

表3 两组SBP、DBP、HR、RR、SpO₂的比较 ($\bar{x} \pm s$)

参数	组别	麻醉前	麻醉后(min)			
			10	15	20	25
SBP(mmHg)	I组	134±17	130±19	130±11 ^a	129±11	130±9
	II组	138±12	128±15	106±13 ^b	130±15	138±15
DBP(mmHg)	I组	88±10	78±9	76±11	80±10	81±10
	II组	87±8	78±10	76±11	79±10	80±11
HR(次/min)	I组	88±20	96±19	98±26	93±23	85±11
	II组	87±18	92±16	99±18	92±20	91±20
RR(次/min)	I组	16.0±1.7	17.0±2.5	15.0±2.3	16.0±2.4	16.0±1.8
	II组	17.0±2.3	17.0±2.7	16.0±2.0	16.0±2.5	16.0±2.6
SpO ₂ (%)	I组	94.9±1.6	96.6±1.1	96.2±1.5	96.2±1.3	97.1±1.1
	II组	94.4±2.3	95.4±2.2	96.3±1.8	96.4±1.8	96.2±2.0

与II组比较, ^a $P < 0.05$; 与组内麻醉前比较^b $P < 0.05$

3 讨论

本研究氯普鲁卡因组患者骶管注入1.5%氯普鲁卡因仅(6.6±2.0) min即产生镇痛作用, 较注入1.0%盐酸利多卡因者(11.8±2.0) min快, 运动神经阻滞时间亦较利多卡因组快。同姚富等^[1]研究发现的3.0%氯普鲁卡因行臂丛神经阻滞的结果基本一致。再次说明氯普鲁卡因起效快的特点, 其运动阻滞持续时间(60.2±10.0) min, 显著短于利多卡因组, 说明麻醉持续时间短。特别适合门、急诊治疗的患者与短小手术的患者。尽管利多卡因无明显扩张血管作用^[1], 这也许同我们的实验对象有关, 本组患者为老年人, 血管弹性差, 血管调节功能弱, 局麻药很弱的血管扩张作用就可以引起显著的血压下降^[1]。肛门直肠手术主要并发症是尿潴留, 尿潴留原因较多, 主要特点是: 骶管阻滞的骶丛由腰骶干、全部骶神经及尾神经前支组成, 与泌尿系统属同一神经节段(S₂-S₄)^[4]。支配膀胱的副交感神经从S₂-S₄发出节

后神经, 使膀胱逼尿肌收缩和膀胱内括约肌松弛, 引起排尿作用。骶丛阻滞后逼尿肌松弛, 过强的肌松, 特别是过长的阻滞时间, 可增加尿潴留发生率。本实验中, I组发生1例、II组发生2例术后尿潴留, 说明1.0%氯普鲁卡因不增加术后尿潴留发生率。在两组患者中, 氯普鲁卡因组没有引起血压波动, 未出现术中中毒性反应, 未增加术后尿潴留发生率。从血液动力学稳定性、术中中毒性反应、术后尿潴留发生率等方面说明了氯普鲁卡因的安全性。

我们认为氯普鲁卡因在临床常规用药中很难达到中毒剂量, 是目前所有局麻药中最安全、毒性最小的局麻药, 通过我们的观察和与肛肠外科医师探讨, 普遍认为1.5%氯普鲁卡因比1.0%利多卡因肛门松弛度好。且未出现术中中毒性反应, 不增加术后并发症发生率。

在肛门直肠外科手术时, 患者常需截石位, 过强的肌松对循环影响显著, 特别是老年患者影响更显著, 1.5%氯普鲁卡因用于老年肛门直肠外科手术中, 肛门松弛度恰当, 血液动力学稳定, 完全能满足手术要求。因此本研究采用的1.5%氯普鲁卡因用于老年患者肛门直肠外科手术骶管阻滞是有效的。

综上所述, 1.5%氯普鲁卡因行骶管阻滞可为老年肛门直肠外科手术患者提供安全有效的麻醉效果, 起效快、镇痛完善、肛门松弛度恰当、术后尿潴留发生率低、血流动力学稳定。

参考文献

- [1] 徐福涛, 骆璇. 国产氯普鲁卡因硬膜外麻醉的临床试验[J]. 临床麻醉学杂志. 2000. 16: 358-359.
- [2] 姚富, 吴文知, 严娅岚, 等. 氯普鲁卡因臂丛神经阻滞用于桡骨远端骨折手法整复的安全性及有效性[J]. 临床麻醉学杂志. 2011. 27(9): 901-902.
- [3] 甘亚倩, 丁浩. 3%氯普鲁卡因用于老年泌尿外科手术硬膜外阻滞的效果[J]. 华中科技大学学报. 医学版. 2009. 38(3): 398-400.
- [4] 徐恩多. 局部解剖学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社. 1993: 141-152.

斯普林联合化疗治疗晚期小细胞肺癌的疗效观察

郝鸿泽 李 剑 刘大勇

(黑龙江省大庆龙南医院心胸外科, 黑龙江 大庆 163453)

【摘要】目的 探讨斯普林联合EP方案化疗治疗小细胞肺癌(SCLC)的临床疗效。**方法** 82例SCLC患者随机分为治疗组51例和对照组31例, 对照组接受EP方案化疗, 治疗组加用斯普林。观察临床疗效、不良反应。**结果** 治疗组临床总有效率为66.7%、毒副作用发生率为11.8%(6/51); 对照组分别为38.7%和80.6%, 组间均有显著性差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

结论 斯普林联合EP方案治疗SCLC的临床疗效显著且安全性好, 值得推广。

【关键词】 斯普林; 化疗; 小细胞肺癌; 疗效

中图分类号: R734.2

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2013) 19-0203-02

肺癌是恶性肿瘤之首, 目前我国每年肺癌新发现患者数及死亡人数均呈递增态势。小细胞肺癌(small cell lung cancer, SCLC)是肺癌的基本类型之一, 属于未分化癌, 其病理类型包括燕麦细胞型、中间细胞型和混合燕麦细胞型。发病年龄较轻, 多见于男性, 多数病人有吸烟史。一般起源于较大支气管, 大多为中央型肺癌。小细胞癌分化程度低, 生长快, 较早出现淋巴转移和血行转移到头, 骨骼, 肝脏等远处器官, 中位生存期不足3个月。大多数小细胞肺癌患者初诊就已经是晚期(IIIb-IV), 失去手术机会, 只能放化疗。治疗上以全身化疗联合放疗和手术为主要治疗手段[1]。由于放化疗的副作用较多, 如骨髓抑制、放射性肺炎、胃肠道反应等, 会明显降低患者生活质量。斯普林是从胎牛脾脏中提取的活性多肽, 可提高机体免疫力、抑制肿

瘤细胞生长, 减少肿瘤对机体的消耗, 属于肿瘤免疫治疗类药物。我科于2011年2月至2013年1月收治晚期SCLC患者82例, 观察斯普林的协同疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

82例患者男58例, 女24例, 年龄45~76岁, 平均年龄59.6岁, 全部患者为初次治疗, CT上可见一个肺部单独肿瘤, 左肺35例, 右肺47例, 经过病理学诊断为小细胞肺癌。按随机数字表法将患者随机分为两组, 治疗组51例, 对照组31例。其中治疗组男37例, 女14例, 平均年龄60.3岁; 对照组男14例, 女10例, 平均年龄58.5岁。

1.2 方法

对照组予EP方案,即足叶乙甙(VP 16)加顺铂(DDP);治疗组加用斯普林10mL(5%葡萄糖250 mL稀释)静滴,1次/d。21d为1个疗程。

1.3 观察指标

①临床疗效:CT检查对比肿块大小变化,疗效标准参照按WHO标准制定,完全缓解(CR),部分缓解(PR),无变化(NC),恶化(PD),CR+PR计为有效率;②毒副作用:记录治疗过程中的骨髓抑制、胃肠道症状等。

2 结果

2.1 临床疗效比较

经统计,治疗组有效率为66.7%(34/51),明显高于对照组的38.7%(12/31)($P<0.05$),见表1。

表1 两组临床疗效比较(例)

组别	例数	CR	PR	NC	PD	CR+PR
治疗组	51	14	20	10	7	66.7%
对照组	31	4	8	11	8	38.7%

2.2 毒副反应比较

在毒副作用方面,治疗组发生率为11.8%(6/51),明显低于对照组的80.6%(25/31)($P<0.01$),表明斯普林在缓解化疗的副作用及维持周围血象方面作用突出,见表2。

表2 两组毒副反应比较(例)

组别	白细胞减少	血小板减少	胃肠道症状
治疗组	2	1	3
对照组	8	6	11

3 讨论

机体的免疫功能与肿瘤的发生、发展以及预后均密切相关,而小细胞肺癌患者的免疫功能明显下降。有研究已经证实化疗使本来就损伤的免疫系统进一步遭到破坏,可表现为白细胞总数降低、NK活性下降、补体 CD_4^+ / CD_8^+ 比值下降等,同时,机体免疫功能下降可直接促

进恶性肿瘤的迅速发展,预后不佳^[1]。所以临床对SCLC患者应运用综合治疗法,既要注重肿瘤的有效治疗,又必须提高自身免疫力。

足叶乙甙(VP-16)加顺铂(DDP)即EP方案,VP-16 100mg/m²,静脉滴注第1~3d天,DDP25mg/m²,静脉滴注第1~3d。21d为1个疗程,此为临床治疗SCLC经典化疗方案之一,有报道该方案治疗晚期小细胞肺癌的有效率为32%~47%,中位生存期6~11个月^[2]。

斯普林是一种高分子活性多肽,从胎牛脾脏中提取所得,已有报道表明其可促进生成淋巴细胞,相应增加淋巴细胞数量并提供活性,对机体免疫机能具体整体性的提高作用;通过干扰肿瘤细胞能量代谢途径,阻碍细胞向G2/S期转化,诱导凋亡,抑制增殖。因此斯普林兼有生物肿瘤抑制剂及免疫调节剂双重作用。同时,通过刺激骨髓干细胞增殖,斯普林还具有维持血象、升高白细胞、血小板作用^[3],可对化疗所致的毒副作用。

本实验研究证明,联合EP化疗方案治疗小细胞肺癌临床疗效较对照组提高28.0%($P<0.05$),同时骨髓抑制、胃肠道症状等毒副反应发生率仅为对照组的1/7,表明斯普林能够减少患者胃肠道等全身不适症状,明显降低骨髓造血功能抑制的发生,大大提高患者对EP化疗的耐受性,延长了生存期,安全有效性好,临床上值得推广。

参考文献

- [1] Goldberg SB,Willers H,Heist RS.Multidisciplinary Management of Small Cell Lung Cancer[J].Surg Oncol Clin N Am.2013.22(2):329-343.
- [2] Patel S,Macdonald OK,Suntharalingam M.Evaluation of the use of prophylactic cranial irradiation in small cell lung cancer[J].Cancer.2009.115(4):842-850.
- [3] 姚南,姜雷,杨克虎等.伊立替康联合顺铂与足叶乙甙联合顺铂治疗广泛期小细胞肺癌的系统评价[J].中国肺癌杂志.2009.12(8):884-888.
- [4] 孙宇萍,王季颖,吕梅君等.小牛脾提取物注射液联合化疗治疗晚期非小细胞肺癌的临床疗效[J].中国癌症杂志.2008.18(6):442-445.

单次仰卧位拔伸手法在颈性高血压诊断中的作用

高建雄 钟俊涛

(东莞市石排镇社区卫生服务中心,全科诊室,广东 东莞 523330)

【摘要】目的 研究单次仰卧位拔伸法区分颈椎病变所致血压增高和颈椎病变同时患原发性高血压可行性。**方法** 本次研究对象共38例,均为既往或此次入我社区卫生服务中心临床及影像学确诊的颈椎病并高血压患者,就诊时给予所有对象单次仰卧位拔伸法治疗,将SBP或DBP下降 ≥ 10 mmHg或DBP降至正常的患者共17例归为实验组,余21例血压无明显改变者归为对照组。后给予所有患者常规推拿结合颈椎持续牵引手法针对颈椎病对症治疗,对比两组患者血压变化情况,按颈椎病对症治疗对原发性高血压无效这一原理鉴别颈性高血压和颈椎病合并高血压。**结果** 实验组患者治疗后SBP、DBP明显下降,对照组下降幅度低,且两组SBP、DBP对比 P 均 < 0.05 。**结论** 单次仰卧位拔伸法可帮助临床医师提高颈性高血压的诊断率。

【关键词】 单次仰卧位拔伸法; 颈性高血压; 颈源性高血压; 诊断

中图分类号: R681.5

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2013) 19-0204-02

颈性高血压现尚无明确的诊断方法,因此,大多数医师笼统地将患颈椎病同时有高血压者归为颈性高血压范畴,常使得原发性高血压同时有颈椎病者治疗效果不理想,延误他们的诊治。随着医学的发展,单次仰卧位拔伸法逐渐应用于颈性高血压的诊断中,为探究其可行性,我社区卫生服务中心进行了以下研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究对象为38例颈椎病并伴高血压患者,血压均符合:①收缩压 ≥ 140 mmHg或(和)舒张压 ≥ 90 mmHg;②上述血压值为患者在静息状态下至少连续2次非同日测定所得;③排除合并有以下疾病者:原发性醛固酮增多症、肾脏病变、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症等^[1]。就诊后按单次仰卧位拔伸法治疗后患者血压下降情况进行分实验组(SBP或DBP下降 ≥ 10 mmHg或DBP至正常^[2])及对照组(血压变化不明显者)。实验组17例,男6例,女11例,平均年龄(46.9 \pm