表 1 两组病人疼痛评分和镇静评分比较($n=20$)

组别	疼痛评分				镇静评分			
	0 h	2 h	4 h	24 h	0 h	2 h	4 h	24 h
对照组	1	1.5	2.5	2	2	2	2	2
治疗组	1	1.0*	1.5*	1*	2	2	3*	2

*:与对照组比较,$P<0.05$

3 讨论

经尿道前列腺电切术是治疗男性前列腺增生的一种有效手术方法,具备创伤小、手术时间短、术中出血量少、术后恢复快等特点,已在临床广泛开展。经尿道前列腺电切术通常在硬膜外麻醉下进行,但是也不排除使用腰麻或全身麻醉。其中硬膜外麻醉可提供良好肌肉松弛,给术者提供有利操作条件;全身麻醉可以消除病人紧张情绪,也可提供肌肉松弛条件,利于膀胱适当充盈,便于观察视野[5]。本组患者都采用低位硬膜外麻醉阻滞平面在 T10 以下,以保持血流动力学稳定。

在低位硬膜外麻醉麻醉药物选择中,利多卡因为局麻药及抗心律失常药,主要用于浸润麻醉、硬膜外麻醉、表面麻醉及神经传导阻滞。在麻醉效果上,利多卡因麻醉强度大、起效快、弥散力强,药物从局部消除约 2 h,加肾上腺素可延长其作用时间。其大部分先经肝微粒酶降解为仍有局麻作用的脱乙基中间代谢物单乙基甘氨酰胺二甲苯,毒性增高,再经酰胺酶水解。但是不良反应比较多,主要表现为对心脏的毒性。罗哌卡因是一种新型长效酰胺类局麻药,多用于外科手术治疗,与利多卡因相比,其对心脏毒性小。比如利多卡因和罗哌卡因致惊厥剂量之比,相当于 5:2;致死量之比约为 9:2,比较适于硬膜外术后镇痛[6]。本研究证实罗哌卡因加利多卡因经低位硬膜外给药可以具有良好的镇痛效果,明显优于单用利多卡因麻醉。

总之,罗哌卡因加利多卡因经低位硬膜外给药用于经尿道前列腺电切术术后镇痛可以获得比较好的镇痛效果,具有一定的优点,值得推广应用。

[参考文献]

[1] Kapfer B, Alfonsi P, Guignard B, et al. Nefopam and ketamine comparably enhance postoperative analgesia[J]. Anesth Analg, 2005, 100(1): 169 – 174.

[2] 李西宽,焦亚寄,刘 俊,等. 甲磺酸罗哌卡因局麻醉作用的实验研究[J]. 中国药理学通报,2004,20(2):236 – 237.

[3] 杭南燕,庄心良. 当代麻醉学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002:818 – 828.

[4] 王本琼,张晓波,谢志光. 留置硬膜外导管在老年前列腺术后镇痛中的应用[J]. 中国现代医学杂志,2003,13(11):125 – 125.

[5] 张承业,王 静,詹 新,等. 临床药理实验新方法-序贯平衡系数法[J]. 中国药理学通报,2005,21(12):1524 – 1525.

[6] Alexander JM. Epidural analgesia for labor pain and its relationship to fever[J]. Clin Perinatol, 2005, 32(3): 777 – 787.

(编辑:左艳芳)

· 个案与短篇 ·

厄洛替尼一线治疗肺癌脑膜转移 1 例报告

杨 帆,王之彝,阎吕军,朱 波 (第三军医大学新桥医院全军肿瘤研究所,重庆 400037)

[关键词] 厄洛替尼;肺肿瘤;脑膜癌病
[中图分类号] R734.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2011)03-0304-01

肺癌脑膜转移是癌细胞脑转移弥漫性侵犯软脑膜和脑脊膜,无颅内占位性病灶。乳腺癌及黑色素瘤等也可脑膜转移[1]。临床表现不典型,以颅内高压为主要表现。我院收治 1 例肺癌脑膜转移患者,采用厄洛替尼一线治疗获得满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女性,38 岁,因右侧胸痛 3 月余,活动后气促半月余入院,外院考虑肺部感染予抗感染处理后患者症状未见好转,并出现头痛、恶心、呕吐等症状。就诊于我院后行胸部 CT 示右肺新生物、胸腔积液,纤支镜考虑右下叶背段原发性支气管肺癌。活检显示:粘液腺癌。行腰穿脑脊液涂片查见异常细胞,考虑转移癌细胞,根据以上检查及病理学检查诊断为:原发性支气管肺癌伴胸膜、脑膜转移Ⅳ期,PS 评分为 3 分。

1.2 方法

治疗初采用甘露醇 125 mL,6 h 输注 1 次;地塞米松10 mg,每日 1 次,患者出现头痛、呕吐等症状。诊断明确后第 4 天口服厄洛替尼 150 mg,每日 1 次,服用厄洛替尼治疗 2.5 个月。

[收稿日期] 2011-01-06 [修回日期] 2011-02-03

(下转第 307 页)