

舒芬太尼复合罗哌卡因在高血压病人颈丛阻滞中的应用

胡志丽

(武警湖北总队医院麻醉科 武汉 430061)

关键词:甲状腺瘤手术;高血压;颈丛神经阻滞;舒芬太尼;罗哌卡因

中图分类号:R 614.24

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0011-02

甲状腺类手术采用颈丛神经阻滞时,麻醉本身的阻滞不全、手术体位及牵拉常易发生心率增快、血压升高等反应,对合并有高血压患者极为不利。对这类病人我们将小剂量舒芬太尼加入局麻药罗哌卡因中进行颈丛阻滞,并观察心血管反应,旨在寻找一种安全、有效的手术麻醉方法。

1 资料和方法

1.1 一般资料 择期行甲状腺腺瘤手术合并高血压病人 40 例,按美国麻醉医师协会(ASA)分级,Ⅰ~Ⅱ级,术前高血压均经正规内科治疗。其中男 18 例,女 22 例,年龄 34~62 (48.1±13.8) 岁,体重 42~71 (61.5±18.3) kg,无其它内分泌疾患。随机分为 A、B 2 组,每组 20 例。A 组(对照组):0.25%罗哌卡因,剂量 10~15mL。B 组(实验组):0.25%罗哌卡因加舒芬太尼 0.5μg/kg,剂量 10~15mL。2 组局麻药中均不含肾上腺素,2 组病人在男女比例、年龄、体重、身高及手术时间上无统计学意义。

1.2 麻醉方法 术前 30min 肌注苯巴比妥钠 0.1g。

各组均由经验丰富麻醉医生操作,患侧颈深丛采用一点法(C₄),穿刺针碰到横突为成功,健侧颈浅丛采用该侧胸锁乳突肌中点后沿为进针点,穿破浅筋膜为成功,各注射预定量麻药,常规面罩给氧。

1.3 观察指标 采用惠普监测仪监测 ECG、SPO₂、SBP、DBP、HR,分别记录 2 组病人阻滞前及阻滞 5、10、15、30min 所测的血压、心率。术中双盲法询问麻醉满意度,分为Ⅲ级:优为无疼痛及明显牵拉反应;良为轻度疼痛及牵拉反应,但能耐受;差为疼痛及牵拉反应明显,不能耐受。并记录术中出现不良反应及处理情况。

1.4 统计学处理 所有计量资料采用均数±标准差表示,采用 t 检验,计数资料采用卡方检验,P<0.05 认为有显著性差异。

2 结果

所有病例均阻滞成功,无 1 例更改麻醉方法。
2.1 循环变化 2 组阻滞前血压、心率比较无明显差异,P>0.05,阻滞 10 min,A 组的血压、心率较

素类等神经营养药及血浆交换疗法等),是以消除神经根水肿、营养神经为目的,必要时结合消炎、抗病毒等对症治疗,但激素类药物对缩短病程和治疗无肯定效果,且副作用较多;血浆交换疗法宜在发病 2 周内进行,且必须在心肺监护、确保安全条件下进行^[1]。据 GBS 起病急骤及临床症状类似中医学“中风”里的风中经络,即真中风,中医治疗宜疏散风邪、活血通络为主。大秦艽汤出自《素问·病机气宜保命集》,以祛风、养血、通络为主。《医方集解》称其为“六经中风者之通剂”,适用于风邪入中经络,症见六经形证之真中风。方中秦艽味辛,微寒,性平和,祛风通络为主药;辅用羌活、独活、防风、白芷疏风散邪,助秦艽祛风通络;筋脉麻木者,一因风邪阻滞,一因血虚运行迟缓而易滞,佐以四物汤养肝血以柔筋,地芍滋养兼制热药辛燥,归芎活血可助祛风,白术、茯苓益气健脾,石膏、黄芩清里热

以安内;甘草调和诸药为使。此外,药理研究表明方中秦艽有促使肾上腺皮质功能加强、皮质激素分泌增加的作用,当归含有多种氨基酸,维生素 A、B₁₂、E 及多种人体必需的物质,有较好营养作用^[4]。

本文 36 例 GBS 患者采用中西医结合治疗,有效率、治愈率明显优于单纯西药治疗。因此,笔者认为,中西医结合是治疗 GBS 较好方法之一。

参考文献

[1]中华神经精神科杂志编委会.格林-巴利综合征诊断标准[J].中华神经科杂志,1994,27(6):380
[2]中国人民解放军总后勤部卫生部.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].北京:人民军医出版社,1998.195
[3]方圻.现代内科学[M].北京:人民军医出版社,1995.673
[4]雷载权,陈松育,高学敏.中药学[M].第 2 版.上海:上海科学技术出版社,1995.118,301

(收稿日期:2004-01-01)

氨氯地平加缬沙坦治疗糖尿病肾病疗效观察

张玲

(浙江省湖州市第一医院 湖州 313000)

摘要:目的:探讨氨氯地平与缬沙坦联用对糖尿病肾病血压控制及肾功能改善作用。方法:随机将 90 例分为 3 组,氨氯地平组 30 例,缬沙坦组 28 例,氨氯地平加缬沙坦组(联用组)32 例;观察治疗前后血压、血肌酐及尿白蛋白排泄率(UAER)的变化。结果:3 组治疗后血压、血肌酐及 UAER 均有明显下降($P<0.05$, $P<0.01$),氨氯地平与缬沙坦单用时其下降幅度比较无明显差异,氨氯地平与缬沙坦联用时其下降幅度与 2 药单用比较有显著差异($P<0.05$)。结论:氨氯地平与缬沙坦联合应用可以有效地控制糖尿病肾病患者的血压,减少 UAER,保护肾功能。

关键词:糖尿病肾病;微量白蛋白尿;氨氯地平;缬沙坦;临床观察

中图分类号:R 587.2 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2004)03-0012-02

糖尿病肾病(DN)是糖尿病最常见的微血管并发症之一,高血压加速 DN 的进展与恶化。抗高血压治疗在 DN 早期可减少蛋白尿、延缓肾小球滤过率

(GFR)下降^[1]。本文通过应用长效钙离子拮抗剂(CCB)氨氯地平(络活喜)与血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB)缬沙坦单用及联用对 DN 患者的血

B 组明显增高 ($P<0.05$),也明显高于阻滞前 ($P<0.05$),2 组比较有明显差异,见表 1。

表 1 2 组阻滞前后 SBP、HR 的变化($\bar{X}\pm S$)						
观察指标	组别	阻滞前	阻滞后 /min			
			5	10	15	30
P/KPa	A	16.05±1.53	17.81±1.87	20.93±1.97*△	21.97±2.34*△	22.62±2.25*△
	B	16.39±1.69	16.83±1.68	17.38±1.53	17.93±1.91	18.01±2.04
/bpm	A	73.51±8.16	75.98±7.23	98.21±9.37*△	106.86±16.61*△	110.57±19.11*△
	B	73.42±7.83	74.13±8.17	80.33±8.41	83.98±15.47	85.67±13.28

注:与 A 组比较,* $P<0.05$;与阻滞前比较,△ $P<0.05$ 。

2.2 麻醉满意评级 A 组评优 4 例(20%),差 10 例(50%);B 组评优 16 例(80%),差 1 例(5%),2 组比较有明显差异 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 2 组术中麻醉满意度比较				例(%)
组别	优	良	差	
A	4 (20)	6 (30)	10 (50)	
B	16 (80)	3 (15)	1 (5)*	

注:与 A 组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 不良反应及处理 术中 A 组有 15 例精神紧张,静脉辅用氟芬合剂,12 例阻滞后运用艾司络尔、硝酸甘油;B 组 4 例辅用氟芬合剂,2 例出现心动过缓,经静推阿托品恢复,无 1 例发生呼吸抑制。

3 讨论

颈丛神经阻滞常在麻醉后 5~10 min 出现血压增高,心率增快,15~30min 达高峰。这与颈动脉窦压力感受器及颈部迷走神经部分或完全被阻滞,使交感神经活性增强有关^[1]。也与患者精神紧张、手术体位、术中分离甲状腺上下极牵拉反应有关。轻者表现头胀痛、心悸不适、手术出血量增多;重者可由于心肌做功耗氧增加,导致心律失常、心肌缺血甚至心衰,尤其是术前合并有心血管疾病患者危险性更

高。

阿片受体既存在于中枢神经系统,也分布于周围神经末梢。阿片类药物可直接与外周神经纤维上的受体结合而发挥镇痛作用。有研究将两者结合行臂丛阻滞,麻醉效果明显改善^[2]。舒芬太尼是芬太尼 N-4 位取代的衍生物,是 U 阿片受体高选择性激动剂^[3],镇痛效果是芬太尼 5~10 倍,持续时间是其 2 倍,心血管状态更稳定,更适宜用于心血管麻醉^[4]。罗哌卡因因对中枢神经及心血管系统毒性低,近来在临床上得以广泛运用。我们将两者结合用于高血压病人的颈丛阻滞中,通过观察结果表明能有效地减轻颈丛阻滞后心血管的不良反应,可降低心肌氧耗,对合并高血压病人有利,并能增强阻滞效果,缓解病人紧张情绪及手术牵拉与体位不适,提高了手术安全性及病人舒适感。因本文采用剂量小,不良反应少,无 1 例发生呼吸抑制,仅 2 例发生心动过缓,经静推阿托品后恢复。

参考文献

[1]张海萍,郭曲练.罗哌卡因用于颈丛阻滞的临床研究[J].中华麻醉学杂志,2002,22(5): 312
[2]王明山,王世端,华震等.局麻药 - 阿片合剂行颈丛神经阻滞[J].临床麻醉学杂志,2001,17(1): 9
[3]金昔陆,池志强.U 阿片受体激动剂舒芬太尼的药理作用和应用[J].中国现代实用医学杂志,1992,16 (1): 1
[4]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社.1987.319

(收稿日期: 2004 - 02 - 08)