

[J]. 中国社区医师, 2020, 36(25): 61-62.

[4] 郝媛, 李小娟, 穆鑫, 等. 宫安康分别联合球囊与宫内节育器对中重度宫腔粘连冷刀分离术后宫腔形态及再粘连的影响[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(20): 3416-3419.

[5] 查锦芬, 宋华梅, 佐满珍. 新型透明质酸凝胶预防妊娠中期清宫术后宫腔粘连的研究[J]. 公共卫生与预防医学, 2019, 30(3): 135-137.

[6] 刀双婷, 徐继跃, 肖娴, 等. 基于数据挖掘的当代中医治疗宫腔粘连的用药规律研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(11): 1197-1201.

[7] 杨娟, 徐伏兰, 王军. 宫腔粘连分离术后辅助不同方案的治疗效果及术后妊娠[J]. 中国计划生育学杂志, 2021, 29(3): 474-477.

[8] 齐红明. 宫腔镜粘连电切手术联合超声监护治疗子宫粘连综合征患者的临床效果[J]. 中国当代医药, 2021, 28(9): 100-102.

[9] 程世花, 施如霞, 陈继明, 等. 自交联透明质酸凝胶预防对人工流产术后月经情况影响的研究[J/CD]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(22): 9-11.

[10] 李友荣, 王仲奇. 宫腔镜电切术与单纯刮宫术治疗复发性子宫内膜息肉的效果对比分析[J]. 解放军医药杂志, 2018, 30(3): 88-90.

[11] 陈双凤, 伊丽奇, 那日苏. 透明质酸钠凝胶对人工流产后宫腔粘连的预防作用[J/CD]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2018, 5(3): 22-23.

[12] 祝俊, 何茶英. 稽留流产后使用交联透明质酸钠凝胶预防宫腔粘连的临床疗效[J]. 浙江实用医学, 2020, 25(4): 280-282.

[13] 孙利华. 宫腔粘连术后联合使用宫安康及雌孕激素预防再粘连的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(9): 154-155.

(收稿日期: 2021-11-03 修回日期: 2022-03-27)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 14. 029

股神经联合坐骨神经阻滞麻醉在大隐静脉曲张剥脱术中的临床应用效果

孔祥云, 隋 成, 周 晶, 崔金花

大连大学附属新华医院麻醉科, 辽宁大连 116021

摘要:目的 分析临床大隐静脉曲张剥脱术中应用股神经联合坐骨神经阻滞麻醉的临床效果。方法 选择 2019 年 9 月至 2020 年 9 月该院行大隐静脉曲张剥脱术治疗的 80 例患者为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组与观察组, 对照组采用蛛网膜下腔阻滞联合硬脊膜外腔阻滞麻醉, 观察组采用股神经联合坐骨神经阻滞麻醉。记录比较两组麻醉的效果, 以及术中镇痛及镇静药物、血管活性药物使用情况。比较两组患者在麻醉前和麻醉后 5、10、30、60 min 时间点的收缩压(SBP)、舒张压(DBP)和心率(HR), 以及术后疼痛视觉模拟(VAS)评分和不良反应的发生率。结果 观察组、对照组麻醉优良率分别为 97.50%、100.00%, 两组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 两组镇痛及镇静药物的使用率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 对照组血管活性药物使用率明显高于观察组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组组内比较: SBP 在麻醉后 5、10、60 min 与麻醉前比较, 差异有统计学意义($P<0.05$); 而 DBP 和 HR 在麻醉后 5、10、30、60 min 与麻醉前比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组组内比较: HR、SBP、DBP 在麻醉后 5、10、30、60 min 与麻醉前比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组恶心和尿潴留的发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 而两组呕吐发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 观察组不良反应总发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 临床对大隐静脉曲张剥脱术患者使用股神经联合坐骨神经阻滞麻醉的效果明显, 并且能提供较好的镇痛效果, 不良反应发生率低。

关键词:神经传导阻滞; 股神经; 坐骨神经; 大隐静脉曲张剥脱术

中图分类号:R614.4 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2022)14-1992-04

临床中对大隐静脉曲张多采用大隐静脉曲张剥脱术进行治疗, 而该术麻醉时多采用传统的椎管内麻醉。近几年, 在超声与神经刺激仪帮助下的神经阻滞麻醉得到广泛的应用, 并提升了麻醉效果与准确性^[1-2]。与传统的椎管内麻醉方法相比, 神经阻滞麻醉应用于手术中使患者血流动力学指标较为平稳, 并且不良反应发生率也较低^[3-4]。本研究选择 2019 年 9 月至 2020 年 9 月在本院行大隐静脉曲张剥脱术治疗的 80 例患者进行研究, 探讨股神经联合坐骨神经阻滞麻醉的使用效果, 现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 9 月至 2020 年 9 月于本院进行大隐静脉曲张剥脱术治疗的 80 例患者为研究对象。(1)纳入标准: ①所有患者符合《下肢静脉疾病诊断与治疗》^[5]中对大隐静脉曲张的诊断标准; ②无手术禁忌证; ③无精神疾病。(2)排除标准: ①存在

局部麻醉药物过敏史;②存在凝血功能障碍;③伴有外周神经系统疾病;④对本研究所使用麻醉药物有不良反应;⑤存在意识障碍。按照随机数字表法将 80 例患者分为观察组与对照组,每组 40 例患者。对照组中男 28 例,女 12 例;年龄 35~75 岁,平均(54.14±4.25)岁;美国麻醉医师协会(ASA)分级Ⅰ级 4 例,Ⅱ级 14 例,Ⅲ级 22 例。观察组中男 29 例,女 11 例;年龄 36~78 岁,平均(56.52±5.27)岁;ASA 分级Ⅰ级 3 例,Ⅱ级 16 例,Ⅲ级 21 例。两组各项基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有研究对象均签署知情同意书,本研究经本院医学伦理委员会审批通过。

1.2 方法 对照组:帮助患者采取侧卧位,且患肢向下,消毒后在 L3 和 L4 间隙下进行蛛网膜下腔和硬脊膜外腔穿刺,操作成功后注入 0.75%罗哌卡因 1.0~1.5 mL 及 10%葡萄糖注射液 0.5 mL,然后退出蛛网膜下腔阻滞针,再向头端置入硬脊膜外导管 3~5 cm,回抽显示无血后再对导管进行固定^[6-7]。术中密切监测患者各项生命体征指标,如血压降低高于基础值的 30%则应用药物和加快补液来纠正。观察组:取仰卧位后先进行股神经阻滞,采用超声探头探查股动脉或股神经的准确位置,然后在大腿的外侧经外向内朝股神经采用平面内技术进针,再设定神经刺激仪的参数,即电流 1 mA、频率 2 Hz、波宽 0.3 ms,在电流为 0.3~0.5 mA 时,其产生的刺激致使股四头肌节出现节律性收缩,经回抽显示无血后使用 0.5%罗哌卡因 1~2 mL,当显示麻醉药物于神经周围扩散后,再次给予 0.5%罗哌卡因 15 mL,使麻醉药物包绕神经。然后经腓窝入路进行坐骨神经阻滞麻醉,采用超声探头探查坐骨神经,同样经外向内朝坐骨神经采用平面内技术进针,再设定神经刺激仪的参数,即电流 1 mA、

频率 2 Hz、波宽 0.3 ms,在电流为 0.3~0.5 mA 时,其产生的刺激致使小腿后方肌肉与脚趾节出现节律性收缩,经回抽显示无血后使用 0.5%罗哌卡因 1~2 mL,当显示麻醉药液于神经周围扩散后,再次给予 0.5%罗哌卡因 15 mL,使麻醉药物包绕神经^[8-9]。

1.3 观察指标 记录两组麻醉的效果,以及术中镇痛镇静药物、血管活性药物使用的详细情况。比较两组患者在麻醉前和麻醉后 5、10、30、60 min 时间点的收缩压(SBP)、舒张压(DBP)和心率(HR),以及术后疼痛视觉模拟(VAS)评分和不良反应的发生率。麻醉效果判定标准为:Ⅰ级,无痛安静、肌松满意;Ⅱ级,效果较满意且不需要使用辅助药物;Ⅲ级,疼痛较明显,效果不佳,需要使用辅助药物;Ⅳ级,麻醉失败,须改变麻醉方法。Ⅰ、Ⅱ级表示麻醉效果优良。术后 6、12、24、48 h VAS 评分满分 10 分,得分越低表明镇痛效果越好。不良反应为 48 h 内发生恶心、呕吐、尿潴留的情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据处理及统计分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,对组内各个时间点的检测结果比较采用重复测量方差分析;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者麻醉效果及辅助药物使用情况比较 观察组、对照组麻醉优良率分别为 97.50%、100.00%,两组比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.610$, $P=0.540$);两组镇痛及镇静药物的使用率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.210$, $P=0.644$);对照组血管活性药物使用率明显高于观察组,差异有统计学意义($\chi^2=4.505$, $P=0.034$)。见表 1。

表 1 两组患者麻醉效果及辅助药物使用情况比较[n(%)]

组别	n	麻醉效果				麻醉优良情况	镇痛及镇静药物使用	血管活性药物使用
		Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级			
观察组	40	30(75.00)	9(22.50)	1(2.50)	0(0.00)	39(97.50)	3(7.50)	0(0.00)
对照组	40	38(95.00)	2(5.00)	0(0.00)	0(0.00)	40(100.00)	2(5.00)	6(15.00)

2.2 不同时间点的血压、HR 比较 对照组组内比较:SBP 在麻醉后 5、10、60 min 与麻醉前比较,差异有统计学意义($P<0.05$);而 DBP 和 HR 在麻醉后 5、10、30、60 min 与麻醉前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组组内比较:HR、SBP、DBP 在麻醉后 5、10、30、60 min 与麻醉前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

2.3 两组术后 VAS 评分比较 观察组术后 12、24 h

的 VAS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);而两组术后 6、48 h 的 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

2.4 两组术后不良反应比较 观察组恶心和尿潴留的发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);而两组呕吐发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组不良反应总发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 2 不同时间点的血压、心率比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	HR (次/分)	SBP (mm Hg)	DBP (mm Hg)
观察组	40			
麻醉前		68.25±9.85	135.67±10.28	76.27±9.20
麻醉后 5 min		69.58±10.47	132.58±9.18	77.25±10.01
麻醉后 10 min		68.96±10.98	134.10±10.55	78.16±9.36
麻醉后 30 min		69.24±10.05	137.67±9.30	79.16±9.88
麻醉后 60 min		68.82±9.92	135.20±9.61	81.24±9.55
对照组	40			
麻醉前		72.69±10.22	140.05±9.23	74.22±9.04
麻醉后 5 min		74.15±9.58	130.11±10.66*	73.67±10.82
麻醉后 10 min		75.52±10.37	129.46±10.22*	74.55±9.61
麻醉后 30 min		76.16±9.88	133.55±10.73	72.64±8.66
麻醉后 60 min		75.88±9.57	126.16±11.25*	76.34±8.95

注:与同组麻醉前比较,* $P<0.05$ 。

表 3 两组术后 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	<i>n</i>	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
观察组	40	1.31±1.02	1.45±1.06	1.39±0.99	1.52±0.65
对照组	40	1.42±0.95	4.05±1.22	4.34±0.85	1.59±0.84
<i>t</i>		0.499	10.175	14.299	0.417
<i>P</i>		0.619	<0.001	<0.001	0.678

表 4 两组术后不良反应比较[<i>n</i> (%)]					
组别	<i>n</i>	呕吐	尿潴留	恶心	总发生
观察组	40	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)
对照组	40	2(5.00)	6(15.00)	4(10.00)	12(30.00)
<i>t</i>		2.051	4.507	3.853	8.658
<i>P</i>		0.152	0.034	0.035	0.003

3 讨 论

伴随麻醉技术的不断发展,临床中应用神经阻滞麻醉的手术越来越多^[10-11]。和传统的全身麻醉、椎管内麻醉比较,神经阻滞麻醉不良反应发生率更低,并且对患者血流动力学指标造成的影响更小^[12]。临床对患有大隐静脉曲张的患者多采用大隐静脉曲张剥脱术进行治疗,该手术的范围基本在大腿前内侧,手术麻醉多使用蛛网膜下腔阻滞联合硬脊膜外腔阻滞麻醉^[13]。而上述麻醉方法主要对对应节段的交感神经进行阻滞,进而容易导致容量血管进一步扩张,由此造成回心血量减少和血压降低,进而导致血流动力学不稳定^[14]。相关研究显示,大隐静脉曲张多在小腿侧,而此区域多由股神经与坐骨神经支配^[15]。

股神经为混合神经,股神经阻滞能够有效阻滞下肢部分交感神经纤维,而且不会产生全身性的低血

压,更不会影响下肢的血流。坐骨神经主干阻滞对交感神经无影响,因此股神经和坐骨神经阻滞对因血流动力学指标波动产生不良后果的患者是有益的。而本研究结果表明,两组患者整体麻醉优良率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),说明股神经联合坐骨神经阻滞麻醉的效果同样明显。对照组中 SBP 在麻醉后 5、10、60 min 与麻醉前比较,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组中 HR、SBP、DBP 在麻醉后 5、10、30、60 min 与麻醉前比较,差异无统计学意义($P>0.05$),说明采用股神经联合坐骨神经阻滞麻醉对于血流动力学指标造成的影响更小。超声引导神经阻滞给患者带来了满意的麻醉效果,并且可以提供更好的术后镇痛效果,患者术后早期便可以自行活动。本研究中,观察组术后 12、24 h 的 VAS 评分明显低于对照组($P<0.05$),说明观察组的股神经联合坐骨神经阻滞麻醉效果更好。另外,观察组恶心和尿潴留的发生率低于对照组($P<0.05$),可能与观察组的药物对于患者造成的影响更小有关;而两组呕吐发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

综上所述,临床对大隐静脉曲张剥脱术患者使用股神经联合坐骨神经阻滞麻醉的效果明显,与蛛网膜下腔联合硬脊膜外腔阻滞麻醉的效果基本相同,但其能提供更好的镇痛效果,且不良反应发生率低,可以在临床适当推广。

参考文献

[1] 李勇,黄天丰,高巨,等.罗哌卡因坐骨神经联合股神经阻滞用于全膝关节置换患者术后镇痛的效果[J].江苏医药,2019,45(9):880-882.

[2] LIU C. Anesthetic effects of sciatic nerve block and femoral nerve block guided by ultrasound and nerve stimulator in high ligation and stripping of great saphenous vein[J]. Clin Res Med,2017,34(8):1515-1517.

[3] 梁健华,何仲贤,董静毅,等.超声引导股神经联合坐骨神经阻滞用于老年膝关节镜手术效果观察[J].海南医学,2017,28(21):3493-3495.

[4] ZHANG L,TONG Y,LI M,et al. Sciatic-femoral nerve block versus unilateral spinal anesthesia for outpatient knee arthroscopy: a meta-analysis[J]. Minerva Anesthesiol,2015,81(12):1359-1368.

[5] 杨牟,张居文.下肢静脉疾病诊断与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2013:51-53.

[6] LIU X X,ZHANG C X,LIANG H N,et al. Anesthetic effect of the femoral nerve combined with sciatic nerve block guided by ultrasound in the great saphenous vein stripping in anticoagulation patients[J]. J Bengbu Med Coll,2018,43(11):1474-1477.

[7] 王美容,柳垂亮,李志鹏,等.超声引导下外侧入路坐骨神

经阻滞在全膝关节置换术后镇痛中的应用[J]. 临床麻醉学杂志, 2018, 34(11):1050-1054.

[8] 张菁,袁岩. 超声引导下股神经-坐骨神经阻滞复合全麻及术后镇痛在全膝关节置换术中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(7):188-190.

[9] 孙志明. 股神经联合坐骨神经阻滞麻醉用于老年单侧下肢手术的麻醉效果及对血流动力学的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 16(15):34.

[10] 毕宏,皋沛,毛宇驰,等. 超声引导下股神经与坐骨神经阻滞在下肢手术中的镇痛与阻滞作用效果观察[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 6(91):23-24.

[11] 周飞人,蓝英年. 超声引导下股神经联合侧入路腓窝坐骨神经阻滞应用于下肢手术的临床效果观察[J]. 广西医科大学学报, 2018, 35(8):93-95.

[12] 刘祥洋,张传骧,倪良宏. 超声引导下股神经结合坐骨神经阻滞对抗凝病人大隐静脉剥脱术的麻醉效果[J]. 蚌埠医学院学报, 2018, 43(11):80-83.

[13] 朱曼华,漆勇,何慧娟,等. 超声引导外周神经阻滞在老年患者大隐静脉手术中的应用[J]. 浙江临床医学, 2020, 22(2):219-221.

[14] 何崎,秦燕,刘丹凤,等. 股神经联合坐骨神经阻滞麻醉用于老年单侧下肢手术的麻醉效果及对血流动力学的影响[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(6):1144-1146.

[15] 肖建英,肖晖霞. 股神经联合坐骨神经阻滞麻醉在老年单侧下肢手术中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2018, 25(35):140-142.

(收稿日期:2021-11-03 修回日期:2022-03-21)

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 14. 030

改良前庭沟加深术联合游离结缔组织移植术在下颌前牙区种植术中的应用效果

范轶群

湖北省武汉市第九医院口腔科,湖北武汉 430081

摘要:**目的** 探讨改良前庭沟加深术联合游离结缔组织移植术在下颌前牙区种植术中的应用效果。**方法** 选取 2020 年 8 月至 2021 年 1 月在该院治疗的下颌前牙区软组织量不足患者 70 例(70 牙)为研究对象,根据患者选择的治疗方案分为观察组(36 例)和对照组(34 例),观察组给予改良前庭沟加深术联合游离结缔组织移植术,对照组给予传统移植术,比较两组种植术后 3、6、12 个月种植体边缘骨骨吸收量,术前及术后 6、12 个月唇侧牙槽嵴高度,术后 6、12 个月单牙红色美学评分标准(PES)评分、术后满意度。**结果** 观察组和对照组术后 3、6、12 个月种植体边缘骨骨吸收量比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组和对照组术后 6、12 个月唇侧牙槽嵴高度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组术后 6 个月 PES 评分为(10.12±1.87)分,明显高于对照组的(8.06±1.33)分,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组满意度为 91.67%,明显高于对照组的 73.53%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 改良前庭沟加深术联合游离结缔组织移植术在下颌前牙区种植术中有较好的疗效,值得临床使用。

关键词:改良前庭沟加深术; 游离结缔组织移植术; 下颌前牙区; 种植

中图分类号:R783.6 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2022)14-1995-04

种植体稳定和符合美学标准是目前口腔科广泛认定的种植体修复目标^[1]。美学区种植体周围软组织的稳定性是影响修复成功率的重要因素^[2]。若美学区种植体周围软组织量不足,角化龈宽度和厚度不足,将造成软组织退缩,抵挡外周组织压力的作用减弱,影响种植体的长期稳定性,容易导致种植失败^[3]。同时软组织退缩后,种植体颈缘暴露,颊侧黏膜透黑,严重影响美学效果。唇系带附着位置也是影响软组织稳定性的关键因素。唇系带附着较高,前牙区软组织稳定性差,种植体易松动,加之减少的龈量,种植体周围软组织对抗外来刺激的能力减弱,种植体稳定性降低的同时,还易形成龈周炎性反应,加剧种植体退化进程^[4-6]。唇系附着带的升高造成的牵拉加剧种植体的松动,使细菌滋生并侵入种植体,引发种植体龈缘炎、种植体周围炎^[7]。故加深前庭沟并采用移植术

加宽加厚角化龈稳定种植体周围软组织的稳定性是保证修复效果和远期成功率的重要措施^[8]。鉴于此,本研究通过对比改良前庭沟加深术联合游离结缔组织移植术与传统移植术,分析前者对种植体边缘骨吸收量、牙槽嵴高度、红色美学评分标准(PES)等的影响,以确定其在下颌前牙区种植修复中的临床价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 8 月至 2021 年 1 月在本院治疗的下颌前牙区软组织量不足患者 70 例(70 牙)为研究对象。纳入标准:(1)患者年龄 18 岁以上;(2)均为 31、41 牙缺失,相邻牙周组织健康;(3)在本院行单颗下颌前牙种植;(4)患者及家属知情同意。排除标准:(1)合并有恶性肿瘤、肝肾功能障碍、感染等其他严重疾病;(2)有吸烟、酗酒、夜晚磨牙习惯;