.

表2:所有研究对象的不良反应比较(n=150,%)

组别	室性早搏	心动过速	低血压	高血压	心动过缓	恶心呕吐	总发生率
研究A组	6	12	10	8	10	12	58 (38.67)
研究B组	0	6	4	4	6	8	28 (18.67)
χ^2	-	-	-	-	-	-	9.780
P	-	-	-	-	-	-	0.002

(上接第23页)

性治疗。术中除了需要复位骨折端,还需给予内固定进行辅助,以预防术后发生骨折复位丢失或愈合畸形等不良结果。目前,临床用于内固定的工具主要有普通钢板和LCP,置入钢板并进行固定便可以有效恢复关节功能,若固定效果不佳、螺钉松动、钢板发生移动,便有可能造成肌腱磨损甚至肌腱断裂等结果,而这些多是普通钢板置入后易发生的并发症。相比之下,LCP具有如下优点:①不必提前塑形即可顺从桡骨解剖形状,对骨膜和骨折端血供无明显破坏,不会影响骨折的愈合速度;②接骨板上有数个螺钉,可以锁定桡骨远端的关节面,有助于提高内固定的稳定性;③接骨板加螺钉的双重设计形成了坚固的支架系统,可以加快骨折的愈合速度,使患者尽早接受功能训练,预防创伤性关节炎的发生。这些优点使得LCP可以有效恢复患者的腕关节功能^[3]。见表1和表2,研究

组疗效优于对照组(100% > 60%),并发症率低于对照组(0% < 40%),均证实了LCP的临床可行性。

LCP固定效果好,患者术后不易出现并发症,在桡骨远端骨折的临床治疗上具有较高的可行性,临床可放心应用。

参考文献:

- [1] 饶海群,黄大江,吴渊,等.锁定加压接骨板治疗老年不稳定性桡骨远端骨折疗效评价[J].中国矫形外科杂志,2015,23(18):1713-1715.
- [2] 章喆,刘芳,高章泉,等.T型锁定加压接骨板与T型普通钢板治疗桡骨远端骨折的疗效比较[J].医学临床研究,2010,27(08):1520-1522.
- [3] 陈金生,马全才,谭晚明.锁定加压接骨板治疗老年桡骨远端不稳定骨折[J].临床骨科杂志,2013,16(03):285-286.

(上接第24页)

伤和局部炎症反应发挥着重要的作用,可导致血管生成受阻、血液渗漏,促进血肿不断增大增多,加重了病情。阿托伐他汀具有降低血脂、稳定心血管斑块、抗氧化、抑制炎症因子表达、促进血管成熟和改善血管内皮功能的作用。文献^[3]等的研究证实,阿托伐他汀能够有效促进硬膜下血肿大鼠的新生血管生成,对炎症反应具有明显的抑制作用。基于此,本研究进行了联合治疗组和单纯手术组的对比分析,结果联合治疗组术后复发率及并发症发生率明显低于单纯手术组,且术后患者日常生活自理能力能得到较快的恢复。同时,因阿托伐他汀在临床上已经有了长期的应用,其安全性及可靠性已经得到了广泛的认同。另外,阿托伐他汀能够通过缓解脑血管痉

挛而改善脑供血,促进受压脑组织复张,不仅可以减少CSDH复发的可能,还有利于患者相应临床症状的改善。阿托伐他汀对于CSDH患者的治疗,不失为一种既安全可靠又有效的补充治疗措施,能有效控制术后复发率及再次手术的风险。

参考文献:

- [1] 姚鹏飞,石鹏飞,荔志云.慢性硬膜下血肿发病机制及治疗研究的进展[J].临床神经外科杂志.2017(06).
- [2] 杨云娜,张茜,顾征,李彤.阿托伐他汀辅助钻孔引流术治疗慢性硬膜下血肿患者的临床效果及对血清NSE的影响[J].中国生化药物杂志.2016(08).
- [3] 葛元鸿,徐学君,张新宇,郑毅.他汀类药物对慢性硬膜下血肿术后复发的影响[J].四川医学.2016(01).