

瘀之功。

4 体会

仙方活命饮由金银花、陈皮、防风、赤芍、白芷、当归尾、甘草、贝母、乳香、天花粉、没药、穿山甲、皂角刺组成。其中金银花清热解毒、疗疮；乳香、没药、当归、赤芍则可活血化瘀、消肿止痛；防风、白芷通滞散结，热毒外透；陈皮理气健脾清肺、燥湿化痰；贝母、天花粉清热散结；穿山甲、皂角刺通行经络，透脓溃坚；甘草清热解毒并调和诸药。现代药理学研究表明仙方活命饮可抑制大肠埃希菌和金黄色葡萄球菌的生长，对提高巨噬细胞吞噬功能及降低肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-6 有显著效果，同时可降低毛细血管通透性，从而起到抗感染的功效^[8]。喻文球教授妙用该方加减治疗白血病患者肛瘘、乳腺癌术后胸壁感染及痤疮，均取得了良好效果。临床上喻文球教授还应用该方加减治疗淋证、消化性溃疡、化脓性扁桃体炎等。他认为仙方活命饮是将消、托、补三大法有机融合一体，灵活应用的有效方剂。该方

既应用了解毒清热、解毒祛风、和营消肿、行气化滞、化痰理湿法等消法，又应用了益气托毒、透脓托毒等托法，还应用了补气、补血等补法。应用该方治疗疾病应认识全面和透彻，辨证论治，不可拘泥于方药本身。

参考文献

- [1] 石丽,沙喜,张少军,等.月白散促进肛瘘术后创面愈合临床对照研究[J].吉林中医药,2018,38(1):38-40
- [2] 王建霞,房栩丞.肛瘘术后创面愈合的中医外治法的研究进展[J].新疆中医药,2019,37(2):178-180
- [3] Klein JW.Common anal problems [J].Med Clin North Am,2014,98(3):609-623
- [4] 杨凯昕.王业皇教授诊治高位后马蹄形肛瘘临床经验[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(3):388-390
- [5] 刘宁远,吕灵艳,万冬桂.中医药预防三阴乳腺癌术后复发转移的研究现状[J].中日友好医院学报,2018,32(2):108-110
- [6] 许开拓,杨碧莲,蔡玲玲,等.杨碧莲以仙方活命饮加减治疗囊肿型痤疮经验浅谈[J].中医临床研究 2017,9(18):66-68
- [7] 郝燕,张梁,黄康柏,等.撤针治疗痤疮的理论基础探讨[J].广西中医药大学学报,2018,21(4):53-55
- [8] 胡科科,黄挺.仙方活命饮治疗现代疾病的临床应用与展望[J].新中医,2018,50(1):143-146

(收稿日期: 2019-12-20)

罗哌卡因复合舒芬太尼在老年髌部骨折患者中的应用

马红梅

(河南省平舆县中心医院麻醉科 平舆 463400)

摘要:目的:探讨罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉对老年髌部骨折患者的影响。方法:选取 2018 年 4 月~2019 年 4 月收治的髌部骨折患者 78 例,依照麻醉方案不同分为研究组和常规组,各 39 例。常规组给予气管插管全麻,研究组给予罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉,比较两组不同时间点血流动力学指标,不良反应发生率及术前后简易智力量表评分。结果:研究组切口皮即刻、术毕、苏醒时时间点的平均动脉压、心率水平较常规组低,且研究组平均动脉压、心率水平波动幅度较常规组小($P<0.05$);术后 12 h、24 h 研究组认知功能评分高于常规组($P<0.05$);研究组不良反应发生率 7.69%,与常规组 12.82%比较,无显著性差异($P>0.05$)。结论:罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉对老年髌部骨折患者术中血流动力学影响较小,可减轻患者认知功能损伤,安全性高。

关键词:髌部骨折;罗哌卡因;舒芬太尼;硬膜外麻醉;简易智力量表评分

中图分类号:R683.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.07.051

髌部骨折为骨科常见外伤性骨折,好发于老年人,老年髌部骨折患者多合并肺部、神经系统、心脑血管等疾病,手术风险较高,因此老年髌部骨折患者麻醉方式选择,应以对心肺功能影响小、作用时间短、起效快为主^[1-2]。罗哌卡因属长效酰胺类局麻药,对神经、心脏毒性较低,同时对血流动力学影响较小。舒芬太尼属阿片类镇痛药,具有起效迅速、副作用少等优势。本研究选取我院老年髌部骨折患者 78 例,旨在探讨罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉的临床应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 4 月~2019 年 4 月收治的髌部骨折患者 78 例,依照麻醉方案不同分

为研究组和常规组,各 39 例。常规组男 20 例,女 19 例;年龄 61~78 岁,平均年龄(69.54±3.66)岁。研究组男 21 例,女 18 例;年龄 60~79 岁,平均年龄(68.96±3.71)岁。两组基线资料(性别、年龄)均衡可比($P>0.05$)。本研究经我院医学伦理委员会审核通过。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:经临床表现、X 线检查确诊;年龄 ≥ 60 岁;患者及其家属知晓本研究,并签署知情同意书。(2)排除标准:存在麻醉禁忌证;长期服用抗抑郁、镇静药物;合并血液、免疫系统疾病;存在认知功能不全;对本研究药物过敏。

1.3 麻醉方法 两组均行全髌关节置换术,术前常规禁饮禁食,完善术前准备。患者入手术室后,连接

心电监护仪,密切观察患者血压、脉搏、心率、血氧饱和度等基础生命体征,保持呼吸道通畅,常规氧气吸入,建立上肢静脉通路。

1.3.1 常规组 行气管插管全麻。采用芬太尼(国药准字 H20123297)2~4 μg/kg、咪唑安定(国药准字 H20153019)5~10 mg/kg、维库溴铵(国药准字 H20063122)0.1 mg/kg 行全麻诱导,诱导完成后进行气管插管,维持呼吸频率 10~12 次/min、潮气量 8~10 ml/kg,持续静脉泵注丙泊酚(国药准字 H20051843)5 mg/(kg·h),维持至手术结束。

1.3.2 研究组 行硬膜外麻醉。嘱患者取左侧卧位,于腰椎间隙 L₂~L₃ 行硬膜外穿刺,穿刺至蛛网膜下腔,见脑脊液溢出,注入 2%利多卡因(国药准字 H32023261)3 ml,5 min 后若未见全脊麻特征,于硬膜外腔注入 0.5% 盐酸罗哌卡因(国药准字 H20133181)+50 μg/ml 舒芬太尼(国药准字 H20054172)混合液 10 ml(可根据患者自身情况调整用量)。

1.4 观察指标 (1)比较两组不同时间点血流动力学指标,入室前(T₀)、切皮即刻(T₁)、术毕(T₂)和苏醒时(T₃)的平均动脉压(MAP)、心率(HR)。(2)比较两组术前、术后 12 h、术后 24 h 简易智力量表(MMSE)评分。MMSE 分值范围为 0~30 分,0~10 分为重度认知功能障碍,11~20 分为中度认知功能障碍,21~27 分为轻度认知功能障碍,28~30 分为正常。(3)比较两组不良反应(寒战、胃肠道反应、尿潴留)发生情况。

1.5 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 统计学软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 *P*<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不同时间点血流动力学指标比较 T₀ 时间点,两组 MAP、HR 水平比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);T₁、T₂、T₃ 时间点,研究组 MAP、HR 水平较常规组低,且研究组 MAP、HR 水平波动幅度较常规组小(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组不同时间点血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	n	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃
HR (次/min)	研究组	39	89.23± 6.26	94.12± 6.77*	93.06± 6.60	92.13± 6.19
	常规组	39	90.44± 6.18	99.28± 6.21*	98.44± 6.58	97.26± 6.33
	<i>t</i>		0.861	3.508	3.605	3.618
	<i>P</i>		0.392	0.001	0.001	0.001
MAP (mmHg)	研究组	39	69.12± 7.34	70.22± 7.06	71.26± 7.11	71.06± 7.06
	常规组	39	68.84± 7.11	75.26± 7.19*	75.37± 7.25	74.89± 7.12
	<i>t</i>		0.171	3.124	2.528	2.385
	<i>P</i>		0.865	0.003	0.014	0.020

注:与同组间 T₀ 时间点比较,**P*<0.05。

2.2 两组术前、术后 MMSE 评分比较 术前,两组 MMSE 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);术后 12 h、24 h 研究组 MMSE 评分显著高于常规组(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组术前、术后 MMSE 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后 12 h	术后 24 h
研究组	39	27.56± 1.89	26.59± 1.62	27.15± 1.66
常规组	39	27.32± 1.77	24.39± 1.44	25.98± 1.57
<i>t</i>		0.579	6.339	3.198
<i>P</i>		0.564	0.001	0.002

2.3 两组不良反应发生情况比较 研究组不良反应发生率 7.69%,与常规组的 12.82%比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	寒战	胃肠道反应	尿潴留	总发生
研究组	39	1(2.56)	1(2.56)	1(2.56)	3(7.69)
常规组	39	1(2.56)	2(5.13)	2(5.13)	5(12.82)
χ^2					0.139
<i>P</i>					0.709

3 讨论

随着人口老龄化,我国老年髌部骨折发病率呈逐渐上升的趋势,髌部骨折多由间接外力所致,以股骨颈骨折、股骨转子间骨折最为多见,临床可采取手术治疗,但老年髌部骨折患者因手术耐受力差、神经系统生理功能减退、合并多种基础疾病等,术中易发生强烈应激反应,影响手术顺利进行,因此,老年髌部骨折患者选择合理麻醉方式、药物至关重要^[1]。

气管插管全麻为骨科手术常用麻醉方法,具有操作简单、麻醉效果良好等优势,但气管插管全麻可造成患者支气管痉挛、喉头水肿等,且麻醉深度不易控制,易引起老年髌部骨折患者神经功能损伤^[4]。硬膜外麻醉将药物直接注入硬膜腔,阻断脊神经神经传导作用,对其所支配区域进行暂时性麻痹,与全麻相比,作用范围狭窄,可充分发挥药物镇痛作用,达到良好肌松效果^[5-6]。本研究结果显示,T₁、T₂、T₃ 时间点,研究组 MAP、HR 水平较常规组低,且研究组 MAP、HR 水平波动幅度较常规组小(*P*<0.05),两组不良反应发生率比较无显著性差异(*P*>0.05)。表明罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉对老年髌部骨折患者术中血流动力学影响较小,且安全性高,有利于减少术中危险因素,促进手术顺利完成。罗哌卡因属酰胺类局麻药,通过阻滞神经细胞钠离子通道,可阻断机体神经兴奋传导,具有镇痛、麻醉双重效应。舒芬太尼为 μ-阿片受体激动剂,可直接经人体血脑屏障结合血浆蛋白,具有起效快、镇痛效果好、消除速度快等优势^[7]。二者联合应(下转第 102 页)

的发病率仍在逐年上升。随着科学技术的发展,目前治疗结石的手术方式已逐渐被微创手术所取代。由于微创手术已基本取代外科开放手术,输尿管支架管也成为了泌尿外科疾病治疗过程中不可或缺的一项器材。输尿管支架管质地柔软,具有一定弹性,同时可以弯曲,在泌尿外科内镜手术中普遍使用,可以起到内支撑以及内引流的作用,从而有效地解除患者尿路梗阻,降低手术引起的漏尿及感染发生率。

输尿管支架管作为重要的诊疗工具之一,发挥了良好的作用。但作为一种异物,其不能长时间留置于体内,在留置一段时间后,需要拔出体外。目前,常规的拔管方法需借助硬性膀胱镜,此种方式会给患者带来较大的痛苦,尤其是男性患者,需借助局麻甚至全麻来减轻疼痛,而且在拔管过程中,会造成尿道黏膜、组织的损伤,增加出血和感染的风险^[6]。有研究表明,当膀胱镜刺激尿道外括约肌时,患者表现出的疼痛感是最强烈的,尿道外括约肌是男性患者疼痛感最强烈的部位^[7]。为了解决这一问题,有人提出了不需要拔管操作的支架管,即生物可降解支架管,但至今尚未发现和找到一种较理想的可降解材料,也无一套可降解支架管进入临床,可降解支架管还无法在临床上广泛应用。鉴于此,近年来许多学者将目光投向改进、简化拔管方法,这类研究逐渐增多,如徒手牵引线拔管法、磁吸附支架管拔除法、膀胱内或前尿道内牵引线拔管法、软性膀胱镜拔管法以及环套式拔管法等^[8]。以上诸多方法在初步验证中呈现了良好的效果,但因其各自存在的一些问题仍需要继续改进。

近年来,我科尝试在输尿管硬镜下拔除输尿管支架管,取得了较好的临床效果。在临床实际操作方面,输尿管硬镜与膀胱镜拔除输尿管支架管所用时间差异不显著。本研究中,输尿管硬镜组平均操作时间为(1.50±0.62) min,与膀胱镜组的(1.50±

0.60) min 比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。疼痛评分方面,输尿管硬镜组轻、中度疼痛患者的比例显著高于膀胱镜组,差异有统计学意义($P<0.05$);输尿管硬镜组重度疼痛患者的比例显著低于膀胱镜组,差异有统计学意义($P<0.05$);输尿管硬镜组平均疼痛评分低于膀胱镜组,差异有统计学意义($P<0.05$)。表明采用输尿管硬镜拔除支架管可以较明显地减轻患者术中的疼痛感,分析主要原因可能与输尿管直径偏细,在经过尿道外括约肌时产生的疼痛刺激感偏低有关。当然本研究仍然存在着较多局限性,在试验对象以及拔管方式的选择方面是非盲的,同时疼痛评分的不确定因素较多,这些都可能对此次研究结果产生一定影响。

综上所述,随着输尿管支架管在临床上的应用日益广泛,围绕拔管方法进行不断地改进和完善具有重大的意义。随着各种技术的创新,已经取得了一定的进展,如何设计出一种更为理想的支架管及拔管方法尚需后期不断的研究。

参考文献

- [1]Finney RP.Experience with new double J ureteral catheter stent[J].J Urol,1978,120(6):678-681
- [2]Adams LG.Nephroliths and ureteroliths: a new stone age [J].N Z Vet J,2013,61(4):212-216
- [3]Ouyang Q,Duan Z,Jiao G,et al.A biomimic reconstituted high-density-lipoprotein-based drug and p53 gene co-delivery system for effective antiangiogenesis therapy of bladder cancer[J].Nanoscale Res Lett,2015,10(1):965
- [4]刘杰,王伟.同侧输尿管腔内留置两根双J管在上尿路手术中的应用进展[J].中国综合临床,2018,34(2):183-185
- [5]Taylor WN,McDougall IT.Minimally invasive ureteral stent retrieval [J].J Urol,2002,168(5):2020-2023
- [6]金重睿,撒应龙,张炯,等.膀胱软镜在骨盆骨折后尿道狭窄患者中的应用及疼痛耐受性研究[J].中国内镜杂志,2017,23(1):15-19
- [7]Chen YT,Hsiao PJ,Wong WY,et al.Randomized double-blind comparison of lidocaine gel and plain lubricating gel in relieving pain during flexible cystoscopy[J].J Endourol,2005,19:163-166
- [8]胡文刚,黄赤兵.输尿管支架管拔管方法的改进[J].临床泌尿外科杂志,2016,31(3):288-291

(收稿日期:2020-01-20)

(上接第 100 页)用可有效发挥协同麻醉作用,提高镇痛效果,减少麻醉药物用量,有助于缩短患者术后苏醒时间,减少神经系统损伤。本研究结果显示,术后 12 h、24 h 研究组 MMSE 评分显著高于常规组($P<0.05$),可见罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉可减少老年髋部骨折患者认知功能损伤。综上所述,罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉对老年髋部骨折患者术中血流动力学影响较小,可减轻患者认知功能损伤,安全性高。

参考文献

- [1]中华医学会麻醉学分会老年人麻醉学组.中国老年髋部骨折患者

- 麻醉及围术期管理指导意见[J].中华医学杂志,2017,97(12):897-905
- [2]郭永智,徐宇航,王晓伟,等.老年髋部骨折类型、治疗方法与死亡率及其相关危险因素分析[J].北京医学,2017,39(2):134-137
- [3]戴少彬,赖燕云,黄琪玲,等.罗哌卡因蛛网膜下腔阻滞对超高龄髋关节患者术后认知功能的影响[J].东南国防医药,2017,19(6):633-635
- [4]鲍宏伟,严力生,陈红梅,等.麻醉选择对老年人髋部骨折术后谵妄的影响[J].中国骨与关节损伤杂志,2016,31(4):393-394
- [5]张金辉.罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉在老年胫腓骨骨折内固定术中的应用研究[J].浙江创伤外科,2016,21(5):987-988
- [6]李云翔.罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外麻醉在腹腔镜卵巢囊肿切除术中的应用[J].中国计划生育学杂志,2016,24(9):614-616
- [7]王利刚.不同剂量舒芬太尼复合丙泊酚对行开腹胆囊切除术老年患者呼吸循环及认知功能的影响[J].医学临床研究,2018,35(7):1409-1411

(收稿日期:2019-12-06)