

[文章编号] 1000-2200(2005)04-0345-02

·临床医学·

硬膜外腔注射少量曲马多对手术患者寒颤的影响

金向红

[摘要] 目的: 探讨硬膜外注射少量曲马多对手术寒颤的影响。方法: 胆囊切除患者 100 例, ASA I ~ II 级, 随机分为观察组和对照组, 选择硬膜外麻醉。观察组麻醉平面测试后, 再注入 0.75% 布比卡因 4 ml 加曲马多 50 mg (1 ml), 对照组注入 0.75% 布比卡因 4 ml 加生理盐水 1 ml, 记录阻滞平面、血压(BP)、心率(HR)。观察患者寒颤发生情况。结果: 两组麻醉平面均在 T₄ ~ T₁₂, 麻醉后 BP、HR 均略有降低, 观察组发生寒颤 15 例, 明显低于对照组 30 例 ($P < 0.05$)。结论: 硬膜外腔注入少量曲马多可以降低围术期寒颤发生率。

[关键词] 麻醉, 硬膜外; 曲马多; 寒颤; 围术期

[中国图书资料分类法分类号] R 614.42; R 971.1 [文献标识码] A

椎管内麻醉后体内热能由深部向外周再分布, 因此手术患者寒颤发生率较高。围术期寒颤给患者的生理和心理上均会带来一定影响, 为此, 预防和消除围术期寒颤是麻醉医师的职责。曲马多可降低寒颤反应的阈值 (即触发寒颤反应的深部温度)。本文观察硬膜外腔注射少量曲马多对手术寒颤的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 行胆囊切除术患者 100 例, ASA I ~ II 级, 随机分为观察组和对照组各 50 例。两组患者病情、年龄、体重及手术时间均无明显不同。

1.2 方法 选择硬膜外麻醉患者入手术室后, 穿单层布衣, 盖毛毯, 手术室温度控制在 $(24 \pm 1) ^\circ\text{C}$ 。开放静脉后, 患者侧卧位, 于 T₉₋₁₀ 间隙穿刺, 留管 5 cm, 平卧后, 交替输平衡盐液及胶体溶液, 并根据血压调整补液速度。硬膜外分次注入 2% 利多卡因 10 ml, 平面控制在 T₄ ~ T₁₂, 观察组再注入 0.75% 布比卡因 4 ml 加曲马多 50 mg (1 ml), 对照组注入 0.75% 布比卡因 4 ml 加生理盐水 1 ml。

1.3 观察项目 用温度觉测试阻滞平面, 记录麻醉前后的 BP、HR 变化, 观察并记录麻醉平面出现到手术开始后 1h 内寒颤发生情况。寒颤分级^[1] 轻度: 胸大肌、手臂等肌肉有持续颤动, 幅度不大; 重度: 除有肌肉颤动外, 还可见手臂、下颌关节有较明显抖动。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

两组麻醉平面均在 T₄ ~ T₁₂, 麻醉后 BP、HR 均略有降低, 输液后好转。观察组寒颤总发生率 30.0%, 低于对照组 60.0% ($P < 0.05$) (见表 1)。

表 1 两组患者手术寒颤发生情况比较 (n)

分组	n	未发生	轻度	重度	χ^2	P
观察组	50	35	7	8	9.13	< 0.05
对照组	50	20	15	15		
合计	100	55	22	23		

3 讨论

围术期寒颤发生率文献报道 30% ~ 65%, 是一种常见的并发症^[2]。本研究对照组为 60%, 与文献报道基本相符。寒颤对清醒的手术患者不论在心理上还是生理上都产生不良作用。剧烈的肌肉颤动使患者产生痛苦感觉, 并增加焦虑程度。寒颤发生时机体耗氧增加, 二氧化碳产生增多, 心率和心脏指数显著增加, 混合静脉血氧饱和度显著降低, 心肺功能正常的患者在寒颤时通气量和心脏功能可随代谢增加而代偿性增加, 但心肺储备功能降低的患者, 若不能有效代偿, 则可能发生意外^[3]。

多数学者认为, 寒颤是由于麻醉影响机体的体温调节功能, 若周围环境较为寒冷, 患者则发生体温降低而出现常见的深部低体温并发症——寒颤^[4]。椎管内麻醉后, 由于交感神经受阻滞, 引起周围血管扩张, 体表散热增加, 同时大量冷液体输入及手术创面皮肤乙醇、碘酒消毒致皮肤散热增加, 使体内热能由深部向外周再分布。体温下降, 下丘脑体温调节中枢为保持正常体温, 而发出冲动出现寒颤。

曲马多是一消旋混合物, 其阳性对映体作用于阿片受体, 可抑制 5-羟色胺的摄取, 并促进其释放, 而阴性对映体则抑制神经突触对去甲肾上腺素的再摄取, 并增加神经元外 5-羟色胺浓度^[5]。根据体温调节的单胺学说, 5-羟色胺作用于下丘脑中与体温调节有关的神经末梢, 使动物体温上升, 血管收缩, 而去甲肾上腺素则使动物体温下降, 同时伴有血管

[收稿日期] 2005-01-12

[作者单位] 安徽省安庆市第一人民医院 麻醉科, 246003

[作者简介] 金向红 (1965—), 男, 安徽桐城人, 主治医师。

舒张。5-羟色胺和去甲肾上腺素这两种物质在量上的动态平衡可保持体温恒定,曲马多能改善寒颤反应可能是作用于下丘脑的体温调节中枢,通过调节单胺类物质的量而起作用。本文两组患者阻滞平面无明显差别,硬膜外注入少量曲马多后能明显降低手术患者的寒颤发生率。

[参 考 文 献]

[1] 季文进,李真,赵国栋.多沙普伦治疗剖宫产产妇寒战的观察

[J].国际医药卫生导报,2002,75(7):79~80.

[2] 林成析,谭冠先.麻醉期间寒颤[J].国外医学·麻醉学与复苏分册,1998,19(3):160~161.

[3] 颜涛.硬膜外麻醉中的体温变化与寒战[J].国外医学·麻醉学与复苏分册,2000,21(6):342~344.

[4] 杨冬,薛富善.麻醉后寒颤及其防治[J].国外医学·麻醉学与复苏分册,2003,24(1):19~23.

[5] 刘俊杰,赵俊主编.现代麻醉学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1999:324~325.

[文章编号] 1000-2200(2005)04-0346-02

·临床医学·

有并存病的直肠癌外科手术 159 例分析

付少华,朱坚刚

[摘要]目的:分析有并存病的直肠癌的特点,探讨围手术期处理方法。方法:回顾我院1997年1月~2004年1月收治有并存病的直肠癌患者159例临床资料,分析并存病的种类、并发症情况及病死原因。结果:根治性肠切除130例,切除率81.8%,术后并发症30例,发生率为18.9%,病死6例,病死率3.8%。结论:加强围手术期营养支持与并存病的处理,良好的麻醉,合理的手术方式,简洁利索的手术操作,可减少并发症的发生。

[关键词] 直肠肿瘤;结肠疾病/外科手术;并存病;并发症

[中国图书资料分类法分类号] R 735.37; R 656.9 [文献标识码] A

随着生活水平的提高和人口平均寿命的延长,有并存病的直肠癌逐年增加,围手术期的处理是手术成功与否的重要因素。1997年1月~2004年1月,我院共收治有共存病的直肠癌159例,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 159例中,男106例,女53例,男女之比为2:1;年龄30~80岁,60岁以上124例。并存病有心脏病98例;呼吸系统疾病68例;高血压33例;前列腺增生32例;糖尿病28例;肝硬化8例。

1.2 手术方式 根治性肠切除130例(Dixon术、Miles术),姑息性肠切除12例,Hafmann术6例,结肠造口11例。

1.3 术后并发症 术后发生各种并发症52例次,发生率为18.9%。其中:切口裂开10例,肺部感染10例(死亡2例),吻合口瘘9例,心力衰竭8例(死亡2例),肠梗阻2例,应激性溃疡1例(死亡),心肌梗死2例(死亡1例),尿路感染1例,压疮1例。病死6例,病死率3.8%。

2 讨论

有并存病的直肠癌大多数为老年患者,本组159例中60岁以上124例(78.0%)。老年患者主

要器官功能不同程度减退,对手术耐受性明显降低,手术并发症多,病死率高。这些并发症分别为切口裂开、切口感染、吻合口瘘、肺部感染、心力衰竭等。本组病死6例,其死因为肺部感染、心力衰竭、应激性溃疡等,故围手术期并存病的处理,通过治疗纠正到正常或接近正常,对防止手术后并发症的发生有积极的作用。

伴有慢性肺部疾病,主要为慢性支气管炎和肺气肿,术前可用祛痰药和有针对性的抗生素,控制肺部炎症可减少术后肺部感染并发症^[1]。术后尽早拔除胃管,嘱其咳嗽,有效的抗生素、支气管扩张和雾化吸入是防止肺部感染的重要措施,硬膜外麻醉较气管插管全麻患者肺部并发症减少。本组病死6例中,2例因肺部感染控制无效,且剧烈咳嗽导致切口裂开,诱发应激性溃疡和心力衰竭死亡。

本组并存心脏病、高血压病较多(131/159),病死6例中,有4例死于心力衰竭和心肌梗死,故围手术期应高度重视对心血管疾病的处理。术前心功能II级以上应作为手术禁忌证,心肌梗死者最好在心肌梗死控制6个月以上再手术治疗,对于频发的室性期前收缩,一定要在手术前加以控制,才能降低手术死亡率,提高手术治愈率^[2]。高血压患者应了解血压程度及对其它器官的损害,术前将血压控制到正常范围,以防止高血压引发的脑血管意外和急性心力衰竭^[3]。

糖尿病患者易伴发感染,组织愈合能力差,术后并发症增多。因此,术前将血糖控制在正常范围,术

[收稿日期] 2004-09-24

[作者单位] 南京医科大学附属常州第二人民医院 普外科,江苏常州 213003

[作者简介] 付少华(1965-),男,江苏常州人,副主任医师。