

瑞芬太尼复合丙泊酚在腹腔镜手术中的应用

邓喜喜 吴玲娟 苗卉
(江西省抚州市第一人民医院 抚州 344000)

关键词:瑞芬太尼;丙泊酚;腹腔镜;靶控输注

中图分类号:R 614

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0061-02

腹腔镜手术属微创手术,不需开腹,恢复快,时间短,且多为连台手术,术中麻醉深度要求高,且要求麻醉苏醒快。现将我院 2006~2008 年对 100 例腹腔镜手术患者采用瑞芬太尼或芬太尼复合丙泊酚

数据显示,术中引流顺利,肺中残留量非常少,部分患者几乎可以全部引流,残留量为 0,故术后双肺的功能恢复快,患者未见明显不适。由于肺内异物的大量清除,有的患者达数千克之多,术后患者感觉呼吸顺畅、轻松,明显优于术前。

3 讨论

尘肺病的治疗包括药物治疗和肺灌洗治疗。肺灌洗不仅能清除残留在肺泡乃至肺间质中尚未包裹的粉尘巨噬细胞以及致炎和致纤维因子,还可改善症状,改善肺功能。因此,肺灌洗既是一种对症治疗,也是一种对因治疗,且对肺所造成的损伤甚微。国内徐州医学院以犬进行动物试验,经电镜证实灌洗后的肺泡基底膜有一过性、轻微可逆的充血渗出性改变,24~48h 内即可恢复^[1]。

SMDWLL 是在单侧肺灌洗的基础上采用加压通气法,尽可能减小灌洗侧肺内残留量,同时因肺泡充分膨胀,肺表面积扩大,加速肺表面活性物质的合成,从而缩短肺功能恢复时间,使刚刚灌洗过的肺脏功能迅速恢复,承担起灌洗另一侧肺脏时呼吸功能。Mcclenahan^[2]曾用大白鼠做实验,加大潮气量与呼吸频率可以加速肺泡表面活性物质 PS 的合成,新的 PS 一般能在 50min 内快速合成。这可能是大容量全肺灌洗(MWLL)后未发生肺不张的原因,同时为我们开展 SMDWLL 提供了理论依据。SMDWLL 使两肺灌洗间隔时间由单肺分期灌洗的 5~10d 缩短到 60min 左右,为患者缩短了疗程,节约了人力、财力,其优越性显而易见。

根据我院近年来的临床麻醉经验,为确保 SMDWLL 的安全性,在一侧肺灌洗完毕后,应尽快促使该侧肺功能恢复以达到下列条件:(1) 残留液基本排除和吸净;(2) 灌洗侧肺呼吸音恢复,基本无水泡音;(3) 该侧肺顺应性接近灌洗前水平,且行单肺通气时,气道压增高应小于 0.5kPa;(4) 该肺单肺通气 8min 后 PaCO₂>13.3kPa。同时,术中应积极预

全身静脉麻醉比较结果报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选 2006~2008 年行腹腔镜手术患者 100 例,年龄 25~70 岁,体重 45~80kg,ASA I~II

防通气肺漏水、低氧血症及二氧化碳潴留,避免支气管黏膜出血、肺渗血、心律失常、静脉炎及静脉血栓、支气管哮喘等。

在操作过程中,DLT 的插管定位及良好的固定是保证肺灌洗的关键。麻醉医师应根据患者的年龄、身材及胸片、CT 等情况选用不同型号的左侧 DLT, 尽量选择能顺利通过气道管径尽可能粗的导管, 本组患者 10 例使用 F39 DLT,10 例使用 F37 DLT。判定 DLT 位置的方法有听诊法、FOB 法、吸痰管通畅实验、PetCO₂ 监测法、肺顺应性监测法、气道峰压监测法等。其中以听诊法最常用,以 FOB 定位最直接,准确率最高,最安全。本组患者插管定位采用听诊法和吸痰管通畅实验法相结合为主,当遇到难以把握时用 FOB 定位,定好位后用导管固定器妥善固定,全组术中未出现渗漏。

此外,可在灌洗过程中,根据实际情况适当给予患者改善肺顺应性的药物,如使用地塞米松、二羟丙茶碱静脉点滴,特布他林于灌洗第 3 次或第 6 次加压通气时经灌洗侧支气管内给药,可起到预防和治疗支气管哮喘的作用,并显著减少灌洗液残余量。特布他林为选择性 β_2 受体激动剂,其对心脏 β_2 受体的作用极小,仅为异丙肾上腺素的 1/100。但临床应用时,特别是大量注射给药仍有明显心血管系统的副作用,这除与它直接激动心脏 β_1 受体有关外,尚与其激动血管平滑肌 β_2 受体、舒张血管、增加血流量、通过压力感受器反射性兴奋心脏有关。本组患者采用支气管内给予 1~2 mg 盐酸特布他林,使药物选择性地作用于呼吸道 β_2 受体,可明显扩张支气管而不致引起明显的心血管系统的副作用。

参考文献

[1]胡国昌,曾因明,陈世超,等.大容量全肺灌洗对犬肺形态学的影响[J].徐州医学院学报,1995,15(3): 231-234
[2]Mcclenahan JB.Effect of ventilation on surfactant, and its turnover rate[J].J Appl Physiol,1976,23(2):215

(收稿日期: 2008-07-31)

中药外熏治疗外阴白色病变 50 例

肖梅艳¹ 梁仁琼¹ 刘丽明² 王佩瑶³ 吴臻⁴

(1 江西省吉安县人民医院 吉安 343100; 2 江西省吉安县敦厚中心卫生院 吉安 343100;
3 江西省吉安市青原区卫生局 吉安 343009; 4 江西省吉安县计生服务站 吉安 343100)

关键词: 外阴白色病变; 外熏治疗; 中医药疗法

中图分类号: R 711.72

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0062-02

外阴白色病变系指女性外阴皮肤黏膜组织变性及色素改变的一组慢性疾病, 临床以外阴剧痒及外阴皮肤黏膜色素减退呈不同程度变性为特征, 晚期常伴外阴萎缩、阴道口狭窄和性交痛, 是一种较为常见的妇科病。其病因尚不完全清楚, 治疗比较困难。笔者自 2004 年 5 月~2008 年 5 月采用自拟消白熏洗剂治疗 50 例, 取得较好疗效。现报告如下:

级, 随机分成两组, R 组 50 例, F 组 50 例。两组病人的年龄、性别、手术时间、体重无显著差异。

1.2 麻醉方法 术前肌注长托宁 0.5mg。麻醉诱导: 力月西 2mg·kg⁻¹, 依托 0.2mg·kg⁻¹, 琥珀胆碱 2mg·kg⁻¹。R 组用瑞芬太尼 2μg·kg⁻¹, F 组用芬太尼 2μg·kg⁻¹, 气管插管后行机械通气, 推注维库溴铵 4mg, 设定呼吸参数: 潮气量 8~10mL/kg, 吸呼比 1: 1.5, 呼吸频率 12~16 次/min。麻醉维持: R 组靶控输注瑞芬太尼 [0.1μg/ (kg·min)] 复合丙泊酚(3~6 mg/L), F 组丙泊酚(3~6mg/L)靶控输注, 根据临床需要, 推注芬太尼维持麻醉, 每隔 45min 追加维库溴铵 2~4mg, 同时维持气腹压在 10~12mmHg。于放气后停止静脉给药, 手术结束后患者出现肢体活动、吞咽、呼之睁眼反应, 充分吸痰后拔除导管, 待患者清醒后送回病房, 行全麻后常规护理。

1.3 观察指标 分别观察插管前 (T0)、插管时 (T1)、切皮时 (T2)、切皮后 5min (T3)、拔管时 (T4) 各个时段 MAP、HR, 记录苏醒时间、拔管后是否再入睡及术后恶心呕吐发生率。

1.4 统计学处理 用 t 检验及 χ² 检验, P<0.05 为差异有显著性。

2 结果

和 T0 比, F 组 T1 MAP、HR 显著降低 (P<0.01), T2 及 T3 MAP、HR 显著增高 (P<0.05); R 组 T1、T2 及 T3 MAP、HR 显著降低 (P<0.01)。T4 MAP R 组、F 组无显著变化, 但 R 组的心率明显升高。结果见表 1。R 组病人的苏醒时间、拔管后再入睡及恶心呕吐发生率均低于 F 组 (P<0.05)。结果见表 2。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 100 例均为门诊病例, 随机分为治疗组、对照组。治疗组 50 例, 年龄 33~71 岁, 平均 50.4 岁; 病程 8 个月~24 年, 平均 7.7 年。对照组 50 例, 年龄 31~66 岁, 平均 48.9 岁; 病程 8 个月~21 年, 平均 6.8 年。

1.2 症状和体征 两组患者均有外阴瘙痒。治疗

表 1 各时段 MAP、HR 比较 (X±S)

指标	组别	T0	T1	T2	T3	T4
HR (次/min)	R 组	85.46± 10.12	71.40± 7.04**	70.16± 9.33**	76.48± 10.08**	85.95± 1.12**
	F 组	84.68± 13.42	73.98± 9.09**	85.23± 9.72*	89.72± 10.36*	84.40± 8.17
MAP(mmHg)	R 组	87.28± 10.72	75.83± 8.88**	76.34± 10.84**	78.86± 10.12**	84.42± 10.82
	F 组	86.23± 10.79	75.80± 10.38**	87.04± 10.29*	93.07± 10.81*	87.03± 10.91

注: 与 T0 比, *P<0.05, **P<0.01。

表 2 两组患者苏醒时间、再入睡及恶心呕吐发生率 (X±S)

组别	苏醒时间(min)	拔管后再入睡(例)	恶心呕吐发生率(%)
R 组	7.75± 0.84*	3*	12
F 组	11.90± 1.61	20	18

注: R 组与 F 组比, *P<0.05。

3 讨论

瑞芬太尼是一种 u 阿片受体激动剂, 镇痛效果好, 起效快, 作用时间短, 可控性强^[2], 时量相关半衰期不受输注时间长短的影响^[3], 且不受体内胆酯酶的影响, 即使大剂量应用也不会延长作用时间, 利于患者恢复。它诱导迅速, 苏醒快, 符合腹腔镜连台手术“快麻快醒”的要求。本研方发现 R 组 T1~T3 各时间段 MAP、HR 均低于 T0, 说明瑞芬太尼有较强的抑制气管插管、切皮时的应激反应和镇痛作用。R 组拔管时心率明显增快, 分析为瑞芬半衰期短, 患者切口疼痛所致, 所以瑞芬太尼不宜过早停药, 或应提前启用镇痛药。R 组术后苏醒时间、恶心呕吐发生率均明显低于 F 组, 说明瑞芬太尼比芬太尼更利于术后恢复与苏醒。瑞芬太尼复合丙泊酚用于腹腔镜手术, 效果较好, 值得在临床上推广应用。

参考文献

[1]张兴安,芮建中,吴群林,等.NONME 法分析国人异丙酚群体药代动力学[J].中国临床药理学杂志,2004,20(5):378-382
[2]赵高峰,张兴安,吴群林,等.靶控输注异丙酚复合瑞芬太尼全静脉麻醉[J].广东医学,2004,25(7):765-767
[3]Westmoreland CL,Hoke JF,Sebel PS ,et al.pharmacokinetics of remifentanyl (GI87084B)and its major metabolite (GJ90291)in patients undergoing elective inpatient surgery [J].Anesthesiolog, 1993,79(5):895-898

(收稿日期: 2008-12-25)