维普资讯 http://www.cqvip.com

总之，开胸肺癌手术后 PCEA 和 PCIA 均能取得良好的镇痛效果，但 PCEA 能更有效的抑制术后机体的应激反应，有利于术后病人的恢复。

参 考 文 献

1. Liu SS, Carpenter RL, Neal JM, et al. Epidural anesthesia and analgesia. Anesthesiology, 1995, 82: 1474 - 1506.
2 Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth, 1997, 78: 606 - 617.
3. 钱燕宁，林桂芳. 手术应激反应的新概念—神经免疫内分泌学说. 国外医学·麻醉学与复苏分册, 1995, 16: 193 - 195.
4. Brondner G, Pogatzki E, Aken HV, et al. Annulumodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation in patients undergoing abdominothoracic esophagectomy Anesth Analg, 1998, 86: 228 - 234.
5. Kehlet H, Dahl JB. Postoperative pain. Word J Surg, 1993, 17: 215 - 219.
6. Kehlet H. Surgical stress: the role of pain and analgesia. Br J Anaesth, 1989, 63: 189 - 195.

（收稿日期：2001-12-14）

·个案与短篇·

脾外伤手术麻醉处理体会

魏勇剑* 朱世明* 朱玉波**

脾外伤临床较常见，急性脾破裂可因大出血并发休克而危及病人性命，手术是抢救的重要手段，麻醉是保证手术成功的关键，现对我院 1995 年至 2000 年间收治的 38 例脾外伤手术病人进行回顾性分析，并将手术麻醉处理体会报告如下。

一、资料与方法

1. 一般资料：本组男性 21 例，女性 17 例，年龄最小 12 岁，最大 72 岁；伤后距入院时间 3h - 72h 不等。

2. 致伤原因和分类：本组高空坠落伤 18 例，腹部撞击伤 6 例，刀刺伤 3 例，交通伤 8 例，背部打击伤 3 例，其中急性脾破裂 32 例，迟发性脾破裂 6 例，并且 28 例伤后并发失血性休克，输血 800 - 1200ml 不等。

3. 麻醉方式的选择与麻醉前用药：31 例脾破裂患者采用静脉复合气管插管全麻，7 例脾修补术者选用高位硬膜外连续麻醉，绝大部分病例进行美国 NM - 4 牌麻醉机监测血氧饱和度、血压、脉搏及心电图等。本组无麻醉意外等不良反应，病人在术后 15 - 35min 内清醒，全部治愈出院。麻醉前给予阿托品 0.5mg静注，对于心率较快者（大于 100 次/min）给予东莨菪碱 0.3mg静注。

二、结果与讨论

1. 边抗休克边麻醉，保证手术顺利进行是抢救脾外伤破裂成功的关键。

由于外伤性脾破裂出血量大，速度快，病人极易发生休克，给手术麻醉增加很大难度。我们立即开通 2 条以上静脉通道，迅速输液，一般以平衡液为主，同时输入适量的代血浆和全血，补充伤员的有效循环血量，同时注意观察尿量变化，因尿量多少可间接反映肾脏功能，故对升压缓慢者可给少量麻黄碱（15mg），不主张用血管收缩剂等升压药（如多巴胺等），减少对肾循环的不良影响，防止肾衰的发生。当术者打开腹腔后，由于内出血引起的腹内压增高，致使大量积血和血块外溢，而腹内压的减低又会导致伤脾继续出血，此时应该加快输血速度，保持伤员的血压稳定，另一方面，可适当减少麻醉药量，要在保证伤员生命安全的基础上，密切配合医生尽快完成手术。

2. 加强呼吸管理，保持正常的血氧饱和度对脾外伤手术的麻醉至关重要。

由脾外伤并发的失血性休克常伴有脑缺氧，伤员表现烦躁不安或昏迷。麻醉前应彻底清除伤员口腔内分泌物，保证气道通畅，先用面罩加压给氧，当伤员血氧饱和度达到 95% 以上时，给予 2.5% 硫喷妥钠及司可林进行快速麻醉诱导，行气管内插管；对于心脏贮备功能不好的患者，应改用得普利麻及司可林诱导，同时严密观察各项生命指征的变化。我们一般用美国 NM - 4 牌万能麻醉机，在整个麻醉过程中在显示屏上可以了解病人的心电图、脉搏、以及 SPO_2 及 $SPCO_2$ 和血液生化各项指标的变化。术中给予长效肌松药（如万可松）及芬太尼维持麻醉，同时吸入一定浓度的氨氟醚和异氟醚。当脾蒂已被迅速处理，碎脾取出腹腔，术者要进行腹腔冲洗时，要求腹膜松弛，此时麻醉可适量增加肌松药剂量直到腹膜缝合后再减量或停用麻醉药，让病人尽快清醒。值得注意的是，病人清醒时不要急于拔管，要把气管内分泌物吸净，防止气道阻塞，并发窒息或沉积性肺炎发生。本组病例分别在麻醉后 15 - 35min 清醒，无并发症发生。

（收稿日期：2001-10-30）

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院麻醉科
** 灯塔市中心医院麻醉科