

状,3份为重症,积分下降 $\geq 2/3$ 为显著改善,积分下降 $\geq 1/3$ 为部分改善,积分 $< 1/3$ 或无变化为无改善。③生活质量状况变化以卡氏评分为指标;评分增加 ≥ 10 分者为提高,减少 ≥ 10 分者为降低,增加或减少 < 10 分者为稳定。

1.5 统计学分析 计量资料分析用两样本均数比较的t检验,计数资料分析用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 肿瘤病灶近期疗效 治疗组26例,CR1例,PR16例,ND7例,PD2例,RR61.6%;对照组22例,CR0例,PR11例,ND6例,PD5例,RR50%。治疗组优于对照组,但两组比较差异无显著性($P > 0.05$)。

2.2 临床症状及体征变化 治疗组26例,显著改善6例,部分改善17例,无变化或恶化3例,改善率88.5%;对照组22例,显著改善3例,部分改善10例,无变化或恶9例,改善率59.1%。两组比较治疗组明显于对照组($P < 0.05$)。

2.3 生活质量变化 治疗组治疗生活质量提高和稳定22例占84.6%,对照组生活质量提高和稳定12例,占54.5%。提示参芪扶正注射液可提高患者生活质量。

2.4 毒副反正 按WHO抗癌药物毒性反应标准判定分为0-IV度,两组对比(见表1),提示参芪扶正注射液有减少化疗毒副反应的效果。

表1 两组毒副反应比较

毒副反应	治疗组(n=26)					对照组(n=22)				
	I	II	III	IV	%	I	II	III	IV	%
红细胞减少	6	3	1	0	38.4	5	4	3	1	59.1
血小板减少	2	1	0	0	11.5	4	2	1	0	31.8
血红蛋白减少	1	1	0	0	7.7	2	2	1	0	22.7
恶心、呕吐	8	6	2	0	61.5	11	6	1	1	86.4

2.5 白细胞变化 从表2看出,治疗组治疗前后白细胞差异无显著性,对照组治疗前后白细胞差异有明显性,提示参芪扶正注射液可保护化疗患者的骨髓造血功能,防止白细胞下降的作用。

表2 两组治疗前后白细胞变化数

组别	治疗前($\times 10^9/L$)	治疗后($\times 10^9/L$)	P值
治疗组	6.92 \pm 2.13	6.88 \pm 3.13	>0.05
对照组	7.36 \pm 2.87	5.47 \pm 2.34	<0.05

2.6 T4/T8 比值变化

表3 治疗前后 T4/T8 比值变化

组别	治疗前	治疗后	P值
治疗组	1.52 \pm 0.45	1.60 \pm 0.51	>0.05
对照组	1.46 \pm 0.42	1.02 \pm 0.39	<0.05

由表3可见,治疗组治疗前后T4/T8,比值差异无显著性,而对照组治疗前后T4/T8比值有差异有显著性,提示参芪扶正注射液可提高患者的免疫功能。

3 讨论

中医学理论为,肿瘤的发生、发展和复发是正气虚弱,邪气内侵,气滞血瘀邪毒积聚而成,尤其到了晚期气虚明显,单纯化疗会进一步损伤正气,降低免疫功能。因此,扶助正气,补益气血是治疗恶性肿瘤的重要法则^[1]。参芪扶正注射液中含有党参及黄芪,能益气补血,固护人体正气,减轻化疗反应。黄芪及党参能增强机体免疫功能,促进细胞免疫及体液免疫,促进抗体生成,具有保护肝脏,增加血细胞的作用^[2]。本文结果显示,治疗组在减轻化疗不良反应,改善临床症状,提高生活质量,提高免疫功能,保护骨髓等方面有较好临床效果,虽然实体瘤疗效与对照组无明显提高,但PD率治疗组明显低于对照组。综上所述,参芪扶正注射液联合化疗治疗晚期恶性肿瘤,可增加疗效,减轻毒性,明显提高患者的生存质量,减轻患者临床症状。此方案值得推广应用。

参考文献

[1]王玉臻,梁彩霞等.参芪扶正注射液联合化疗治疗晚期恶性肿瘤[J].现代肿瘤杂志,2003,11(3).
 [2]季宇彬.抗癌中药药理与应用[M].哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,1994,1032~1075.

丙泊酚不同配伍用于人工流产手术麻醉效果比较

曾晖(福建省龙岩人民医院麻醉科 龙岩 364000)

摘要:目的 观察丙泊酚不同配伍用于人工流产手术麻醉的临床效果。方法 900例妊娠6-12周孕妇自愿接受在麻醉下行人工流产的患者,随机分为A、B、C3组,A组200例为单纯丙泊酚组,B组500例为丙泊酚+芬太尼 $1\mu g \cdot mL^{-1}$,氯胺酮 $0.3mg \cdot kg^{-1}$ 随后缓慢静注丙泊酚,至患者眼球固定,睫毛反射消失时停止给药。结果 3组手术时间之间无差异,均顺利完成手术。麻醉诱导时间B、C两组较A组明显缩短,苏醒时间C组要长于A、B两组、且药量B、C两组较A组明显减少,离院时间C组长于A、B两组。结论 宜联合用药,必须配合芬太尼,是较为理想的配合,复合氯胺酮 $0.3mg \cdot kg^{-1}$ 可权衡选用。

关键词:丙泊酚;芬太尼;氯胺酮;不同配伍;流产;麻醉效果

中图分类号:R969.4 文献标识码:B 文章编号:1006-3765(2007)05-0075-02

作者简介:曾晖,男。职称:主治医师。联系电话:0597-2210657。

E-mail: zenghui1969@163.com

人工流产手术是妇产科常见的短时手术,在麻醉下行人工流产手术近年来被广泛开展,有关具体的麻醉方法各家报道不一。本文回顾性总结了本院近几年用丙泊酚分别伍用芬太尼 $1\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ 、氯胺酮 $0.3\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ 及单独丙泊酚行人工流产手术麻醉 900 例,并进行了比较分析,现报告如下。

1 资料与方法

900 例妊娠 6~12 周,自愿接受在麻醉下行人工流产手术患者,年龄 18~36 岁,体重 41~65kg,心肺功能正常,无急性呼吸道感染,术前禁食 4h,不用术前药。按麻醉用药的不同随机分为 A、B、C 三组,A 组 200 例为单纯丙泊酚组,B 组 500 例为丙泊酚+芬太尼 $1\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$,C 组 200 例为丙泊酚+氯胺酮 $0.3\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ 。患者入室后,用 7 号一次性静脉输液针开放前臂静脉,鼻导管吸氧,A 组患者缓慢静注丙泊酚,B、C 两组首先分别静注芬太尼 $1\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ 、氯胺酮 $0.3\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$,随后缓慢静注丙泊酚,至患者眼球固定、睫毛反射消失时停止给药,开始手术,术中患者如有体动反应,适量追回丙泊酚至体动反应消失。术毕患者意识恢复后入观察室,离院标准为定向力和认知能力恢复良好,无胸闷、气促、四肢无力感,无明显头痛、头晕,能自行行走,由陪人陪同下离院。

记录 3 组患者意识消失时间(注药开始至眼球固定、睫毛反射消失),意识恢复时间(末次注药至呼之睁眼),离院时间(意识恢复至离开医院),总用药量。观察患者的血压(Bp)、心率(HR)、血氧饱和度(SpO_2)的变化,记录呼吸、循环抑制发生率(SpO_2 低于 93% 为呼吸抑制、MAP 低于术前的 20% 或心率慢于 60 次/min 为循环抑制)。观察局部静脉刺激痛,恶心、呕吐、头痛、头晕,恶梦等其他不良反应的发生情况。

所有数据用均数±标准差($X\pm S$)表示,统计学处理计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 认为有显著性差异。

2 治疗结果

3 组患者年龄、体重等一般情况相同,手术时间 3 组之间无差异,均顺利完成手术。麻醉诱导时间 B、C 两组较 A 组明显缩短,苏醒时间 C 组要长于 A、B 两组,且药量 B、C 两组较 A 组明显减少,离院时间 C 组要长于 A、B 两组(见表 1)。

B、C 两组呼吸、循环抑制发生率明显低于 A 组,C 组表现得非常明显,呼吸抑制引起的 SpO_2 降低包括呼吸暂停、呼吸减弱及舌后坠,循环抑制的发生多为一过性,经托下颌面罩加压给氧及适当给予麻黄素、阿托品处理后均得到改善并恢复至正常,无严重呼吸、循环抑制情况发生。其他不良反应的发生情况(见表 2)。

表 1 3 组患者诱导时间、苏醒时间、离院时间和丙泊酚用药量

组别	诱导时间 (min)	苏醒时间 (min)	离院时间 (min)	丙泊酚用药量 ($\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$)
A 组	1.91 ± 0.62	7.68 ± 2.69	15.45 ± 6.29	3.26 ± 0.57
B 组	$1.28\pm 0.38^{\Delta\Delta}$	7.32 ± 1.48	14.56 ± 7.21	$2.20\pm 0.42^{\Delta\Delta}$
C 组	$1.26\pm 0.43^{\Delta\Delta}$	$9.96\pm 2.35^{\Delta}$	$21.18\pm 6.28^{\Delta}$	$2.13\pm 0.38^{\Delta\Delta}$

与 A 组相比较 $\Delta P<0.05$ $\Delta\Delta P<0.01$ 与 B 组相比较, $\Delta P<0.05$

表 2 3 组患者呼吸、循环抑制及其他不良反应的发生率

组别	呼吸抑制 例数(抑制率%)	循环抑制 例数(%)	局部静脉刺激痛 例数(%)	恶心、呕吐 例数(%)	头痛、头晕 例数(%)	恶梦 例数(%)
A 组	98(49)	106(53)	162(81)	2(1)	15(7.5)	10(5)
B 组	180(36) $^{\Delta}$	170(34) $^{\Delta}$	200(40) $^{\Delta\Delta}$	6(1.2)	50(10)	30(6)
C 组	60(30) $^{\Delta\Delta}$	42(21)	96(43) $^{\Delta\Delta}$	3(1.5)	28(14) $^{\Delta}$	20(10) $^{\Delta}$

与 A 组相比较, $\Delta P<0.05$ $\Delta\Delta P<0.01$

3 讨论

3.1 人工流产属短小手术,丙泊酚作为一种新型静脉麻醉药,具有起效快、作用时间短、苏醒迅速完全、无明显蓄积作用等特点,用于人工流产手术麻醉可取得满意效果^[1],但由于丙泊酚无镇痛作用,最大的缺点是会出现与剂量有关的呼吸、循环抑制^[2],单独用于人工流产手术我们发现用药量个体差异较大,有一部分病人丙泊酚用量要达到 $4\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$,虽能获得满意麻醉效果,但势必会加大药量易致麻醉安全性降低。

3.2 芬太尼是一种强阿片类镇痛药,单次注药作用时间短,小剂量对呼吸、循环抑制作用轻,我们观察到丙泊酚伍用芬太尼 $1\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ 行人工流产手术麻醉,既可加强镇痛提高麻醉效果,又可明显减少丙泊酚用药量,使麻醉诱导更加迅速,同时不影响患者苏醒及离院时间,手术过程呼吸、循环相对稳定,相应其他不良反应亦未见增加。

3.3 氯胺酮镇痛作用可靠,亚麻醉剂量(或称域下剂量)仍有镇痛作用^[3],静脉注射麻醉作用短暂,麻醉剂量与时效有关,对呼吸影响轻微且有血管兴奋作用^[4],和丙泊酚联合用于人工流产手术,氯胺酮可减轻丙泊酚的心血管抑制作用,而丙泊酚可有效控制氯胺酮的心血管系兴奋及苏醒期精神状态^[5],两药之间存在互补协同性,使丙泊酚用药量减少,麻醉诱导更加迅速,呼吸、循环更趋稳定,大大减少了丙泊酚局部注射痛,我们观察到丙泊酚伍用氯胺酮 $0.3\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ 行人工流产手术,病人的苏醒时间及离院时间有所延迟,但大都在 30min 内安全离院,较为符合门诊手术的麻醉特点、头痛、头晕及恶梦的发生率有所升高,但相对与呼吸、循环抑制引起的顾虑而言是可以接受的。

综上所述,丙泊酚单独用于人工流产手术呼吸、循环抑制作用明显,宜联合用药,复合芬太尼 $1\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ 是较为理想的配伍,复合氯胺酮 $0.3\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ 可权衡选用,但强调的是作为全身麻醉须准备好急救、供氧设备及吸引装置,以应付紧急情况。

参考文献

[1] 王玲,任洪智,叶铁虎等. 丙泊酚用于人工流产手术麻醉的临床观察[J]. 中华麻醉学杂志,1994,2:90.
 [2] McClean G J. Factors that influence the induction dose of propofol[J]. Anaesthesia. 1991,46:59.
 [3] Reich DL, Silvey G. Ketamine. An update on the first twenty five years of clinical experience[J]. Can J Anaesth 1989,36:186.
 [4] 刘俊杰,赵俊等. 现代麻醉学[M]. 第二版,北京:人民卫生出版社,1997,285~286.
 [5] 白勇,倪东妹,杨拔贤. 氯胺酮-丙泊酚静脉复合麻醉[J]. 中华麻醉学杂志,1996,16:295.