

腰硬联合麻醉与硬膜外麻醉在急性阑尾炎手术中的应用对比分析

鲍泉祥

北京市大兴区榆垓镇中心卫生院 102602

【摘要】目的 分析不同麻醉方法的应用价值。**方法** 选取2022年1月-2023年6月100例急性阑尾炎患者，随机分组。对照组采取硬膜外麻醉，观察组采取腰硬联合麻醉。比较两组麻醉指标的差异。**结果** 观察组麻醉优良率高于对照组，差异有意义($P < 0.05$)；观察组麻醉不良反应低于对照组，差异有意义($P < 0.05$)。**结论** 腰硬联合麻醉的麻醉效果好且安全性高，可推广使用。

【关键词】 腰硬联合麻醉；硬膜外麻醉；急性阑尾炎

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2023) 10-015-02

急性阑尾炎在确诊后，需要尽早进行手术治疗，从而预防各种并发症发生。为了确保手术的顺利开展，需要选择科学的手术麻醉方案^[1]。硬膜外麻醉是目前阑尾炎手术常用的麻醉方法，主要是将局麻药物注入硬膜腔外，阻滞脊神经根，从而阻断其支配区域信号传导，在手术麻醉与手术镇痛中有着较好的应用效果^[2]。但是该麻醉方法可能引起一些不良反应，例如呼吸抑制、血压下降等，存在一定的局限性。腰硬联合麻醉结合了蛛网膜下腔麻醉与硬膜外麻醉两种方法的优势，可以弥补单一麻醉方法的缺点，提高麻醉效果的同时，减少不良反应发生，具有较好的应用效果^[3]。为了观察不同麻醉方法的应用价值，文章选取2022年1月-2023年6月100例急性阑尾炎患者进行对比观察，研究如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2022年1月-2023年6月100例急性阑尾炎患者，随机分组。观察组患者中男28例，女22例；年龄为18-76岁，平均为 (50.3 ± 8.6) 岁。对照组患者中男29例，女21例；年龄为19-75岁，平均为 (50.4 ± 8.5) 岁。入选标准：行急诊手术治疗的急性阑尾炎患者。排除标准：不耐受手术治疗的

1.2 方法

两组患者术前常规肌注阿托品、咪唑安定，进入手术室后常规心电图、血压、血氧监测，同时快速滴注10mL/kg复方乳酸钠。

对照组采取硬膜外麻醉，具体方案为：患者保持侧卧位，在T11-12间隙穿刺，穿刺成功后置管。注入5mL利多卡因，观察患者有无不适感，若无不适感可加入8-12mL 1%利多卡因+0.5%罗哌卡因混合溶液，1h后追加5mL 1%利多卡因+0.5%罗哌卡因混合溶液。

观察组采取腰硬联合麻醉，具体方案为：患者保持侧卧位，在L2-3间隙进行穿刺，穿刺成功后置入腰麻针，保持针尖斜向上，脑脊液流出后注入5mL 0.75%罗哌卡因+10%葡萄糖溶液，注入速率为0.2mL/s。若麻醉平面未达到手术要求，可追加5mL 0.5%罗哌卡因和0.67%利多卡因溶液。

1.3 观察指标

比较两组麻醉指标的差异。麻醉效果判断标准：优：麻醉后患者无疼痛感，手术顺利进行。良：麻醉后患者有一些胃部不适表现，但对手术进行无影响。差：麻醉后患者出现躁动、恶心呕吐等症状，影响手术进程。

1.4 统计学分析

采用SPSS22.0统计学软件进行统计学分析， $P < 0.05$ 时为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组麻醉优良率的差异

观察组麻醉优良率高于对照组，差异有意义($P < 0.05$)，见表1。

表1：两组麻醉优良率的差异

组别	优	良	差	优良率(%)
观察组(n=50)	39	10	1	98.0
对照组(n=50)	22	20	8	84.0
χ^2 值				5.432
P值				0.044

2.2 两组麻醉不良反应差异

观察组麻醉不良反应低于对照组，差异有意义($P < 0.05$)，见表2。

表2：两组麻醉不良反应差异

组别	低血压	心动过缓	恶心呕吐	总发生率(%)
观察组(n=50)	1	0	1	4.0
对照组(n=50)	3	2	2	14.0
χ^2 值				5.234
P值				0.042

3 讨论

急性阑尾炎是急诊常见疾病，主要是由于各种因素引起的阑尾感染性炎症疾病，可引起转移性右下腹痛，并伴随发热、恶心呕吐等症状。急性阑尾炎在确诊后，应该尽早进行手术切除阑尾，早期手术治疗安全高效，可减少各种并发症发生，因此目前临床主要是采取手术治疗^[4]。安全有效的麻醉方法，对于手术顺利实施有着直接影响。过去阑尾炎手术多采用硬膜外麻醉，该方法具有操作简单、可控性好的优势，但是由于可能由于麻醉平面过高，引起多种不良反应，甚至引起神经损伤，存在一定的风险^[5]。

近些年来随着手术麻醉技术的不断发展，出现了许多新的麻醉方法。腰硬联合麻醉是结合了蛛网膜下腔阻滞麻醉与硬膜外麻醉两种方法的优势，能够有效减少麻醉药用量，可通过穿刺将局麻药物从硬膜外腔进入蛛网膜下腔，麻醉效果好且不良反应少。腰硬联合麻醉能够提高肌松效果，减少患者的疼痛感，确保手术的顺利开展。腰硬联合麻醉的优势在

(下转第18页)

提高疗效。

参考文献:

[1] 陈天意, 介勇, 汪作为, 等. 双频加速重复经颅磁刺激治疗精神分裂症阴性症状的随机双盲对照研究 [J]. 临床精神

医学杂志, 2023, 33(2):137-141.

[2] 胡伟, 甘景梨, 梁学军, 等. 20Hz 与 10Hz 经颅磁刺激治疗精神分裂症阴性症状的研究 [J]. 临床精神医学杂志, 2023, 33(3):179-183.

表 1: 两组威斯康星卡片测试结果 ($\bar{x} \pm s$)

WCSt		对照组 (n=30)	观察组 (n=30)	t	P
非持续性错误	干预前	32.39±10.23	31.65±10.17	0.281	0.78
	干预后	23.24±9.20	18.08±9.23	2.169	0.034
总应答数	干预前	123.54±10.58	122.86±10.67	0.248	0.805
	干预后	119.20±11.34	110.63±11.97	2.975	0.004
持续性错误	干预前	34.19±12.62	33.64±12.73	0.168	0.867
	干预后	27.64±9.08	22.20±9.37	2.239	0.029
完成分类数	干预前	2.73±0.70	2.75±0.68	-0.112	0.911
	干预后	3.54±0.34	4.20±0.95	-3.583	0.001
持续性应答数	干预前	38.01±11.99	37.65±12.04	0.116	0.908
	干预后	31.17±10.57	24.96±10.33	2.301	0.025
完成第一个分类	干预前	36.85±14.04	36.88±13.97	-0.008	0.994
	干预后	30.40±10.34	23.67±10.21	2.537	0.014
所需应答数	干预前	65.10±15.64	64.34±15.77	0.187	0.852
	干预后	52.19±10.21	42.13±10.27	3.805	<0.001

(上接第 16 页)

专业的护理人员与医生, 能够提供更加细致和个性化的护理服务。此外, 大型医院通常有更多的资源和经验, 能够进行更复杂的手术和治疗, 提供更全面的康复和恢复方案。相比之下, 基层医院可能在设备和技术方面有一定的限制。由于资源有限, 可能无法提供高级的持续冲洗和低负压吸引设备。此外, 基层医院的医护人员可能相对较少, 专业性和经验可能相对较低^[3]。因此, 基层医院在吻合口瘘的处理上可能更倾向于简化的方法, 如常规伤口处理、局部清洁和敷料更换等。需要注意的是, 以上是一般情况下的概括, 并不代表所有大型医院和基层医院的情况。实际上, 一些基层医院也在不断提升设备和技术水平, 提供更好的护理服务。此外, 大型医院也可能面临床位紧张、医护人员繁忙等问题, 导致护理服务的局限性。因此, 对于结直肠癌根治术后吻合口瘘的处理, 患者应根据自身情况选择适合的医院和医生。在选择医院时, 可以考虑医院的设备和技术水平、医护人员的专业性和经验、

康复和恢复方案等因素。同时, 与医生进行充分的沟通和讨论, 了解治疗方案和预期效果, 以便做出明智的决策。

总而言之, 结直肠癌根治术后吻合口瘘使用持续冲洗及低负压吸引处理, 可以有效的加快患者恢复速度, 提升患者护理满意度, 整体情况更好。

参考文献:

[1] 张渝科, 谭云火, 吴国庆, 等. 自制双套管持续冲洗负压吸引治疗结直肠癌术后肠瘘 [J]. 局解手术学杂志, 2016, 25(6):460-461.

[2] 谢李福. 自制半硬性双套管持续冲洗负压吸引法治疗结直肠癌术后吻合口瘘的临床效果观察 [J]. 现代医院, 2017, 17(4):547-548, 550.

[3] 黄学胜. 自制半硬性双套管持续冲洗负压吸引法与单腔引流管在结直肠癌术后吻合口瘘中的应用比较 [J]. 医药论坛杂志, 2019, 40(3):124-126.

(上接第 15 页)

于既保留了腰麻起效快, 镇痛与肌松完善的优点, 也能够提高麻醉平面的可控性, 防止麻醉平面过高。经硬膜外导管按需追加局麻药, 可弥补单纯腰麻胸段组织平面或组织时间不够的情况, 能完成长时间的手术^[6]。腰硬联合麻醉时的局麻药用量低于单纯硬膜外麻醉, 且在手术结束前可以追加局麻药物, 确保术后镇痛效果。本次观察组麻醉优良率高于对照组, 差异有意义 ($P < 0.05$); 观察组麻醉不良反应低于对照组, 差异有意义 ($P < 0.05$), 由此可见腰硬联合麻醉具有较好的应用价值, 可提高麻醉效果。

综上所述, 腰硬联合麻醉的麻醉效果好且安全性高, 可推广使用。

参考文献:

[1] 侯坤. 腰硬联合麻醉和硬膜外麻醉在阑尾炎手术中应用效果比较 [J]. 中国保健营养, 2021, 31(21):83.

[2] 林法成, 郑权伟. 腰硬联合麻醉在阑尾炎手术患者中

的麻醉效果观察 [J]. 医药前沿, 2021, 11(6):71-72.

[3] CHAMMAS, MAJID, PUST, GERD DANIEL, HATTON, GABRIELLE, et al. Outcomes of Restricted versus Liberal Post-Operative Antibiotic Use in Patients Undergoing Appendectomy: A DOOR/RADAR Post Hoc Analysis of the EAST Appendicitis MUSTANG Study [J]. Surgical infections, 2022, 23(5):489-494.

[4] 欧楚君, 周路路. 阑尾炎微创手术治疗期间应用不同麻醉手段改善苏醒期身体功能和安全性的价值 [J]. 中外医学研究, 2022, 20(18):53-56.

[5] 黄建华. 罗哌卡因行腰硬联合麻醉在阑尾炎手术中的最佳浓度探讨 [J]. 基层医学论坛, 2022, 26(7):67-69.

[6] SEEMA P. ANANDALWAR, DIONNE A. GRAHAM, MARK A. KASHTAN, et al. Influence of Oral Antibiotics Following Discharge on Organ Space Infections in Children With Complicated Appendicitis [J]. Annals of Surgery, 2021, 273(4):821-825.