

针麻联合臂丛神经阻滞在手外科手术中的应用

王婵娟

(宁海县中医医院,浙江宁海 315600)

摘要 目的:观察针麻联合臂丛神经阻滞用于手外科手术的麻醉效果。方法:选择 ASA I~II 级手外科患者 80 例,给予肌间沟针麻和腋路臂丛神经阻滞,观察术中镇痛效果。结果:76 例患者阻滞完善,镇痛完全(VAS:0 分);3 例术中出现疼痛,但可耐受(VAS:1~3 分);1 例术中疼痛难以忍受(VAS:8 分),给予静脉麻醉药。结论:针刺完全可以取代肌间沟路臂丛麻醉。

关键词 手外科手术 臂丛神经阻滞 针刺麻醉

中图分类号 R246.2

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)08-0064-02

笔者采用针刺麻醉联合臂丛神经阻滞的方法对 80 例患者进行手外科手术麻醉,取得了满意的效果,现报告如下。

1 临床资料

选择 80 例愿意配合针麻手术的 ASA I~II 级手外科患者,年龄 27~60 岁;体重 45~75kg。患者术前无局麻药过敏史,无心、脑、肝、肾系统或神经源性疾病,无传染性疾病,未用过止痛药,无臂丛神经阻滞(腋路方法)的禁忌证,局麻药配方为 0.8%利多卡因和 0.3%罗派卡因 25mL。

2 方法

患者术前不予任何麻醉药物,入室后开放外周静脉,给予 BP、HR、ECG、SPO₂ 等常规监测,取平卧位,患者头向健侧旋转 45 度,暴露胸锁乳突肌后缘。首先采用针刺麻醉,穴取天鼎,用 1.5 寸毫针,选前中斜角肌间沟与环状软骨水平线之交点为进针点,毫针与颈部呈 60 度角,刺入皮下(不需太深,不超过深筋膜)后,将此针尾连接电针器的输出端,逐渐加大刺激强度,至患者局部出现麻木感后继续加大直至麻木区域和手术区域吻合,再以胶布固定毫针。而后采取腋路臂丛神经阻滞,用药为 0.8%利多卡因+0.3%罗派卡因混合液 25mL(生理盐水稀释)。观察指标:记录术中镇痛效果,采用 VAS 评分(0 分:完全无痛;10 分:难以忍受的疼痛)。

3 结果

本组 80 例患者中,76 例阻滞完善,镇痛完全,无任何不适(VAS:0 分);3 例术中出现疼痛,但可耐受(VAS:1~3 分);1 例术中疼痛难以忍受(VAS:8

分),给予肌间沟臂丛阻滞。术中患者始终处于清醒、安静状态,BP、HR、ECG、SPO₂ 等生命体征平稳,且未出现麻醉并发症及不良反应。麻醉效果满意,手术顺利完成。

4 讨论

20 世纪是手外科兴起与发展的世纪,我国手外科较西方发达国家起步晚近 30 年,1959 年王澍寰医生在北京积水潭医院创建了我国第一个手外科专业,为手外科专业在全国的普及与提高奠定了基础。50 年来,我国手外科取得显著的成就。以往的手外科手术麻醉多选择肌间沟和腋路臂丛麻醉,而肌间沟臂丛麻醉有如下风险:(1)可能损伤椎动脉;(2)可能引起星状神经节、喉返神经和膈神经的阻滞;(3)有误入蛛网膜下腔或硬膜外间隙的危险;(4)可能刺破胸膜产生气胸^[1]。

而针刺麻醉,针刺信号是通过穴位深部的感受器及神经末梢的兴奋传入中枢的。研究表明:针刺所兴奋的神经纤维种类包括 Aa、Ab、Ad、C 这 4 类,一般认为病人能够接受的针刺强度主要是 Ab、Ad 类纤维兴奋,因此针刺是用较弱的刺激达到镇痛目的的。也有学者认为针刺镇痛是在许多递质或调质共同参与下实现的。另根据镇痛的脊髓节段性抑制的研究,表明脊髓水平的 γ -氨基丁酸、阿片肽和 P 物质^[2],均不同程度地参与突触前抑制和突触后抑制,从而产生镇痛效应^[3]。针刺镇痛时,脑内阿片肽释放增加,其中内啡肽和脑啡肽在脑内具有很强的镇痛效应,脑啡肽与强啡肽在脊髓内有镇痛作用。此麻醉方法镇痛良好,无需使用镇痛镇静等辅助药物,始终保持安静、清醒的状态,降低了麻醉并

感染后咳嗽治法探讨

史肃育 吴同启

(南京市中医院, 江苏南京 210001)

摘要 感染后咳嗽是指呼吸道感染后引起的以咳嗽为主要症状的疾病, 以刺激性干咳或咳少量白黏痰为临床特征。目前西医对感染后咳嗽缺乏有效治疗, 中医主要采用疏风宣肺法、清肝肃肺法、补虚润肺法治疗。感染后咳嗽具有一定的临床特点, 其病机演变有一定的规律可循, 辨证用药当谨守病机, 知常达变, 方可获得较好的疗效。

关键词 感染后咳嗽 辨证论治 中医药疗法

中图分类号 R256.11

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)08-0065-02

感染后咳嗽(post-infectious cough, PIC)是指呼吸道感染的急性期症状消失后, 咳嗽仍迁延不愈。呼吸道病毒、细菌、支原体和衣原体等均可能引起感染后咳嗽, 其中以感冒引起的咳嗽最为常见, 通常持续 3~8 周, 严重影响患者的日常工作和生活。目前西医对感染后咳嗽缺乏有效治疗, 笔者在临床实践中, 采用中医辨证论治, 略有心得, 现将主要治法简述如下。

1 疏风宣肺法

感染后咳嗽多继发于急性上呼吸道感染之后,

初期阶段, 多数患者已使用过抗生素及清热解毒类中药, 感染早期的发热、咽痛等症状大多已经消失, 但咳嗽一症或逐渐出现, 或无明显缓解, 多表现为咳嗽阵作, 伴有咽部燥痒不适, 痰少或无痰, 咯吐不爽。究其原因, 多是由于疾病之初使用抗生素、清热解毒药物, 苦寒有余, 疏散不足, 以致表邪未尽, 遏伏于气道及肺, 导致气道不利, 肺失宣肃, 气逆于上而咳嗽不止。“风者, 百病之始也”, 风邪乃为六淫之首, 寒、湿、燥、火等其他邪气多以风邪为引导而侵犯人体, “风胜则动”, 感染后咳嗽的咳声连连、咳势

发症及药物不良反应的发生, 循环、呼吸功能稳定, 麻醉效果完善。相关研究和临床实践证明, 针刺麻醉具有以下显著特点: (1) 使用安全, 无副作用。自 1958 年针刺麻醉问世以来, 已进行了数百万例针麻手术, 尚未见到有因针麻这一方法本身造成意外者。根据上海地区 25 万余例针麻手术病例统计, 无一例因针麻而造成死亡的事故; (2) 使用范围广。一般来说, 针刺麻醉可应用于各种外科手术, 特别是心、肝、肾功能不全、药物过敏、年老体衰而不能施行药物麻醉的病例可以采用针麻; (3) 患者处于清醒状态, 便于同医生配合。针麻本身不影响人的意识过程, 可使患者保持清醒状态, 对于手术过程中需要及时查看其感觉或运动功能状态的患者来说是十分有利的; (4) 术中生理扰乱较轻, 术后恢复较快。针麻对机体的循环、消化、呼吸、免疫等各种功能具有双向性、良性的调整作用, 因此术中血压、脉搏、呼吸一般都较平稳, 术后很少发生药物麻醉通常出现的后遗症^[1]。尽管研究表明针刺并不能完全达到临床麻醉的要求, 尚有麻醉不全、不能完全抑

制内脏反应、个体差异较大等缺陷, 但是其在一些手术中所体现的优势却是不可否认的, 而且这些缺陷可以通过联合其他麻醉方法和麻醉药物等来弥补。

总之, 通过实践, 笔者认为针刺麻醉与腋路臂丛神经阻滞能够完全满足手外科手术的要求, 安全, 有效, 实用, 不良反应少, 不失为一种较好的麻醉方法。

5 参考文献

- [1] 徐启明, 于布为. 临床麻醉学(全国高等学校教材). 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 111
- [2] 边景檀. 脊髓中 P 物质与电针镇痛的研究. 生理科学进展, 1995, 26(4): 325
- [3] 魏峰. 脊髓背角痛觉传递和调制的一些化学解剖学观察. 生理科学进展, 1996, 27(4): 327

第一作者: 王婵娟(1979-), 女, 本科学历, 主治医师, 麻醉学专业. 121443179@qq.com

收稿日期: 2014-02-14

编辑: 华 由 王沁凯