

周围神经病变的病机主要为素体阴虚、情志失调、饮食不节、劳欲过度等致络气虚滞、肝肾亏虚、脉络瘀阻, 脉络肌肉是其主要病位, 涉及肾、胃、肺等脏器, 因此治疗应以通调气血、疏通经络等为主要原则^[6]。足三里、曲池、合谷属阳明经脉, 具有束骨、利关节功能的作用, 阳明化生的气血濡润对人体骨节筋脉有利, 可促进骨节筋脉运动自如; 太溪穴为足少阴肾经原穴, 针刺可发挥补肝肾、强筋骨效果; 针刺阿是穴则可通调气血、激发经气; 针刺三阴交可行气活血、补益肝肾; 针刺阳陵泉可舒筋活络。诸穴共奏濡养筋脉、益气活血、化瘀通络、通调气血等功效, 达标本兼治之目的^[7]。潘冉^[8]研究显示, 糖尿病周围神经病变患者采用针灸治疗, 可显著提高临床疗效, 改善神经传导速度。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$); 治疗前, 两组胫神经、正中神经的运动神经传导速度和感觉神经传导速度比较均无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后, 观察组胫神经、正中神经的运动神经传导速度和感觉神经传导速度均高于对照组 ($P<0.05$); 治疗前, 两组 SF-36 评分比较无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后, 观察组 SF-36 评

分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。说明针灸治疗糖尿病周围神经病变, 有助于提高临床疗效, 促进患者神经传导速度改善, 并提高其生活质量。这也进一步印证了上述研究结论, 体现了针灸治疗糖尿病周围神经病变的显著应用价值。综上所述, 糖尿病周围神经病变采用针灸治疗, 效果显著, 值得临床推广应用。

参考文献

[1]王杨,刘畅.依帕司他治疗糖尿病周围神经病变的疗效及机制[J].中国老年学杂志,2015,35(1):93-95

[2]王栋才.针灸辅助治疗糖尿病周围神经病变对神经功能恢复及预后的影响[J].上海针灸杂志,2017,36(12):1439-1442

[3]中华中医药学会糖尿病分会.糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南(2016 年版)[J].中医杂志,2017,58(7):625-630

[4]吴名,张蒙,王瑞珉,等.针灸治疗糖尿病周围神经病变临床研究[J].中医学报,2015,30(6):810-812

[5]杨琼玉,刘春华,吴有琴等.益气活血经验方联合针灸对糖尿病周围神经病变患者消极情绪、FPG、2 hPG 及血脂水平的影响[J].湖北中医药大学学报,2015,17(2):32-34

[6]王劲松,黄芪桂枝五物汤联合针灸治疗糖尿病周围神经病变 48 例[J].环球中医药,2017,10(6):647-649

[7]秦丽影.探讨针灸对糖尿病周围神经病变患者神经传导功能的影响[J].糖尿病新世界,2016,19(8):82-83,119

[8]潘冉.针灸治疗糖尿病周围神经病变的疗效对比观察[J].实用中西医结合临床,2017,17(3):55-56

(收稿日期: 2018-07-06)

全麻复合硬膜外麻醉对老年膝关节置换术患者术后的影响

姚玲玲

(河南省平顶山市第二人民医院麻醉科 平顶山 467000)

摘要:目的:观察全麻复合硬膜外麻醉对老年膝关节置换术患者术后苏醒及认知恢复的影响。方法:选取 2016 年 7 月~2017 年 7 月我院收治的 90 例需进行膝关节置换术治疗的老年患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 45 例。对照组患者进行全麻,观察组患者进行全麻复合硬膜外麻醉,比较两组的麻醉用药总量、术后苏醒质量及认知恢复情况。结果:观察组麻醉用药总量为 (288.16 ± 17.40) mg,明显低于对照组的 (362.04 ± 18.61) mg,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组自主呼吸恢复时间、呼之睁眼时间、意识完全清醒时间和拔管时间均明显低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组术后 30 min 时 Steward 苏醒评分高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;术前,两组 MMSE 评分相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;术后 1 d、2 d 和 3 d 时,观察组 MMSE 评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;术后 1 d 和 2 d 时,观察组认知功能障碍发生率均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;术后 3 d 时,观察组 MMSE 评分与术前相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;两组认知功能障碍发生率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。结论:老年患者行膝关节置换术时行全麻复合硬膜外麻醉可有效减少术中麻醉用药总量,降低术后认知功能障碍发生率,提高术后苏醒质量。

关键词: 膝关节置换术;硬膜外麻醉;全麻;麻醉用药总量;苏醒质量

中图分类号:R687.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.015

人工膝关节置换术是指根据人体膝关节形态、结构和功能,应用金属、高分子聚乙烯等材料制成人工假体植入人体的手术方式,是治疗膝关节病变的重要手段,可缓解病痛,重建膝关节,改善膝关节功能^[1]。对于病情严重或是终末期关节炎患者来说,人工全膝关节置换术是一种行之有效的治疗方式^[2]。人工全膝关节置换术多用于老年患者,由于老年人

生理和代谢的特点,麻醉方式的选择会严重影响患者术后的认知和苏醒,若出现认知功能障碍、苏醒时间延长,不利于患者手术预后^[3]。本研究旨在观察全麻复合硬膜外麻醉对膝关节置换术患者术后苏醒及认知恢复的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月~2017 年 7 月

我院收治的 90 例需进行膝关节置换术治疗的老年患者作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 45 例。对照组男 20 例,女 25 例;年龄 60~78 岁,平均年龄(67.64± 8.25)岁;体质量 61.50~72.50 kg,平均体质量(65.34± 6.72) kg;身高 154~176 cm,平均身高(161.24± 8.33) cm;手术时间 146~163 min,平均手术时间(155.42± 20.43) min。观察组男 20 例,女 25 例;年龄 60~79 岁,平均年(68.02± 8.37)岁;体质量 62~72 kg,平均体质量(65.77± 6.52) kg;身高 155~177 cm,平均身高(161.48± 8.27) cm;手术时间 148~169 min,平均手术时间(156.78± 21.04) min。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。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 纳入标准 诊断明确,均需进行人工全膝关节置换术治疗者;ASA 分级为 I~II 级者;年龄>60 岁者;知晓本研究并签订知情同意书者。

1.3 排除标准 伴有重要脏器功能障碍者;长期卧床者;合并凝血功能障碍者;合并全身感染者;伴膝关节结核者;有严重听力障碍或视觉障碍者。

1.4 麻醉方法

1.4.1 术前准备 进入手术室后,建立静脉通路输注复方氯化钠 500 ml,麻醉前给予地塞米松 10 mg 静脉注射、阿托品 0.5 mg 静脉注射;密切监测患者的心率、血压、脉搏、呼吸和血氧饱和度等。

1.4.2 对照组 进行全麻。面罩给氧,静脉注射咪达唑仑(国药准字 H20143222)0.2 mg/kg、芬太尼(国药准字 H20123421)3 μg/kg、丙泊酚(国药准字 H20133360)2 mg/kg 和维库溴铵(国药准字 H20084248)0.08 mg/kg 快速诱导麻醉;给予气管插管,连接麻醉机,控制呼吸 10~12 次/min,吸呼比 1:2,呼气末 PaCO₂ 为 35~45 mmHg、潮气量 10 ml/kg;术中维持麻醉给予丙泊酚 4 mg/(kg·h)静脉泵入,2%异氟醚持续吸入;根据手术情况,间断追加芬太尼 4~6 μg/kg。

1.4.3 观察组 采取全麻复合硬膜外麻醉。于 L₃₋₄ 间隙进行硬膜外穿刺,向头侧置管 4~5 cm,经导管注入 1%利多卡因(国药准字 H20013390)5 ml;观察 10 min,患者无异常且明确导管在位后,给予 0.5%

罗哌卡因(国药准字 H20050325)10 ml 经硬膜外导管注入;麻醉平面稳定后行全麻,全麻方法同对照组。

1.5 观察指标 比较两组的麻醉用药总量、术后苏醒质量及认知恢复情况。(1)苏醒质量包括自主呼吸恢复时间、呼之睁眼时间、意识完全清醒时间、拔管时间及术后 30 min 时 Steward 苏醒评分等指标;(2)认知恢复情况:采用 MMSE 简易智能量表对患者术前和术后的认知功能进行判定,总分 0~30 分;0~18 分为重度认知功能障碍;19~23 分为中度认知功能障碍;24~27 分为轻度认知功能障碍^[9]。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS21.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组麻醉用药总量比较 观察组麻醉用药总量为 (288.16± 17.40) mg,明显低于对照组的 (362.04± 18.61) mg,组间比较,差异有统计学意义, $t=26.630$, $P<0.05$ 。

2.2 两组苏醒质量比较 观察组自主呼吸恢复时间、呼之睁眼时间、意识完全清醒时间和拔管时间均明显低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组术后 30 min 时 Steward 苏醒评分高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组苏醒质量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	自主呼吸恢复时间(min)	呼之睁眼时间(min)	意识完全清醒时间(min)	拔管时间(min)	Steward 苏醒评分(分)
观察组	45	16.15± 3.21	23.26± 3.42	29.15± 4.12	31.22± 5.65	5.47± 0.29
对照组	45	22.25± 4.53	29.96± 4.82	35.03± 4.86	37.11± 6.31	4.78± 0.36
<i>t</i>		12.747	13.141	9.573	6.993	15.960
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组认知恢复情况比较 术前,两组 MMSE 评分相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;术后 1 d、2 d 和 3 d 时,观察组 MMSE 评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;术后 1 d 和 2 d 时,观察组认知功能障碍发生率均低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;术后 3 d 时,观察组 MMSE 评分与术前相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;两组认知功能障碍发生率相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组认知恢复情况比较($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	<i>n</i>	术前	术后 1 d	术后 2 d	术后 3 d
MMSE 评分(分)	观察组	45	28.56± 2.47	24.36± 2.21 ^{#△}	25.71± 1.83 ^{#△}	28.01± 1.98 ^{*△}
	对照组	45	28.63± 2.53	20.54± 2.05 [#]	21.52± 1.77 [#]	24.69± 2.11 [#]
认知障碍发生情况[例(%)]	观察组	45		7(15.56) [△]	3(6.67) [△]	3(6.67) [△]
	对照组	45		15(33.33)	10(22.22)	5(11.11)

注:与本组术前相比较,* $P>0.05$,[#] $P<0.05$;与对照组同时间段比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

目前,多认为老年患者术后苏醒延迟、认知障碍的发生可能与围术期强烈、持续的应激刺激、麻醉药物作用和易感基因等因素综合作用导致中枢神经胶质细胞损伤、神经递质稳态失调有关,加上老年患者可能出现不同程度的脑退行性改变,更易出现术后苏醒延迟和认知障碍,影响其学习和记忆能力,延长术后住院时间,不利于患者预后,同时增加老年痴呆的发生风险^[9]。相关研究显示^[6],麻醉药物、麻醉方法等均为患者术后认知功能障碍发生的危险因素。全身麻醉容易导致麻醉药物在体内蓄积,增加术后呼吸抑制的发生风险,加上手术创伤刺激炎症反应,可能进一步加重神经毒性危害,导致术后认知功能不同程度受损。复合硬膜外麻醉可有效减少全麻用药总量和体内药物残留,且具有良好的术后镇痛效果,可能产生中枢神经和外周神经双重阻滞,减轻手术应激向中枢系统传导,降低炎症反应,稳定内分泌系统,避免应激激素水平的升高,促进患者术后舒适及意识平稳恢复。

本研究结果显示,观察组麻醉用药总量低于对照组,术后苏醒质量高于对照组,认知功能障碍发生率低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。综上所述,老年患者行膝关节置换术时行全麻复合硬膜外麻醉可有效减少术中麻醉用药总量,降低术后认知功能障碍发生率,提高术后苏醒质量。

参考文献

[1]梅雷,涂立刚.腰硬联合麻醉与气管插管全麻应用于人工全膝关节置换术的临床观察[J].中国医药指南,2014,12(34):223-224
[2]李强,陈向阳,冯虎,等.人工膝关节置换术治疗骨关节炎膝外翻畸形临床研究[J].徐州医学院学报,2013,33(11):753-754
[3]刘志莲.硬膜外麻醉与全身麻醉对老年患者术后认知功能的影响[J].检验医学与临床,2013,10(14):1790-1791
[4]陈小涛,刘凌燕,苟莲平,等.老年骨科手术患者行全身麻醉和硬膜外麻醉对术后认知功能的影响[J].中国医药指南,2014,12(24):29-30
[5]Liu J, Ma C, Elkassabany N, et al. Neuraxial anesthesia decreases postoperative systemic infection risk compared to general anesthesia in knee arthroplasty[J]. Anesth Analg, 2013, 117(4): 1010-1016
[6]陈慧君.不同麻醉术式对膝关节置换术后老年患者苏醒时间及认知功能恢复的影响分析[J].中国伤残医学, 2017, 25(4): 66-67

(收稿日期: 2018-06-14)

吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的临床效果

晏江会

(河南省郑州市中牟县人民医院泌尿外科 中牟 451450)

摘要:目的:探讨吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的临床效果。方法:选取我院 2016 年 1 月~2018 年 1 月收治痔疮患者 110 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 55 例。对照组采用传统痔疮切除术治疗,观察组采用吻合器痔上黏膜环切术治疗,比较两组临床疗效、手术相关指标、治疗前后疼痛评分以及术后并发症发生率。结果:观察组临床总有效率明显高于对照组,手术时间、伤口愈合时间、住院时间、术中出血量均显著低于对照组, $P<0.05$;治疗前,两组 NRS 评分比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后,观察组 NRS 评分、并发症发生率均明显低于对照组, $P<0.05$ 。结论:采用吻合器痔上黏膜环切术对痔疮患者实施治疗效果显著,可促进患者康复,改善预后,有较高的安全性,具有临床推广价值。

关键词:痔疮;吻合器痔上黏膜环切术;传统痔疮切除术

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.016

痔疮属于肛肠科常见病,患者多以久坐或久站人群为主,其主要是因患者肛门直肠下段部位组织因重力及脏器压迫,致使静脉向上回流受阻,进而所引发血液淤积的疾病,发病后,患者多可见疼痛、便血等症状,不仅影响患者健康,同时还会给患者心理造成极大负担^[1-2]。目前,手术是临床上治疗痔疮的常用方式,传统的痔疮切除术虽能够在很大程度上改善患者病情,但其创伤性较大,术后容易引起并发症^[3]。随着研究的深入,临床上逐渐将吻合器痔上黏膜环切术应用于该病的治疗中,并取得了一定的效果,故本研究以我院收治痔疮患者为例,旨在探讨吻合器痔上黏膜环切术治疗痔疮的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2016 年 1 月~2018 年 1 月收治痔疮患者 110 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 55 例。对照组男 32 例,女 23 例;年龄 26~66 岁,平均 (38.5 ± 3.5) 岁;观察组男 34 例,女 21 例;年龄 25~65 岁,平均 (37.7 ± 3.8) 岁。两组性别、年龄等一般资料进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:患者均知情同意,并签署知情同意书;患者均对本研究耐受,可配合治疗;患者均意识清醒,无意识障碍或精神疾病。(2)排