

作总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 118 例, 均符合《实用儿科学》的诊断标准和临床类型^[1]。分为两组: 2000 年 1 月~2001 年 2 月治疗的水痘 62 例为对照组, 其中男 32 例, 女 30 例; 年龄 9 个月~14 岁。轻度与中度发热 53 例, 高热 9 例; 轻型水痘 57 例, 重型水痘 5 例。2001 年 3 月~2002 年 5 月治疗的水痘 56 例为治疗组, 其中男 27 例, 女 29 例; 年龄 10 个月~14 岁。轻度与中度发热 46 例, 高热 10 例; 轻型水痘 52 例, 重型水痘 4 例。两组就诊时间均为出疹后 1~2 天, 均伴有强烈瘙痒。始为红色斑疹、丘疹, 数小时至 1 天后变为疱疹, 呈椭圆形、大小不等、基底边缘红晕, 皮疹呈向心性分布, 躯干、头部较多。两组患儿性别、年龄、体重、临床表现比较, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均采用同样的常规护理和对症处理, 治疗组用西米替丁每天 5~10 mg/kg, 阿昔洛韦每天 10~15 mg/kg; 对照组用病毒唑每天 10~15 mg/kg。以上均分为 2 次/天, 轻型口服, 重型静脉滴注, 连用 5 天。对照组加板蓝根冲剂, 小于 1 岁, 1/4 袋; 1~6 岁, 1/3 袋; 7~14 岁, 1/2 袋, 均为每天 2 次。

1.3 疗效判定标准 根据皮疹、发热、瘙痒消退情况判断疗效。显效: 用药后 3 天内热退, 皮疹消退, 未再出现新皮疹; 好转: 用药后 3 天内热退, 皮疹部分消退; 无效: 用药后 3 天内仍发热, 可见新的斑丘疹出现。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.01$) (见表 1)。

3 讨论

表 1 两组患儿临床疗效比较 (n)

分组	n	显效	好转	无效	总有效率(%)	χ^2	P
治疗组	56	43	9	4	92.86		
对照组	62	34	14	14	77.42	7.41	< 0.01
合计	118	77	23	18	84.75		

水痘是由水痘一带状疱疹病毒引起的急性传染病, 该病毒属 DNA 病毒。通过飞沫和接触传播, 易感者接触后 80%~90% 发病, 目前临床无特效治疗。西米替丁作为 H_2 受体阻滞剂和免疫调节剂, 常用于防治胃、十二指肠溃疡, 也可治疗以周期性发热伴溃疡性口炎、咽炎和颈淋巴结炎为特征的感染性单核细胞增多症和单纯疱疹病毒感染^[2]。除通过封闭抑制性 T 淋巴细胞 (T_s) 的 H_2 受体而抑制 T_s 细胞, 提高 T 淋巴细胞转化率, 增强机体的免疫功能外, 尚可增加干扰素生成, 具有抗病毒作用^[3]。此外还有止痒作用^[4]。阿昔洛韦在体内转化为三磷酸化合物, 干扰单纯疱疹病毒 DNA 聚合酶的作用, 抑制病毒 DNA 的复制^[5]。两者联合应用, 增强了阿昔洛韦抗病毒作用, 可减轻症状, 缩短病程。本研究通过联合应用西米替丁和阿昔洛韦与对照组比较研究, 经统计学处理明显优于对照组, 具有显著性差异。

本组未发现并发症, 亦未见明显的副作用, 疗效显著, 病程缩短, 药源充足、经济, 宜于在基层医院推广应用, 且治疗愈早愈好。

[参 考 文 献]

- [1] 吴瑞萍, 胡亚美, 江载芳主编. 实用儿科学 [M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 738~739.
- [2] 孔梅. 西米替丁治疗 FAPA 综合征 [J]. 国外医学·儿科学分册, 1993, 20(2): 112.
- [3] 曹锦强. 西米替丁在儿科临床的新用途 [J]. 临床儿科杂志, 1993, 11(5): 255.
- [4] 陈新谦, 金有豫主编. 新编药理学 [M]. 第 14 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 113.
- [5] 樊德厚, 王永科主编. 中国药物大全 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 394.

[文章编号] 1000-2200(2004)02-0159-02

· 临床医学 ·

全麻联合连续硬膜外阻滞对普胸手术术中知晓的影响

张 桥

[摘要] 目的: 评价全麻联合连续硬膜外阻滞对普胸手术术中知晓的影响。方法: 将 34 例 ASA I ~ II 级择期普胸手术患者, 随

[收稿日期] 2003-08-12

[作者单位] 安徽省舒城县人民医院 麻醉科, 231300

[作者简介] 张 桥 (1963-), 男, 安徽舒城县人, 主治医师。

机分为单纯全麻组和全麻联合连续硬膜外阻滞组。结果: 全麻联合连续硬膜外阻滞组全麻药用量较单纯全麻组低, 术中知晓例数较单纯全麻组高, 但差异均无显著性 ($P > 0.05$), 而拔管时间显著

低于单纯全麻组($P < 0.01$)。结论:全麻联合连续硬膜外阻滞用于普胸手术术中知晓有所增加,应引起重视。

[关键词] 麻醉,全身;麻醉,硬膜外;术中知晓

[中国图书资料分类法分类号] R 614.2; R 614.42 [文献标识码] A

全麻合并连续硬膜外阻滞在手术中的应用愈来愈广泛,它可明显地降低患者在手术中的应激反应,缩短全麻拔管时间,减少全麻药的用量。由于全麻药用量的减少,患者术中知晓就相应增加。本文就普胸手术术中知晓问题进行了探讨,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002 年 10 月~2003 年 5 月,我科共做进胸手术麻醉 34 例,男 25 例,女 9 例;年龄 42~76 岁。ASA I~II 级,无耳聋及精神异常,随机分为 A、B 两组,每组 17 例。A 组采用胸段连续硬膜外阻滞加全麻, B 组采用单纯全麻。

1.2 麻醉方法 术前 30 min 肌肉注射苯巴比妥钠 0.1 g,阿托品 0.5 mg。入手术室后开放静脉通路, A 组选择胸段(T₇₋₈)硬膜外腔穿刺,向头侧置管 4 cm,注入试验量 1%利多卡因与 0.375%布比卡因混合液 3~4 ml,5 min 后观察无全脊麻征象,再注入上述混合液 4~5 ml,15 min 后测试麻醉平面;麻醉效果满意且循环呼吸稳定后行全麻诱导。A、B 组全麻诱导均采用咪达唑仑 0.2 mg/kg,芬太尼 3~4 μ g/kg,阿曲库铵 0.4~0.6 mg/kg 静脉注射,气管插管后接麻醉机控制呼吸,麻醉维持两组均以阿曲库铵 0.3 mg/kg,芬太尼 1~2 μ g/kg,间断静脉注射和间断吸入 0.5%~1%氨氟醚。A 组患者术中每 60 min 追加局麻药 3~5 ml。手术结束接硬膜外镇痛泵行术后镇痛。

1.3 术中知晓判定 A、B 两组术中观察心率和血压变化,以及流泪、皱眉、挤眼、体动等浅麻醉反应情况;手术结束后记录患者意识恢复和拔管时间,即刻询问患者术中是否疼痛,是否听到医护人员的谈话,并在回病房 5h 后及次日再次询问相同的问题。

1.4 统计学方法 采用 t 检验和四格表确切概率法分析。

2 结果

两组患者的一般情况和手术时间差异均无显著性, A 组芬太尼用量虽较 B 组减少,但差异无显著性($P > 0.05$); A 组拔管时间较 B 组提前($P < 0.01$), A 组术中知晓与 B 组差异无显著性($P = 0.085$), 两

组肌松药阿曲库铵用量的差异亦无显著性($P > 0.05$)(见表 1)。

表 1 两组术中用药、拔管时间及术中知晓比较

分组	n	芬太尼 (mg)	阿曲库铵 (mg)	拔管时间 (min)	术中知晓 (n)
A 组	17	0.28±0.08	79±30	8.1±2.3	6
B 组	17	0.31±0.08	85±28	13.2±3.6	1
t	—	1.09	0.60	6.00	—
P	—	> 0.05	> 0.05	< 0.01	0.085 [△]

△示四格表确切概率法分析

3 讨论

术中知晓是指全身麻醉手术期间患者对周围环境、声音及疼痛等情况存在着一定程度的感知与记忆,它对患者有很大的精神损害,增加患者的痛苦,造成术后生理紊乱,出现精神症状,甚至因医务人员的语言不慎而引起医疗纠纷。造成术中知晓的主要原因是麻醉过浅^[1]。大脑皮质组织内麻醉药物的浓度在维持有效麻醉深度时的持续性或阶段性的不足,未能使高级中枢神经系统在手术全过程中持续抑制达到意识消失的状态^[2~4]。由于连续硬膜外阻滞复合全身麻醉与单纯全麻相比,镇痛良好,肌松完善,全麻药用量减少,术后苏醒快^[3],也正是由于硬膜外阻滞的患者全身麻醉药用量的减少,导致术中知晓发生率增高。因此在应用连续硬膜外阻滞联合全身麻醉时,虽然肌松药和镇痛药的用量可能减少,但必须注意到镇静催眠药的用量应适中,以预防术中知晓的发生。

[参 考 文 献]

- [1] 徐启明,李文硕主编. 临床麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000: 170.
- [2] 张玉良,薛 晖,曾祥龙,等. 普鲁卡因复合全麻下腹腔镜胆囊切除术中知晓[J]. 临床麻醉学杂志, 2000, 16(5): 251.
- [3] 孙建良,黄 冰,屠海林,等. 异丙酚诱导全麻与术中知晓情况的分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 1999, 2(5): 445~446.
- [4] 田洪亿. 全麻术中知晓的探讨[J]. 浙江医学, 1998, 20(6): 366~367.
- [5] 季 焯,陈昆洲,杨曼芳,等. 硬膜外阻滞加气管内全麻与单纯气管内全麻用于全胃切除术的对比研究[J]. 中华麻醉学杂志, 1995, 15(2): 74~76.