

鼻内镜手术 187 例全麻处理体会

苑克进 林荣芳 邵俊惠

(山东省威海市文登中心医院 威海 264400)

关键词:鼻内镜手术;全身麻醉

中图分类号:R 614.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0071-01

鼻窦内镜手术目前已成为治疗慢性鼻窦炎与鼻息肉的首选方法,以其手术视野好、手术精细程度高、手术彻底而收到良好的治疗效果。以往手术大多数采用局部麻醉,我院自开展此手术以来,根据病情及手术情况选择实施全身麻醉+气管内插管,或辅

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 187 例 ASA I-III 级患者,因鼻息肉及副鼻窦炎等接受手术治疗,男 106 例,女 81 例,年龄 18~65 岁,平均 38.1 岁,体重 40~90kg。其中合并高血压患者 12 例,糖尿病 2 例,冠心病史者 22 例。手术种类包括:鼻中隔偏曲、单侧或双侧鼻窦炎、鼻息肉以及手术后复发再次手术等,手术时间 0.5~4h。

1.2 麻醉方法 术前肌注苯巴比妥钠 0.1g,阿托品 0.5mg。入室后开放静脉,术中用监护仪监测血压、心率、呼吸、心电、血氧饱和度。麻醉诱导:丙泊酚 2.5mg/kg,芬太尼 5~6μg/kg,维库溴铵 0.1mg/kg。静注后快速诱导气管内插管,气管内插管前端涂抹丁卡因胶浆。用麻醉机控制呼吸,全麻维持用芬太尼、维库溴铵单次静脉注射,根据麻醉深浅辅助异丙酚微量泵入或安氟醚/异氟醚吸入,手术结束后常规用新斯的明拮抗肌松药。

2 结果

2.1 麻醉结果 术中患者处于全麻状态,手术顺利进行,25 例因手术中创面渗血较多使用硝酸甘油进行控制性降压。术毕患者苏醒按照全麻苏醒拔管的标准拔除气管导管。

2.2 不良反应 术中出现心律失常 3 例,其中 2 例为室性心律失常,1 例为室上性,经处理后均消失;无拔管后喉痉挛发生。

率和预后不如 I 度好;III 度为输卵管管壁毛糙,僵直如锈铁丝状,重度积水,其病史长,粘连重,多见于结核或严重的慢性炎症,经宫腔内再通术难以成功,且预后较差,主要考虑体外受精和胚胎移植等治疗。此外,因输卵管异位妊娠手术及妇科经扎术所致的输卵管性不孕,造影表现与输卵管阻塞 1 级 I 度表现相当,其治疗只能采取输卵管吻合术^[5],因而在诊断和治疗时还需询问病史。

子宫输卵管造影对输卵管阻塞性不孕症的诊断可为各种治疗方法的选择提供重要的参考,同时也能够为输卵管阻塞性不孕症的预后判断提供依据。

3 讨论

目前在国内,局部麻醉仍然是内镜鼻窦手术的主要麻醉方式^[1]。由于鼻内手术操作部位深在、视野小,操作精细,手术过程中对鼻窦部骨性结构的手术操作给患者带来不适及恐惧感,术中患者难以很好地配合手术的进行,出现体动、呻吟,给施术者精细操作带来困难,而导致手术时间延长、出血及意外损伤增加,治疗不彻底,有些患者甚至中途放弃手术。而行气管插管全麻能有效地消除这些不良反应。

周兵等将鼻窦病变分型,为选择麻醉方式提供依据,认为手术范围大及反复多次手术应首选全麻^[2]。但由于手术部位及手术自身的一些特点:部位深在,邻近结构重要,容易出血等,因此对全身麻醉的要求又有别于其他手术。(1)鼻内镜手术面临的首要困难是在理想的麻醉前提下控制出血,创面出血会使术野不清,不利于直视下进行手术,延长手术时间,常影响手术质量,国外此类手术常规在控制性降压麻醉下进行。对患有高血压、术中估计出血较多者控制性降压麻醉有助于减少出血^[3]。(2)在手术开始时使用血管收缩剂肾上腺素纱条堵塞鼻道,由于安氟醚/异氟醚吸入麻醉时,可引起心肌对儿茶酚氨的敏感性,在麻醉过程中需注意心律失常的发生,并维持一定的麻醉深度。(3)在手术过程中应了解手术进程,随时与手术医生保持联系,尤其在手术快结束作下鼻甲黏膜部分切除时,手术对病人刺激较大,且此步骤手术操作时间又难以确定,此时宜加深麻醉,最好使用作用时间短的麻醉药物如异丙酚等,以免病人突然苏醒出现体动、呛咳等,导致出血影响手术操作,或发生意外损伤、气管导管脱落等。(4)鼻内镜手术部位邻近气道,因此手术过程中对呼吸道的管理尤为重要,应随时注意保证呼吸(下转第 89 页)

分级、分度越低再通成功率越高,预后越好,也是治疗的最佳适应证,反之则治疗困难且预后不佳。

参考文献

[1]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.2 324-2 325
[2]吕晓虹.输卵管阻塞性不孕症治疗进展[J].中国计划生育杂志,2002 ,10(3): 184-186
[3]金初国,李诚信.应用不可塑形导管经宫颈插管行输卵管再通术[J].中华放射学杂志,1998,32(1): 59-60
[4]陈焱贤.实用放射学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1998. 746-747
[5]刘彦.实用妇科腹腔镜手术学[M].北京:科学技术文献出版社, 2000.95

(收稿日期: 2008-08-04)

效优于对照组。

7 研究

朱慧华等^[24]将 60 例哮喘缓解期患儿分为两组, 辛夷、苍耳子口服治疗组和酮替芬口服对照组各 30 例。结果治疗组有效率为 83.3%, 与对照组有效率 80.0% 比较, 无显著性差异 ($P > 0.05$); 治疗组 EOS、IL-5 浓度明显下降, 与对照组比较均有显著性差异 ($P < 0.05$); 治疗组 FEV₁ 明显改善, 优于对照组 ($P < 0.05$)。动物实验采用卵蛋白制成过敏性哮喘小鼠模型, 随机分成正常组、对照组和治疗组, 观察各组引喘潜伏期、EOS、IL-4、IL-5 的指标变化, 并通过肺组织的切片来观察气道的病理改变。结果辛夷、苍耳子灌胃后治疗组小鼠的引喘潜伏期延长, 与对照组比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。肺组织病理切片观察提示辛夷、苍耳子灌胃治疗可减轻哮喘模型小鼠肺组织中炎细胞浸润。提示祛风药辛夷和苍耳子治疗哮喘缓解期慢性气道炎症, 具有降低外周血嗜酸性粒细胞浓度、血清白细胞介素 -5 浓度、降低气道阻力、延长哮喘模型小鼠引喘潜伏期的作用。陈慧^[25]将 52 例哮喘患儿随机分为治疗组和对照组, 治疗组予三拗汤加减方, 对照组予西药氨茶碱治疗。结果治疗组总有效率 74.07%, 对照组总有效率 72.00%, 两组疗效相近, 但三拗汤加减改善患儿中医症状、舌脉作用更明显, 并能降低 IL-4、IL-5 水平, 其降低 IL-4 水平较对照组更加明显。张晶樱等^[26]报道, 将 100 例患儿随机分为扶正化痰合剂治疗组、酮替芬对照组各 50 例, 并观察治疗前后哮喘发作的次数、发作程度及血 IgE、EOS 的变化。结果显示在减少哮喘发作次数及减轻发作程度, 降低血 IgE 及嗜酸性粒细胞水平等方面, 治疗组均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

8 讨论

中医药对儿童哮喘有较好的疗效, 但主要体现在缓解期的治疗方面, 对急性发作期的疗效尚不及西药迅速。我们应积极努力, 借助现代技术手段, 开展中医药治疗哮喘的机制研究, 尽早研究出能迅速控制哮喘症状的中药制剂, 同时牢牢抓住中医药治疗儿童哮喘缓解期的优势, 发挥中医辨证论证和“治未病”的特点, 确立对儿童哮喘以防为主、防治(上接第 71 页)道的通畅, 又由于手术过程中有较多的血液及分泌物积聚在咽腔, 因此气管导管气囊应完全封闭气管, 以防血液及分泌物进入气管堵塞呼吸道, 术毕待病人完全苏醒, 将口咽腔分泌物及血吸净后才能拔除气管导管, 以免引起误吸。拔除气管导管后, 嘱患者张口用喉镜检查咽喉的出血情况以及纱条填塞位置是否通畅, 以防止引起呼吸道梗阻。(5) 手术中应严密观察病人, 及时处理心律失常及喉痉挛等并发症, 加强术后观察及生命体征的监测。

综上所述, 电视鼻内镜手术由于精细程度高, 需

结合的原则, 从而提高中医药整体防治儿童哮喘的疗效。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 儿童支气管哮喘防治常规(试行)[J]. 中华儿科杂志, 2004, 42(2): 100-106
- [2] 徐丽萍, 蔡凤云. 海石合剂治疗小儿支气管哮喘临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(9): 31
- [3] 毛三宝. 六子肃肺汤治疗小儿支气管哮喘 50 例[J]. 中医药临床杂志, 2007, 19(2): 155-156
- [4] 林传远. 玉屏风散合橘皮枳术汤治疗幼儿哮喘 26 例[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(18): 2 952-2 953
- [5] 张敏. 猴枣散治疗儿童支气管哮喘 38 例 [J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(11): 42
- [6] 郭士全, 路明. 润肺止咳汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘 120 例临床观察[J]. 四川中医, 2005, 23(9): 87-88
- [7] 隆红艳. 蔡寅寿教授治疗小儿哮喘经验[J]. 长春中医药大学学报, 2006, 22(4): 35-36
- [8] 赵霞, 姬孝斌. 辨证治疗小儿哮喘 32 例临床观察[J]. 现代中医药, 2005, 25(4): 10-11
- [9] 刘迎伟. 辨证治疗小儿哮喘 54 例[J]. 湖南中医杂志, 2005, 21(3): 91-92
- [10] 施益农. 顽固性小儿哮喘辨治要诀[J]. 中华当代医学, 2005, 3(9): 85-86
- [11] 黎经兰. 补肾纳气法治疗小儿支气管哮喘 38 例 [J]. 中医研究, 2005, 18(1): 39-40
- [12] 曾鸿鹄. 肺热口服液治疗小儿哮喘 56 例[J]. 中医儿科杂志, 2006, 2(4): 25-26
- [13] 闫建纯. 中药颗粒剂麻杏祛风定喘方治疗幼儿哮喘[J]. 湖北中医杂志, 2006, 28(8): 26
- [14] 郝新芳. 参麦注射液治疗小儿哮喘 60 例临床观察[J]. 国医论坛, 2005, 20(6): 39
- [15] 邱长虹. 痰热清注射液治疗小儿哮喘性支气管炎 60 例[J]. 中原医刊, 2005, 32(19): 67-68
- [16] 陆立东, 李小钢. 吸入皮质激素联合中医辨证论治治疗儿童支气管哮喘疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(3): 489-490
- [17] 周云珍. 中西医结合治疗儿童哮喘 69 例临床观察[J]. 国医论坛, 2007, 22(6): 33
- [18] 周萍. 中西医结合治疗儿童哮喘疗效观察[J]. 中华中西医结合杂志, 2007, 5(8): 70
- [19] 余辉, 胡琼英. 麻藤四子直肠浓缩液治疗幼儿哮喘急性发作的临床研究[J]. 中国中医药科技, 2007, 14(5): 310-311
- [20] 黄传萍. 药物灸治疗小儿支气管哮喘 50 例[J]. 吉林中医药, 2007, 27(3): 37-38
- [21] 毕美芬. 药物穴位贴敷治疗小儿支气管哮喘 160 例[J]. 实用中西医结合临床, 2005, 5(5): 54-55
- [22] 李慎勤, 江长波. 小儿哮喘栓治疗儿童哮喘发作期 106 例临床观察[J]. 江西中医药, 2005, 36(10): 31-32
- [23] 姜丕英, 韩笑冬. 中医综合治疗儿童哮喘 61 例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2006, 13(1): 62
- [24] 朱慧华, 虞坚尔. 辛夷苍耳子治疗儿童哮喘缓解期慢性气道炎症机理研究[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(8): 1 025-1 028
- [25] 陈慧. 三拗汤加减治疗小儿寒饮停肺型哮喘临床观察[J]. 天津中医药, 2006, 23(1): 29-30
- [26] 张晶樱, 周士伟. 扶正化痰合剂防治小儿哮喘的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2005, 27(2): 15-16

(收稿日期: 2008-09-28)

要完善的镇痛及良好的麻醉条件, 若手术创面失血较多, 应积极采取控制性降压以减少失血量。因此, 鼻窦病变较严重的手术, 范围大、时间长的内镜鼻窦手术宜选择在全麻 + 气管内插管下进行较为理想。

参考文献

- [1] 张勤修, 刘世喜, 杨慧, 等. 内镜鼻窦息肉手术 1 167 例临床分析 [J]. 中国内镜杂志, 2006, 12(1): 9-11
- [2] 韩德明. 鼻内镜外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 119
- [3] 黎万荣, 黄英, 魏继承. 控制性降压麻醉在复发性鼻息肉内镜手术中的应用[J]. 耳鼻喉 - 头颈外科, 2002, 9(3): 151-153

(收稿日期: 2008-07-25)