

表2 两组冠周炎龈瓣覆盖殆面不同面积的药物疗效比较

	碘复组			甲硝唑组			合计
	显效	有效	无效	显效	有效	无效	
>1/2	13	8	1	4	11	3	40
1/2	25	2	1	19	6	3	56
合计	38	10	2	23	17	6	96

表2所示,碘复与甲硝唑对冠周龈瓣覆盖面积小于或等于1/2者,疗效明显优于大于1/2者, $P < 0.05$,两者相差显著。两组药物对龈瓣覆盖殆面小于或等于1/2的显效与有效率均优于大于1/2者,而两组间无显著性差异。

3 讨论

急性冠周炎多见于垂直阻生牙,约占冠周炎发生率的80%¹。因此,本研究选择下颌垂直阻生第三磨牙急性冠周炎患者作为用药观察对象具有明显的临床意义。垂直阻生牙以软组织覆盖为主,冠周盲袋较其他类型阻生牙更为典型,且盲袋大部分深而窄,细菌或菌斑容易进入盲袋内生长

繁殖,而唾液又不能达到有效的自洁作用,促使炎症急性发作。有研究¹发现冠周炎深而窄的盲袋内藏着大量的细菌,是以厌氧菌为主的混合感染。使用抗厌氧菌(碘复和甲硝唑)局部冲洗治疗急性冠周炎是合理和有效的。

本实验结果见碘复的显效率明显高于甲硝唑,有显著性差异;两种药物对龈瓣覆盖牙面小于或等于1/2者消炎作用明显优于大于1/2者($P < 0.05$),而两组之间无显著性差异。说明碘复和甲硝唑抗厌氧菌作用优良,但由于甲硝唑对胃肠道有一定的刺激作用且味苦,而碘复²无毒对组织无刺激,不易产生耐药性,使用安全方便。对龈瓣覆盖冠面小于或等于1/2的急性冠周炎,作者认为应选碘复作冠周冲洗的首选药物。

参考文献

- 1 王秀丽.急性冠周炎与下颌阻生第三磨牙位置的相关研究.上海口腔医学杂志,1995,4(2):70
- 2 唐子圣,尹仕海.碘复的口腔临床研究与应用.国外医学口腔医学分册,1998,25(1):11

(1999-04-20 收稿)

(本文编辑 邹玲莹)

口腔颌面部恶性肿瘤颌颈联合根治术麻醉体会

苏秀森 廖琼 王心怡 孟加林

口腔颌面部恶性肿瘤多采用联合根治术及各种瓣转移修复术进行治疗,其手术创伤大、出血多、手术时间长。由于病变及手术所造成的气道解剖异常,容易引起上呼吸道阻塞、气管插管困难、术中气管导管移位及滑脱。减少失血是此类手术麻醉的难点。作者选取华西医科大学口腔医院近年此类手术病例中,资料完整的398例,进行分析总结。

1 材料和方法

1.1 临床资料

本组共398例,男272例,女126例;年龄16~74岁,平均51.5岁,体重37~78kg,平均55.67kg。ASA ~ ,有舌癌155例,颊癌118例,口底癌47例,牙龈癌44例,软腭癌15例,上颌窦癌11例,骨肉瘤等8例。398例均行颌颈联合根治术,其中271例伴皮瓣修复术。术前心电图异常47例,其中心肌缺血15例,房性早搏15例,窦性心动过速6例,不完全性右束支传导阻滞11例。

1.2 术前用药及麻醉方法

作者单位:610041 华西医科大学口腔医院颌面外科(苏秀森,王心怡,孟加林),四川省仁寿县人民医院麻醉科(廖琼)

所有病例术前半小时肌注阿托品0.5mg,鲁米那0.1g。大多以安定10mg或咪唑安定0.3mg/kg,芬太尼4μg/kg或硫喷妥钠5mg/kg,司可林2mg/kg,快速诱导经鼻腔插管,其中23例用咪唑安定0.2mg/kg,氟芬合剂1剂静脉诱导,2%利多卡因对鼻咽部粘膜表面麻醉,保持自主呼吸,气管导管经鼻腔随呼吸气流盲探插入气管。因插管失败,被迫作气管切开1例。

麻醉维持采用吸入2%~4%安氟醚,间断静注芬太尼或氟芬合剂。多功能监测仪常规监测生命体征。手术结束前10min停止吸入麻醉,待患者自主呼吸频率和潮气量基本达到正常水平,咳嗽、吞咽反射恢复时拔除气管导管,拔管时要吸尽气管内外分泌物,将气管内导管拔出至咽腔,并保留在鼻咽部,作为鼻咽通气道。完全清醒时拔管。

1.3 减少术中失血量

减少术中患者失血量的措施:快速稀释血液,切除原发灶或截颌骨时,静脉滴注1%硝酸甘油,控制性降压,使此时的血压维持在较低水平,适当加深麻醉,减少患者对手术刺激的应激反应,一旦切除颌骨或原发灶,立即停止控制性降压。

2 结 果

快速诱导经鼻腔插管 375 例,成功率 100%,经鼻腔盲探气管内插管 23 例,成功率 95.6%,术后气管造口 5 例。手术时间 4~10.5 h,平均 7.15 h。术中出血量 300~2100 ml,平均 839.5 ml;输血量 200~1350 ml,平均 654.5 ml。麻醉过程中,患者血压、呼吸、脉搏、血氧饱和度平稳。术中 5 例患者心电图出现室性早搏,经静脉给予利多卡因治疗后,恢复正常。

3 讨 论

3.1 气管导管插入方法

该类手术因常规口腔插管影响手术操作,气管导管也不便固定,因此常用鼻腔插管,也有人采用经口腔插管¹。由于此类患者肿瘤在口腔颌面部,多因肿瘤的阻塞,尤其是口底肿瘤、咽壁肿瘤使气管移位,插管时声门难以暴露。部分手术后复发患者常有口腔及面部大块组织缺失,以及颈清后的患者再次手术,气管因瘢痕牵拉而有移位等各种原因引起的张口受限,故选择插管诱导方法时须慎重。一般情况下选择快速诱导经鼻腔插管,对于术前估计不易暴露声门的患者,应采用经鼻腔盲探插管。本组采用此方法的优点是:应用安定镇静,使患者处于深睡眠和意识不清的状态,应激反应降低,对老年患者和有心血管疾病的患者,不易引起心率过快,血压骤然升高,同时患者有自主呼吸,即使插管时间延长也不会导致缺氧,安全性大。

3.2 控制性降压注意事项

口腔颌面部组织血运丰富,手术创面大,出血量多,尤以

颌骨截除时更加突出²。因此,减少术中失血非常重要。目前常用控制性降压和药物减少失血。根据作者的经验,采用控制性降压来减少术中出血,较之药物治疗更好。因为,前者对血压降低水平的控制更准确,主动性大,可按手术医师的要求调整患者的血压。但应注意:控制性降压是降低血压,而不是降低心输出量;平均动脉压不应低于 6.7~8.7 kPa(高血压患者的血压下限应适当提高);除短暂的轻度降压外,都应连续监测动脉血压,以防止意外事故发生;贫血患者属于相对禁忌。

3.3 把握拔除气管导管时机,预防上呼吸道阻塞

原发灶及舌颌颈联合根治术后,由于颌骨截除,颌下及舌根部肌肉失去骨性附着和支持,容易发生残留软组织塌陷、舌根后坠、组织肿胀、咽腔狭窄,可导致通气不畅,上呼吸道梗阻。作者的做法是于手术将要结束时静脉推注地塞米松 10 mg,以防止喉头水肿。术后,保留鼻咽通气道,应待患者有咳嗽、吞咽反射才拔管。这样能保持呼吸道通畅,利于术后呼吸道的管理。作者观察到,少数患者即使在清醒后拔管也可能发生呼吸道阻塞,尤以下颌骨全切者为然。对此类患者可采用气管切开造口,使呼吸道畅通。

参考文献

- 1 陈颖,应诗达,路付华,等.舌、口底及颌骨恶性肿瘤根治麻醉处理中的几个问题.临床麻醉学杂志,1995,11(6):349
- 2 李刚.颌面部肿瘤联合根治术的全麻处理.临床口腔医学杂志,1997,13(2):121~122

(1999-12-16 收稿,2000-07-20 修回)

(本文编辑 邹玲莹)

2001 年华西医科大学口腔医学院研究生入学考试内容调整通知

为了保证研究生入学质量,拓宽考生的专业知识面,保证招生工作的合理和公正,2001 年华西医科大学口腔医学院研究生入学考试内容进行如下调整。《华西口腔医学杂志》2000 年第 4 期通知与本次通知不符之处,以本通知为准。

一、初试(笔试)

硕士:英语(国家统考);政治(国家统考);口腔医学综合:口腔内科(含预防)、口腔外科(含放射)、口腔修复科(含材料)、口腔解剖生理(含头颈部解剖)各占 25%;口腔基础(口腔病理);口腔专业(分临床医学和基础医学两套题,选其一):1)口腔临床:必做(含口内、口外、口修、正畸)60%+选做(专业)40%;2)口腔基础:必做(含口腔病理、口解生)60%+选做(专业)40%。

博士:英语(国家统考);专业基础(口腔病理);专业(分口腔临床医学和基础医学两套题,选其一):1)临床:必做(含口内、口外、口修、正畸)40%+选做(专业)60%;2)基础:必做(含口腔病理、口解生)40%+选做(专业)60%。

二、复试(面试)

注重考察发展潜力,重点考察临床的动手能力:病历书写(主诉、病史、检查、处理)、操作规范等;英语的听说表达能力及专业英语翻译能力,掌握知识的全面情况,了解考生对临床问题的提问思维反映敏捷性、准确性等,同时也包括学习动机、思想品德。

华西医科大学口腔医学院研究生科