

11.4 统计学分析: 计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{X}\pm S$)表示, 所得数据采用 SPSS10.0 统计学分析软件包处理, 进行两样本随机 t 检验及 V^2 检验, $P < 0.05$ 为有显著差异。

2 结果

麻醉效果满意者(优+良) R 组 90 例(100%), F 组 88 例(97.8%)。F 组中有 2 例(2.2%) 肢体乱动。两组麻醉效果满意率无显著差异($P > 0.05$), 见表 1。意识恢复时间、定向力恢复时间、离院时间, R 组明显短于 F 组, 两组间有显著差异($P < 0.05$), 见表 2。恶心、呕吐两组分别为 19 例和 21 例, 无显著差异。术中 R 组 18 例出现呼吸抑制, 无需特殊处理, 均于 1min 内恢复正常。F 组 8 例出现呼吸抑制, 其中 6 例无需特殊处理, 1min 内恢复正常, 1 例呼吸暂停予面罩加压给氧数次后恢复正常, 1 例因舌后坠经托下颌处理 30s 内恢复正常。两组比较有显著差异($P < 0.05$)。

表 1 两组患者麻醉效果情况比较(例)

组别	优	良	差	满意率(优+良)(%)
R 组(n=90)	88	2	0	90(100)
F 组(n=90)	84	4	2	88(97.8)

表 2 两组患者意识恢复、定向力恢复、离院时间情况比例($\bar{x}\pm s$)(min)

组别	意识恢复时间	定向力恢复时间	离院时间
R 组(n=90)	0.30 \pm 0.60	4.57 \pm 2.3	13.27 \pm 2.5
F 组(n=90)	3.27 \pm 11.0*	10.37 \pm 2.6*	20.37 \pm 5.6*

注: 与 R 组比较, * $P < 0.05$

3 讨论

宫腔镜术中疼痛以扩张、牵拉宫颈和宫腔内操作时较为剧烈, 部分患者可因疼痛刺激引起反射性迷走神经功能亢进, 出现类似人工流产综合征的反应。因此, 术前我们常规肌注阿托品 0.5mg, 预防此并发症的发生。疼痛刺激时, 还可引起患者四肢乱动及抬摆臀部, 使手术操作难度和风险增加。

尽管氯胺酮、咪唑安定、芬太尼及丙泊酚已广泛用于内窥镜检查的镇痛, 但因其作用时效长于宫腔镜检查的需要导致恢复延迟而非理想。瑞芬太尼是人工合成超短效能的阿片 L 受体激动药。它的突出特点是可被组织及血液中的非特异性酯酶快速降解, 其代谢不受肝、肾功能衰竭和假性胆碱酯酶缺乏影响, 病人个体差异、身体状况也影响不大。静注后 1min 即迅速达到血脑平衡, 作用持续时间短, 消除快, 消

除半衰期 3~10min, 重复用药无蓄积作用, 术后恢复迅速^[1,2]。丙泊酚是一种起效快、恢复迅速的短效静脉麻醉药, 但镇痛作用较弱, 对精神紧张、疼痛耐受性差的患者, 单独使用时麻醉效果不够完善。瑞芬太尼和芬太尼均是一种强镇痛药, 与丙泊酚合用可明显增强丙泊酚的麻醉效果, 使术中麻醉效果更满意^[3,4]。本文两组麻醉效果无明显差异($P > 0.05$)。

由于瑞芬太尼的消除半衰期仅为 3~10min, 明显缩短了患者在院停留时间。本组结果显示: R 组术后意识恢复、定向力恢复及离院时间明显短于 F 组, 恶心、呕吐发生率无显著差异, 均为 22% 左右, 与文献^[5]报道一致。

本研究观察到, R 组呼吸抑制发生率明显高于 F 组。Bowdle^[6] 等研究单纯以瑞芬太尼用于术后镇痛的剂量 0.05~0.1Lg/kg \cdot min, 其呼吸抑制及呼吸暂停发生率高达 29%。虽然呼吸抑制大多短暂且能自行恢复, 但临床工作中应高度重视, 常规配备给氧及呼吸支持设备。术中严密观察患者的生命征, 尤其是呼吸的变化, 保持呼吸道通畅。尽管丙泊酚复合瑞芬太尼或芬太尼呼吸抑制发生率较高, 本研究中采用术中持续鼻导管吸氧($FiO_2 = 0.33$), 有效地避免了术中低氧血症的发生, 说明常规吸氧是必要的。术中麻醉医师要与术者密切配合, 做好宫腔镜手术并发症的监测和预防, 发现异常及时处理。

综上所述, 小剂量瑞芬太尼复合丙泊酚用于宫腔镜手术和检查, 麻醉效果满意, 苏醒迅速。

参 考 文 献

- 于颖群, 徐建国 瑞芬太尼的管理及临床应用 1 临床麻醉学杂志, 2000, 16: 240
- Agnew NM, Tan NH, Scawn ND, et al Choice of opioid supplementation for daycase rigid bronchoscopy: a randomized placebo controlled comparison of a bolus of remifentanyl and alfentanil J Cardiothorac Vasc Anesth, 2003, 17: 336~340
- 李利彪, 欧阳红, 马哈沙 1 不同配伍的丙泊酚用于人工流产手术麻醉的临床观察 1 临床麻醉学杂志, 2002, 18: 615
- 金毅, 徐建国, 林柠等 1 芬太尼与丙泊酚联合用于人工流产的麻醉 1 中华麻醉学杂志, 2001, 11: 700~701
- 盛娅仪, 徐振邦 1 瑞芬太尼的药理学和临床作用 1 中国新药与临床杂志, 2001, 20(2): 142~146
- Bowdle TA, Camporesi EM, Maysiok L, et al A multicenter evaluation of remifentanyl for early postoperative analgesia Anesth Analg, 1996, 83: 1292~1297

63 例食管癌三野根治术临床分析

厦门大学医学院第一临床学院 厦门中山医院胸外科 (361004)

段红兵 高惠川 柯孙葵 康建乐 贾宝成

摘要 目的 报告三野淋巴结清扫根治术治疗胸段食管癌的初步经验。方法 从 2000 年 6 月~2004 年 10 月开展食管次全切除合并颈、纵隔、腹腔三野淋巴结清扫治疗胸段食管癌回顾性分析。结果 63 例胸段食管癌病人接受手术, 无手术死亡; 并发症发生率为 26.98%。结论 采用三野根治术治疗胸段食管癌之颈、上纵隔淋巴结转移效果较好。

=关键词> 食管癌; 三野根治术

=中图分类号> R7351.1 =文献标识码> B =文章编号> 10022600(2005)032005&203

根治性手术是食管癌的主要治疗手段, 因食管癌发生、发展具有病灶多点起源和淋巴结双向、跳跃性转移的特点, 常规食管癌切除术有较高的局部复发率和远处转移率, 而颈部、上纵隔淋巴结转移常是食管癌术后首发转移部位。上世纪 80 年代以来, 日本外科医生采用三野淋巴结清扫根治术治疗食管癌的结果显示可提高胸段食管癌治疗效果, 但由于较高的手术并发症和死亡率影响了三野根治术的广泛开展^[1-3]。2000 年 6 月到 2004 年 10 月我们开展食管癌三野淋巴结清扫根治术治疗胸段食管癌 63 例, 取得初步经验, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 对 63 例胸段食管癌患者采取经右胸入路行食管次全切除, 双侧颈部、胸部、腹部淋巴结清扫简称三野根治术。其中男 44 例, 女 19 例; 年龄 38~74 岁, 平均 61.2 岁。胸上段 9 例, 胸中段 48 例, 胸下段 6 例; 病变长度 2.5~8.0 cm, 平均 5.5 cm。所有病例术前均经食管钡餐透视、胃镜、胸部 CT、腹部 CT 或 B 超、X 线胸片等检查确诊并排除远处转移。病理检查示鳞癌 61 例, 小细胞癌 2 例。心、肺、肝、肾功能等检查能耐受手术。

1.2 手术方法: 经右胸后外侧切口完成胸段食管游离, 全纵隔淋巴结清扫。转换体位, 同时经上腹正中切口清扫胃周淋巴结并游离胃; 经下颈部衣领状切口清扫双侧锁骨上、气管食管沟淋巴结; 最后经食管床上提胃至颈部, 食管次全切除, 行胃食管颈部吻合; 全部手术耗时约 6 h~8 h。三野淋巴结分组: (1) 颈部: 左右锁骨上、左右气管食管沟(喉返神经旁)、左右颈内静脉旁淋巴结; (2) 胸部: 上纵隔淋巴结沿左右两侧胸段喉返神经清扫, 中下纵隔清扫食管旁、隆突下、主肺动脉窗、膈食管裂孔淋巴结; (3) 腹部: 贲门旁、胃小弯、胃大弯、胃左动脉旁、腹腔动脉旁、肝总动脉旁淋巴结。淋巴结分组标记由手术医生在术中完成。

2 结果

无手术死亡(术后 30 天内)。有 17 例病人发生手术并发症: 肺部感染 4 例, 其中 1 例发生急性呼吸衰竭, 行气管切开呼吸机辅助呼吸抢救成功; 颈部吻合口瘘 2 例, 经清创换药引流两周愈合; 术后吻合口狭窄 2 例, 经胃镜扩张两次症状缓解; 左颈部乳糜瘘 1 例, 术后 26 小时左颈切口拆线, 大块缝扎漏液部位, 乳糜瘘消失; 声带麻痹 6 例, 1 个月均恢复, 其中 4 例并发上述肺部感染; 6 例发生室上性心动过速, 经药物治疗后缓解。共清扫淋巴结 3 113 枚, 平均清扫淋巴结 494 枚。31 例(49.21%)有淋巴结转移, 将淋巴结转移部位以颈部、上纵隔、中下纵隔、腹部分四个区, 肿瘤部位与淋巴结转移部位的关系见附表。颈部淋巴结转移 15 例(23.81%), 上纵隔淋巴结转移 19 例(30.16%), 中下纵隔淋巴结转移 15 例(23.81%), 腹部淋巴结转移 9 例(14.29%)。其中四个区均有转移 1 例, 三个区有转移 4 例, 二个区有转移 12 例, 一个区有转移 18 例。按 UICC 食管癌 TNM 分期标准, 本组病例中, N 期 2 例(3.17%), 0a 期 19 例(30.16%), 0b 期 23 例(26.98%), 0 期 19 例(30.16%)。

附表 63 例肿瘤部位与淋巴结转移部位的关系

肿瘤部位	例数	颈部淋巴结转移例数	上纵隔淋巴结转移例数	中下纵隔淋巴结转移例数	腹部淋巴结转移例数
上胸段	9	4	3	1	1
中胸段	48	11	15	13	6
下胸段	6	0	1	1	1

14 例 0b 期~0 期 ($T_{2-4}N_{0-1}M_0$), 包括 2 例小细胞食管癌; 术后 3~19 个月出现肝、肺、脑、骨等远处转移, 生存 6~33 个月。1 例 0a 期 ($T_3N_0M_0$) 术后 7 个月吻合口复发, 给予放疗, 生存 15 个月。1 例 0 期 ($T_4N_1M_0$) 术后 4 个月因化疗反应心衰死亡。1 年内死亡共 4 例(6.35%)。2 例 0a 期~0b 期, 术后一年发生右下肺单发转移结节行肺结节楔形切除, 术后随访一年以上未见异常。4 例 0 期出现局部淋巴结复发, 其中 2 例上纵隔, 1 例颈部, 1 例腹部; 给予放疗, 2 例死亡, 2 例现已生存 9 个月及 18 个月。颈部淋巴结转移 15 例中, 其中 6 例 0b 期~0 期 ($T_{2-4}N_1M_0$), 术后分别出现肝、脑、骨转移, 生存 10~26 个月; 5 例 0b 期~0 期 ($T_{2-3}N_1M_0$), 生存超过 36 个月, 随访未见明显异常。另 4 例 0b 期~0 期 ($T_{2-3}N_1M_0$) 随访, 1~21 个月未见明显异常。

3 讨论

胸段食管癌可发生整个纵隔内各组淋巴结及颈、腹部淋巴结转移, 本组颈部、上纵隔、中下纵隔、腹部转移率分别为 23.81%、30.16%、23.81%、14.29%, 与国内余志廉等^[4]报道的结果相似, 因此, 从淋巴结转移规律上分析, 施行扩大三野淋巴结清扫是必要的。文献报道术后 46% 左右患者死于胸内或锁骨上区的复发和转移^[5]。我们以往发现许多以常规途径手术的食管癌患者术后数月内即出现颈部淋巴结转移, 或因上纵隔淋巴结转移导致声音嘶哑、呼吸困难, 影响了患者的长期生存。本组病例的初步观察显示食管癌三野根治术对于颈部及上纵隔淋巴结转移的病例能提高生活质量, 延长生存时间。

食管癌三野根治术远期疗效较常规食管癌手术提高, 但手术时间长、创伤大、术后并发症多, 有较高手术死亡率, 早期报道手术死亡率高达 10%, 近年来已降至 3%~5%, 影响其广泛开展。本组病人无手术死亡, 并发症发生率达 26.98%, 其中以肺部并发症最为严重, 对病人生命影响也最大, 与文献报道一致^[6-7]。本组肺部感染者均有声带麻痹症状。术中清扫上纵隔淋巴结时尽量不用电刀, 注意保护喉返神经血运, 避免喉返神经损伤, 防止或尽量减轻术后声带麻痹, 减轻术后病人排痰困难和进食呛咳, 是避免术后肺部感染的关键。术后加强排痰, 合理使用抗生素, 控制补液速度。有声音嘶哑病人, 术后一个月内避免进食流质, 应进食浓稠半流质, 避免误吸, 减少肺部并发症的发生。小细胞食管癌恶性度高, 早期可发生远处转移, 手术效果不好, 慎用三野根治术。

参 考 文 献

- 1 Akiyama, Tsurumarum, Udagawah, et al Radicallymphnoded2 ssection for cancer of thoracic esophagus Annsurg, 1994, 220: 364~ 372
- 2 Matsubarat, Mamoru, Yanagidao, et al How extensive should lymphnode dissection before carcinomaof the thoracic esophagus? J Thoraccardiovascsurg, 1994, 107: 1073~ 1078
- 3 Babam, Akiout, Yashinakah, et al Long2term results of subtotal esophagaectomy with ther2fieldly mphadenectomy for carcinoma of the thoraciesophagus Annsurg, 1994, 219: 31~ 36
- 4 余志廉, 朱坤寿, 柳硕岩, 等1 胸段食管癌颈部、上纵隔淋巴结转移的研究1 中国肿瘤临床, 1998, 23 (7): 530, 532
- 5 远藤光夫1 胸部食管癌\$ 9 O A j « 1 节1 廓清 h 评1 西手术, 1991, 48 (8): 1177
- 6 Altorkina, Skinnerdbi Occultcervical nodal metastasesophageal cancer: Preliminary results of thre2field lymphadenectomyl Jtho raccardiovascsurg, 1997, 113: 540~ 544
- 7 Nishimarkit, Suzukit, Kandat, et al Extendedradical esophaga2 ectomy for superficially invasive carcinoma of theesophagus1 Su2 gery, 1999, 125: 142~ 147

微波治疗变应性鼻炎 86 例临床效果观察

厦门市第三医院耳鼻咽喉科 (361100) 卢佳林 季 阳 李瑞玉*

摘要 目的 探讨微波治疗变应性鼻炎中短期的治疗效果并对其机理进行分析。方法 治疗组 86 例采用微波热凝鼻内筛前神经分支进行治疗。对照组 50 例采用伯克纳鼻气雾剂治疗。随访 1 年, 作疗效比较。微波治疗组以 6 个月为界, 分前后两组作中短期疗效比较。结果 治疗组总有效率均值为 70.32%, 对照组总有效率均值为 68.28%, 经统计学处理, $P > 0.05$, 无显著差别。治疗组前 6 个月有效率均值为 88.3%, 后 6 个月为 43.4%, 经统计学处理, $P < 0.01$, 有显著差别。结论 微波热凝治疗变应性鼻炎, 简便、实用、短期疗效满意, 中期疗效有待进一步观察。

关键词 微波; 变应性鼻炎; 伯克纳鼻气雾剂

中图分类号 R765.21 **文献标识码** B **文章编号** 1002-2600(2005)03-0060-02

我们于 2000 年 6 月~ 2002 年 6 月, 采用珠海和佳设备有限公司生产的 EBH20 耳鼻喉综合治疗仪, 热凝治疗 86 例变应性鼻炎, 随访观察 1 年, 现报告如下。

1 一般资料

将来源于我院门诊的 136 例变应性鼻炎随机分组, 微波治疗组 86 例, 男 46 例, 女 40 例; 年龄 21~ 72 岁, 平均 28.7 岁。病程 0.5~ 15 年。据 1997 年 11 月修订 (海口) 的变应性鼻炎诊断标准和疗效评定标准, 其中轻度 22 例, 中度 37 例, 重度 27 例。伯克纳鼻气雾剂组 50 例中, 男 32 例, 女 18 例; 年龄 20~ 70 岁, 平均 30.1 岁。其中轻度 13 例, 中度 21 例, 重度 16 例。两组病例的性别、年龄经统计学处理 $P > 0.05$, 具可比性。

2 治疗方法

微波治疗组病人取坐位, 1% 的卡因肾上腺素棉片置双侧鼻腔行黏膜表面麻醉。选用针状治疗电极, 分别于下鼻甲前端内侧面。鼻中隔前上方、鼻丘部进行多点热凝。以黏膜呈现白色为准, 输出功率 40W, 作用时间 4~ 6 秒, 预置时间 5 分钟, 可双侧同时治疗。术后 1 周, 3 个月, 6 个月, 9 个月, 1 年复查。

伯克纳鼻气雾剂组使用气雾剂喷鼻, 每日 2 次, 每次每鼻孔两揆, 连续 4 周。

3 结果

两组变应性鼻炎的疗效见表 1、2。

表 1 86 例变应性鼻炎微波治疗效果

随访时间	例数	显效	有效	无效	有效率(%)
1 周	86	82	4	0	100
3 个月	80	58	16	6	92.5
6 个月	65	35	12	18	72.3
9 个月	51	16	18	17	54.9
1 年	47	8	7	32	31.9

我们以 6 个月为限, 分前后两组, 前 6 个月有效率均值为 88.3%, 后 6 个月有效率均值为 43.4%, 有效率均值经统计学处理, $P < 0.01$ 两组有显著差别。

表 2 50 例伯克纳鼻气雾剂治疗效果

随访时间	例数	显效	有效	无效	有效率(%)
1 周	50	40	9	1	98.0
3 个月	45	29	13	3	93.3
6 个月	37	12	13	12	67.5
9 个月	30	7	9	14	53.3
1 年	18	2	3	13	27.8

* 福建省立医院耳鼻咽喉科 (350001)