

[8] 张守堂,李璐,李荣,等.门诊药师在提高患者用药依从性方面的作用[J].药学服务与研究,2009,9(4):248-249.

[9] 楼英彪.药师在改善患者用药依从性中的作用[J].中国药房,2005,16(15):1192-1193.

[10] 彭文.药师对提高患者用药依从性的作用[J].现代医药卫生,2009,25(12):1895-1896.

(收稿日期:2012-12-25 修回日期:2013-04-26)

• 临床研究 •

两种麻醉方式在急性阑尾炎手术中的对比分析

殷雁斌,牟虹,吕兰,骆沙舟,张莉(解放军第四五二医院麻醉科,成都 610021)

【摘要】 目的 对比分析腰硬联合麻醉与单独硬脊膜外腔麻醉两种麻醉方式在急性阑尾炎手术中的效果及不良反应等情况。**方法** 选择 80 例 2011 年 2~12 月在本院就诊符合收治条件的急性阑尾炎患者,随机分为两组,腰硬联合麻醉组(实验组)40 例,硬脊膜外腔麻醉组(对照组)40 例,手术过程中监测两组患者的心率、血压、血氧饱和度、心电图等生命体征情况。麻醉成功后,术中观察患者麻醉阻滞平面、牵拉反应程度、辅助用药量等指标,术后记录胃肠道功能恢复时间(排气时间)、出院时间等指标,以此评判两组麻醉方式用于急性阑尾炎手术的优劣。**结果** 两组患者在心率、血压、血氧饱和度、心电图情况方面比较差异无统计学意义($P>0.05$);两组患者均阻滞完善,可以满足手术要求,但手术过程中牵拉反应程度实验组Ⅰ~Ⅱ级 35 例(87.5%),对照组Ⅰ~Ⅱ级 19 例(47.5%),两组差异有统计学意义($P<0.05$)。辅助用药使用情况实验组 5 例,对照组 16 例,平均用量 1.5~2.0 mL,两组均未见呼吸抑制。术后排气时间和出院时间比较,两组间差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在急性阑尾炎手术中行腰硬联合麻醉可以有效提高阻滞平面,减轻牵拉反应,减少麻醉辅助用药,加快胃肠道功能恢复时间,值得临床推广。

【关键词】 蛛网膜下腔麻醉; 硬脊膜外腔麻醉; 腰硬联合麻醉; 急性阑尾炎
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)16-2129-02

目前我国在进行急性阑尾炎手术时可以选用的麻醉技术基本有 3 种,分别为蛛网膜下腔麻醉、硬脊膜外腔麻醉和腰硬联合麻醉方式^[1-2]。但麻醉最基本的要求是安全有效、无痛舒适,为探讨在行急性阑尾炎手术中选择哪种麻醉方式最佳,笔者就本院行该手术时常用的两种麻醉方式进行了对比研究,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 80 例于 2011 年 2~12 月在本院就诊符合收治条件的急性阑尾炎患者,所有患者参照美国麻醉师协会分级标准判断均为Ⅰ~Ⅱ级^[3],年龄 18~33 岁,平均 26.8 岁;体质量 44~69 kg,平均 52.6 kg。其中随机分为两组,腰硬联合麻醉组(实验组)40 例,硬脊膜外腔麻醉组(对照组)40 例,组间年龄、性别、体质量等一般情况经统计学分析差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 麻醉方法 两组患者手术前 30 min 均常规肌内注射阿托品 0.5 mg。进入手术室后常规监测心率、血压、血氧饱和度。对照组:选择 L₁₋₂ 为穿刺点,用 BD 联合针穿刺,患者呈侧卧位,行 2% 的利多卡因 5 mL 测试麻醉平面,没有蛛网膜下腔阻滞麻醉表现后,分 3 次给予 2% 的利多卡因 15 mL。实验组:选择 L₂₋₃ 为穿刺点,用 BD 联合针穿刺,患者呈侧卧位,通过硬膜外针刺入蛛网膜下腔,30 s 内推完 0.5% 布比卡因等比重液(10% 葡萄糖注射液 1 mL 加 0.75% 布比卡因注射液 2 mL) 2.5 mL,推完后退出腰穿针,置入硬膜外导管 3.5 cm,产妇平卧位后,针刺法测定阻滞范围。手术完毕后,通过置入硬膜外导管注入 2 mg 吗啡和 2.5 mg 氟哌利多用于术后镇痛。

1.2.2 观察指标 (1)心率、血压、血氧饱和度、心电图等生命体征;(2)麻醉阻滞平面,以 T₅ 为界,≥T₅ 或小于 T₅ 为判断标准;(3)手术过程中观察牵拉反应程度,即手术医生在分离阑尾

系膜、处理残端、关腹时的肌肉牵拉反应;(4)辅助用药,咪唑安定+芬太尼合剂用量;(5)手术后胃肠道功能恢复时间,即排气时间;(6)出院时间。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行结果分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用随机完全设计的方差分析,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组间生命体征指标比较 两组间在心率、血压、血氧饱和度及心电图比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组间的各项生命体征指标统计

组别	心率 ($\bar{x} \pm s$, 次/分)	血压(收缩压/ 舒张压, mm Hg)	血氧饱和度 (%)	心电图
实验组	18±2	96±2/65±6	96.8	未见明显异常
对照组	18±2	97±3/65±5	96.1	未见明显异常

2.2 麻醉效果比较 两组患者阻滞完善,可以满足手术要求,但手术过程中牵拉反应程度实验组Ⅰ~Ⅱ级 35 例(87.5%),对照组Ⅰ~Ⅱ级 19 例(47.5%),差异有统计学意义($P<0.05$)。辅助用药使用情况实验组 5 例,对照组 16 例,平均用量 1.5~2.0 mL,两组均未见呼吸抑制。见表 2。

表 2 两组间麻醉阻滞平面、术中牵拉反应程度、辅助用药情况比较

组别	n	阻滞平面		辅助 用药	牵拉反应程度			Ⅰ~Ⅱ级 (%)
		T ₅	T ₆		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	
实验组	40	35	5	5	30	5	5	87.5 ^a
对照组	40	13	17	16	9	10	21	47.5

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.3 术后排气时间和出院时间对比 实验组术后排气时间为 (23 ± 7) h 明显少于对照组的 (29 ± 10) h, 即实验组麻醉方法更有利于患者胃肠道功能恢复; 实验组患者住院时间为 (6.0 ± 0.7) d 明显少于对照组的 (7.8 ± 0.6) d, 即实验组麻醉方法更有利于患者尽快达到出院标准。

3 讨 论

急性阑尾炎手术是医院最常见的常规手术之一, 术前患者必须配合进行麻醉处理^[4-5]。传统的麻醉方式一般为硬脊膜外腔麻醉, 这种方法的优点在于操作简便、术后并发症少、可控性好、术后镇痛效果佳, 但是在进行急性阑尾炎术前麻醉后经常出现明显的牵拉反应, 有时会出现镇痛不全以致腹胀气而影响手术操作^[6-7]。随着医疗技术的不断发展, 腰硬联合麻醉的方式越来越被临床所接受, 该方法具有麻醉起效快、镇痛完全、肌松效果好、麻醉安全性强的优点, 在急性化脓性阑尾炎及阑尾变异手术过程中采用这种麻醉方式可以收到很好的麻醉效果, 但这种方法对麻醉操作者的要求较高^[8-9]。

本研究结果显示, 实验组和对照组患者心率、血压、血氧饱和度、心电图情况差异无统计学意义($P > 0.05$); 两组患者均阻滞完善, 可以满足手术要求, 但手术过程中牵拉反应程度实验组 I ~ II 级 35 例 (87.5%), 对照组 I ~ II 级 19 例 (47.5%), 两组差异有统计学意义; 辅助用药使用情况实验组 5 例, 对照组 16 例, 平均用量 1.5 ~ 2.0 mL, 两组均未见呼吸抑制; 两组间术后排气时间和出院时间对比, 实验组均优于对照组($P > 0.05$), 即实验组麻醉方法更有利于患者胃肠道功能恢复, 实验组麻醉方法更有利于患者尽快达到出院标准。

总之, 在急性阑尾炎手术中行腰硬联合麻醉可以有效提高阻滞平面, 减轻牵拉反应, 减少麻醉辅助用药, 加快胃肠道功能恢复时间, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 葛寒冬, 吴希媛. 等比重布比卡因腰麻液在阑尾切除术中的应用[J]. 医药世界, 2009, 11(11): 682-683.
- [2] 刘晓青, 刘苏萍. 急性阑尾炎手术时硬膜外麻醉与腰硬联合麻醉效果比较[J]. 西藏医药杂志, 2010, 36(2): 19-20.
- [3] 郑长伟. 腰硬联合麻醉与单纯硬膜外麻醉在阑尾切除术中的比较[J]. 中国医学创新, 2010, 7(3): 1-17.
- [4] 李成, 李红. 连续硬膜外麻醉下阑尾切除 60 例辅助药物效果观察[J]. 中华医学实践杂志, 2005, 4(3): 231-232.
- [5] 赵宁, 于虹霞, 王岩. 针刺麻醉联合硬膜外麻醉阑尾切除术临床研究[J]. 现代医学创新, 2012, 20(16): 33-34.
- [6] 王琳玲. 腰硬联合麻醉用于急诊阑尾炎切除术中的临床观察[J]. 医学临床研究, 2007, 24(12): 2170-2171.
- [7] 黄海峰. 硬膜外麻醉改良操作在阑尾切除术中的效果观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(13): 12-13.
- [8] 权森. 腰硬联合麻(CSEA)在产科的应用体会[J]. 2011, 6(5): 157-158.
- [9] 兰秀芝. 22 例老年人急性阑尾炎摘除术麻醉配合[J]. 中国医药指南, 2011, 9(8): 277-278.

(收稿日期: 2013-01-23 修回日期: 2013-03-18)

• 临床研究 •

肝动脉栓塞化疗联合射频消融、门静脉化疗治疗对原发性肝癌患者免疫状态的研究

俞 渊(广西中医药大学第一附属医院肝胆外科, 南宁 530023)

【摘要】 目的 研究 TACE 联合射频消融(RFA)、门静脉化疗(PVC)治疗对原发性肝癌患者免疫状态的影响。**方法** 选择 60 例不能或不愿意手术切除的肝癌患者, 随机分为 TACE+PVC+RFA 的联合治疗组和 TACE 的单纯治疗组, 检测 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、NK、TNF- α 的含量, 随访两年内的生存率以及肝内外转移率。**结果** 治疗后两组患者 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺、NK、TNF- α 含量均明显升高、CD8⁺ 含量明显降低($P < 0.05$); 并且联合治疗组在治疗后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺、NK、TNF- α 含量高于单纯治疗组, CD8⁺ 含量低于单纯治疗组($P < 0.05$); 联合治疗组两年生存率 80.00%, 明显高于治疗组; 肝内转移率 23.33%、肝外转移率 20%, 均明显低于治疗组。**结论** TACE 联合 RFA、PVC 能够更加有效的改善肝癌患者的免疫状态, 提高两年生存率、降低肝内外转移率。

【关键词】 肝癌; 肝动脉栓塞化疗; 门静脉化疗; 射频消融

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.037 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)16-2130-02

原发性肝癌是消化系统常见的恶性肿瘤, 目前, 对于不能手术切除的原发性肝癌患者肝动脉栓塞化疗(TACE)是首选的治疗方式。近年来, 随着医疗水平的进步, 门静脉化疗(PVC)、射频消融(RFA)、无水乙醇注射(PEI)、微波凝固疗法(PMC)等介入治疗方法逐渐用于治疗肝癌, 使得临床上对肝癌的治疗有了更多的选择。在此, 为了进一步探讨 TACE 联合 RFA、PVC 治疗对原发性肝癌患者免疫状态的影响, 笔者进行了下列研究, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 10 月至 2010 年 04 月在本院就

诊的 60 例不能或不愿意手术切除的肝癌患者, 按随机法分为 TACE+PVC+RFA (联合治疗组, $n=30$)、TACE(单纯治疗组, $n=30$)。其中, 联合治疗组男 21 例、女 9 例, 年龄 49 ~ 63 岁、平均 (56.37 ± 8.94) 岁, 巨块型 13 例、结节型 11 例、弥漫型 6 例; 单纯治疗组男 19 例、女 11 例, 年龄 48 ~ 65 岁、平均 (54.39 ± 7.64) 岁, 巨块型 12 例、结节型 11 例、弥漫型 7 例。两组患者在年龄、性别、肝功能分级、AFP 阳性、癌灶数量、癌灶直径、伴门静脉癌栓等方面差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 入选及剔除标准 入选标准: (1) 患者一般情况良好, 无