

2 结果

2.1 两组患者术后并发症情况 两组患者的吻合口瘘、切口感染、肺部感染、其他并发症及再手术发生率差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者术后并发症情况比较 (n)

组别	n	吻合口瘘	切口感染	肺部感染	其他并发症	再手术
引流组	55	4	5	2	7	2
非引流组	55	1	2	3	3	1
χ^2		1.886	3.960	0.210	1.760	0.343
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组患者的术后恢复情况 非引流组患者的住院时间、首次排气时间、停止输液时间均低于引流组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者术后恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	住院时间	首次排气时间	停止输液时间
引流组	55	29.8±1.7	5.8±1.3	6.6±1.9
非引流组	55	25.6±0.9	3.6±0.7	4.2±1.1
t		4.336	3.873	4.02
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

预防性置留腹腔引流管是临床上腹部外科手术中的常规操作,传统观点认为在结、直肠吻合术后,预防性置留腹腔引流管可以减少患者术后的腹腔并发症,预防吻合口瘘,因而被广泛应用于各类腹部外科手术中^[5]。

近年来,随着医学研究的深入,一些研究者在临床研究发现预防性腹腔引流在减少结直肠手术患者术后吻合口瘘、降低再手术率等方面的效果并不明显^[6]。特别是随着外科手术方法以及麻醉技术的进步,加速康复的外科观念也逐渐被大家认识并接受。围手术期的支持方法逐渐转变为以外科营养为主,强调主要通过改善液体管理,为患者实施镇痛,为患者制定早期进食以及下床活动方案等来减少或降低患者术后并发症的发生,帮助患者达到快速康复出院的效果^[7]。在这一前提下,不为患者置留腹腔引流管,有利于患者早期下床活动,提高

患者的康复效果。同时,随着手术技术和条件不断成熟,手术都是在无菌条件下进行的精细操作,术后并发症的危险也有效降低。

在本次研究中,非引流组与引流组患者在吻合口瘘、切口感染、肺部感染及再手术等方面的比较,并无明显差异。同时,非引流组患者在住院时间、首次排气时间、停止输液时间方面均低于引流组。由此可见,在结直肠癌手术中,不预防性放置腹腔引流管不会增加患者术后并发症的感染风险,并且能够缩短患者的康复时间,提高康复效果,具有一定的可行性和安全性。但同时也需要注意应根据患者的实际病情选择恰当的方案,当患者出现腹腔渗血、渗液较多或肠壁水肿明显等情况时,仍应考虑置留腹腔引流管。

参考文献:

- [1] 谢立飞,江志伟,鲍扬,等. 加速康复外科联合单孔腹腔镜技术应用于直肠癌手术的临床研究[J]. 医学研究生学报,2012,19(12):1261-1264.
- [2] 黄芳,庄小泉,王碧玉. 结直肠癌患者术后腹腔引流液中肿瘤因子的水平及其与疾病的相关性研究[J]. 国际检验医学杂志,2013,8(4):469-470.
- [3] 王碧玉,庄晓泉,黄芳,等. 结直肠癌术后腹腔引流液CEA、CA125、CA19-9的检测与肿瘤淋巴转移的相关性分析[J]. 海南医学,2013,16(8):1154-1156.
- [4] 宋玉成,张广坛,宋笑飞,等. 快速康复外科理念在手助腹腔镜结直肠癌手术患者中的应用[J]. 中国医药科学,2012,26(2):12-13,16.
- [5] 辛燕,陈鹏,梁枫. 加温保护对腹腔镜结直肠癌手术病人围术期体核温度及血糖和血乳酸的影响[J]. 中国实验诊断学,2012,31(4):684-686.
- [6] 金顺爱,王士雷,高秀娟,等. 地佐辛和吗啡术后镇痛对结直肠癌手术病人T淋巴细胞亚群和NK细胞水平的影响[J]. 青岛大学医学院学报,2012,14(4):364-366,370.
- [7] Paul H Sugarbaker, EW Martin. Second-Look Surgery for Colorectal Cancer: Revised Selection Factors and New Treatment Options for Greater Success[J]. International Journal of Surgical Oncology,2010,11(20):415-416.

收稿日期:2013-12-25

扁桃体切除术在不同麻醉方法下的临床比较

韦凤妍

(广西都安县人民医院耳鼻咽喉科,广西 都安 530700 E-mail:2683736392@qq.com)

摘要:目的 比较在局部麻醉和全身静脉麻醉下行扁桃体切除术的临床影响。方法 将72例患者随机分成全身麻醉组(35例),局部麻醉组(37例),手术均由同一术者完成,并对其疗效进行比较,记录手术所需时间、出血量、术后有无活动性出血和术后扁桃体残留的情况。结果 全麻组的手术时间、术中出血量、扁桃体残留率大于局麻组,而术中无痛感、安全性全麻组优于局麻组。结论 全麻方法下进行扁桃体切除术效果较局麻安全,患者痛苦小,但手术时间长,应注意其出血多及易残留等问题。

关键词: 扁桃体切除术;麻醉,全身;麻醉,局部

中图分类号: R614 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0031-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.017

扁桃体切除术是五官耳鼻喉科最常见的最基本要掌握的外科手术,扁桃体切除术的效果如何与手术时间、术中出血量、

术后出血量以及扁桃体是否残留等很多方面有关,同时受到手术施行者的手术操作熟练程度、不同患者扁桃体本身与周围组

织的粘连程度、有无血管的变异、是否合并基础疾病等因素的影响。目前,临床上对于扁桃体切除术多采用剥离法,该术式具有步骤简单、切除完整的特点^[1],但由于扁桃体的位置较特殊,位于“咽喉要道”,对于麻醉的要求较高,传统大多采用表面麻醉及局部浸润麻醉,近年来随着麻醉学的发展,人们生活水平和生活质量的提高,病人对手术的舒适度要求越来越高,在扁桃体切除术中采用全身静脉麻醉逐渐增多。现笔者将两种麻醉方法下的扁桃体切除术做疗效对比,比较两种方法对患者术中、术后的影响,与同行分享,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2008年1月~2011年12月在我院耳鼻喉科共72例行扁桃体切除术的患者,按随机对照原则分成两组,全麻组:男22例,女13例,共37例;年龄5~48岁,平均23.4岁。局麻组:男20例,女17例,共35例;年龄14~50岁,平均26.3岁。手术均由同一术者完成,两组患者年龄、性别经检验差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 麻醉方法 全麻组共35例采用气管插管静脉复合麻醉方法。全身静脉麻醉方法^[2]:术前30 min阿托品0.5 mg肌肉注射(小儿按体重合理计量),予丙泊酚、芬太尼、肌松剂仙林,剂量根据患者实际情况合理应用,平卧位头后仰, Davis开口器暴露口咽部。局麻组共37例采用局部浸润麻醉方法:表面麻醉+局部浸润麻醉方法。术前喷1%丁卡因于口咽部、舌根做表面麻醉,注射1%的利多卡因加少量肾上腺素的混合液于扁桃体上中下极黏膜下被膜外做局部阻滞麻醉,采取坐位,压舌板压舌暴露口咽部。

1.3 手术方法 两组患者均为同一术者手术,手术方法均采用扁桃体分离剥除法:于舌腭弓距游离缘0.3 cm自上而下切开黏膜,先用钳夹持扁桃体向内、上提拉,用血管钳或剥离器插入上极部舌腭弓切口分离,暴露扁桃体上极,沿扁桃体被膜由上而下将扁桃体分离出其被膜外下周围组织,直至其下极部留一小蒂部,用圈套器的钢丝住扁桃体,绞断扁桃体下极根蒂部分,套出扁桃体。纱球压迫创面止血,必要时结扎血管,全麻者可用双极电凝烧灼止血,最后用腭弓拉钩拉开舌腭弓软组织,充分暴露扁桃体窝进行检查,确认无扁桃体残留和活动性渗血。

1.4 疗效评定标准 治愈:彻底切除扁桃体,舌弓及腭咽弓无损伤及粘连,咽痛、发热症状消失,其窝内上皮化良好;好转:彻底切除扁桃体或下极残留,舌弓及腭咽弓有损伤或粘连,症状明显好转,窝内上皮化良好;无效:扁桃体下极残留,舌弓及腭咽弓有损伤,咽痛、发热等症状无明显改善^[3-4]。

1.5 统计学方法 所收集到的数据利用SPSS 13.0统计软件进行处理,计数数据采用 χ^2 检验,计量数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两组之间比较作 t 检验,以 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

术后12周全麻组与局麻组疗效比较结果见表1,两者经 χ^2 检验其差异没有统计学意义($\chi^2 = 7.86, P > 0.05$),说明麻醉方式对扁桃体剥除法疗效的影响不显著。两组患者术中术后其它情况如表2所示。两种麻醉方式的手术时间比较,差异有统计学意义($t = 2.718, P < 0.05$),术中出血量比较,差异有统计学意义($t = 3.107, P < 0.05$),即全麻下的手术时间、术中出血量比局麻显著增加。两种麻醉方式的术后活动性出血量比较,差异无统计学意义($t = 3.189, P > 0.05$),术后扁桃体残留比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);局麻组术中疼痛感明显,而全麻组无疼痛感。

表1 两组疗效比较

组别	n	治愈 (例)	好转 (例)	无效 (例)	治愈率 (%)	有效率 (%)
全麻组	35	32	3	0	91.43	100.00
局麻组	37	35	2	0	94.59	100.00

表2 两组患者术中术后情况

组别	n	手术时间 (min)	术中出血 (ml)	术后出血 (ml)	扁桃体 残留(例)	术中疼痛感 较明显(例)
全麻组	35	39.1±5.2	105.2±5.1	115±6.5	2	0
局麻组	37	20.5±2.5	84.1±3.4	112±5.8	1	10

3 讨论

慢性扁桃体炎是临床上最常见的疾病之一,手术治疗从古至今已有2000多年历史^[5],扁桃体切除术是耳鼻喉科医师要掌握的最基本的手术,虽然手术方法简单,难度不高,但手术技巧把握不好,术中处理不恰当不合理,使术中、术后大出血等并发症屡有发生,严重者甚至危及患者生命。因此,该手术对医生的手术技巧和时间的合理控制要求非常高。对精神心理较为脆弱的患者,极易造成惊吓或恐惧等不良精神刺激,从而影响患者预后及影响其心理健康,所以有必要探索一种有效控制术中、术后疼痛程度和出血量的麻醉方法。优化扁桃体切除术,既要提高医生的手术技巧,又要合理选择麻醉方式。本组研究中,全部手术为同一术者操作,比较两种麻醉方式即全麻及局麻对手术效果的影响,结果显示:麻醉方式对扁桃体剥除法疗效的影响不显著;全麻方式下的手术时间比局麻手术时间多、术中出血量多;两种麻醉方式的术后活动性出血、术后残留进行比较差异无统计学意义;术中疼痛感局麻组相对全麻组明显,全麻下安全性高。虽全麻下手术费用高,时间长,术中出血量相对较多,但是可以做到很大程度上无精神和心理上的创伤,因为疼痛一直是切除术的一个重要护理问题。所以,术前我们要根据不同的患者,选择制定一个适合不同患者的麻醉方式,尽可能不让患者心理上留下永久的心灵创伤和疼痛的阴影。一个扁桃体切除术的成功与否与术后并发症如何应该考虑更多方面因素,术前制定麻醉方式时,应根据医生手术技巧的熟练程度、患者的年龄及其需求、咽反射敏感度、心理评估、扁桃体暴露情况、经济条件等进行综合考虑而选择。

综合上述分析,笔者认为扁桃体切除术尽可能选择全身麻醉,一定程度上可提高了手术的安全性和舒适度,更符合人本主义理念。

参考文献:

- [1] Brigger MT, Brietzke SE. Outpatient tonsillectomy in children: a systematic review[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 135(1): 1-7.
- [2] 姜泗长, 杨伟炎, 顾瑞, 等. 耳鼻咽喉——头颈外科手术学[M]. 2版. 北京: 人民军医出版社, 2005: 458-461.
- [3] 任丽萍, 黄立桂, 曹青, 等. 扁桃体切除术麻醉方法的比较[J]. 江西医药, 2010, 45(11): 1125-1127.
- [4] 徐娅冬, 宋海涛. 不同麻醉方法在扁桃体切除术中的应用比较[J]. 重庆医学, 2011, 40(21): 2131-2132.
- [5] 赵海亮. 扁桃体切除术后出血原因分析[J]. 临床医药实践, 2009, 18(6): 417.

收稿日期: 2013-11-22; 修回日期: 2013-12-12