

对于 0.5% 重比重布比卡因溶液用于连续蛛网膜下腔阻滞不同给药方式麻醉效果综合研究

潘 艳

贵州省开阳县人民医院 550300

【摘要】目的 分析对于 0.5% 重比重布比卡因溶液用于连续蛛网膜下腔阻滞不同给药方式麻醉效果对比。**方法** 将 2018 年 8 月 -2020 年 10 月期间 200 例妇科手术患者作为观察对象, 分组依据为给药方法, 所选患者均给予连续蛛网膜下腔阻滞麻醉, 观察组采用 0.5% 重比重布比卡因溶液 (2.0ml+1.0ml+1.0ml) 给药方法, 对照组采用 0.5% 重比重布比卡因溶液 (2.0ml+1.0ml) 给药方法, 对比两组麻醉效果。**结果** 观察组麻醉与对照组提起子宫时、提起子宫 10min 后和术闭时 MAP、HR 与麻醉前相比具有一定变化, $P < 0.05$; 但是观察组上述指标变化范围比对照组小, $P < 0.05$ 。**结论** 采用 0.5% 重比重布比卡因溶液 (2.0ml+1.0ml+1.0ml) 给药方法为妇科手术患者开展连续蛛网膜下腔阻滞麻醉, 患者 MAP、HR 波动范围较小, 安全性更高。

【关键词】 0.5% 重比重; 布比卡因溶液; 连续蛛网膜下腔阻滞; 麻醉

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2021) 04-007-02

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入 200 例妇科手术患者, 所选患者均满足连续蛛网膜下腔阻滞麻醉操作指征, 其患者本人或家属对诊疗情况知情。纳入标准^[1-2]: (1) 无麻醉及手术治疗禁忌 (2) 成年人; (3) 耐受性良好; (4) 认知功能正常; (5) 无明显基础疾病。将麻醉给药方法作为分组依据, 观察组 (n=100) 年龄 25-60 岁, 均值 (32.63±3.27) 岁。对照组 (n=100) 年龄 23-60 岁, 均值 (32.78±3.19) 岁。排除标准^[3]: (1) 合并免疫系统严重疾病; (2) 合并严重精神障碍; (3) 妊娠及哺乳期女性; (4) 未成年人。两组一般资料数据对比结果为 $P > 0.05$ 。

1.2 麻醉方法

所选患者穿刺点均取 L₂₋₃ 椎间隙, 患者取平卧位, 观察组按照 (2.0ml+1.0ml+1.0ml) 给药, 对照组采用 (2.0ml+1.0ml) 给药方法, 先给予 0.5% 重比重布比卡因溶液 2.0ml, 20s 内注入完毕, 每隔 5min 加入所定剂量, 15min 内将药物推注完成, 此为首次给药。随后蛛网膜下腔给予 0.5% 重比重布比卡

因溶液 2ml, 每隔 3min 采用 7 号针对标点进行针刺, 记录最高锐痛觉阻滞平面时间, 对肌松效果进行评价, 40min 后每隔 5min 采用相同方法对阻滞平面进行测定, 此后根据需要给药, 直到手术结束。

1.3 观察指标

对两组患者各时点 (包括麻醉前、提起子宫时、提起子宫 10min 后和术闭) MAP、HR 变化情况进行对比分析, 做好详细记录与准确统计。

1.4 数据统计

将两组统计数据输入到 SPSS22.0 统计学软件包中, 计数资料用 “n (%)” 的形式表示, χ^2 检验; 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 值检验, $P < 0.05$ 说明两组差异较为明显。

2 结果

观察组麻醉与对照组提起子宫时、提起子宫 10min 后和术闭时 MAP、HR 与麻醉前相比具有一定变化, 与同组麻醉前比较结果为 $P < 0.05$; 但是观察组提起子宫时、提起子宫 10min 后和术闭时 MAP、HR 变化范围比对照组小, $P < 0.05$, 见表 1 和表 2。

表 1: 两组患者不同时点 MAP 变化情况 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	麻醉前	提起子宫时	提起子宫 10min 后	术闭
观察组 (n=100)	91.23±8.56	71.56±6.12*	65.23±5.69	76.47±7.02
对照组 (n=100)	91.05±8.87	74.25±6.92*	60.34±5.24	71.25±6.38
t 值	0.638	12.339	9.636	10.284
P 值	0.274	0.000	0.000	0.000

注: 与同组麻醉前比较, $P < 0.05$;

表 2: 两组患者不同时点 HR 变化情况 ($\bar{x} \pm s$, 次/min)

组别	麻醉前	提起子宫时	提起子宫 10min 后	术闭
观察组 (n=100)	82.63±8.36	72.25±7.64	68.92±7.06	77.67±7.88
对照组 (n=100)	82.51±8.42	68.45±6.93	64.97±6.55	75.25±7.29
t 值	0.328	10.235	12.528	8.634
P 值	0.106	0.000	0.000	0.000

3 讨论

连续蛛网膜下腔阻滞不仅麻醉起效快, 同时能够满足长时间手术需要, 可降低局麻全麻等风险。随着穿刺技术的不断改进, 连续蛛网膜下腔阻滞麻醉所引发的并发症或不良反应明显降低, 布比卡因溶液是连续蛛网膜下腔阻滞麻醉的常见

药物, 用量少, 在患者平卧位后给药, 可最大程度避免平面过宽引发血流动力学指标明显变化, 同时也可降低体位变动所带来的影响^[4]。本研究旨在分析在同样应用 0.5% 重比重布比卡因溶液的情况下, 采用不同给药方式, 对麻醉效果的影响,

(下转第 10 页)

“种子之法，即在于调经之中”。可见“种子”重要的治疗方法首先时进行“调经”，而调经的基础是为补肾，通过补肾可以活血调经，促进人体卵泡的发育，使卵巢恢复正常的排卵功能，治愈女性机体中的黄体功能不全问题，为生育创造基础条件。

现代药理证实，在补肾的基础上再加用活血药物，能够进一步改善患者血液循环，增加患者的卵巢血流量，以此诱发成熟卵泡的排卵功能，进一步促进黄体的发育^[4]。补肾活血汤主要用于补肾养精和滋培根本，活血、养血调经是为辅，另进行有效的疏肝健脾治疗，能够全方位的发挥补肾活血、调经助孕的功效。此外，补肾活血汤加减药物治疗能够更合理的结合患者疾病情况，注重经后滋补肾阴，让患者的卵泡发育的更为成熟，为进行排卵提前做好更充足的准备。在患者的排卵前、排卵期等阶段加用活血通络药物能够使肾中阴阳转化，促进卵子的排出；经前加用温补肾阳的药物能够进一步促进黄体的良好发育，增强女性黄体的功能；月经期注重活血调经，可帮助黄体萎缩，促进子宫内膜剥脱^[5]。

本研究结果显示，治疗后，实验组患者的治愈成功率、

成功妊娠率、FSH水平、LH水平等均高于参照组，对比有统计学意义($P<0.05$)。可见枸橼酸氯米芬胶囊治疗内分泌失调性不孕症的同时联合使用益肾活血汤治疗，通过中药的活血化瘀、通络止痛等中药药效来治疗患者不孕症，使患者的妊娠成功率提高，疗效显著，值得推荐。

参考文献：

- [1] 徐明峡. 激素联合枸橼酸氯米芬治疗内分泌失调不孕症观察[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(17):161-163.
- [2] 龙茵, 龙伟, 李兰. 中西医结合治疗内分泌失调性不孕症的临床效果[J]. 保健文汇, 2019, 5(6):25-26.
- [3] 彭艳丽, 沈艳, 罗岚, 等. 补肾活血方联合电针治疗对多囊卵巢综合征不孕症患者内分泌激素和妊娠结局的影响[J]. 广西医学, 2018, 40(7):795-798.
- [4] 谢文娟, 赵维楠. 生津益肾汤联合枸橼酸氯米芬胶囊治疗多囊卵巢综合征临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(1):70-71.
- [5] 王洪丽. 中西医结合治疗内分泌失调性不孕症的临床效果观察[J]. 中外女性健康研究, 2018, 4(23):39-40.

(上接第7页)

选择200例妇科手术病患进行分析说明, 本研究通过对比证实, 对于0.5%重比重布比卡因溶液用于连续蛛网膜下腔阻滞, 不同给药方式麻醉效果存在一定差异, (2.0ml+1.0ml+1.0ml)给药方式各时点MAP、HR变化范围相对较小, 说明此种给药方法安全性更高, 这说明与3.0ml给药方法相比, 4.0ml给药方式更为合理, 与文献^[5-6]报道内容基本相一致。但是, 为保证临床麻醉安全, 在具体用药时, 应结合患者年龄及具体手术类型及时对蛛网膜下腔给药方法进行调整。

参考文献：

- [1] 沈琦, 肖诗铭, 汪文明, 等. 不同布比卡因阻滞方式对无张力疝修补术的影响研究[J]. 重庆医学, 2020, 13(04):223-225.
- [2] 王艳杰, 刘明. 罗哌卡因与布比卡因腰麻在剖宫产手术

中的应用价值比较[J]. 中国实用医药, 2021, 16(06):119-121.

- [3] 刘丽娜. 小剂量布比卡因腰硬联合麻醉与罗哌卡因硬膜外麻醉对老年人麻醉效果的比较分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(04):22-24.
- [4] 冯春晶. 罗哌卡因复合舒芬太尼连续蛛网膜下腔阻滞在全产程分娩镇痛中的临床应用[J]. 中国当代医药, 2021, 28(01):174-176.
- [5] 王一男, 徐铭军, 陈永杰. 连续蛛网膜下腔阻滞在剖宫产再孕经阴道试产分娩镇痛中的可行性研究[J]. 中国医药, 2020, 15(03):439-443.
- [6] 阳红卫, 白念岳, 郭曲练. 不同比重0.375%布比卡因用于连续蛛网膜下腔阻滞的临床研究[J]. 中南大学学报(医学版), 2019(01):84-87.

(上接第8页)

势开始呈现年轻化^[4]。子宫肌瘤的致病因素当前还未形成统一机制, 但大部分医学研究者认为, 子宫肌瘤的发病机制与女性激素变化可能有相关关联。子宫肌瘤在临床治疗中需根据患者年龄、分娩方式及生育所需进行考虑, 并根据患者实际状况采取针对性手术治疗方案, 在常规治疗方式中, 开腹手术是子宫肌瘤切除术常用治疗措施。以临床体积较小的子宫肌瘤类型来说, 若子宫肌瘤因体积因素经B超难以被有效查出, 其开腹手术能够通过手触方式发现子宫肌瘤的存在, 且在直视下完成腹腔关闭, 使子宫部位保持完好。

相对来说, 开腹手术更适用于子宫肌瘤数量较多的条件下, 但该手术方式会给患者造成较大创伤, 且术中出血量较多, 对患者腹腔极易造成不良影响。在我国临床医学开始广泛推崇微创手术方式后, 腹腔镜手术治疗开始应用于子宫肌瘤手术中, 该手术方式与开腹手术相比, 其能够有效达到微创手术治疗标准, 并在手术治疗时能够完好的保留患者子宫腔, 使患者生育系统防止破坏, 同时, 该手术方式能够缩减手术创伤面积, 患者术后并发症发生率较低, 且恢复时

间相对更快, 术后恢复更为美观, 因此临床手术治疗更为推荐。

经本文研究结果得出, 观察组患者的术中出血量、体温恢复时间、术后排气时间、住院时间及术后病率均优于对照组患者, 两组患者组间结果差异明显, 具有统计学意义($P<0.05$),

综上所述, 针对子宫肌瘤患者实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术能够有效提高康复效率, 缩减术后创伤面积, 减少并发症的发生几率, 临床应用具有较高安全性。

参考文献：

- [1] 王瑞敏, 侯懿. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J]. 重庆医学, 2014, 11(07):852-853.
- [2] 杨琳琳. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹子宫肌瘤剔除术临床疗效分析[J]. 中外医疗, 2014, 22(06):49-50.
- [3] 黄巧玲. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床效果比较[J]. 中国实用医药, 2015, 15(05):95-96.
- [4] 张林丽, 孟敏, 杨晓东. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床疗效对比[J]. 中国社区医师, 2015, 12(09):81+83.