维普资讯 http://www.cqvip.com

腺病61例，乳腺癌33例（其中10例有淋巴转移），术后病理诊断证实。红外乳腺诊断符合率为92%。

3 讨论

红外乳腺诊断疾病是一种操作简便，可靠，无痛苦，无任何副作用，对人体无损害的检查方法。病人易接受，又可及时出结果，受到广大妇女及医务人员的欢迎。检查时间应选择月经后8～10 d，此时乳腺组织呈平静状态，孕期、哺乳期、经前期易受内分泌影响，乳房呈充血状态。哺乳期及孕期妇女无特殊情况不必检查。乳腺疾患与年龄、情绪、手术、流产次数、绝经早晚关系密切，长期精神紧张也是引起乳腺疾患的重要因素。对于50岁以后妇女诊断乳腺囊性增生病，遇到乳腺肥大、肿瘤过小、或位置过深者都必须慎重。熟练、仔细的乳腺检查，仍然是从乳腺肿块中筛选乳腺癌的重要手段，要特别重视乳房轻微的改变，如乳头轻度抬高，回缩、皮肤轻微凹陷，局部乳腺局限性增厚及硬结，乳头溢液和乳头糜烂及乳晕湿疹等表现。目前乳腺疾病的发病率和就诊人数明显上升，为保障广大妇女的身心健康，急需开展乳腺疾病的定期普查工作，定期自我检查，定期复诊，能早期发现，早期治疗。将造福于广大妇女，对全社会都有重大意义。临床遇到乳腺肿块，不论年龄大小，都应持谨慎态度，配合其它检查及早作出诊断，详细询问病史，追踪随访。

（编辑：左艳芳）

吗啡配伍咪唑安定用于术后镇痛的观察

胡小冬
（新余市人民医院麻醉科，江西 新余 338025）

[关键词] 吗啡；咪唑安定；麻醉；术后镇痛
[中图分类号] R782.05 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)06－0430－02

吗啡配伍咪唑安定术后镇痛能解除病人的术后疼痛，而且能减轻术后应激反应，减少危险事件的发生，但随着术后镇痛的普及应用，其并发症及副作用亦越来越受到重视，本文就不同配伍吗啡用于硬膜外术后镇痛的副作用进行观察。

1 资料与方法

择期上腹部手术病人200例，20～70岁，ASA Ⅰ～Ⅱ级，术前肝、肾功能正常，无神经系统疾患。进行随机双盲比较。

病人进入手术室后建立静脉通道，连接多功能监护仪监测血压、心电图、脉搏、氧饱和度，硬膜外用2%利多卡因和0.75%布比卡因(1:1)混合液间断给药。均于手术关闭腹腔时硬膜外给入负荷量：吗啡20 μg/Kg加0.25%布比卡因5 ml后接恒速持续输注泵镇痛。均采用一次性微量镇痛泵（容量为100 ml，持续时间50 h）。随机分为二组：M组（n＝100），咪唑安定0.1 mg/Kg加吗啡0.12 mg/Kg加0.15%布比卡因100 ml；D组（n＝100），氟哌利多0.05 mg/Kg加吗啡0.12 mg/Kg加0.15 %布比卡因100 ml。病人排除标准：术中硬膜外麻醉效果欠佳；长期应用麻醉性镇痛药者。采用随机分组，术中管理、术后观察及镇痛药液配制由不同人员完成。两组均于手术前、术毕、术后4 h、术后24 h记录血压、VAS评分，并观察患者的恶心呕吐及其他副作用。

2 结果

两组患者的术前及术后各时点血压情况见表1，术后恶心呕吐、嗜睡发生率见表2。

由表中可看出，二组患者术后镇痛均比较满意，M组评分略低于D组，但二者无明显差异（$P>0.05$）。术后血压与术后比较无明显变化（$P>0.05$）。

表1 两组患者各时点的血压及VAS评分

项目	组别	术前	术毕	术后4 h	术后24 h
收缩压(mmHg)	M	132±12	135±8	130±6	132±10
收缩压(mmHg)	D	134±10	136±12	131±9	133±11
舒张压(mmHg)	M	84±5	85±4	87±8	83±7
舒张压(mmHg)	D	86±4	87±5	88±6	86±8
VAS评分	M	－	2.4±0.3	2.5±0.2	3.0±0.2
VAS评分	D	－	2.3±0.5	2.3±0.3	3.2±0.3

表2 术后恶心呕吐、嗜睡发生率

	恶心呕吐(例)	嗜睡(例)	锥体外系反应(例)
M组	21	10	0
D组	17	8	6

患者术后恶心呕吐、嗜睡发生率，M组高于D组，但组间比较无明显差异（$P>0.05$）。D组有6例分别出现眼球向上抽动或外翻、颈部僵直、牙关禁闭、呼之不应、肢体肌张力增高等不同程度的锥体外系反应，且均于术后24 h出现。给予停药加术后镇痛后，有4例症状缓解，有2例肌注安定10 mg后缓解。而M组无患者出现上述症状。

3 讨论

术后伤口疼痛可增加机体应激反应，使体内儿茶酚胺和其它应激性激素释放，增加围手术期的危险性，尤其对高血压患者危险性更大[1]。良好的术后镇痛减轻患者疼痛，从而阻断疼痛引起的应激反应。目前镇痛药有很多种，但以阿片类镇痛药效果佳，广泛用于术后镇痛，同时其副作用也随之出现。加用

[收稿日期] 2004－09－12 [修回日期] 2004－10－25

维普资讯 http://www.cqvip.com

氟哌利多能减轻它所引起的恶心呕吐反应,在临床上经常辅助用于术后镇痛,但其引起的锥体外系反应也值得引起重视,以前屡有文献报道。

本文观察到伍用咪唑安定组的发生率较伍用氟哌利多组高,但两组比较无差异;二组的镇痛效果及对血流动力学的影响,均无明显差异。但M组患者无锥体外系反应。

[参考文献]

[1] 张 宏. 围手术期高血压处理[J]. 中华麻醉学杂志,1998,18(1):59-61.

(编辑:邱全光)

5例完全性大动脉错位患儿术前应用前列腺素E1的护理观察

夏 梅, 黄 健
(第三军医大学附属西南医院胸心外科, 重庆 400038)

[关键词] TGA; PGE; 护理
[中图分类号] R248.4; R726.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)06-0431-01

完全性大动脉错位(TGA),属复杂型先天性心脏血管畸形之一,是常见的紫绀型先天性心脏病。其发病率仅次于法洛四联症,占先天性心脏病的7%~9%,一岁内死亡率为80%~90%[1]。TGA患儿一般在出生后一个月内做Switch术。2001年笔者参与5例完全性大动脉错位患儿的围手术期护理,术前应用前列腺素E1(PGE1),效果良好。报道如下。

1 临床资料

本组男3例,女2例。年龄3~28 d,平均11 d。均为完全性大动脉错位,出生后指趾甲床发紫入院,住院时间20 d左右。术前静脉泵入PGE1,维持良好的左心室构型及一定的压力,满足外科手术时左、右室压力之比的要求,保证术后左室能担负起供应全身体循环血流的功能。5例患儿术后均痊愈出院。

2 护理观察

2.1 给药途径与剂量

临床最常选用的制剂为PGE1。本药最好从外周静脉走单一管道,由微量泵输入,起始用量为0.05~0.1 $ng \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$。药物溶于10%葡萄糖溶液中,为防止降低药效,应采用避光注射器和延长管,或使用黑布或锡纸遮盖注射器和输液管道。应提前配制新鲜药液备用,用药期间不能随意中断给药。选用度量精确、灵敏度高的微量泵,由外周静脉恒速输入。PGE1应用后10~30 min,动脉血氧饱和度可迅速上升,缺氧明显改善,酸中毒得以纠正,动脉导管开放的杂音转响,部分患儿可闻及舒张期杂音。

2.2 生命体征的监护

PGE1应用后可能出现发热、震颤、肌肉痉挛、激惹,甚至呼吸暂停伴心动过缓等严重并发症,应严密监测生命体征。

2.2.1 体温监测 小儿体温中枢发育不全,极易受环境温度影响,加之药物的副作用,容易出现发热症状,因此必须控制好暖箱的温、湿度。用药过程中严密观察体温变化,通过体温计间断测量每2~4 h一次,或用多功能监护仪连续监测体温,一般取肛温,通过体温探头导线与监护仪连接。发热时以物理降温为主,药物降温为辅。选用冰袋、冰帽、酒精擦浴或者降温毯。药物降温方法有:5%安乃近滴鼻,安乃近肛塞剂,或安乃近加生理盐水20 ml保留灌肠(5 mg/kg)。

2.2.2 持续心电、血压监测 床旁持续24 h心电血压监测,观察心率、心律、QRS振幅变化,尽早发现心律失常等异常情况,并及时处理。监测血压时应使用新生儿专用袖带,注意袖带宽度大致是上臂的2/3,用过窄的袖带测时血压偏高,过宽则偏低,从而影响医生的诊治。

2.2.3 呼吸监测及用氧注意 观察呼吸频率、吸呼比、呼吸深浅程度、呼吸类型、两侧胸廓运动幅度是否对称等。持续监测经皮氧饱和度(SpO_2),注意定时更换监测部位,防止灼伤患儿皮肤。当出现呼吸暂停时,立即停用PGE1,并更换输液延长管道,必要时回抽留置针内3~5 ml血药混合液,同时予简易呼吸皮囊空气加压(即不接氧气),并通知麻醉科紧急插管。插管成功后给予21%的氧(即空气),切忌使用高浓度吸氧。由于TGA患儿左室接受的动脉化血达肺动脉,一部分氧合血直接经未闭的动脉导管到达降主动脉,使动脉血氧饱和度增高。而动脉导管的平滑肌对氧非常敏感,如果使用高浓度氧,动脉导管会迅速关闭,导致体循环中含氧高的混合血减少,加重缺氧,甚至造成患儿死亡[2]。

3 讨论

本组给药后1例出现发热,经对症处理后很快恢复至正常,以后予减少剂量并在密切观察下继续用药,效果较好。但有报道长期应用PGE1对动脉导管壁有损害,因此宜应用最小有效量并尽量缩短治疗时间。

[参考文献]

[1] 丁文祥, 苏肇伉. 小儿心脏外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2000.78-473.

[2] 徐志伟, 丁文祥, 苏肇伉. 大动脉转换术治疗新生儿完全性大动脉错位[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2002, 18(3): 147-149.

[收稿日期] 2004-07-15 [修回日期] 2004-09-08

(编辑: 雷 艳)