

B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉对降低老年股骨粗隆间骨折患者疼痛感及提高其免疫功能的意义

李家亮

云南省楚雄彝族自治州南华县人民医院麻醉科 675200

〔摘要〕目的 探讨将 B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉应用于老年股骨粗隆间骨折患者中对降低其疼痛感受、提高免疫功能的意义。方法 选取 2019 年 8 月至 2020 年 8 月阶段内在本院进行治疗的老年股骨粗隆间骨折患者 96 例作为本次分析对象,通过电脑随机分组法对其进行组别划分,对照组 48 例(采用蛛网膜下腔阻滞复合硬膜外麻醉)、观察组 48 例(采用 B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉)。比较两组患者的疼痛感受及术后 6h 内免疫球蛋白水平。结果 观察组患者的疼痛感受评分明显低于对照组结果($P < 0.05$);观察组患者术后 6h 内的免疫球蛋白水平相较于对照组呈更高显示($P < 0.05$)。结论 针对老年股骨粗隆间骨折患者,采取 B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉方式效果满意,可明显降低患者的疼痛感受,提高机体免疫力,值得推广运用。

〔关键词〕腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉;老年股骨粗隆间骨折;疼痛;免疫功能

〔中图分类号〕R614 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 03-018-02

股骨粗隆间骨折是一种股骨近端骨折,多发于老年人,对此以手术治疗为主^[1]。由于老年人自身体质较弱,且合并有较多基础疾病,耐受力会因此受到较大影响。因此,选择适合的麻醉方式具有尤为重要的作用。故,此次分析将选取 2019 年 8 月至 2020 年 8 月期间进入本院进行治疗的 96 例老年股骨粗隆间骨折患者作为分析对象,以此探究 B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉的应用对患者的疼痛感受及免疫功能的影响,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对进入本院治疗的老年股骨粗隆间骨折患者进行随机选取,共计 96 例,入院时间范围介于 2019 年 8 月至 2020 年 8 月期间,采用电脑随机分组法对其进行组别划分,即对照组和观察组,各组均为 48 例。对照组中,男女患者分别有 28 例、20 例,年龄从 55 至 89 岁不等,平均年龄为(72.50±2.50)岁。观察组中,男女患者分别有 30 例、18 例,年龄从 56 至 90 岁不等,平均年龄为(73.50±1.50)岁。综合评估两组患者上述基础资料未显示明显差异($p > 0.05$),均衡可比。

1.2 方法

对照组患者进行蛛网膜下腔阻滞复合硬膜外麻醉,协助患者取侧卧位,将腰麻针置入腰椎间隙 $L_3 \sim L_4$,当清亮脑脊液流出后,在患者的蛛网膜下腔注入 0.5% 罗哌卡因 1.6~2.0ml。应保证麻醉时间超过一个半小时,随后再结合麻醉平面追加 2% 利多卡因 5ml 以维持麻醉。观察组患者则进行 B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉,具体如下:(1)腰丛神经阻滞,取患者侧卧位,获取其横突和腰大肌间隙图像,选择双侧髂前上棘最高处连线背正中点朝下大约 1.5cm 与阻滞侧水平旁 4cm 左右的部位为穿刺点,随后再于患者小腿上安装电极,采用神经刺激仪定位,调整频率至 2Hz,电流 1mA,探头应与皮肤保持垂直,针尖紧贴探头进针,运用 B 超引导进针到腰肌间隙接近腰丛部位,给予 0.375% 罗哌卡因 30ml 静脉注射。(2)坐骨神经阻滞麻醉,频率为 4~8MHz,横切扫描股骨大转子与坐骨结节连接中点部位,取股骨大转子与

髁后上棘连接中点下约 3cm 部位处为穿刺点,在 B 超引导下,进针到腰肌间隙接近坐骨神经的部位,给予 0.375% 罗哌卡因 20ml 静脉注射。

1.3 观察指标

统计比较两组患者疼痛度感受评分及 6h 内免疫球蛋白指标水平。采用视觉模拟评分法(VAS)评分法对患者的疼痛度感受进行评定,在纸上画一条 10cm 的横线,一端为无痛,另一端为剧痛,分值从 0~10 递增(0 分:无痛;3 分及以下:疼痛轻微,可耐受;4~6 分:疼痛且对睡眠产生影响,尚具可忍受条件;7~10 分:疼痛渐强烈,难忍)。

1.4 统计学方法

将此次分析中所有数据均录入 SPSS21.0 系统软件中进行处理,采用(%)进行相关计数资料的表述,同时加以 χ^2 检验,采用($\bar{x} \pm s$)进行相关计量资料的表述,同时施以 t 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者麻醉后疼痛感受评分比较

观察组患者麻醉后的疼痛感受评分结果明显低于对照组结果,组间数据差异结果满足($P < 0.05$),见表 1。

表 1 麻醉后疼痛感受评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	疼痛感受评分
观察组 (n=48)	1.10±0.50
对照组 (n=48)	3.50±1.50
t	10.516
p	0.000

2.2 两组术后 6h 内免疫球蛋白水平比较

表 2 术后 6h 内免疫球蛋白水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	IgG (g/L)	IgM (g/L)	IgE (ng/L)
观察组 (n=48)	4.16±0.80	0.30±0.08	112.05±11.50
对照组 (n=48)	3.24±0.50	0.23±0.04	101.30±10.53
t	6.756	5.422	4.776
p	0.000	0.000	0.000

(下转第 21 页)

表 1 对比两组相关手术指标 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	下地承重时间 (d)	住院时间 (d)
参照组	30	47.25±7.56	89.59±30.00	15.33±5.14	8.51±3.32
实验组	30	55.57±11.68	226.81±46.52	8.05±1.76	8.43±3.74
t	/	3.275	13.578	7.339	0.088
P	/	0.002	0.000	0.000	0.931

2.2 对比两组术后髋关节功能

如下表 2 所示,在术后 1、3、6 个月髋关节功能评分方面,实验组同参照组相比组间差异较小 ($P > 0.05$)。

表 2 对比两组术后髋关节功能 [$\bar{x} \pm s$], 分]

组别	例数	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
参照组	30	64.41±4.52	76.85±6.56	85.99±6.20
实验组	30	65.23±4.04	77.37±7.08	86.51±7.42
t	/	0.741	0.295	0.295
P	/	0.462	0.769	0.769

2.3 对比两组术后并发症发生情况

如下表 3 所示,在术后并发症发生率方面,实验组同参照组相比显著较低 ($P < 0.05$)。

表 3 对比两组术后并发症发生情况 [n (%)]

组别	例数	发生并发症 (例数)	发生率
参照组	30	8	8 (26.67)
实验组	30	1	1 (3.33)
χ^2	/	/	6.405
P	/	/	0.011

3 讨论

通常情况下,股骨转子间骨折手术治疗的开展,需结合患者是否存在相关严重的内科基础病,或者是否存在严重的骨质疏松等情况来合理选择手术方式;因为这样才能够在保证

手术疗效的同时减少患者疼痛感及病死率。临床上,主要以重建患者股骨转子间生物力学稳定性为治疗原则;虽然以往骨骼牵引的应用可帮助患者恢复骨折,但该种方式极容易导致患者死亡,或丧失行动能力。为此,临床主张实施手术治疗,且常用手术方式有两种:(1) PFNA 内固定;(2) 股骨头置换。本研究针对上述两种手术方式展开深入研究发现:PFNA 内固定具有手术时间短、术中出血量少以及手术视野广等优势;股骨头置换手术时间长且术中出血量大,但其具有术后恢复快、下地承重时间早以及并发症少等优势;二者相比较而言,前者适用于一些手术耐受较差的转子间骨折患者,后者适用于一些存在呼吸系统、泌尿系统功能较差的转子间骨折患者。

综上,转子间骨折治疗中,PFNA 内固定和股骨头置换均具有良好疗效;治疗中可根据患者实际情况选择适宜的手术方式。

[参考文献]

- [1] 董哲.人工股骨头置换与 PFNA 内固定治疗老年股骨转子间骨折的效果比较[J].现代诊断与治疗,2021,32(1):52-53.
- [2] 方春迅,陈浩,王子钊.股骨头置换与 PFNA 内固定治疗高龄股骨转子间骨折的对比研究[J].吉林医学,2020,41(8):1931-1932.
- [3] 贺军,林炎水.股骨头置换与 PFNA 内固定治疗高龄股骨转子间骨折的对比研究[J].中国医刊,2020,55(4):382-387.

(上接第 18 页)

观察组患者术后 6h 内免疫球蛋白水平平均较对照组更高,组间数据差异结果满足 ($P < 0.05$),见表 2。

3 讨论

手术是针对老年股骨粗隆间骨折患者的常用治疗手段,但老年人的机体耐受力一般较差,因此,选择合适的麻醉方式对保障患者的生命健康安全具有重要意义^[2]。外周神经阻滞麻醉属于常见的麻醉方式,可通过局部使用麻醉药物减少患者的生理状态。再进一步借助 B 超对穿刺针的深度和方向进行调节,可有效避免误伤血管与神经,同时还能实现对神经周围局麻药物扩散情况的实时观察,以便及时调整,更利于保证手术的顺利开展。基于此次分析结果有:观察组患者

的疼痛感受评分相较于对照组呈更低显示;观察组患者术后 6h 内的免疫球蛋白水平与对照组相比更高 ($p < 0.05$)。

综上所述,将 B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉应用于老年股骨粗隆间骨折患者中效果理想,可有效降低患者疼痛感受,提高其免疫功能,可进行积极推广运用。

[参考文献]

- [1] 陈凌志.B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉对老年股骨粗隆间骨折患者麻醉效果与免疫功能的影响研究[J].中国社区医师,2020,36(31):83-84.
- [2] 陈亮,黄朝菲,谢莲花.B 超引导下腰丛复合坐骨神经阻滞麻醉对老年股骨粗隆间骨折患者的影响[J].中外医学研究,2020,18(18):37-39.

(上接第 19 页)

变软,扩张也会变得比较容易,非常有利于节育环的取出。

预防措施:基于此,临床应该广泛利用媒体宣传,开展计划生育相关健康教育措施,让育龄期的妇女明白绝经后节育环是必须要被取出的,并且告知育龄期妇女定期进行妇科检查、尽早取环对于身体健康度的积极影响^[4]。也可以通过提供节育环介绍手册的方式,让患者了解到节育环取出的必要性,在介绍手册中,除了要告知女性节育环的形状、类型以及放置时间之外,还应该特别告知患者使用年限,最大程度上避免因使用年限过长而导致取环困难的事件发生^[6]。同时在取环术临床手术工作中,也要做好合理的术前准备工作,让患者能够积极配合医生进行手术,可以多与患者进行沟通,

来解除患者的思想顾虑。

[参考文献]

- [1] 牛海菊.绝经后宫内节育器取出困难 300 例的临床诊治分析[J].智慧健康,2021,7(28):87-89.
- [2] 郑林,梁培芳.子宫黏膜下肌瘤包裹宫内节育器致取环困难 1 例报告[J].微创医学,2020,15(03):380-381.
- [3] 王源湘.米非司醇、米索前列醇在绝经后取环困难患者术前的应用效果分析[J].中国社区医师,2019,35(35):76-77.
- [4] 崔茂美.取环钳结合 B 超在困难取环中的作用[J].中国农村卫生,2019,11(18):96.
- [5] 李彩红.绝经后取环困难术前应用米非司酮、米索的临床疗效分析[J].数理医药学杂志,2019,32(02):239-240.