

3 讨论

内异症是困扰妇女的、雌激素依赖性疾病,根治须切除双侧卵巢,但多数内异症患者较年轻,希望保留卵巢功能甚至生育功能,且非根治性手术复发率高,因此药物治疗仍占重要地位。孕三烯酮是近年来用于治疗内异症较好的药物,具有抗孕激素、雌激素、促性腺激素及轻度雄激素样作用,能与性激素竞争结合细胞核内的雌激素受体(ER)和孕激素受体(PR)而达到阻断ER及PR作用于靶细胞目的,减少LH和FSH峰值,造成体内低雌激素状态,从而起到药物暂时去势而达到治疗目的;但对肝肾功能的损害较大,并可致体重增加、皮肤改变、男性化及绝经期样改变等轻度雄激素作用^[3]。米非司酮是作用于受体水平的抗孕酮药,通过与受体结合而起阻断孕酮的作用,从而抑制卵巢功能,诱发闭经,使异位的子宫内膜萎缩^[4]。米非司酮治疗内异症的优点是抗激素效应直接作用于子宫内膜,保持体内卵泡期雌激素水平,从而避免产生低雌激素的不良反应,阴道异常出血少,停药后月经恢复快,但用药剂量过大或(和)长期使用有抗糖皮质激素的作用。为避免上述两种药物的不良反应,笔者采用孕三烯酮联合小剂量米非司酮,并加服护肝类药物,取得较好的临床症状疗效且无明显不良反应。

在本研究中,41例患者经1~2个疗程治疗后,缓解24例占58.5%,改善14例占34.1%,总有效率为92.6%。3例继发不孕症中1例已妊娠,表明孕三烯酮联合米非司酮能有效缓解患者的临床症状,效果良好,并可增加受孕机会。另外,

治疗前、后性激素FSH、LH、P和PRL水平差异无统计学意义($P>0.05$),表明上述联合用药对生殖内分泌功能影响不大;而 E_2 水平用药后升高($P<0.05$),但均维持在卵泡早期至中期水平,提示患者停药月经复潮后,卵巢恢复排卵功能,这也与罗亚莉等^[5]报告一致。由于本研究病例不多,确切疗效有待更多的临床研究加以证实。研究表明,运用孕三烯酮联合米非司酮治疗轻、中度的内异症,疗效较好且不良反应少,使用方便,患者易于接受。然而,对药物治疗无效或较大卵巢内异位症囊肿($>5\text{ cm}$ 以上)且症状体征较重的患者,还是首先应考虑手术。

参 考 文 献

- [1] 乐 杰. 妇产科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2004:356-358.
- [2] 舒 静,方素华,盛露芳,等. 重度盆腔子宫内异位症术后应用米非司酮与内美通的临床观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2002,18(3):181-182.
- [3] 杨钦灵,李颂勤. 腹腔镜联合中药治疗盆腔子宫内异位症72例分析[J]. 广西医学,2006,28(8):1251-1252.
- [4] 付万平,廖雅丽. 小剂量米非司酮治疗子宫内异位症32例分析[J]. 黑龙江医学,2007,29(1):29-31.
- [5] 罗亚莉,刘燕. 米非司酮与丹那唑治疗子宫内异位症疗效比较[J]. 实用妇产科杂志,2002,18(4):232-233.

(收稿日期:2008-02-01 修回日期:2009-03-03)

喉罩浅全麻复合硬膜外阻滞在上腹腔开放手术中的应用

韦国温 赵建立 黄维军

(广西百色市人民医院麻醉科,百色市 533000)

【摘要】 目的 探讨喉罩浅全麻复合硬膜外阻滞在上腹腔开放手术中的应用效果。**方法** 选择上腹腔开放手术患者600例,随机均分为喉罩浅全麻复合硬膜外阻滞(I组)和气管内插管全麻复合硬膜外阻滞(II组),每组各300例。记录麻醉诱导、复苏时喉罩置入及退出,气管插管及拔管即刻及其前、后5 min HR、MAP波动幅度,麻醉维持中HR、MAP,麻醉诱导、维持静脉麻醉药的用量,术毕清醒时间。**结果** I组诱导、复苏HR、MAP的波动幅度远远低于II组($P<0.01$),两组麻醉维持中的HR、MAP比较差异无统计学意义($P>0.05$),I组麻醉诱导、维持静脉麻醉药的用量明显少于II组($P<0.05$);I组术毕清醒明显早于II组($P<0.01$);I组苏醒期躁动、术后咽喉不适发生率明显低于II组($P<0.01$)。**结论** 喉罩浅全麻复合硬膜外阻滞在上腹腔开放手术中的应用优于气管内插管全麻复合硬膜外阻滞。

【关键词】 喉罩浅全麻;硬膜外阻滞;气管插管全麻

【中图分类号】 R 614.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)05-0695-02

上腹腔开放手术创伤大,牵拉反射强烈,肌肉松弛要求高,手术过程较长,为了达到麻醉诱导、维持、复苏血压、心率更加平稳及手术结束尽早清醒,本文旨在探讨喉罩浅全麻复合硬膜外阻滞在上腹腔开放手术中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择ASA I~II级上腹腔开放手术且无喉罩通气禁忌证,出凝血功能正常的患者600例,其中胃癌根治术372例,肝癌切除术228例。年龄42~70岁,体重37~75 kg,随机均分为喉罩浅全麻复合硬膜外阻滞I组,气管内插管全麻复

合硬膜外阻滞II组。

1.2 麻醉方法 术前禁食8~12 h,禁饮3~4 h,两组患者在病房均未使用术前药,均留置有胃管,入手术室开通静脉后立即静注咪唑安定1~1.5 mg,长托宁0.5~1 mg。两组在全麻诱导前先行 T_{8-9} 硬膜外穿刺置管并注入2%利多卡因3 ml,测出平面后开始全麻诱导,I组置入喉罩(proseal型),II组气管内插管。两组诱导结束立即硬膜外腔推注2%利多卡因和0.75%罗哌卡因按容积比1:1的混合液7~12 ml,每隔60 min推注4~6 ml。I组诱导以咪唑安定0.06 mg/kg,芬太尼1.5 $\mu\text{g}/\text{kg}$,阿曲库铵0.6 mg/kg,丙泊酚1.5 mg/kg;II组诱导以咪

唑安定 0.06 mg/kg, 芬太尼 2~3 $\mu\text{g}/\text{kg}$, 阿曲库铵 0.6 mg/kg, 丙泊酚 2~2.5 mg/kg; 麻醉维持 I 组微泵输注丙泊酚 4~6 $\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$, 阿曲库铵 0.7~0.9 $\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$, 芬太尼 0.8~1 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 。II 组微泵输注丙泊酚 5~8 $\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$, 阿曲库铵 0.7~0.9 $\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$, 芬太尼 1.5~2 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ 。两组在关腹膜前 10 min 停止输注阿曲库铵, 手术结束前 10 min 停止输注丙泊酚、芬太尼。手术时间 3~5 h。采用欧美达多功能麻醉机机控呼吸, 飞利浦多功能监测仪动态监测 HR、MAP 并记录。

表 1 两组患者生命体征的变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	HR (次/min)T ₁ *	MAP (mmHg)	HR (次/min)T ₂ *	MAP (mmHg)	HR (次/min)T ₃ *	MAP (mmHg)	HR (次/min)T ₄ *	MAP (mmHg)	HR (次/min)	MAP (mmHg)
I 组	300	6.5 ± 0.5	12.3 ± 5.4	6.6 ± 0.6	12.6 ± 2.1	6.4 ± 0.4	12.8 ± 1.3	6.2 ± 1.1	12.6 ± 2.1	74.5 ± 8.3	83.5 ± 9.6
II 组	300	12.4 ± 1.6	27.6 ± 5.6	12.6 ± 1.8	25.6 ± 5.3	36.5 ± 9.8	45.3 ± 10.3	20.2 ± 3.6	30.6 ± 5.7	75.1 ± 9.8	84.8 ± 10.3
<i>t</i> 值		60.95	74.75	54.55	39.40	52.81	54.17	64.52	51.43	1.09	1.60
<i>P</i> 值		0.003	0.002	0.004	0.006	0.004	0.004	0.003	0.003	0.075	0.062

注: *T₁、T₂、T₃、T₄ 分别为喉罩置入、气管插管即刻及其前、后 5 min, 喉罩退出、气管拔管即刻及其前、后 5 min 的 HR、MAP 差值

2.2 麻醉效果及不良反应 I 组术毕清醒时间明显早于 II 组 ($P < 0.01$), I 组苏醒期躁动、术后咽喉不适发生率明显低于 II 组 ($P < 0.01$), 两组均未发现术中知晓及术中返流误吸, 见表 2。

表 2 麻醉效果及不良反应 (*n*)

组别	<i>n</i>	术毕 10 min 内清醒	苏醒期躁动	术后咽喉不适
I 组	300	278	5	15
II 组	300	232	15	186
χ^2 值		27.66	7.04	218.76
<i>P</i> 值		0.002	0.007	0.001

3 讨论

单一的麻醉方式应用于腹腔较大的手术难以取得理想的效果, 硬膜外阻滞可有效的阻断手术伤害性刺激和减轻应激反应, 但其又是一种不完善的麻醉, 如迷走反射存在, 手术探查可致内脏牵拉痛、鼓肠、呃逆、恶心、呕吐等, 平面过高或过广可抑制呼吸循环, 有时肌肉松弛不佳^[1]。单纯全麻麻醉药用量大, 复苏时间长, 清醒不完全, 恢复期烦躁发生率高。随着麻醉技能的不断提高, 对于腹部大手术的麻醉以倾向于全麻复合硬膜外阻滞, 此法可以发挥全麻和硬膜外阻滞的长处, 避免两者的不足之处, 全麻可控性好, 肌肉松弛满意, 牵拉反应少, 气道管理方便, 硬膜外阻滞交感神经阻滞, 减少术中应激, 且可减少全麻药的用量^[2]。手术结束, 让患者迅速苏醒, 但切口还处于无痛状态, 大大提高麻醉复苏质量。然而气管内插管全麻复合硬膜外阻滞时如全麻药用量不足, 患者难以耐受气管导管的刺激, 用量过大, 在心血管抑制方面与硬膜外阻滞的协同作用增强, 因为硬膜外阻滞节段性地阻滞交感神经传出纤维, 引起阻力血管及容量血管扩张, 阻滞平面高至 T₄ 以上时心脏交感神经纤维麻痹, 心率徐缓, 心脏射血量减弱^[3]。血容量相对不足, 如果血容量没有得到及时补充和(或)心血管活性药物没有及时用上可导致低血压, 再加上全麻药对心肌收缩的抑制及对血管的扩张作用, 有时可出现明显的低血压。当然这种协同作用在气管插管、拔管即刻可能得到比较

1.3 统计学处理 采用 SPSS 11.0 统计软件包进行处理, 计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料以 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 诱导、维持、复苏生命体征的变化 I 组诱导、复苏时 HR、MAP 波动幅度远远低于 II 组 ($P < 0.01$), 两组麻醉维持中的 HR、MAP 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

满意的心率和血压, 但在气管插管前、后及拔管后的一段时间内可出现比较明显的低血压。为了减轻全麻药在硬膜外阻滞时对心血管抑制的协同作用, 我们采用喉罩置入代替气管插管建立呼吸通路, 喉罩置入与气管内插管相比, 喉罩置入所需的麻醉深度浅, 麻醉药用量减少, 置入时刺激轻, 呼吸道分泌物少, 不影响气管纤毛活动, 利于排痰, 能维持气道的自洁作用, 术后咳嗽、肺不张、肺炎等肺部并发症少^[4]。研究表明喉罩置入、退出及维持通气时对气道的刺激都轻于气管插管、拔管及气管导管维持通气, 喉罩置入、退出即刻及其前、后 5 min 的心率和血压波动幅度远远小于气管插管、拔管, I 组苏醒期躁动, 术后咽喉不适发生率也明显低于 II 组 ($P < 0.01$)。尽管 I 组诱导及维持全麻药的用量明显少于 II 组, 但术中两组的心率、血压差异无统计学意义; 两组均没有发现术中知晓, 这可能与喉罩维持通气对气道刺激小, 气道阻力低, 局麻药吸入血对镇静作用加强有关。喉罩通气时常见漏气及返流误吸, 在我们的观察中没有发现这种情况, 可能与我们选择的喉罩类型有关。proseal 喉罩加了大气囊及可置入胃管的引流管道解决了漏气及返流误吸问题^[5]。总之, 喉罩浅全麻复合硬膜外阻滞在上腹腔开放手术中的应用心率、血压更加平稳, 全麻药用量更少, 术毕清醒更早, 术后呼吸道不适发生率更低, 优于气管内插管全麻复合硬膜外阻滞。

参 考 文 献

- [1] 孙大金, 杭燕南. 实用临床麻醉学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2001: 8, 371.
- [2] 杭燕南. 当代麻醉学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 8, 758.
- [3] 徐启明, 李文硕. 临床麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 125.
- [4] 庄心良, 曾因明, 陈伯銮. 现代麻醉学[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 893.
- [5] 曾因明, 邓小明. 米勒麻醉学[M]. 第 6 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 1 646.

(收稿日期: 2009-02-20 修回日期: 2009-03-21)