

老年股骨颈骨折手术患者腰硬联合麻醉和全身麻醉的镇静镇痛效果比较

王浩

邹城市中医院 麻醉科 山东省 邹城市 273500

【摘要】目的： 阐述老年股骨颈骨折手术患者腰硬联合麻醉和全身麻醉的镇静镇痛效果比较。**方法：** 选取我院 2018 年 1 月至 2021 年 4 月收治的患者 200 例，根据麻醉方法不同分为对照组和研究组，每组 100 例。对照组采用全身麻醉，研究组采用腰硬联合麻醉。然后，通过观察患者的病情和心理状况，分析麻醉方法的有效性。**结果：** 研究组患者的麻醉效果、认知功能恢复情况、患者 MMES 评分以及心理状况和患者不良反应发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论：** 在老年股骨颈骨折手术的镇静镇痛干预中应用腰硬联合麻醉对减轻患者术后麻醉反应有着不可替代的作用。它不仅能促进病人的康复，提高他们的满意度。因此医院应重视并推广这一麻醉措施。

【关键词】 股骨颈骨折；腰硬联合麻醉；全身麻醉；镇静效果

股骨颈骨折是医院骨科中常见的骨科类型，由于老年群体存在骨质疏松且活动能力相对较差，故此类骨折在老年群体中的发生率极高。近年来，随着我国老龄化不断加剧，股骨颈骨折的发生率也在不断增加^[1]。一旦出现该种骨折，患者不仅生活品质将受到影响，而且身心健康程度也将显著下滑。因此在患有此类骨折时，患者必须及时前往医院进行治疗。目前，在老年股骨颈骨折患者治疗过程中，医疗人员多会对患者采取手术，但在手术过程中的麻醉方式，目前尚未形成统一的认识。而且虽然我国医学技术在不断发展，但由于患者对髋关节置换术中的麻醉方式不了解，所以会大大影响患者在围手术期时的治疗效果^[2]。据大量临床数据显示，在进行髋关节置换手术时，患者的特点是创伤大，出血多，并发症多，因此需要在手术期间对患者进行麻醉。全身麻醉与腰硬膜外麻醉都是一种临床常用的麻醉方法，会使得髋关节置换术具有良好的麻醉效果。在总结临床经验时，大部分专家学者认为，传统的全身麻醉存在临床局限性，例如副作用大，手术效果差和恢复时间延迟。而腰硬膜麻醉可以有效减少手术过程中对患者的副作用，具有重大的临床应用价值^[3]。腰硬联合麻醉技术镇痛效果很高，同时全身麻醉的优点是可以维持呼吸和循环功能，但对于中老年人来说，药效学的改变会逐渐降低肝肾功能和中枢神经系统功能，从而干扰术后组织和器官的功能难够得以恢复。随着人们生活水平的最近提高，患有骨科疾病的中老年患者继续增加对手术和麻醉的需求。因此，本文选取我院部分患者，分析阐述老年股骨颈骨折手术患者腰硬联合麻醉和全身麻醉的镇静镇痛效果，以期今后的临床麻醉提供理论支持。

1 材料与方法

1.1 研究材料

选取 2018 年 1 月 -2021 年 4 月我院收治的患者 200 例，根据不同的麻醉方法，将其分为对照组和研究组各 100 例，其中对照组男性患者 63 例，女性患者 37 例，平均病程为 (6.11 ± 2.09) 小时，平均年龄为 (69.55 ± 6.19) 岁，根据患者致伤原因可知，摔伤 52 例，车祸伤 28 例，暴力外伤 20 例。而研究组男性患者 70 例，女性患者 30 例平均年龄为 (69.33 ± 5.09) 岁，平均病程为 (3.33 ± 1.01) 小时。根据患者致伤原因可知，摔伤 73 例，车祸伤 12 例，暴力外伤 15 例。入选研究的患者各项基础性资料已进行对比，且比较结果差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。正式进行本次研究前，已为患者及其家属详细介绍各方面的研究内容，并已取得上级领导、院内伦理委员会、患者以及患者家属的认同。

1.2 研究方法

根据患者的分组情况，对其进行不同的麻醉方式，其中对照组进行传统的全身麻醉方法，即患者进入手术室后会被监测各种重要指标，例如，心率和血压，并开放静脉通路。在麻醉过程中，使用了三个单位的咪达唑仑和芬太尼，而咪唑则被用作麻醉诱导剂^[4]。患者插管后，连接麻醉设备以进行机械通气，通过静脉微泵注射异丙酚以维持麻醉，手术后，观察患者病情，并在患者满足条件时拔出导管。而研究组则进行腰硬联合麻醉，具体操作为：将针插入 L3 和 L4 之间的腰部，通过硬膜外腔穿刺进行麻醉。硬膜外导管从针头部置入，手术后病人被置于仰卧位，根据手术时间，选择合适的药物剂

量, 注入盐酸利多卡因和甲磺酸罗哌卡因, 并通过面罩吸入氧气。术后根据患者的身体状况, 在静脉注射布比卡因和 0.9% 氯化钠并随时调整注射量^[5]。在麻醉期间, 需要给予患者常规禁食、禁水, 并在患者进入手术间后, 给予患者中心静脉管留置, 给予桡动脉穿刺, 以便于实现对患者的血压监测。对患者实际状况进行紧密观察, 并以此选择是否增加药物。若患者在手术时出现不适感, 可选择注射适量异丙酚, 并对注入速度进行严格把控^[6]。

1.3 观察指标

通过观察患者的麻醉效果、认知功能恢复情况、

患者 MMES (认知功能) 评分以及患者的心理状况和不良反应发生率以此分析麻醉效果。

1.4 统计学处理

用 SPSS21.0 统计学软件对数据进行分析, 计量资料用 t 检验, 计数资料行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察患者间麻醉效果

麻醉效果有很大差别 ($P < 0.05$)。见表 1

表 1 观察患者间麻醉效果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	麻醉起效时间 (min)	阻滞完全时间 (min)	麻醉剂量 (mg)	苏醒时间 (min)
对照组	100	4.25 ± 1.00	37.01 ± 7.88	100.25 ± 24.00	7.19 ± 1.08
研究组	100	2.81 ± 0.58	10.28 ± 4.07	40.20 ± 11.98	10.88 ± 7.08
t 值		11.587	6.080	8.140	17.287
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 观察患者认知功能恢复情况

认知功能恢复有差异 ($P < 0.05$)。见表 2

表 2 观察患者间认知功能恢复情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后 6h	术后 12h	术后 24h
对照组	100	30.43 ± 6.39	46.29 ± 3.90	50.11 ± 4.90
研究组	100	44.58 ± 7.44	59.39 ± 4.84	72.19 ± 7.30
t 值		7.322	8.234	6.488
P		0.001	0.001	0.001

2.3 观察患者间 MMES 评分

患者间 MMES 评分有明显差异 ($P < 0.05$) 见表 3

表 3 观察患者间 MMES 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	麻醉前	术后 1d	术后 1 周
对照组	100	22.18 ± 5.22	20.44 ± 4.09	17.44 ± 3.30
研究组	100	22.09 ± 5.00	18.99 ± 3.00	13.58 ± 2.00
t 值		1.822	5.220	7.490
P		1.003	0.001	0.001

2.4 观察患者间心理状况

心理状况差异明显 ($P < 0.05$)。见表 4

表 4 观察患者间心理状况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	正性情绪		负性情绪	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	100	53.41 ± 8.31	71.82 ± 8.14	59.54 ± 8.31	32.17 ± 7.42
对照组	100	53.25 ± 8.18	65.94 ± 8.33	60.54 ± 8.02	39.51 ± 7.92
t 值		2.172	11.017	0.892	15.917
P		0.813	0.007	0.712	0.002

2.5 观察患者间不良反应发生率

在治疗安全性方面, 研究组患者优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1

表 5 观察患者间不良反应发生率 (%)

组别	恶心呕吐	呼吸抑制	低血压
对照组 (n=100)	13 (13.00%)	16 (16.00%)	15 (15.00%)
研究组 (n=100)	1 (1.00%)	10 (10.00%)	4 (4.00%)
χ^2			7.341
P			0.002

3 讨论

股骨颈骨折是外科的常见病,加之老年患者的骨质较为疏松,在日常生活中就更有可能由于外力而导致骨折。一旦出现骨折,最好的治疗手段就是进行手术,通过手术来使患者获取更大的恢复效果^[7]。在大多数情况下,老年人由于生理补偿能力降低和心肺功能不良,进而使得手术麻醉的风险增加。因此,必须选择一种非常有效的麻醉方法,不仅要确保麻醉效果,同时还要减少对病人的刺激,提高手术的安全性。相关学者提出,老年人通常患有心血管疾病、糖尿病等与年龄有关的疾病,并且由于长时间卧床休息和手术前关节损伤,会使得血液凝结较慢,加之在长时间的手术中反复脱位引起的血管牵引可促进炎症细胞因子的产生导致血栓形成。研究表明,局部麻醉在股骨颈骨折患者深静脉血栓的风险方面比普通麻醉有一些优势,同时也可证明出,腰硬联合麻醉比一般麻醉对股骨颈骨折患者更有效,且不良影响的发生率低于一般麻醉。值得用于临床推广目的^[8]。张桂珍^[9]称,腰硬联合麻醉技术镇痛效果很高,同时全身麻醉的优点是可以维持呼吸和循环功能,但对于中老年人来说,药效学的改变会逐渐降低肝肾功能和中枢神经系统功能,从而干扰术后组织和器官的功能难够得以恢复。随着人们生活水平的最近提高,患有骨科疾病的中老年患者继续增加对手术和麻醉的需求。由于对手术和麻醉选择不同的观点,使得医疗纠纷增加了,从而影响并降低了手术和麻醉的效果以及病人的依从与合作性。而腰硬联合麻醉基于全身麻醉,是全身麻醉的一种扩展。与全身麻醉相比,腰硬联合麻醉对患者的刺激反应更少,安全性更高,麻醉效果更好。此外,实验结果表明,使用腰硬联合麻醉的患者,麻醉起效时间,麻醉剂量和术后恢复时间以及苏醒时间均优于其他患者,并且患者之间存在的副作用比率也有很大差异,表明全麻和腰硬联合麻醉比全身麻醉更有效,并且在减少不良事件的发生上更有帮助。这也就和本文作者的研究结果相互印证。从研究过程中,根据患者的分组情况,对其进行不同的麻醉方式,对照组进行传统的全身麻醉方法,使用了三个单位的咪达唑仑和芬太尼,而咪脂则被用作麻醉诱导剂。通过静脉微泵注射异丙酚以维持麻醉。研究组则进行腰硬联合麻醉,具体操作为:将针插入 L3 和 L4 之间的腰部,注射 2mL 盐酸布比卡因,随后拔出腰针。硬膜外导管从针头部置入,手术后病人被置于仰卧位,根据手术时间,选择合适的药物剂量,注入盐酸利多卡因和甲磺酸罗哌卡因,并通过面罩吸入氧气。术后根据患者的身体状况,在静脉注射布比卡因和 0.9% 氯化钠并随时调整注

射量。在麻醉期间,需要给予患者常规禁食、禁水,并在患者进入手术间后,给予患者中心静脉管留置,给予桡动脉穿刺,以便于实现对患者的血压监测。对患者实际状况进行紧密观察,并以此选择是否增加药物。若患者在手术时出现不适感,可选择注射适量异丙酚,并对注入速度进行严格把控。从结果中可得知,研究组患者的麻醉效果、认知功能恢复情况、患者 MMES 评分以及心理状况和患者不良反应发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

综上所述,在老年股骨颈骨折手术的镇静镇痛干预中应用腰硬联合麻醉对减轻患者术后麻醉反应有着不可替代的作用。它不仅能促进病人的康复,提高他们的满意度。因此医院应重视并推广这一麻醉措施。

参考文献

- [1] 陈红.腰硬联合麻醉应用于老年股骨颈骨折手术中的效果分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(09):56-59.
- [2] 李志民.腰硬联合麻醉与全麻用于老年股骨颈骨折手术的预后效果对比[J].中国实用医药,2022,17(05):45-47.
- [3] 陈江湖,丘春华.罗哌卡因腰硬联合麻醉与全身麻醉在老年股骨颈骨折手术麻醉中的应用疗效及安全性分析[J].中外医疗,2021,40(32):88-91.
- [4] 蔡晓华.老年患者股骨颈骨折手术中腰硬联合麻醉和全身麻醉的应用研究[J].当代医学,2021,27(29):95-97.
- [5] 张敬莹.全身麻醉与腰硬联合麻醉在老年股骨颈骨折手术中的麻醉效果及安全性对比[J].中国现代药物应用,2021,15(18):60-62.
- [6] 陈容,章放香,钟杰,杨焯.腰硬联合麻醉用于老年股骨颈骨折手术治疗的效果[J].中外医学研究,2021,19(21):35-37.
- [7] 李玥姝,刘传红.腰硬联合麻醉复合全身麻醉在老年股骨颈骨折患者手术中的镇痛效果分析[J].系统医学,2021,6(12):34-36.
- [8] 张桂珍.盐酸罗哌卡因腰硬联合麻醉与全身麻醉在老年股骨颈骨折患者手术麻醉中的应用效果及安全性[J].医疗装备,2021,34(10):62-63.
- [9] 邓红洲.腰硬联合麻醉前应用右美托咪定对老年股骨颈骨折手术患者的影响[J].中国民康医学,2021,33(10):114-115+118.
- [10] 邵逸,金玉燕,李亦凡.腰硬联合麻醉对老年股骨颈骨折患者围术期应激反应与术后认知功能的影响[J].当代医学,2021,27(08):59-62.