

# 老年患者口腔颌面部恶性肿瘤联合根治术的麻醉

赵强 潘红 姜国城 李新明 何巍

作者总结 258 例老年患者口腔颌面部恶性肿瘤联合根治术,全部采用气管插管普鲁卡因复合液静脉点滴麻醉。经初步观察,认为普鲁卡因静脉复合全麻安全可靠、副作用少,用于老年患者有许多优点,特报告如下。

## 1 材料和方法

### 1.1 临床资料

本组病例为河南医科大学口腔医学系 1953~1990 年收治的 258 例口腔颌面部恶性肿瘤老年患者,全部在普鲁卡因静脉复合全麻下施行联合根治术,其中初老期 40~49 岁 84 例,50~59 岁 107 例,老年期 60~69 岁 61 例,高龄期 70 岁以上 6 例。

### 1.2 方法

1.2.1 全麻术前准备与用药 术前准备包括患者入院后的系统检查,危及手术安全性的疾病的治疗,特别是对老年人常见的心血管疾病和糖尿病的术前系统治疗。对于重症高血压动脉硬化,经系统治疗无效者,应视为手术相对禁忌症。老年患者精神常不稳定,易对病情产生过分焦虑情绪,故术前 1 周每晚口服安定 2.5~5.0 mg,或服用 2.5~5.0 mg 1 日 3 次,以解除焦虑、抑郁和睡眠失调。为防止抑制呼吸,应注意控制巴比妥酸盐、度冷丁、吗啡等的用量。通常在术前 30~45 min 肌注鲁米那 0.1 或安定 10 mg,阿托品 0.3~0.5 mg 或东莨菪碱 0.3 mg。

1.2.2 普鲁卡因静脉复合全麻的要点及其注意事项 施行全麻之前先作气管插管,咽喉部及至气管上 1/3 用 1%~2% 地卡因喷雾麻醉,限制用量为 4 ml。由于气管插管时易出现期外收缩、多源性多发性室性期前收缩,故插管时要迅速准确,防止出现缺氧、血压不稳、心跳骤停等。插管前吸氧对老年人尤其是心功能不全或冠心病患者十分必要,并由有经验的熟练的麻醉医师施行。气管内插管成功后,即可开始普鲁卡因静脉滴注维持全麻,但不能作为诱导。应采用硫喷妥钠诱导,用量一般不应超过 0.5 g(2.5% 溶液 20 ml),给药速度也应缓慢,否则会抑制呼吸。静脉滴注用的普鲁卡因浓度通常为 1%,个别身体衰弱者可减少为 0.5%,但很少用 2%。本组病例第 1 小时用量为 200 ml,普鲁卡因含量为 2 g,静滴速度大约为 60~70 滴/min;第 2 小时约为 30~40 滴/min,普鲁卡因约为 1 g;第 3 小时约为 20 滴/min,普鲁卡因用量约为

0.5 g。本组采用河南医科大学常用普鲁卡因静脉复合全麻的药液(表 1)。

表 1 普鲁卡因静脉复合全麻液的配制

配方药物	国内常用全麻液	河南医科大学常用全麻液
5%葡萄糖	500 ml	500 ml
普鲁卡因	5 g	5 g
度冷丁	100 mg	50~100 mg
琥珀胆碱	100~300 mg	-
异丙嗪	-	20~25 mg

## 2 结 果

老年期 258 例联合根治术采用气管插管普鲁卡因静脉复合全麻液静脉滴注麻醉成功率为 99.22%(256/258),2 例术后死亡,手术死亡率为 0.78%(2/258)。1 例初老期男性患者术后 20 h 后,因颈区血肿、急性喉水肿,引起窒息,经气管切开抢救无效死亡。另 1 例老年期男性舌癌患者,术后因重症高血压致脑血管意外偏瘫,抢救 3 个月无效死亡。

## 3 讨 论

普鲁卡因静脉复合全麻,是在硫喷妥钠静脉全麻的基础上,用 1% 的普鲁卡因作静脉滴注,以维持较浅的全麻状态。普鲁卡因在机体中分解迅速,停药后患者可以很快苏醒。本法用于老年人十分安全<sup>1~5</sup>。由于普鲁卡因浅麻醉时容易出现震颤或惊厥,故目前都主张只宜在硫喷妥钠等全麻诱导之后,用以维持浅全麻,并用其他麻醉药辅助配合,以减少用量,保证安全。普鲁卡因对循环系统有影响,小剂量使心率增快,血管收缩,血压上升。中等量时抑制心肌及其传导系统,使心肌不应期延长,能消除或减轻内生或外来的肾上腺素引起的心率失常,具有奎尼丁样作用,同时可使心率减慢,小动脉扩张,血压渐趋下降。中毒时可因循环衰竭而死亡<sup>1~3</sup>。此外普鲁卡因具有箭毒样作用,能抑制骨骼肌和平滑肌的收缩,并有抗组织胺作用<sup>4,5</sup>,故本文采用的普鲁卡因静脉复合全麻液中未加司可林,以减少肌松过度所带来的危险。在其他全麻药的配合下,普鲁卡因静脉滴注的临床表现一般都不典型,即使过量时,亦可不出现震颤或惊厥,而直接发生心率过缓、血压下降、呼吸微弱等现象。

普鲁卡因静滴的安危,一般不在于总量<sup>1</sup>,而在于药液

的浓度和静滴速度。故全麻时静滴速度,必须加以控制。普鲁卡因静脉复合麻醉能制止呛咳,浅全麻时即能耐受气管内插管,有一定的抗心率失常作用,可吸入高浓度氧气,呼吸道粘液的分泌少,苏醒快而安静,恶心呕吐少见,手术中和术后有明显的镇痛作用。本组 99.22% 的病例麻醉效果良好。如患者有重症高血压病及动脉硬化症时手术常可能发生严重危险,可因气管插管以及术中对于颈动脉窦不可避免的刺激都可能引起血压突然改变而发生意外。对于这类患者,要特别注意术前的系统治疗,或先作气管切开,避免插管所带来的刺激导致血压突然上升,施行安全有效的全麻诱导,在术中注意适当合理地应用降压剂,术中作颈解剖时尽量做到仔细无痛地施行手术,在处理颈动脉时先作该区普鲁卡因动脉外膜区封闭,尽可能地保存颈内静脉,以减少并发脑血管意外的危险。

### 参考文献

- 1 Andres G. Medical Pharmacology. 19th ed, The C. V. Mosby Company Saint Louis, 1998:374 ~ 396
- 2 Singer AJ, Konia N. Comprison of topical anethetics and vasoconstrictors vs lubricants priorto nasogatric intubation; a randomized, controlledtrial. Acad Emerg Med, 1999,6(3):184 ~ 190
- 3 吴孟超,盛志勇,王正围,等. 新编外科临床手册. 北京:金盾出版社,1989:108 ~ 109
- 4 外科手术学编写组. 麻醉的选择和麻醉的处理. 北京:人民卫生出版社,1975:1091 ~ 1100
- 5 李树玲. 头颈肿瘤学. 天津:天津科技出版社,1993:104 ~ 108

(1999-11-15 收稿)

(本文编辑 邹玲莹)

## 碘复与甲硝唑液对垂直阻生下颌第三磨牙急性冠周炎 不同龈瓣覆盖的作用比较

游古莲 林景春 周正贵

有关下颌阻生第三磨牙急性冠周炎的各种研究已有报道。本文就碘复与甲硝唑液行冠周冲洗对下颌垂直阻生牙急性冠周炎不同龈瓣覆盖的作用进行临床观察与比较,旨在探索药物疗效。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

下颌垂直阻生第三磨牙急性冠周炎患者 96 例,男 53 例,女 43 例,年龄 18 ~ 43 岁,随机分成碘复组 50 例和甲硝唑组 46 例。

#### 1.2 病例选择

纳入标准:因下颌第三磨牙垂直阻生龈瓣覆盖引起冠周龈组织红肿、盲袋溢脓、疼痛剧烈,且病史长达 1 年以上,反复发作 5 次以上者。排除标准:伴有严重的全身感染、系统性疾病,同时服用其它抗菌素,以及不能随诊者。

#### 1.3 方法

两组均用生理盐水冲洗盲袋,局部拭干,碘复组用 0.5% (g/ml) 碘复液 2 ml 缓慢冲洗冠周,让药液滞留在盲袋内;对照组用 0.5% 甲硝唑液 5 ml 冲洗冠周,消毒棉球吸干多余药液,用 2% 碘甘油滴入盲袋,每日 1 次,连续 3 d,嘱 3 d 后复诊。

初诊和复查时由同一医师测量龈瓣覆盖<sup>1</sup>面积,按

覆盖<sup>1</sup>面积 1/4、1/3、1/2、2/3、3/4、完全覆盖等 6 种情况记录冠周龈瓣情况,以及龈瓣红肿、盲袋内溢脓及疼痛等症状和体征。

#### 1.4 疗效标准

显效:龈瓣红肿消退,盲袋无溢脓,疼痛消失;有效:龈瓣红肿有明显消退,遗留轻度水肿,盲袋内溢脓减少,疼痛减轻;无效:症状与体征无改善。

### 2 结果

本组 96 例下颌第三磨牙垂直阻生急性冠周炎龈瓣覆盖<sup>1</sup>面积 1/4 者 10 例 (10.42%), 1/3 者 21 例 (21.87%), 1/2 者 25 例 (26.04%), 2/3 者 24 例 (25.00%), 3/4 者 10 例 (10.42%), 完全覆盖者 6 例 (6.25%)。龈瓣覆盖<sup>1</sup>面积小于或等于 1/2 者 56 例 (58.33%), 大于 1/2 者 40 例 (41.67%)。

两组药物疗效及其比较见表 1, 2。

表 1 两组冠周炎的药物疗效比较

组别	例数	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)
碘复组	50	38(76) *	10(20)	2(4)
甲硝唑组	46	23(50)	17(37)	6(13)

\* P < 0.05