

非气管插管麻醉在肺大泡患者手术治疗中的效果

吴丽美 韩明杰 张凌宇^{通讯作者}

厦门大学附属第一医院 福建厦门 361000

【摘要】目的 探究分析非气管插管麻醉在肺大泡患者手术治疗中的应用价值。**方法** 对 2019 年 4 月~2020 年 10 月在我院进行肺大泡切除术的 90 例患者进行研究分析, 所有患者均进行腹腔镜肺大泡切除术治疗。同时根据患者的不同麻醉方式分为两组各 45 例, 对患者采用气管插管全麻的为对照组, 同时进行非气管插管麻醉且保留自主呼吸的患者为观察组, 分析不同治疗方式下患者的手术治疗效果。**结果** 术后情况对比中, 观察组患者的麻醉苏醒时间、术后首次下床时间以及住院时间均低于对照组; 观察组患者的不良反应发生率为 4.44%, 与对照组的不良反应发生率 17.78% 相比较, 观察组患者的不良反应发生率更低, p 值 < 0.05 。**结论** 对于肺大泡手术切除患者, 采用非气管插管麻醉方式患者的术后情况明显改善, 且出现的不良反应较少, 具有较高的临床应用效果。

【关键词】 非气管插管麻醉; 肺大泡手术; 应用价值**【中图分类号】** R614**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1671-4083 (2021) 05-041-02**前言:**

肺大泡是由于不同原因导致的肺泡壁破裂进而形成的一种含气囊腔。肺大泡的形成对患者的肺部功能产生较大的影响。手术是该病较为常用且有效性较高的治疗方式。目前临床上多采用腹腔镜手术, 且采用气管插管以及全麻方式进行治疗, 但对患者的咽喉部以及胃肠道产生较多的不良反应, 易出现咽部疼痛以及恶心呕吐等, 严重者易引起气道高压进而使肺大泡破裂, 出现气胸等^[1]。为探讨在麻醉时采用不同呼吸方式的应用效果。现选取在我院治疗的 90 例肺大泡手术患者, 分析不同治疗方式下的疗效。

1 资料及方法**1.1 资料**

本次随机选取 2019 年 4 月~2020 年 10 月在我院进行肺大泡切除术的 90 例患者进行研究分析, 所有患者均进行腹腔镜肺大泡切除术治疗。同时根据患者的不同麻醉方式分为两组各 45 例, 对患者采用气管插管全麻的为对照组, 同时进行非气管插管麻醉且保留自主呼吸的患者为观察组。选取标准: 90 例患者均符合肺大泡的临床诊断标准, 均在入院完善影像学检查后确诊^[2]。且均符合气管插管以及非气管插管的临床指征。患者均自愿参加本次研究且签署知情同意书。排除标准: 排除既往有先天性肺部疾病史、恶性肿瘤病史、严重肝肾功能病史以及手术耐受力不足患者。**【对照组】**: 男: 女=25: 20; 年龄: 45.34 (±) 3.56 岁; 病程: 1.23 (±) 0.45 年。**【观察组】**: 男: 女=24: 21; 年龄: 45.12 (±) 3.45 岁; 病程: 1.56 (±) 0.56 年。组间资料对比, p 值 > 0.05 。

1.2 方法

所有患者均在入院完善检查且排除手术禁忌症后完善腹腔镜肺大泡切除术。对照组患者进行常规的气管插管以及实施的全身麻醉方案进行手术治疗。

观察组患者实施非气管插管, 且全身麻醉。患者需在术前 6h 禁食、且 2h 禁饮。完善相关检查后, 保留自主呼吸, 且在术前半小时内进行肌肉注射阿托品溶液。然后取患者的 6、7 胸椎进行硬膜外穿刺并置入导管, 采用罗哌卡因阻滞平面, 并采用丙泊酚以及芬太尼进行静脉微泵, 然后对患者的自主呼吸进行判断, 并监测患者的生命体征变化^[3]。主要包括患者的血氧、呼吸频率、以及患者的尿量监测。若患者在术中的 $SpO_2 \leq 90\%$, 需给予面罩氧气吸入以改善通气功能。

1.3 观察指标

对两组患者的术后情况进行分析, 包括患者的麻醉苏醒

时间、术后首次下床时间以及住院时间^[4]。同时分析量患者的术后不良反应情况。包括: 胃肠道不适、咽喉疼痛以及呼吸道感染。

1.4 统计学

文中计数 (χ^2 检验)、计量 (t 检验) 资料用 SPSS20.0 软件处理, $P < 0.05$ 表示对比数据有很大差别。

2 结果

如表 1 结果所示, 患者的术后情况对比中, 观察组患者的麻醉苏醒时间、术后首次下床时间以及住院时间均低于对照组。

表 1: 两组术后情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组名	例数 (n)	麻醉苏醒 时间 (min)	术后首次下床 时间 (h)	住院时间 (d)
对照组	45	34.89 ± 3.90	18.89 ± 2.78	14.12 ± 2.34
观察组	45	26.13 ± 3.45	14.23 ± 2.34	11.23 ± 2.89
t 值	-	11.2856	8.6028	5.2135
P 值	-	0.0000	0.0000	0.0000

注: 2 组对比结果, $p < 0.05$, 差异具有统计学意义。

如表 2 结果所示, 患者的不良反应情况对比, 观察组患者在术后均出现 1 例胃肠道不适以及咽喉疼痛, 患者的不良反应发生率为 4.44%, 与对照组的不良反应发生率 17.78% 相比较, 观察组患者的不良反应发生率更低。

表 2: 两组不良反应比较 [n (%)]

组名	例数 (n)	胃肠道 不适	咽喉 疼痛	呼吸道 感染	不良反应 发生率
对照组	45	3 (6.67)	3 (6.67)	2 (4.44)	8 (17.78)
观察组	45	1 (2.22)	1 (2.22)	0 (0.00)	2 (4.44)
χ^2 值	-	-	-	-	4.0500
P 值	-	-	-	-	0.0442

注: 2 组对比结果, $p < 0.05$, 差异具有统计学意义。

3 讨论

肺大泡属于呼吸内科常见疾病, 患者早期症状不明显, 随着肺大泡体积逐渐增大, 患者易出现胸闷以及气短等症状, 严重者出现咯血等。手术切除治疗是该病主要的治疗手段, 通过腹腔镜下对肺大泡进行切除, 以达到根治的目的。腹腔镜手术具有切口小且安全性较高的特点, 且患者术后恢复较好。但在手术过程中是否使用气管插管等问题目前尚无明确方案^[5]。在既往病例中, 使用双腔气管插管后, 患者出现的并发症较多, 肺大泡的破裂易引起气胸等, 且术后恢复效果不佳。

在本次研究采用的非气管插管麻醉中,保留患者的自主呼吸,可降低患者的术后并发症发生。

本次研究结果显示,术后情况对比中,观察组患者的麻醉苏醒时间、术后首次下床时间以及住院时间均低于对照组;不良反应情况对比,观察组患者的不良反应发生率为 4.44%,与对照组的不良反应发生率 17.78% 相比较,观察组患者的不良反应发生率更低, p 值 < 0.05 。非气管插管麻醉方式对患者的气道损伤程度较低,且避免了对气道的高压性,引起肺大泡破裂,影响疗效。患者的术后麻醉苏醒时间以及下床时间均更短,患者的恢复能力更强。同时采用非气管插管麻醉方式,患者的气道残留物较少,安全性较高^[6]。

综上所述,对肺大泡切除术患者采用非气管插管麻醉方式,可改善患者的术后功能,以加快患者恢复,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 赵斌, 吴棣. 非气管插管保留自主呼吸麻醉下胸腔镜

手术临床分析[J]. 医药前沿, 2020, 10(21):109-109.

[2] 孔敏, 陈保富, 马德华, 项海飞, 蔡明辉, 朱成楚. 非气管插管保留自主呼吸麻醉下胸腔镜手术临床分析[J]. 现代实用医学, 2017, 29(10):1290-1292.

[3] 朱少金, 鲁美静, 王斌, 尤琦, 陶正, 张岩, 孙晓冬, 丁伯应, 陈永权, 刘峰. 非气管插管麻醉保留自主呼吸下单孔胸腔镜手术临床报道[J]. 皖南医学院学报, 2019, 38(5):462-464.

[4] 徐青荣, 沈江, 吴月红, 蒋波, 张蕾. 胸腔镜肺大泡切除术非气管插管与传统全身麻醉方法比较[J]. 实用医学杂志, 2019, 35(3):420-423.

[5] 刘小青, 周一凡, 黄爱兰, 马利, 于美钢, 唐学锋. 非气管插管自主呼吸全身麻醉行肺大泡切除术的临床效果研究[J]. 广西医科大学学报, 2019, 36(10):1597-1601.

[6] 姜承奇, 黄若山, 李建钢, 陈壁, 侯波. 非气管插管麻醉在肺大泡患者手术治疗中的效果[J]. 中国现代医生, 2019, 57(16):92-95.

(上接第 38 页)

确保手术过程具有规范化、标准化。(3) 安全性好, 不需切除肛垫, 尽可能对人体肛门功能保护, 防止术发生肛门狭窄、肛门失禁。(4) 疼痛轻, 不会损伤肛周皮肤、脊神经痛觉末梢, 所以疼痛轻^[5]。

总之, 经微创痔疮手术对重症痔疮患者治疗, 疗效确切、术后恢复快、创伤小、并发症少。

参考文献

- [1] 周文. 微创痔疮手术治疗重症痔疮的临床效果分析[J].

健康之友, 2020, 20(1):76-77.

[2] 蔡琼. 微创手术治疗重症痔疮的临床疗效观察[J]. 医药前沿, 2020, 10(33):79-81.

[3] 唐亮. 微创痔疮手术治疗重症痔疮的临床效果评价[J]. 饮食保健, 2020, 7(2):48.

[4] 胡晓娜. 重症痔疮患者应用微创痔疮手术治疗的效果观察[J]. 保健文汇, 2019, 15(5):42-43.

[5] 王兴海. 重症痔疮患者应用微创痔疮手术治疗的效果分析[J]. 中国农村卫生, 2019, 11(8):86.

(上接第 39 页)

统开腹手术暴露腹腔导致的感染风险, 减少对腹腔的污染, 整体手术风险降低^[4]。通过电凝止血, 也可以更好地降低手术出血量。手术中不会进行过多的组织暴露, 对腹腔组织牵拉相对小, 术后并发症少, 术后恢复更快。手术切口更小, 手术耗时短, 整体术后恢复速度快, 降低手术成本与伤害, 患者体验感受更好。通过本研究发现, 医生如果可以掌握传输的腹腔镜手术技术, 可以更好地降低手术创伤, 手术损伤小, 恢复速度快, 并发症更少, 患者体验感受更好, 整体的手术开展效果更为理想, 发挥了腹腔镜微创手术的价值。但是并不意味着开腹手术没有价值, 如果结石在 3cm 以上, 有胆囊息肉, 并且息肉在 1cm 以上, 有胆囊壁增厚, 瓷性胆囊合作而后胆囊壁钙化, 有心肺功能障碍, 合并有糖尿病, 胆囊结

石疾病在 10 年以上, 这些情况一般仍旧需要开腹手术来处理更为理想稳妥。总而言之, 胆结石采用腹腔镜胆囊切除术治疗, 可以有效减少手术创伤与风险, 减少并发症, 加快手术恢复速度。

参考文献

[1] 周义志, 姚粮. 腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的效果比较[J]. 中国医药导报, 2021, 18(2):106-109.

[2] 顾兴伟, 景岚, 金荣. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石的疗效观察[J]. 饮食保健, 2021(11):49.

[3] 孙凤, 戈清风, 高秀梅, 等. 胆结石合并糖尿病患者行腹腔镜胆囊切除术的护理效果分析[J]. 糖尿病天地, 2021, 18(3):269.

[4] 刘正中. 腹腔镜下胆囊切除术治疗胆结石的效果及患者并发症率评价[J]. 饮食保健, 2021(16):27.

(上接第 40 页)

率, 显著提高麻醉效果, 使产妇的肌肉得以完全放松, 极大提高手术成功的概率。若在剖宫产手术中选择 L2-3 进行穿刺麻醉, 药物则会沿着产妇的头部方向发生扩散, 如果没有较好的掌握药物滴注的速度, 药物注入较快时, 会导致广泛麻醉, 甚至麻痹产妇的呼吸肌, 产妇比较容易发生呼吸困难、低血压等并发症, 麻醉后发生不良反应的机率也明显提高^[4]。如果麻醉师经验不足, 难以区别 L1 和 L2 的解剖部位, 操作医生们比较难判断时, 明显增加了手术的危险系数, 若穿刺偏向头部, 则可能会对产妇的脊髓圆锥造成损伤, 甚至造成下半身瘫痪, 严重影响产妇的健康。

本研究中, 实验组产妇的总有效率明显高于对照组产妇($P < 0.05$), 实验组产妇的不良反应机率明显低于对照组产妇(P

< 0.05), 数据间的差异有统计学意义。

综上所述, 在剖宫产中, 选择 L3-4 进行穿刺麻醉可取得满意的麻醉效果, 可显著降低产妇不良反应的发生机率。

参考文献

[1] 钟波, 朱道彬, 钟俊等. 腰-硬联合麻醉在剖宫产术时不同穿刺间隙的临床效果[J]. 当代医学, 2014, 21(35):65-66.

[2] 黄敏晏. 腰-硬联合麻醉不同穿刺间隙应用于剖宫产术中麻醉分析[J]. 大家健康(下旬版), 2014, 30(1):248-248, 249.

[3] 袁立新. 腰-硬联合麻醉不同穿刺间隙应用于剖宫产术中麻醉观察[J]. 健康必读(中旬刊), 2012, 11(4):291.

[4] 孙立忠. 比较腰-硬联合麻醉(CSEA)不同穿刺间隙在剖宫产中的麻醉效果[J]. 中国卫生产业, 2013, 11(17):88, 90.