

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0191-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.094

腹股沟疝手术中多麻醉阻滞联合应用的可行性

赵云云 郑丽宾

(郑州大桥医院, 河南 郑州 450000)

〔摘要〕 目的: 分析探讨腹股沟疝手术中多麻醉阻滞联合应用的可行性。方法: 选取郑州大桥医院 2017 年 6 月至 2018 年 12 月期间收治的 180 例腹股沟疝手术患者进行研究, 按照随机数字表法分组, 对照组 90 例, 行蛛网膜下腔阻滞, 观察组 90 例, 采用超声引导下髂腹股沟神经、髂腹下神经、腹横肌平面及生殖股神经联合阻滞, 比较两组的麻醉阻滞情况。结果: 与对照组比较, 观察组患者感觉神经阻滞起效时间、维持时间均明显更长, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 麻醉后 10 min (T1)、15 min (T2)、30 min (T3) 时间点时, 观察组患者的平均动脉压 (MAP) 高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者各时间点心率 (HR) 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后不同时间点, 观察组患者的视觉模拟评分法 (VAS) 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组躁动发生率及恶心呕吐、尿潴留等术后麻醉并发症发生率均明显低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针对腹股沟疝手术患者行超声引导下联合阻滞效果理想。

〔关键词〕 腹股沟疝; 麻醉阻滞; 髂腹下神经; 生殖股神经

〔中图分类号〕 R 541.4 〔文献标识码〕 B

腹股沟疝为外科常见疾病, 手术为临床上治疗该病的常用方式, 而麻醉则是确保手术顺利进行的关键^[1-2]。近年来, 随着研究的深入, 临床上逐渐将超声引导技术应用于神经阻滞麻醉中, 并取得了一定的效果。基于此, 笔者就超声引导下髂腹股沟神经、髂腹下神经、腹横肌平面及生殖股神经联合阻滞在腹股沟疝手术患者中的应用效果进行了如下研究。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取本院 2017 年 6 月至 2018 年 12 月期间收治的 180 例腹股沟疝手术患者进行研究; 按照随机数字表法分组, 对照组 90 例, 其中男 53 例, 女 37 例, 患者年龄 55 ~ 84 岁, 平均年龄 (69.9 ± 4.9) 岁; 观察组 90 例, 其中男 51 例, 女 39 例, 患者年龄 54 ~ 82 岁, 平均年龄 (68.8 ± 5.3) 岁; 两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

进入手术室前 30 min 予以患者肌注阿托品 (江苏朗欧药业有限公司, 国药准字 H32021058) 0.5 mg、苯巴比妥 (遂成药业股份有限公司, 国药准字 H41025613) 0.1 g; 入室后常规开放上肢静脉通路, 严密监测患者情况; 麻醉穿刺前均行静脉注射舒芬太尼 (宜昌人福药业有限责任公司, 国药准字 H20054172) 5 μg; 注射麻醉药物后, 若血压较正常值下降 30%, 则需予以患者甲氧明 (远大医药 (中国) 有限公司, 国药准字 H42021934) 1 mg 静脉注射治疗; 神经阻滞后

15 min 时, 若视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS) ≥ 3 分, 改麻醉方式为全麻。

1.2.1 观察组 于超声引导下髂腹股沟神经、髂腹下神经、腹横肌平面及生殖股神经联合阻滞。以便携式彩色多普勒超声诊断仪进行观察, 探头选用 6 ~ 13 MHz 线型超声探头; 将探头置于髂前上棘内侧、脐与髂前上棘间的连线方向上, 明确肌层, 于彩色多普勒超声模式下对附近旋髂深动脉进行显示。自内向外以平面类技术进针, 待针尖进入腹内斜肌与腹横肌间间隙, 且回抽无血后, 注入 0.375% 罗哌卡因 (瑞阳制药有限公司, 国药准字 H20183152) 15 mL; 按照 Waldman 方法为依据行生殖股神经阻滞; 在股动脉长轴平面置超声探头, 沿股动脉向头端缓慢移动, 于腹股沟韧带进入腹腔, 并以平面外技术将针尖进入腹股沟管, 待回抽无血后, 注入 0.375% 罗哌卡因 8 mL。

1.2.2 对照组 行蛛网膜下腔阻滞, 取患者右侧卧位, 常规行 L3 ~ L4 或腰 L4 ~ L5 间隙蛛网膜下腔穿刺, 注入 9 ~ 10 mL 浓度为 0.5% 的布比卡因 (上海朝晖药业有限公司, 国药准字 H20056442); 调节阻滞平面为 L10 水平。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患者不同时间点血流动力学变化情况, 包括平均动脉压 (mean arterial pressure, MAP)、心率 (heart rate, HR); 分别在麻醉前 (T0)、麻醉后 10 min (T1)、15 min (T2)、30 min (T3)、手术结束时 (T4) 进行测定比较; (2) 对两组患者感觉神经阻滞起效时间、维持时间进行统计比较; (3) 对术后不同时间点两组患者疼痛程度

〔收稿日期〕 2020 - 12 - 22

〔作者简介〕 赵云云, 女, 主治医师, 主要研究方向是临床麻醉学。

情况，分别在术后 2 h、8 h、12 h、24 h 进行测定，以 VAS 进行评估，量表评分为 0~10 分，分值越高表示疼痛程度越严重^[3]。(4) 统计比较两组患者术后麻醉并发症发生情况，包括恶心呕吐、尿潴留、头痛等；同时对两组麻醉期间躁动发生率进行统计比较。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者感觉神经阻滞起效时间、维持时间比较与对照组比较，观察组患者感觉神经阻滞起效时间、

维持时间均明显更长，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者感觉神经阻滞起效时间、维持时间比较 (*n* = 90, $\bar{x} \pm s$)

组别	起效时间 /s	维持时间 /min
对照组	242.4 ± 8.9	233.5 ± 12.4
观察组	334.5 ± 12.7 ^a	320.9 ± 15.5 ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者不同时段血流动力学变化情况比较

T1、T2、T3 时间点时，观察组患者的 MAP 高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；两组患者各时间点 HR 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者不同时段血流动力学变化情况比较 (*n* = 90, $\bar{x} \pm s$)

组别	指标	T0	T1	T2	T3	T4
对照组	MAP/mmHg	83.9 ± 10.2	75.3 ± 6.8	76.2 ± 5.7	75.4 ± 8.2	84.5 ± 5.4
	HR/次·min ⁻¹	76.2 ± 8.7	77.1 ± 7.4	76.8 ± 5.6	77.2 ± 5.7	77.5 ± 4.4
观察组	MAP/mmHg	83.6 ± 9.8	85.9 ± 9.9 ^b	86.6 ± 8.8 ^b	85.7 ± 6.9 ^b	85.2 ± 6.6
	HR/次·min ⁻¹	75.8 ± 8.8	76.5 ± 7.2	75.9 ± 5.3	76.2 ± 5.1	77.0 ± 3.9

与对照组同时段比较，^b*P* < 0.05

注：MAP—平均动脉压；HR—心率；T0—麻醉前；T1—麻醉后 10 min；T2—麻醉后 15 min；T3—麻醉后 30 min；T4—手术结束时；1 mmHg = 0.133 kPa

2.3 两组患者术后不同时间总疼痛程度比较

术后不同时间点，观察组患者的 VAS 评分均存低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者术后不同时间总疼痛程度 (VAS 评分) 比较 (*n* = 90, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术后 2 h	术后 8 h	术后 12 h	术后 24 h
对照组	2.2 ± 0.3	3.3 ± 0.6	3.4 ± 0.6	3.3 ± 0.5
观察组	0.9 ± 0.1 ^c	1.3 ± 0.4 ^c	1.5 ± 0.3 ^c	1.7 ± 0.6 ^c

与对照组比较，^c*P* < 0.05

注：VAS—视觉模拟评分法

2.4 两组患者躁动发生率及术后麻醉并发症比较

观察组躁动发生率及恶心呕吐、尿潴留等并发症发生率均明显低于对照组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者躁动发生率及术后麻醉并发症比较 (*n* = 90, *n* (%))

组别	躁动	恶心呕吐	尿潴留	头痛
对照组	13(14.4)	14(15.6)	15(16.7)	3(3.3)
观察组	4(4.4) ^d	2(2.2) ^d	1(1.1) ^d	0(0.0) ^d

与对照组比较，^d*P* < 0.05

3 讨论

腹股沟疝为普外科发生率较高的一种疾病，其治疗方式多以手术为主，局麻及椎管内麻醉则是该手术患者常用的麻醉方式。然而局麻仍具有一定不足之处，如镇痛不全、用药

剂量较大、甚至需辅以镇静药物、其他镇痛药物等，可造成多种不良反应^[4]。椎管内麻醉同样有自身的局限性，如对神经阻滞范围较广、可引发多种并发症、影响血流动力学稳定等，进而极易影响手术效果及患者预后^[5]。因此，临床上仍需探究更加安全、有效的麻醉方式。

随着研究的深入，临床上逐渐将超声引导下神经阻滞麻醉应用于该类手术患者中，并取得了一定的效果。在超声引导下神经阻滞具有多方面优势，如可达到可视化穿刺、提高穿刺位置的精准度等；且该麻醉方式还可促使神经支配区域感觉运动功能暂时丧失，并可对伤害刺激上传进行阻断，其血流动力学相对更加平稳、安全性更高，故而更适用于老年患者。本研究中采用超声引导下髂腹股沟神经、髂腹下神经、腹横肌平面及生殖股神经联合阻滞；结果显示观察组患者血流动力学稳定性更高，分析其原因，局麻药物可对外周神经产生直接作用，可减少对交感神经的影响，且两组患者起效时间及维持时间均存在明显差异，其主要是由于蛛网膜下腔注药为鞘内给药，而外周神经给药则为鞘外给药，故而极易造成起效时间延长^[6]；此外，本研究结果显示，观察组患者术后疼痛程度、躁动发生率、术后麻醉并发症发生率均优于对照组；提示超声引导下联合阻滞在腹股沟疝手术中应用效果更佳、安全性更高。

综上所述，针对腹股沟疝手术患者行超声引导下髂腹股沟神经、髂腹下神经、腹横肌平面及生殖股神经联合阻滞效果更为理想，安全性高。

[参考文献]

- (1) 王远彬, 刘盼盼, 叶润娣, 等. 超声引导下腹横平面联合髂腹股沟、髂腹下神经阻滞在高龄患者斜疝手术中的应用 (J). 中国现代医学杂志, 2017, 27(22): 103-107.
- (2) 杨新平, 李嵩山, 廖长剑, 等. 超声引导下腹横肌平面阻滞和髂腹股沟 / 髂腹下神经阻滞应用于腹股沟疝修补术镇痛效果比较 (J). 安徽医学, 2016, 37(7): 815-818.
- (3) 杨宁, 左明章, 孟小燕, 等. 超声引导下髂腹股沟 - 髂腹下神经阻滞联合局部浸润麻醉在老年患者腹股沟疝中的应用 (J). 中国临床医生杂志, 2017, 45(3): 48-51.
- (4) 罗文辉, 蓝雨雁. 全身麻醉复合喉罩联合髂腹下及髂腹股沟神经阻滞对腹股沟区手术患儿围术期的影响 (J). 广西医学, 2016, 38(2): 183-186.
- (5) 周雁, 许莉, 种皓, 等. 髂腹下 - 髂腹股沟神经阻滞联合经腹横筋膜平面阻滞与单纯经腹横筋膜平面阻滞用于剖宫产术后镇痛效果比较 (J). 中国医药导报, 2015, 12(5): 67-71.
- (6) 濮健峰, 王梅芳, 潘四磊, 等. 超声引导下以旋髂深动脉为标记的髂腹股沟 - 髂腹下神经阻滞在老年斜疝手术中的应用 (J). 临床麻醉学杂志, 2017, 33(10): 974-976.

[文章编号] 1007-0893(2021)04-0193-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.095

下颌单颌总义齿口腔修复临床效果分析

张宁宁

(濮阳市油田总医院, 河南 濮阳 457001)

[摘要] **目的:** 探讨下颌单颌总义齿口腔修复的临床效果。**方法:** 选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月期间在濮阳市油田总医院进行下颌单颌总义齿修复的 40 例患者, 所有患者均进行常规的清洁和处理, 之后再行下颌单颌总义齿口腔修复, 比较 40 例患者满意率和复诊出现的不良事件。**结果:** 经过治疗后, 40 例患者中, 26 例为很满意, 9 例为尚可, 5 例为不满意, 总满意率为 87.50%; 复诊后, 5 例感觉义齿疼痛, 2 例有明显的恶心, 3 例出现固位不佳, 2 例丰满不足, 总不良反应率为 30.00%。**结论:** 在进行下颌单颌总义齿口腔修复的过程中, 需要提前做好应对方案, 提高修复的效果。

[关键词] 口腔修复; 单颌总义齿; 下颌

[中图分类号] R 783.6 **[文献标识码]** B

在口腔科室, 单颌总义齿作为常见的口腔修复的一类, 因为其解剖结构较为复杂, 进行修复的过程中很容易出现固位不稳定或者组织疼痛等情况^[1-2], 所以修复较为棘手, 特别是反颌, 颌曲线出现异常等情况, 在修复的时候效果较差, 为了进一步分析治疗的方式, 笔者将本院收治的进行下颌单颌总义齿修复的患者 40 例纳入研究, 分析对下颌单颌总义齿口腔修复的临床效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月期间在本院进行下颌单颌总义齿修复的 40 例患者, 纳入标准: 患者及家属均知情同意本研究; 无口腔修复禁忌证。排除标准: 精神障碍且拒绝本研究的患者; 对口腔修复所用药物过敏等。其中男 23 例, 女 17 例, 年龄 45~77 岁, 平均年龄 (60.2±3.22) 岁,

18 例为曾经进行过单颌总义齿修复, 22 例为第 1 次进行下颌单颌总义齿修复, 在临床上经过诊断, 有 10 例为四类无牙颌, 12 例为三类无牙颌, 18 例为二类无牙颌。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 在手术正式开始之前, 需要先检查患者剩余的牙的咬合情况, 倘若患者原来的口腔咬合能力没有问题, 就将上颌架保留下来, 之后再行拔牙^[3]; 若是患者没有颞颌关节的情况, 则需要采用工作模和记录的模型确定和定位好患者的颌位之间的关系, 预先制作总义齿。同时在手术开始之前, 还需要将口腔内会造成周围组织刺激, 口腔内不能自行进行修复和功能丧失等牙齿拔除, 对于有牙结石、牙周组织等进行清洁^[4]。

1.2.2 手术过程 先选择品质较高, 功能齐全的印模, 将其进行固定, 并且将患者的义齿进行稳定, 这样能够让义齿形成适合的边缘伸展的区域和封闭情况较好的边缘, 之后,

[收稿日期] 2020-11-19

[作者简介] 张宁宁, 女, 主治医师, 主要研究方向是口腔修复。