预防心肌缺血的作用,这对于高血压患者有重要的意义。艾司洛尔在高血压患者麻醉中的具体作用机制可能与抑制了交感神经-肾上腺反应、下丘脑-肾素-血管紧张素-醛固酮系统等有关,但仍需要进一步的研究。这些说明异丙酚复合艾司洛尔用于高血压患者纤维支气管镜检查的麻醉,即可以保持血流动力学的稳定性,又有利于术后的迅速清醒、拔管[6]。

艾司洛尔作用迅速,消除时间快,对心脏抑制轻微,小剂量在麻醉过程中未出现严重低血压、窦性心动过缓的并发症;然而在其他麻醉中的具体用法(包括最适剂量、给药时机、停药时机等)仍需要进一步的研究。

综上所述,靶控输注异丙酚复合艾司洛尔在高血压患者施行纤维支气管镜检查的麻醉中有较高的应用价值。

关键词:麻醉;高血压;支气管镜

中图法分类号:R614.24 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Ropcke H, Rehberg B, Koenen-Bergmann, *et al*. Surgical stimulation shifts EEG concentration-response relationship of desflurane[J]. Anesthesiology, 2001, 94(3): 390-399.

[2] Atlee J L, Dhamee M S, Olund T L, *et al*. The use of esmolol, nicardipine, or their combination to blunt hemodynamic changes after laryngoscopy and tracheal intubation[J]. Anesth Analg, 2000, 90(2): 280-285.

[3] Korpinen R, Simola M, Saarnivaara L. Effect of esmolol on the hemodynamic and electrocardiographic changes during laryngomicroscopy under propofol-alfentanil anesthesia[J]. Acta Anaesthesiol Belg, 1998, 49(2): 123-132.

[4] Fita G, Gomar C, Rovira I. Esmolol in anesthesiology: pharmacology and indications[J]. Rev Esp Anestesiol Reanim, 1999, 46(9): 404-414.

[5] Urban M K, Markowitz S M, Gordon M A, *et al*. Postoperative prophylactic administration of beta-adrenergic blockers in patients at risk for myocardial ischemia[J]. Anesth Analg, 2000, 90(6): 1257-1261.

[6] 凌建忠. 单次快速注射异丙酚后年龄对血流动力学变化的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2006, 10(6): 99, 101.

(编辑 栾 嘉)

经验交流

文章编号:1000-5404(2008)04-0364-02

低位直肠癌行保肛手术102例临床分析

吴宗辉,甘 露 (第三军医大学西南医院普通外科,重庆 400038)

为提高直肠癌特别是低位直肠癌患者术后生活质量,在确保根治的前提下,保留肛门括约肌手术(sphincter preserving operation, SPO)是普外科医师关注的重点[1]。现结合我院对直肠癌患者保肛手术的经验,对SPO适应证的合理选择及对患者预后的影响进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集我院1996年6月至2006年6月手术治疗直肠癌患者148例,其中男性86例,女性62例,平均年龄(55.4±11.2)岁。肿瘤长径<3 cm者51例,3~5 cm者83例,>5 cm者14例。大体分型:肿块型50例,溃疡型82例,浸润型16例。术前经肝脏B超、CT诊断确认为同时肝转移9例。侵犯邻近脏器19例,其中大网膜2例,输尿管2例,膀胱4例,前列腺2例,子宫2例,附件及卵巢1例,阴道后壁2例,骶骨、盆腔侧壁及髂总动静脉4例。

1.2 分组

行经腹会阴切除手术46例为APR组,年龄(55.6±11.1)岁,男性24例,女性22例,术式为Miles手术;行保留肛门括约肌手术102例为SPO组,年龄(54.5±10.9)岁,男性62例,女性40例,其中Dixon手术78例,改良Bacon手术21例,Parks手术3例。SPO组和APR组患者基本情况见表1。

2 结果

2.1 手术后情况

148例患者中术后发生并发症8例,占5.4%(8/148);局部复发7例,占4.7%(7/148),其中吻合口复发1例,会阴部复发1例,腹腔转移复发2例,盆腔软组织复发3例。SPO组和APR组在术后并发症发生率及肿瘤复发率上无显著区别。

2.2 排便功能

APR组行造瘘术进行排便。SPO组102例患者中行Dixon手术78例,术后患者肛门括约肌功能良好,无一例发生吻合口瘘及吻合口狭窄。21例行改良Bacon手术患者术后控便良好,1例术后半年发生肛门狭窄,可能与术后未及时进行有效扩肛有关。3例患者行Parks术,术后排便功能满意。

表1 SPO组与APR组直肠癌患者病理情况

组别	肿瘤大小			大体类型			分化程度			Dukes分期			
	<3 cm	3~5 cm	>5 cm	肿块型	溃疡型	浸润型	高分化	中分化	低分化	A	B	C	D
SPO组	35	57	10	34	56	12	25	66	11	15	45	34	8
APR组	16	26	4	16	26	4	12	24	10	5	19	15	7

作者简介:吴宗辉,男,四川省仪陇县人,副主任医师,进修生,主要从事肛肠外科方面的研究,现在西南大学医院外科。电话:(023)68253120

收稿日期:2007-10-30;**修回日期**:2008-01-02

2.3 两组生存率比较

随访时间6~120个月,随访率93.9%(139/148),失访9例,其中APR组3例,SPO组6例。APR组中位生存时间为(46.0±6.2)个月,5年生存率为47.7%。SPO组中位生存时间为(46.0±5.8)个月,5年生存率为49.0%,与APR组比较无显著差异。

3 讨论

中低位直肠癌术式的选择一直是近年来争论的热点之一,经腹会阴联合直肠切除术(APR)适用于肛管癌、直肠下段癌、癌灶下缘距肛门缘6~7 cm以下者,该术式切除彻底,切除率约为90%。APR缺点在于结肠近端需在腹壁作永久性人工造口,常被患者拒绝而延误手术时机[2,3]。近年来,随着对直肠癌病理形态学特征的深入了解及各种吻合方法的普及,有效地保留肛门括约肌功能以提高患者生活质量这一观点已经为越来越多的外科医师所采纳,SPO只要按规范操作可以达到和APR相同的根治效果。

直肠癌能否实施保肛手术主要取决于患者个体的具体情况,应在术前做好评估,包括患者全身情况、肿瘤分化程度、浸润转移范围及肿瘤下缘距齿状线距离等。要保持完整的排便、控便功能必须保留健全的括约肌功能和感觉神经反射,因此,对低位直肠癌在切除癌肿及其远端3 cm正常肠管后,只要肛管直肠环和肛管括约肌完整健全,均即可选作保肛手术。另外,仅凭术前评估并不可靠,应在术中充分探查,游离直肠后有时可改变手术方式,因为充分游离直肠后,均可延长3~5 cm,而肿块距齿线3 cm仍可行根治保肛术。保肛手术最好是直肠腺癌或乳头状癌,同时病理分级较好、肿瘤横径较小,肿瘤临床分级较高但肿瘤局部浸润范围较小也可进行SPO。如果肿瘤已形成环形固定,癌细胞分化差,虽然肿瘤位置较高,也不宜行保肛手术。对于严重的浸润型、黏液腺癌及Dukes C期的直肠癌应行扩大切除,不能做保肛手术[4]。排便功能统计结果说明,SPO组患者术后排便、控便功能良好,取得了满意的效果。比较APR组造瘘排便显然具有提高生活质量方面的优势,而且两组生存率比较无显著区别,说明行SPO对患者的预后无显著影响。

总之,有选择的对低位直肠癌患者进行保肛手术是可行的,但必须是以能够达到根治为前提,以提高患者的生存率和术后的生活质量为目的。现阶段手术条件下,SPO手术后患者并发症、复发率及患者5年生存率与传统手术方式比较无显著区别。

关键词:直肠肿瘤;肛门括约肌;外科手术;适应证
中图法分类号:R657.1 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Martinez S R, Chen S L, Bilchik A J. Treatment disparities in Hispanic rectal cancer patients: a SEER database study[J]. Am Surg, 2006, 72(10): 906-908.
[2] Daniels I R, Strassburg J, Moran B J. The need for future surgical low rectal cancer studies[J]. Colorectal Dis, 2006, 8(Suppl 3): 25-29.
[3] 华秀琴, 蔡金兰. 直肠癌结肠造口患者生活质量影响因素与对策[J]. 实用临床医药杂志, 2007, 11(10): 18, 20.
[4] Guerriero O, Tufano G, Pennetti L, *et al*. Sphincter-saving surgery in low rectal cancer[J]. Chir Ital, 2006, 58(1): 83-92.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2008)04-0365-02

经验交流

两种胸腔闭式引流治疗自发性气胸疗效观察

金普乐[1],李松林[2],金 风[3],王 平[1],曹 磊[1] ([1]河北医科大学第四医院呼吸科,石家庄 050011; [2]民航总医院呼吸内科,北京 100035; [3]河北省中医医院功能科,石家庄 050017)

我科采用引流管侧释放导管针,经胸壁胸腔内置入可冲洗胸腔引流管治疗气胸,并与皮肤切开胸壁钝性分离引流管胸腔内置入术比较,评价其疗效和安全性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床材料

2001年12月至2007年6月在我科治疗的46例自发性气胸患者肺CT显示气胸量均>40%。在内科常规抗菌和对症支持疗法基础上采用随机数字表法分为两组。对照组:采用胸壁切开胸腔(闭式)引流置入术23例,年龄(64.2±9.0)岁,男性16例,女性7例,其中张力型气胸9例,交通型气胸8例,闭合型气胸6例;试验组:采用导管针胸腔(闭式)引流置入术23例,年龄(59.6±10.5)岁,男性15例,女性8例,其中张力型气胸8例,交通型气胸10例,闭合型气胸5例。两组性别、年龄及病情无显著性差异。

1.2 方法

1.2.1 器械 取乳胶管长100 cm,直径1.0 cm,用剪刀在其前端修剪成鸭嘴状和2~3个侧孔备用。引流管侧释放导管针1套,为不锈钢材料,针外径6 mm,长5~6 cm,沿导管针纵向有一宽约2 mm侧槽,用于引流管释放,针芯外径5.5 mm。可冲洗胸腔引流管1条,长45 cm,外径16 F,引流管前端管壁有3个侧孔,距前端15 cm处衔接1条外径2 mm冲洗导管,其管身

作者简介:金普乐,男,河北省文安县人,主任医师,教授,主要从事胸部疾病介入治疗方面的研究。电话:(0311)86095669,E-mail: jinpule@126.com

收稿日期:2007-06-27;**修回日期**:2007-11-12