

2.3 不良反应 实验组出现头痛 2 例、面色潮红 1 例, 共计 3 例 (6.0%); 对照组出现头痛 3 例、面色潮红 1 例, 共计 4 例 (8.0%)。两组患者不良反应发生率差异无显著意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

经过临床上对高血压作用机制以及治疗手段的深入研究, 有相关数据指出, 因高血压死亡的老年患者^[3], 其直接致死因素并非高血压, 而是高血压所引发的各种并发症^[4], 例如肾损害。临床上对于高血压的治疗方法多采用联合用药的方式^[5], 因为单一性用药极有可能会使得机体更加容易产生耐药性或者抗药性, 治疗效果不理想^[6-7]。本研究结果显示, 实验组临床治疗总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$); 两组患者治疗后实验组血压下降幅度显著大于对照组 ($P<0.05$); 治疗后, 实验组患者微量白蛋白、微球蛋白数值均显著低于对照组 ($P<0.05$); 两组患者不

良反应发生率差异无显著意义 ($P>0.05$)。综上所述, 氨氯地平和替米沙坦联合治疗方案可明显提高临床治疗效果, 能够更为有效地降低血压、改善肾功能, 降低高血压引起的肾损害, 值得临床大力推广。

参考文献

[1]陈宏伟,张蓁.探究氨氯地平联合替米沙坦治疗老年高血压早期肾损害的临床疗效[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(4):503-505
[2]孙斌.氨氯地平联合坎地沙坦酯治疗老年高血压合并早期肾损害的疗效观察[J].医学理论与实践,2014,11(9):1160-1161
[3]宿玲.氨氯地平联合替米沙坦治疗老年高血压早期肾损害的效果观察[J].中国当代医药,2015,22(4):80-81
[4]严平.两种药物联合治疗老年高血压合并早期肾损害的临床疗效[J].现代诊断与治疗,2015,26(4):796-798
[5]曾晓勤.小剂量氨氯地平联合用药治疗高血压的疗效和安全性评价[J].中华临床医师杂志(电子版),2016,10(4):33-34
[6]赵立军.氨氯地平联合替米沙坦治疗老年高血压合并早期肾损害的临床研究[J].中国现代药物应用,2016,10(21):77-78
[7]张江荣.老年高血压合并早期肾损害应用替米沙坦联合氨氯地平进行治疗的效果分析[J].中国农村卫生,2016,9(10):41

(收稿日期: 2017-02-03)

超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的临床效果

李征

(广东省广州市番禺区钟村医院麻醉科 广州 511495)

摘要:目的:对超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的临床效果进行分析。方法:选择 2014 年 2 月~2016 年 2 月接受肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的患者 96 例为研究对象并随机分两组。解剖定位组采取解剖定位进行肌间沟臂丛神经阻滞麻醉,超声引导组则进行超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉。比较两组患者麻醉效果;麻醉药物用量、麻醉阻滞起效时间、镇痛持续时间;患者并发症发生率。结果:超声引导组患者麻醉效果高于解剖定位组, $P<0.05$;超声引导组麻醉药物用量、麻醉阻滞起效时间、镇痛持续时间优于解剖定位组, $P<0.05$;超声引导组并发症总发生率低于解剖定位组, $P<0.05$ 。结论:超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的临床效果确切,可减少麻醉药物用量,缩短麻醉阻滞起效时间,延长镇痛持续时间,减少并发症发生,提高麻醉效果,值得推广。

关键词:超声引导;肌间沟臂丛神经阻滞麻醉;临床效果

中图分类号:R614

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.077

臂丛神经阻滞麻醉是临床常用麻醉方式,在肩部等上肢手术中广泛应用,传统多采用解剖定位方法,是根据颈部体表解剖标志进行定位,属于盲探操作,容易出现神经阻滞麻醉不全而增加并发症风险。近年来,随着麻醉技术和定位技术不断发展,超声引导在臂丛神经阻滞麻醉定位中应用越来越广泛,克服了传统定位的缺陷,可提高定位的准确性,提升麻醉阻滞效果^[1]。本研究分析了超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 2 月~2016 年 2 月接受肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的患者 96 例为研究对象并随机分两组。超声引导组患者男 30 例,女 18

例;年龄 18~65 岁,平均(42.15± 2.13)岁。解剖定位组患者男 32 例,女 16 例;年龄 18~65 岁,平均(42.67± 2.45)岁。两组一般资料差异不显著, $P>0.05$ 。

1.2 方法 解剖定位组采取解剖定位进行肌间沟臂丛神经阻滞麻醉,去枕仰卧位,头偏向对侧,指导患者抬头,显露胸锁乳突锁骨头,于肌肉锁骨头后缘平环状软骨部位触及前斜角肌肌腹,并向后触及中斜角肌,这两个部位之间为肌间沟。在该处垂体刺入皮肤,并向内、向后和向尾侧进针,直至上肢出现异感,回抽无血后给予 0.2%罗哌卡因注入,剂量为 0.5 ml/kg。超声引导组则进行超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉。去枕仰卧位,头偏向对侧,按照解剖定

位组方法找到肌间沟,并在超声探头引导下观察穿刺部位臂丛神经、周围组织、血管情况,沿着胸锁乳突肌外侧缘长轴横切肌间沟连续扫查,并在体表标记臂丛上中下最清晰部位,确定最佳的进针部位。在超声下,针尖偏向中线方向,通过中斜角肌进入中干背侧以及下干腹侧之间,给予 0.2%罗哌卡因注入,剂量为 0.5 ml/kg。回抽 1 次,直至中下干间隙增宽并有液性暗区充填。

1.3 观察指标 比较两组患者麻醉效果;麻醉药物用量、麻醉阻滞起效时间、镇痛持续时间;患者并发症总发生率。显效:术中无疼痛;有效:术中轻微疼痛,手术可耐受;无效:术中剧烈疼痛,无法耐受手术,需更换麻醉方法。总有效为显效、有效之和^[2]。

1.4 统计学处理方法 SPSS20.0 软件统计,计数资料采用 χ^2 检验。计量资料则进行 t 检验。 $P<0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者麻醉效果比较 超声引导组患者麻醉效果高于解剖定位组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者麻醉效果比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
解剖定位组	48	16	20	12	36(75.00)
超声引导组	48	28	18	2	46(95.83)
χ^2					4.181
P					0.041

2.2 两组患者并发症发生率比较 超声引导组并发症总发生率低于解剖定位组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较					
组别	n	恶心(例)	呕吐(例)	躁动(例)	总发生[例(%)]
解剖定位组	48	4	4	4	12(25.00)
超声引导组	48	1	0	1	2(4.17)
χ^2					4.181
P					0.041

2.3 两组患者麻醉药物用量、麻醉阻滞起效时间、镇痛持续时间比较 超声引导组麻醉药物用量、麻醉阻滞起效时间、镇痛持续时间优于解剖定位组, $P<0.05$,见表 3。

表 3 两组患者麻醉药物用量、麻醉阻滞时间、镇痛持续时间比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	麻醉药物剂量(ml)	麻醉阻滞起效时间(min)	镇痛持续时间(min)
解剖定位组	48	38.14± 2.77	6.31± 2.57	444.14± 142.57
超声引导组	48	29.55± 1.41	4.51± 1.24	546.66± 142.24
t		8.157	9.673	12.814
P		0.000	0.000	0.000

3 讨论

肌间沟臂丛神经阻滞麻醉成功的关键在于准确

定位神经,其主要可通过解剖标志以及针刺异感获得,但传统盲探的情况下,因肌间沟臂丛中下干位置比较深,穿刺针难以准确到达,可影响麻醉效果,还可引发神经、血管损伤^[3-4]。另外,传统盲探方法单纯依靠医生的临床经验和解剖情况进行定位,容易导致个别出现解剖变异的患者出现麻醉阻滞不全或者麻醉失败^[5-6]。

超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉跟传统盲探比较有明显的优势,其可为臂丛神经形态学提供新观察方法,对臂丛神经肌间沟形态以及和周围组织血管关系进行清晰显示,有利于臂丛根的有效识别和颈椎横突的识别,可清晰引导穿刺针进针,并对局麻药注射后扩散情况进行观察,提高定位的准确性和麻醉的完全性,有利于提高肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的成功率,减少并发症的发生,减少麻醉药物用量^[7-8]。

本研究中,解剖定位组采取解剖定位进行肌间沟臂丛神经阻滞麻醉,超声引导组则进行超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉。结果显示,超声引导组患者麻醉效果高于解剖定位组, $P<0.05$;超声引导组麻醉药物用量、麻醉阻滞起效时间、镇痛持续时间优于解剖定位组, $P<0.05$;超声引导组并发症发生率低于解剖定位组, $P<0.05$ 。综上所述,超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的临床效果确切,可减少麻醉药物用量,缩短麻醉阻滞起效时间,延长镇痛持续时间,减少并发症发生,提高麻醉效果,值得推广。

参考文献

[1]文四成,陈潜沛,欧阳天纬,等.不同浓度罗哌卡因用于超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞的麻醉效果[J].临床麻醉学杂志,2014,30(5):472-475

[2]朱莉莉,蒋秀红.超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞的临床应用[J].实用临床医药杂志,2010,14(5):104-105

[3]彭浩,陈华丽.超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞用于重症颅脑外伤合并尺桡骨折内固定的麻醉效果[J].实用临床医学,2011,12(12):105

[4]李宗师,康志宇.地塞米松和地佐辛联合超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞效果的观察[J].中国基层医药,2016,23(21):3329-3332

[5]张毅,罗义骏,裘剑波,等.超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞临床观察[J].临床军医杂志,2012,40(3):551

[6]赵梓煜,陈非庸,张序忠,等.超声引导下锁骨下血管旁臂丛阻滞与超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞疗效对比[J].中国现代医生,2013,51(29):95-97

[7]王群,蒋强,苏帆.超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞的影像学分析[J].中国中西医结合影像学杂志,2012,10(4):349-350

[8]赵淑芳,黄中梅,高玉玲,等.超声引导下肌间沟臂丛神经阻滞的临床应用[J].中国实用医药,2016,11(4):29-30

(收稿日期: 2017-02-10)