

# B超引导下髂筋膜阻滞在老年骨折方面的应用

王芳

(63680 部队医院麻醉科 江苏江阴 214400)

**摘要:**目的 研究 B 超引导下髂筋膜阻滞 (FICB) 对于老年骨折患者疼痛的缓解作用以及对于并发症的治疗作用。方法 将 100 位老年患者随机分组, 一组为静脉组, 一组为阻滞组, 每组为 50 名患者。静脉组的镇痛方法为术后镇痛泵静脉输注镇痛, 阻滞组的镇痛方法为术前超声引导下 FICB 为患者注射配比 0.25% 布比卡因 30ml, 手术后采用髂筋膜置管连续阻滞术后自控镇痛。结论 B 超引导下 FICB 对于老年人骨折具有良好的康复效果, 不仅能够帮助病患缓解疼痛, 而且能够减少高凝、炎症等症状, 降低了并发症的发生概率, 较大程度上促进患者尽快康复。

**关键词:** 超声引导; 髂筋膜阻滞; 股骨近端骨折; 老年患者

股骨骨折患者多为老年病患, 围术期不良应激反应可导致术后并发症的发生, 术后镇痛可缓解术后疼痛, 减少围术期应激反应利于病患尽早恢复身体健康<sup>[1]</sup>。本文对我院接受治疗患者实施髂筋膜阻滞治疗, 对 2018 年 1 月至 2021 年 1 月期间接受该方式治疗的患者与采用静脉镇痛治疗方式的患者作比较, 对二者进行详细分析, 以此研究髂筋膜阻滞对患者的康复作用, 具体情况如下:

## 1 资料与方法

2. 病例选择 病例选择采用标准: ①股骨近端骨折; ②年龄 60 岁 ~ 80 岁的病人, 无精神病史, ASA 分级 I ~ II 级; ③病患或者其亲人完全了解此次手术, 并签同意书; ④病患接受治疗之前未接受过抗凝、抗感染、炎症等治疗, 且无免疫情况。排除标准: ①合并严重心、肺、肝、肾等器质性病变者; ②对本次研究所使用的药物过敏; ③存在凝血功能异常或者具有严重的出血倾向等; ④未能全程参与的患者。

1.2 病例资料 病例资料共选取 60 岁至 80 岁之间的高龄患者共 100 名, 男女比例为 14: 11。随机分为阻滞组与静脉组各 50 例。阻滞组采用 B 超引导下髂筋膜阻滞镇痛, 静脉组采用静脉镇痛。对上述两组的一般资料经统计分析差异不明显 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.3 治疗方法 ①阻滞组: 患者入室后, 建立静脉通道, 常规监测血压、心率、心电图、血氧饱和度。患者取平卧位, 皮肤消毒, 将高频超声探头放置在腹股沟中点处, 探头方向与腹股沟平行, 左右扫动, 先找到股动脉, 然后再沿股动脉向外侧移动扫描, 直到可以显示股动脉、髂腰肌以及髂筋膜的位置, 以平面内法在探头外侧进针, 超声下看见髂筋膜折断, 针尖位于髂筋膜下方, 回抽无血, 注入 1-2ml 生理盐水再次确认针尖的位置后, 套 8cm 导管于皮下穿出固定, 注入配比为 0.25% 罗派卡因 30ml, 确定阻滞有效且无异常情况后开始气管插管全麻。依次静脉注射咪唑啉 0.01 ~ 0.03mg/kg、依托咪酯 0.2 ~ 0.3mg/kg、舒芬太尼 0.2 ~ 0.5  $\mu$ g/kg、顺式阿曲库 0.15mg/kg, 麻醉诱导后行气管插管并进行机械通气, 观察呼吸参数变化, 将呼气末 CO<sub>2</sub> 分压控制在为 35 ~ 45mmHg, 心电监测, 确保心率、血压、脉搏等各项指数处于正常范围。手术完成后连接上海博创镇痛泵, 容量为 100ml 混合液, 药物配比为: 0.25% 罗派卡因共 100ml, 持续量 5ml/h, PCA 量 1ml, 锁定时间 15min, ②静脉组: 该组患者除了未接受 B 超引导下髂筋膜阻滞方式的诊治之外, 其麻醉方法与前者相同, 术后镇痛为静脉镇痛, 药物配比为芬太尼 0.02mg/kg+生理盐水注射液 100ml, 锁定时间为 15 分钟 PCA 量 0.5ml, 持续量为 2ml/h。

1.4 观察指标 ①在术毕的 6 小时、1 小时及 4 小时, 对患者进行 VAS 评分; ②术毕 4 小时, 检测患者的血清白介素-6 (IL-6)、纤维蛋白原 (FIB) 数值, 并查看肿瘤坏死因子  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、D-二聚体 (DD) 是否处于正

常范围; ③观察病人的胃肠道蠕动是否正常, 统计下床活动时间与康复时长, 检查术后有无并发症。

1.5 统计学处理应用 通过 SPSS 0.0 软件分析数据, 通过卡方检验与 t 检验分别处理计数资料和计量资料。

## 2 结论

全膝关节置换术、半膝关节置换术、骨折切开复位术皆对老年骨折具有良好的治疗效果。然而术后的疼痛反应与并发症对患者快速恢复具有阻碍作用。根据相关研究, 上述手术会对肾脏升压调节体系造成极大影响, 使血管升压素分泌过多, 并且还会影响交感-肾上腺髓质系统、下丘脑垂体系统, 肾上腺糖皮质激素、儿茶酚胺也随之增加, 应激反应对创伤恢复具有一定的促进作用, 但是根据相关研究, 过渡分泌激素会阻碍老年患者的康复。创伤后出现的应激反应随创伤程度的增加而增加, 老年患者的器官逐渐老化, 激素的过度分泌, 则会导致炎症或者导致病患处于高凝状态, 使患者的血管内皮受损, 减缓血流速度, 使并发症的发生概率上升, 且减缓康复速度。所以现在通常采用静脉镇痛的方式缓解下肢手术后的疼痛。B 超引导下 FICB 能够减少患者术后患股外侧皮神经炎的概率, 对患者疼痛具有明显的缓解作用, 具有良好的镇痛效果。目前, 对于老年骨折的术后镇痛, 医学界尚未建立统一标准, 因此, 应采用安全有效的方式进行术后镇痛。

本文主要对两种镇痛方法进行对比, 通过对阻滞组、静脉组两组患者在手术后 6 小时、1 小时、4 小时的各项数据进行比较后得知, 阻滞组的 VAS 评分比静脉组更低, 同时术后 4h 血清 FIB、IL-6、DD、TNF- $\alpha$  水平也更低。通过 B 超引导更容易区分股部肌肉、髂腰肌筋膜、髂筋膜与髂筋膜间隙内的神经与血管, 以确保药物精准注射; 有助于阻断疼痛, 增加镇痛效果, 减少病人的各种应激反应, 比如, 炎症、高凝、手术后疼痛等。根据研究数据, 从两组下床活动与胃肠道蠕动恢复情况来看, 阻滞组明显比静脉组情况更好, 且住院时间更短, 从发症发生率来看, 前者比后者小, 这意味着 FICB 对老年骨折患者具有明显的术后镇痛效果, 不仅如此, 该方式的药物主要在手术周围区域发生作用, 能够较大程度减少并发症。综上所述, B 超引导下 FICB 能够帮助老年骨折患者减轻术后疼痛, 降低应激反应, 同时预防并发症且安全可靠, 对患者尽早康复具有积极意义, 该方法具有较高的临床价值。

## 参考文献:

- [1] 吕永望. 对比分析全凭静脉全麻与腰硬联合麻醉 (CSEA) 对高龄患者下肢骨科术后认知功能障碍发生的影响 [J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(6): 175 - 177.
- [2] 张建军. 不同麻醉方法对下肢骨折手术患者的循环功能影响对比 [J]. 中国医学创新, 2015, 12(16): 33 - 35.