

椎管内阻滞对麻醉深度的影响

许成鑫

(江阴市徐霞客医院手术室 江苏无锡 214407)

摘要:目的 对椎管内阻滞关于麻醉深度的作用进行深入探索;方法 自 2018 年 8 月至 2019 年 1 月来我院行阑尾疝气术的病人中任意抽取 52 人进行分析,并明确为二个小组,对照组引入全麻方法,观察组引入 CEGA 方法,比较了二个小组病人的各项数据;结果 手术过程中,观察组病人只需较少的时间即恢复意识并完成了拔管;结论 CEGA 方法不同于传统全麻方法,其麻醉深度不深,而且可以不会影响手术的顺利实施。

关键词:椎管内阻滞;麻醉深度;影响

在过去较长时期内,手术病人通常采取全麻措施,传统全麻措施不会对手术过程中造成的刺激形成完全隔离,因此病人脑垂体与肾上腺髓质会分泌一定数量的应激物质,会造成手术病人产生各种不良反应,引发手术病人出现各种不适现象,不利于手术的顺利实施。硬膜外阻滞-气管内插管联合麻醉简称为 CEGA,应用这种方法可以防止出现上述各种不良现象,当前,虽然在临床治疗中已经大量引入联合麻醉措施,但较少研究涉及联合麻醉的麻醉深度,笔者为了深入探索椎管内阻滞对麻醉深度的影响,自 2018 年 8 月至 2019 年 1 月来我院行阑尾疝气术的病人中任意抽取 52 人进行分析,主要过程如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

自 2018 年 8 月至 2019 年 1 月来我院行阑尾疝气术的病人中任意抽取 52 人进行分析,并应用随机抽取的方法明确为二个小组,二个小组人数相同,对照组 26 人,年龄处于 41-67 岁之间,年龄平均为 57.48 岁,体重均值为 61.36 千克。观察组 26 人,年龄处于 41-66 岁之间,年龄平均为 57.89 岁,体重均值为 61.45 千克。经认真调查,全部参与研究病人手术前不存在饮酒与吸烟问题,精神状态良好,手术前也没有发现内脏器官病变问题,比较二个小组病人的基本数据,没有发现显著不同,表明此研究具有较强的说服力。

1.2 研究方法

手术前,二个小组病人全部引入苯巴比妥钠 0.1 毫克与东莨菪碱 0.3 毫克行肌肉注射。进入手术室内,在病人一侧上肢行输液措施,并为其输入乳酸钠林格氏液。二个小组病人全部采取硬膜外穿刺措施,要求病人采取平躺的姿势,在病人建立静脉通道的上肢行桡动脉处穿刺置管,并立即测量病人血压记录在案。

对照组应用全麻措施,观察组应用 CEGA 措施。二个小组病人全部在麻醉诱导前 20 分钟自硬膜外注射药物。对照组病人自硬膜外注射进 8 毫升的生理盐水,观察组病人自硬膜外注射进 8 毫升的布比卡因,并在以后的时间内,每间隔 1 小时自硬膜外注射药物 4 毫升一次,在手术结束前 1 小时不再注射药物。二个小组病人采取相同的麻醉诱导用药:咪唑安定 0.1mg/kg、芬太尼 4 μ g/kg、异丙酚 1mg/kg、司可林 1mg/kg。经插管给予维库溴铵 0.1mg/kg,随后取麻醉诱导药依据 0.1% 的浓度以每分钟 1 μ g/kg 的速度泵入。手术过程中,异丙酚的数量不要过多,假如发现病人的血压与心跳次数与正常值相差较多,则需再次减慢异丙酚的输入速度,并结合病人的实际表现为其提供一定数量的血管活性药物。手术过程中注射芬太尼时不得采取连续注射的方法,要每隔一段时间注射一次,而且要合理控制使用数量,要保证处于 10 μ g/kg 以下。完成手术后,假如病人精神状态较好,意识较为清醒,观察其潮气量处于 6ml/kg 以上,则表明其反射功能得到了一定恢复,可以将其作为是否拔管的依据,及时为病人拔除导管。

1.3 观察指标

对二个小组病人停药、意识恢复、清醒、拔管等各类时间进行记录。并记录二个小组病人诱导前后、停药到意识恢复、清醒、拔管的脑电双频谱指数值。

2 结果

2.1 比较二个小组诱导前后 BIS 值

二个小组病人在静脉诱导后、插管时、插管后与诱导前的脑电双频谱指数值存在较大不同。

2.2 比较二个小组意识正常、清醒与拔管等各种现象的时间

观察组病人自停药到意识正常、清醒、拔除导管用的时间较短,对照组病人自停药到意识正常、清醒、拔除导管用的时间较多。进一步表明联合麻醉措施对病人的麻醉深度较浅。

3 讨论

传统全麻措施不会对手术过程中造成的刺激形成完全隔离,因此病人脑垂体与肾上腺髓质会分泌一定数量的应激物质,会造成手术病人产生各种不良反应,引发手术病人出现各种不适现象,不利于手术的顺利实施。而如果单一使用硬膜外阻滞的方法也会出现各种风险,在手术过程中会引发病人出现内脏刺激痛,进一步使病人出现恶心、呕吐等不良反应,同样会阻碍手术的稳定运行。

硬膜外阻滞-气管内插管联合麻醉是一种出现时间不长的新型麻醉方法,当前快速应用于临床治疗中。其用药不拘一格,可以在明确病人病情的基础上,全面发挥硬膜外阻滞与全麻的优点,二者间扬长避短,防止病人出现不良反应。联合麻醉可以保证麻醉效果,同时能够缓解病人疼痛,防止病人肌肉处于紧张状态,杜绝应激现象的出现,减少全麻药物的使用,手术结束后病人只需较少时间即意识正常,不会出现剧烈疼痛,因此适合在较大范围内宣传。

本研究中,二个小组病人在诱导前的 BIS 值没有发现显著不同,实施静脉诱导以后, BIS 值出现了显著减少。结果表明,为手术病人引入诱导药物可以对病人的中枢神经系统进行一定的诱导,引导其进入一定的麻醉状态,有利于解决病人实施气管插管时出现的不良问题。

本研究中,手术过程中二个小组病人的 BIS 值没有发现显著不同,观察组病人自停药到意识正常、清醒、拔除导管用的时间较少,对照组病人自停药到意识正常、清醒、拔除导管用的时间较多。进一步表明联合麻醉措施对病人的麻醉深度较浅。为病人引入联合麻醉措施后,病人不会陷入深度全麻状态,其意识极易恢复,说明联合麻醉措施与传统全麻措施相比,其麻醉深度不深。

总之,通过比较上述二种麻醉方法,联合麻醉措施只需投入较少的药量,手术完成后只需较短的时间即可恢复意识,麻醉深度不深,表明联合麻醉措施比传统全麻措施具有一定的优点,是一种适合在较大范围内宣传的方法。

参考文献:

- [1] 张宏鹏.麻醉深度用于幕上肿瘤切除术麻醉监测的价值[D].山西医科大学 2019(05)
- [2] 夏秋.Narcotrend 监测下不同麻醉深度对老年高血压患者全麻插管时血流动力学的影响[D].吉林大学 2018(12)
- [3] 王馨.两种麻醉深度在老年患者腹部手术中的应用效果[D].华北理工大学 2018(15)
- [4] 陈星曲.麻醉深度与术后认知功能障碍的相关性研究[D].西南医科大学 2018(08)
- [5] 盛凡.麻醉深度对老年患者术后认知及 Klotho 蛋白的影响[D].延边大学 2017(09)