

术中未发生知晓病例,知晓率为 0.00%;B 组患者出现术中知晓 2 例,其中 1 级 1 例,3 级 1 例,知晓率为 4.26%。两组知晓率比较无显著性差异, $P>0.05$ 。

3 讨论

临床普遍认为麻醉程度过浅为术中知晓发生的直接原因。研究显示^[3],由于女性、儿童对镇静类药物代谢速率较快,女性术中知晓发生率高于男性,儿童高于成年人。因此,选择有效麻醉方式进行适度麻醉对降低术中知晓发生风险具有重要意义。

全静脉麻醉常采用丙泊酚等短效麻醉药进行麻醉维持,具有起效迅速、代谢快等特点,若用药过程中未注意药物衔接,易导致部分时段血药浓度不足,麻醉深度变浅,引发术中知晓。此外,丙泊酚全静脉麻醉对循环系统具有较强抑制作用,易造成血流动力学不稳,出现麻醉过度假象。毛正新^[4]研究指出,单纯全静脉麻醉仅对大脑皮层具有抑制作用,无法有效阻断边缘系统、下丘脑对大脑皮层的投射系统,因而具有增加术中刺激引发大脑皮层兴奋可能性。故在没有采用 BIS 监控等预防措施下,全静脉麻醉术中知晓无法避免。

七氟醚是一种吸入型麻醉药,用于麻醉诱导时具有起效快、易被患者接受等优点,且不受性别影响。且用于维持麻醉时,对患者呼吸、血压、心率影响较小,加上血/气分配系数较低,有利于麻醉深度评估与控制,降低麻醉过度或麻醉过浅状态的发生。瑞芬太尼是一种超短效麻醉药物,作用强度为

芬太尼的 1.2 倍,半衰期仅 1.0~1.5 min,持续输注可有效维持麻醉深度,且不会造成蓄积^[5]。两种麻醉方式复合使用能显著提高麻醉效果,减少瑞芬太尼用量及呼气末瑞芬太尼浓度,保持血压、心率稳定,利于术后恢复。

研究结果显示,A 组患者自主呼吸恢复时间、呼之睁眼时间、言语应答时间及拔管时间均短于 B 组($P<0.05$);两组知晓率比较无显著性差异($P>0.05$)。说明,七氟醚吸入复合瑞芬太尼麻醉下患者知晓率低,且患者麻醉后恢复快,同时,在无 BIS 监控下,七氟醚吸入 2% 以上不会发生术中知晓。但本研究样本量较小,有待临床扩大样本进一步研究。综上所述,两种麻醉方法下患者术中知晓发生率均较低,但七氟醚吸入复合瑞芬太尼麻醉患者术后恢复更快,安全性更高。

参考文献

- [1]李朋仙,赵艳,郭向阳,等.全身麻醉患者术中知晓的研究进展[J].中国微创外科杂志,2015,15(3):269-271
- [2]孙晓红,崔常雷,韩树海,等.老年患者全麻发生术中知晓的相关因素与防治[J].中国老年学,2015,35(5):1432-1434
- [3]侯涛,胡利国,康芳,等.全身麻醉术中知晓情况调查及原因分析[J].中国临床保健杂志,2014,17(5):540-542
- [4]毛正新.全静脉麻醉输注丙泊酚联合舒芬太尼或阿芬他尼对术后疼痛、血流动力学的效果比较[J].实用临床医药杂志,2014,18(24):140-141
- [5]李立晶,张建敏,王芳,等.瑞芬太尼复合七氟醚在新生儿全身麻醉中的应用[J].临床麻醉学杂志,2014,30(1):21-23

(收稿日期:2017-05-10)

跨伤椎固定与经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的疗效对比

朱贤友 路绪超 吴威 石志伟 孟双全

(河南省开封市第二人民医院 开封 475002)

摘要:目的:对比跨伤椎固定与经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的临床效果,为临床提供参考。方法:选取 2015 年 3 月~2016 年 10 月我院收治的 80 例胸腰段脊柱骨折患者,按照治疗方式分为观察组和对照组,观察组 45 例接受经伤椎固定治疗,对照组 35 例接受跨伤椎固定治疗,对比两种治疗方案的临床效果。结果:观察组的平均手术时间和术中出血量少于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组的术后 VAS 和 JOA 评分相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;随访结果显示,治疗后观察组患者的 Cobb 角明显小于对照组,观察组患者的椎体校正丢失度明显低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的疗效优于跨伤椎固定。

关键词:胸腰段脊柱骨折;跨伤椎固定;经伤椎固定;治疗效果

中图分类号:R683.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.011

跨伤椎固定和经伤椎固定是临床中治疗胸腰段脊柱骨折的两种常用方法,本文将这两种方法进行了对比研究,结果显示,经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的效果更好。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月~2016 年 10 月我院收治的 80 例胸腰段脊柱骨折患者,按照治疗方式分为观察组和对照组。其中观察组 45 例,男

27 例、女 18 例,平均年龄 (43.5 ± 5.5) 岁,伤椎分布: T_{12} 16 例、 L_1 20 例、 L_2 9 例; 对照组 35 例,男 23 例、女 12 例,平均年龄 (42.6 ± 5.3) 岁,伤椎分布: T_{12} 11 例、 L_1 19 例、 L_2 5 例。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:确诊为胸腰段脊柱骨折,损伤位置位于 $T_{11} \sim L_1$ 、 $L_1 \sim L_5$ 、 $T_1 \sim T_{10}$ 者;符合影像学检查标准者;致伤原因均为意外伤害所致者;签署知情同意书者。排除标准:病理性骨折患者;骨质疏松患者;非自愿参与研究的患者;合并存在其他类型严重疾病的患者。

1.3 治疗方法 手术需要全麻,体位为俯卧位,将患者的骨盆、胸骨柄这两个位置垫高,后正中入路,以骨折椎作为重心实施微创入路,充分显示患者伤椎的结构和状态,之后采取对应手术方式。

1.3.1 对照组 采取跨伤椎固定治疗:取 4 枚椎弓钉,两两分为一组;先将一组放置在伤椎上方,再将另一组放置在伤椎的下方,完成初步固定;取纵向连接棒连接,完全放置后撑伤椎两侧,之后进行固定并校正后凸畸形^[1]。

1.3.2 观察组 采取经伤椎固定治疗:伤椎上下需要分别放置 2 枚螺钉;另外选择 2 枚螺钉,注意长度相对于上一椎体使用的螺钉要短 5 mm,以防止伤椎内部的骨块受到挤压,将螺钉置入伤椎,取纵向连接棒,并进行安装;然后将伤椎的螺帽拧紧,以螺帽为支点,两侧依次将纵向连杆撑开,之后将螺钉、螺帽完全拧紧^[2]。完成手术治疗之后,两组患者均进行必要的抗感染治疗并置入引流导管,术后半个月拆线,并指导患者进行适当的康复运动^[3]。

1.4 观察指标 比较两组患者的术中平均出血量、手术时间、术后 JOA 评分、术后 VAS 评分、随访 6 个月的 Cobb 角和椎体校正丢失度。

1.5 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件对所有数据进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 观察组的平均手术时间和术中出血量少于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者手术情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)
观察组	114.09 ± 16.52	215.47 ± 34.15
对照组	127.43 ± 19.55	257.55 ± 43.18
t	3.306	4.869
P	0.001	0.000

2.2 两组术后 VAS 和 JOA 评分比较 两组术后 VAS 和 JOA 评分相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组术后 VAS 和 JOA 评分比较 $(\text{分}, \bar{x} \pm s)$

组别	JOA 评分	VAS 评分
观察组	21.15 ± 1.64	2.42 ± 0.85
对照组	21.32 ± 1.72	2.51 ± 0.82
t	0.450	0.477
P	0.654	0.635

2.3 两组患者术后恢复效果比较 随访结果显示,治疗后,观察组患者的 Cobb 角明显小于对照组,椎体校正丢失度明显低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者术后恢复效果比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	Cobb 角 (°)	椎体校正丢失度
观察组	2.87 ± 1.32	0.95 ± 0.18
对照组	9.16 ± 3.26	1.68 ± 0.44
t	11.78	10.109
P	0.000	0.000

3 讨论

近年来,由于各种意外事故的发生率的不断上升,胸腰段脊柱骨折患者的人数也呈增长趋势,这是因为胸腰段脊柱的生理结构相对特殊,在遭受外界因素打击后更易受到伤害。胸腰段脊柱骨折如果治疗不当可能会导致患者终身残疾,给患者带来严重的打击,使其生活质量大幅度降低^[4]。

目前,跨伤椎治疗和经伤椎治疗是临床中两种比较常用的胸腰段骨折的治疗方式。随着临床医学的发展,大量文献资料指出,跨伤椎治疗虽然在临床中应用的时间较长,但是其长期随访的结果不佳,患者 Cobb 角改善程度难以令人满意,伤椎高度的丢失率也比较高,因此,亟需寻找疗效更加确切的方式来治疗胸腰段脊柱骨折^[5-6]。经伤椎固定治疗进一步完善了跨伤椎治疗方式的不足,加强了对伤椎的固定和支撑,增强了治疗效果的稳定性,从 6 个月的随访结果中可以看出,观察组患者的 Cobb 角改善情况明显好于对照组,椎体校正丢失度也明显低于对照组,说明经伤椎固定治疗预后良好,效果确切。综上所述,经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的疗效优于跨伤椎固定,治疗后可以更好的改善患者的 Cobb 角度,防止伤椎高度的丢失。

参考文献

- [1]李越敏,杨金峰.对比分析跨伤椎固定与经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的效果[J].临床医学研究与实践,2016,1(17):116-117
- [2]张骞,崔桂海,侯学全.经伤椎单侧固定和跨伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的疗效比较[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,19(1):39-42
- [3]杜凡.分析跨伤椎固定与经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的临床

疗效[J].中国医药指南,2015,13(36):93

[4]宋善新.对比观察跨伤椎固定与经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的临床疗效[J].中国继续医学教育,2015,7(19):131-132

[5]李承果,凌钦杰,傅万军,等.经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的疗

效和安全性分析[J].中外医疗,2014,33(14):55-56

[6]张骞,李保健,尚博,等.跨伤椎固定与经伤椎固定治疗胸腰段脊柱骨折的疗效对比[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(9):811-813

(收稿日期:2017-03-29)

非那雄胺对经尿道前列腺电切术中术后出血的影响

廖思强

(广东省广州市萝岗区红十字会医院 广州 511363)

摘要:目的:分析围手术期应用非那雄胺对经尿道前列腺电切术中术后出血的影响情况。方法:将我院收治的行经尿道前列腺电切术治疗的 BPH 患者 30 例分为观察组与对照组,每组 15 例。对照组术前不服用药物,观察组术前 7 d 使用非那雄胺,比较治疗结果。结果:两组患者术前前列腺重量、手术时长、IPSS 分数、前列腺体积以及年龄无显著差异, $P>0.05$ 。观察组患者术中冲洗液量、术中失血量、平均切除 1 g 前列腺组织失血量、术后冲洗时间、术后冲洗液量、术后失血量显著较对照组少,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:对于实施该项手术的患者围手术期内使用非那雄胺,能够降低总出血量,有利于患者疾病转归,值得进一步推广。

关键词:前列腺增生症;经尿道前列腺电切除术;出血量;非那雄胺

中图分类号: R699.8

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.012

前列腺增生症(BPH)为老年男性常见病、多发病,属良性疾病。最新流行病学调查指出,最近几年 BPH 发生率呈现出了不断上升的趋势,60 岁以上男性为该疾病的好发群体,发病率为 50%~88%,手术为治疗 BPH 的有效方式。当前,临床上将经尿道前列腺电切术(TURP 术)视为治疗该疾病的金标准,和其他手术方式相比该法疗效好、见效快,进而被广泛应于临床治疗。但这种手术术中易出血,进而对手术视野造成影响,导致手术延长甚至中转开放手术。有文献证实^[1],对于实施经尿道前列腺电切术围手术期内使用非那雄胺可降低出血量。为了验证该理论的真实性和实际情况,本研究探讨了行经尿道前列腺电切术治疗的 BPH 患者围手术期内使用非那雄胺对术中术后出血量的影响。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 12 月~2016 年 12 月我院收治的行经尿道前列腺电切术治疗的 BPH 患者 30 例为研究对象,现依照就诊单双号顺序,使用双盲法随机分为观察组及对照组,每组 15 例。对照组年龄 61.25~79.54 岁,平均年龄(69.82±5.22)岁,国际前列腺症状评分(IPSS)值为(18.91±3.21)分,前列腺体积为(40.25±12.52) ml。观察组年龄 62.39~80.23 岁,平均年龄(70.01±6.32)岁,IPSS 值为(19.02±4.11)分,前列腺体积为(40.55±13.71) ml。两组患者基线资料无显著差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准选择符合良性前列腺增生症临床诊断标准,患者神志清楚,自愿参

加实验调查,同时签署了知情同意书。对于合并高血压病者,术前均将血压稳定在正常范围内。(2)排除对象有肝肾功能不全者、严重心脑血管疾病、其他器官器质性病变者、膀胱造瘘者、存在不稳定膀胱因素者、拒绝手术者以及不同意参加实验者。

1.3 治疗方法 对照组术前不服用任何药物。观察组手术前 1 周口服非那雄胺(国药准字 H20040333) 5 mg,1 次/d,连续使用 7 d。两组患者均实施 TURP 术治疗,详细为:腰部麻醉,截石位。利用 Storz(德国)单极电切系统,使用 20%甘露醇溶液为术中间断灌洗液,冲洗高度设定为 60 cm。使用 12 度电切镜进行手术,在 6 点位置找到精阜,以精阜为界,前方做一环形电凝环作标记。首先切除双侧叶以及腹叶直至外科包膜,后将中叶从膀胱颈切至精阜前方,并和膀胱三角保持同一水平。若患者前列腺体积过大,应当分为 2~3 个视野段分段切除,手术最后切除前列腺尖部。若患者前列腺体积较小,电切完毕之后在 3 点钟以及 9 点钟位置使用针状电极开放膀胱颈纤维环,彻底止血后,吸净内部组织碎块。置入 F20~22 号三腔导尿管,并在气囊中注入剂量为 30 ml 的 0.9%生理盐水。完成上述步骤之后,使用聚维酮碘纱布完成尿道口固定和尿管结扎工作,覆盖时间为 6 h,完成手术之后。常规膀胱冲洗 1~2 d,使用抗生素 3 d,尿管留置时间为 5~7 d。

1.4 观察指标

1.4.1 基线资料以及手术情况记录 护士完整记录患者的基线资料其中包含 IPSS 值、年龄、术前前列腺体积等。依照国外学者 Terris 提出的计算方式计