

# 不同肾上腺素浓度张力性浸润对腭裂手术中止血效果的评价

郑璞 周昌龙

(浙江省宁波市医疗中心李惠利医院 宁波 315000)

**摘要:**目的:探讨不同肾上腺素浓度的张力性浸润对腭裂术中出血的影响。方法:选取 2~3 岁的患儿,随机分为三组:即 0.5% 利多卡因组(对照组),1/10 万肾上腺素组,1/20 万肾上腺素组。观察术中的出血量、心率和血压的变化,张力性浸润有效时间。结果:术中的出血量:对照组(62.7±3.23)mL,1/10 万肾上腺素组(37.3±2.33)mL,1/20 万肾上腺素组(46.7±2.61)mL,各组之间比较具有统计学差别( $P<0.01$ , $P<0.05$ )。含有肾上腺素两组对心率的影响无统计学差别( $P>0.05$ ),心率增加 20~45 次/min;对血压变化的影响,无统计学的差别,血压升高平均为 9.75mmHg。对照组张力性浸润有效时间为 15~20min,平均为 17.5min;1/10 万肾上腺素组为 40~60min,平均为 45min;1/20 万肾上腺素组为 25~50min,平均为 30min;各组相比均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:局部张力性浸润是腭裂术中止血的基础,在注射液中加入肾上腺素能有效地延长张力性浸润有效时间。

**关键词:**肾上腺素;腭裂;出血;张力性浸润

中图分类号:R622

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0027-02

腭裂手术复杂、损伤大,若处理不当易造成术中及术后出血,术中的出血远大于术后出血,尤其是幼儿期的患者,而以往过多地关注于腭裂术后出血的处理。腭裂术中出血,除了与年龄、手术方式、手术技巧、术中的全身用药和麻醉医师对血压及心率的控制外,最主要的是局部张力性浸润注射产生的止血效果。为了探讨不同浓度的肾上腺素对腭裂术中的止血效果,我们进行了以下的临床观测:

## 1 临床资料

1.1 病例的选取标准 (1)血液生化、出凝血时间检测正常和乙肝表面抗原阴性。(2)深Ⅱ度腭裂,无耳鼻喉疾患,无急性炎症,腺样体无异常。(3)发育状况好,无营养不良者。(4)2~3 岁年龄段的幼儿,不分性别。

1.2 病例分组 当符合条件者入院时,按随机数字表进行分组,共分为三组,每组 10 例,即:对照组张力性浸润液为 0.5% 的利多卡因,试验组分别为加入了 1/10 万和 1/20 万肾上腺素的 0.5% 利多卡因。

同法处理其它痔核。合并肛裂患者行肛裂扩创术。术后处理同上。

## 2 治疗结果

按 1994 年国家中医病症诊断疗效标准<sup>[1]</sup>,两组患者均一次性治愈。治疗组平均治愈天数(16.5±3.2)d,对照组为(19.2±4.1)d,治疗组治愈天数明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组术后并发症情况见表 1。治疗组在术后尿潴留、肛门水肿、术后疼痛及肛门狭窄等并发症方面明显低于对照组( $P<0.05$ ),有统计学意义。

表 1 两组治疗后并发症情况 例

组别	出血		尿潴留	肛门水肿	疼痛			肛门狭窄
	原发性	继发性			轻度	中度	重度	
治疗组	0	0	2	2	28	22	0	0
对照组	0	1	7	5	12	31	7	8

## 3 讨论

两组病例均可一次性切除全部混合痔,但传统外剥内扎术在治疗的同时也破坏性地切除了齿状线、移行区组织,所以手术后常常会出现一些并发症。为此我们结合自己的临床经验,在传统外剥内扎术的基础上加以改进,我们认为分段结扎加内括约肌侧切治疗环状混合痔主要有以下优点:(1)尽可能地保留了齿状线,齿状线不仅是一重要的解剖标志,而且对排便生理具有极其重要的意义,若手术中切除齿状线

1.3 术式的选择 由同一手术小组进行手术,对所有的患者采用“M”形双瓣法,手术方式和手术习惯不变,术中除了采用张力性浸润外,不采用其它药物和电凝止血。

1.4 检测方法 手术中麻醉深度在三期 1 级,不采用降压麻醉措施,由麻醉医师记录出血的时段及不同手术时段的出血量,观察各组止血的有效作用时间,记录血压、心率的变化。术中配置两台吸引器,一台用于吸取术中的出血,一台用于术前和手术结束时的消毒液、口鼻腔分泌物和冲洗液的抽吸。术后将术中抽吸的血液放入量筒,记录出血量。

## 2 结果

2.1 术中出血量 三组的平均出血量为:对照组(62.7±3.23)mL,1/10 万肾上腺素组(37.3±2.33)mL,1/20 万肾上腺素组(46.7±2.61)mL,对照组与试验组之间有统计学意义( $P<0.01$ ),不同剂量试验组之间比较有统计学意义( $P<0.05$ )。

2.2 术中心率变化 试验组张力性浸润后,心率增加在 5~10min 内变化最为明显,心率增加 20~45 次/min,平均 30

次/min。齿状线以下肛管皮肤采用线形放射状切口,肛管上皮组织破坏少,有效避免后遗症的发生。肛管上皮为排便排气的高度敏感区,对排便的控制及其便的辨认起很大作用,如果肛管上皮损伤或缺损过多可导致感觉敏感度下降,引起肛门渗液,也可导致瘢痕增生,引起肛门狭窄<sup>[2]</sup>。(3)在齿线上结扎内痔并通过 8 字缝合,使内痔黏膜在固定的同时达到上提的目的,起到悬吊的作用,从而纠正下移的肛垫,使之不再下移和脱垂。(4)在保留齿状线基础上配合内括约肌侧切,有效地扩大肛管内径,既防止术后肛门狭窄,也解除了内括约肌的痉挛,在创口周围的肌肉受到外来因素刺激后不至于发生强烈收缩而产生剧痛,特别是对嵌顿型痔核,内括约肌切断后,不但解除了内括约肌痉挛,而且还恢复血液、淋巴液的循环,减轻和避免了术后伤口水肿的发生。

通过两组的对比观察,改良外剥内扎术较传统外剥内扎术具有创口小、疼痛轻、并发症少、愈合快、精细控便功能不受影响等优点,是一种较为理想的治疗环状混合痔的术式。

## 参考文献

- [1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.132
- [2]张东铭.肛管移行区[J].中国肛肠病杂志,1999,19(5):23

(收稿日期:2007-08-15)

# CO<sub>2</sub> 激光联合鹅胆子油乳及斯奇康治疗尖锐湿疣的临床观察

倪浩 石年 王建

(湖北省黄石市第一医院 黄石 434005)

**摘要:**目的:了解 CO<sub>2</sub> 激光机联合鹅胆子油乳及斯奇康治疗尖锐湿疣的疗效。方法:对 60 例尖锐湿疣的患者行 CO<sub>2</sub> 激光机烧灼疣体并肌注斯奇康 2mL,隔日 1 次;A 组在 1 周后加鹅胆子油乳外用,观察其疗效及两组复发情况。结果:A 组复发率为 13.3%,B 组复发率为 26.7%,两组复发率比较差异有显著性。结论:CO<sub>2</sub> 激光机联合鹅胆子油乳及斯奇康治疗尖锐湿疣安全有效,降低复发率。

**关键词:**CO<sub>2</sub> 激光机;鹅胆子油乳;斯奇康;尖锐湿疣

**中图分类号:**R 752.53

**文献标识码:**B

**文献编号:** 1671-4040(2008)01-0028-02

尖锐湿疣(CA)是人类乳头状瘤病毒(HPV)感染引起的外生殖器及肛门周围的病毒性传播疾病<sup>[1]</sup>。目前治疗方法多,但其复发率较高,对此尚无特效的治疗方法,我们对 60 例尖锐湿疣的患者行 CO<sub>2</sub> 激光机烧灼疣体后外用鹅胆子油乳 1 次/min。不同肾上腺素浓度对心率的增加影响不明显,无统计学意义。但是与对照组相比具有统计学差别(P<0.01)。

**2.3 术中血压变化** 手术中血压对照组无明显升高和降低,1/10 万和 1/20 万肾上腺素组,作张力性浸润注射后均有血压的升高,血压升高 6.8~12mmHg,平均为 9.75mmHg,两组的血压变化无明显的统计学意义(P>0.05),但是与对照组相比有统计学意义(P<0.01)。三组手术过程中的血压变化见表 1。

表 1 不同肾上腺素浓度对血压的影响 mmHg

分组	平均血压		
	术前	术中最高	术后
对照组	86.3 1	86.45	85.24
1/10 万肾上腺素组	86.38	95.27	85.38
1/20 万肾上腺素组	86.25	94.36	86.21

**2.4 张力性浸润有效时间** 腭部及裂隙边缘行张力性浸润后,有利于术中止血,术中由于液体及药物吸收和少部分流失,局部压力降低和肾上腺素作用消失,血管开放,即局部出现反跳现象,表现为局部渗血。对照组有效时间为 15~20min,平均为 17.5min;1/10 万肾上腺素组为 40~60min,平均为 45min;1/20 万肾上腺素组为 25~50min,平均为 30min。各组相比均有统计学意义(P<0.05)。

### 3 讨论

作为口腔颌面部最常见先天性缺损畸形的腭裂,由于手术空间小,腭部血液循环丰富,在翻瓣过程中为出血的高峰。手术时,随着年龄增长,血管口径增粗,手术创面增加,年龄从小到大,其术中的平均出血量逐渐增多。但是年龄越小,其耐受手术打击的能力越弱,其血容量的维持比成人重要,因此,不能忽视幼儿术中的止血。如何减少术中出血,尤其是婴幼儿的出血,降低手术风险就相当重要了,因此我们选取 2~3 岁年龄段为研究对象。在临床上我们接诊 II 度腭裂的比例有增加的趋势,并且有报道 II 度腭裂、III 度腭裂、唇腭裂同期手术,术中平均出血量在统计学上无显著性差别<sup>[4]</sup>,主要是 II 度腭裂及 III 度腭裂术中涉及的创面相差不多,尤其是深 II 度腭裂,因此我们选择深 II 度腭裂为研究对象。

作腭裂手术时,需要麻醉医师的良好配合,掌握好麻醉深度在 III 期 I 级,才能有效降低腭裂整复术中的出血。在保证手术质量和安全的前提下,有效地控制创面渗血,使术野清晰,便于手术操作,缩短手术时间,将对减少腭裂术中出血具有重要意义。在既往手术中使用的肾上腺素浓度没有一个

并肌注斯奇康,得到满意的疗效。现将资料总结分析如下:

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 60 例患者均为我院皮肤性病门诊初发的 CA 患者,男性 46 例,年龄最小为 18 岁,最大为 51 岁,平均确定的标准<sup>[2-3]</sup>,因此,我们探讨不同的肾上腺素浓度张力性浸润后的止血效果。本研究中,随着浓度的增加,心率、血压增加,为了延长反跳时间,主张用含 1/10 万肾上腺素的 0.5% 利多卡因,在有效止血的情况下,能够增加局部麻醉的效果,减少术中操作对全身状况的影响。我们认为在通常的腭裂术中,局部张力性浸润是最为有效的方法,只有在此方法基础上加用其它的止血方法才能收到更加明显的止血效果。

腭裂手术出血高峰在切开、剥离粘骨膜瓣时,时间在 30~40min 内,到手术缝合时,多数出血已不严重,通常的腭裂手术时间为 60~90min。本研究中,0.5% 利多卡因张力性浸润的有效时间平均为 17.5min,含 1/10 万肾上腺素的为 45min,含 1/20 万肾上腺素的为 30min,之后才会出现张力性作用后的反跳现象。在剥离粘骨膜瓣和切开裂隙边缘时,在 1/10 万肾上腺素张力性浸润的时间范围内,能最大限度地减少出血。在临床手术中我们发现在肾上腺素作用消失后,渗血明显增加,故应在反跳前尽快缝合伤口,减少组织面的渗血,如果为明显的渗血,可以在局部再次作张力性注射。张力性注射通常在手术区内注射,不仅注射于硬腭部,也注射于软腭、裂隙边缘和松弛切口区,注射至黏膜发白并有小的露珠状涎液出现,在软腭部的注射时应到达肌层。当切开后局部有明显出血的,可在局部重新再次注射,必要时作缝扎。

在手术中出血较多的情况下,柏恒亮等认为 30~40min 降压麻醉能有效地减少腭裂的出血<sup>[4]</sup>。而我们不主张采用降压麻醉,降压麻醉给患者带来不必要的血压波动,影响对出血的观察。肾上腺素的作用是双重的,在局部产生血管收缩,全身的血压是增高,有利于对活动出血点的观察。

### 参考文献

[1] 韦山良,曾东林.腭裂患者术中出血的临床分析[J].广东牙病防治,1999,7(3):214-215

[2] 梁飞燕,封兴华,徐萃杰,等.婴幼儿唇腭裂同期修复的手术体会[J].中国美容医学,2002,11(2):57-59

[3] 余波,罗锐,张萍.先天性腭裂的手术修复及其疗效观察[J].中国美容医学,2004,13(3):349-350

[4] 柏恒亮,孟加林.降低腭裂术中出血的麻醉处理[J].华西口腔医学杂志,1997,15(2):40-41

[5] 刘瑛年,李长涛,范勇斌.综合措施减少腭裂修复术出血的效果观察[J].现代口腔医学杂志,2001,15(5):361

(收稿日期:2007-08-31)