

察到, ARDS 患者血清 IL-8 水平伤后 1 周内明显高于正常对照组, 且仍有继续上升的趋势, 死亡组 IL-8 水平均高于存活组相应时间点。表明在 ARDS 发生后细胞因子的释放有其自身的规律, IL-8 可能在 ARDS 发展后期起更大作用, IL-8 血清水平可作为早期衡量患者预后的指标^[7]。

本研究结果还显示, 创伤后血清 TNF- α 峰值与 ISS 呈显著正相关, 血清 IL-8 均值与 ISS 呈正相关。死亡组 TNF- α 峰值较存活组高, IL-8 升高幅度也较存活组大。此与 Spielmann 等^[8] 研究结果相似。

综上, 严重创伤是发生 ARDS 的重要原因, TNF- α 和 IL-8 参与了 ARDS 早期病理生理过程, 动态监测患者外周血清 TNF- α 和 IL-8 水平, 结合 ISS,

有利于对病情进展程度和预后的判断。

参考文献:

- 1 Bernard G R. Report of the American-European consensus conference on ARDS: definitions, mechanisms, relevant outcomes and clinical trial coordination [J]. Intensive Care Med, 1994, 20: 225.
- 2 陈维庭. 首届全国多发伤学术会议纪要 [J]. 中华创伤杂志, 1994, 10: 30.
- 3 Shapiro L, Gelfand J A. Cytokines and sepsis: pathophysiology and therapy [J]. New Horizons, 1993, 1: 13.
- 4 邱海波, 潘家琦, 赵永强, 等. 肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-1 β 和巨噬细胞炎性蛋白-1 α 在感染及器官损伤中的作用及治疗探讨 [J]. 中国危重病急救医学, 1996, 8: 139-142.
- 5 Dinarello C A. Proinflammatory cytokines [J]. Chest, 2000, 118: 503-508.
- 6 Arand M, Melzner H, Kinzl L, et al. Early

inflammatory mediator response following isolated traumatic brain injury and other major trauma in humans [J]. Langenbecks Arch Surg, 2001, 386: 241-248.

- 7 Lin K J, Lin J, Hanasawa K. Interleukin-8 as a predictor of the severity of bacteremia and infection disease [J]. Shock, 2000, 14: 95-100.
- 8 Spielmann S, Kerner T, Ahlers O, et al. Early detection of increased tumour necrosis factor alpha (TNF- α) and soluble TNF receptor protein plasma levels after trauma reveals associations with the clinical course [J]. Acta Anaesthesiol Scandinavica, 2001, 45: 364-370.

(收稿日期: 2004-04-20)

(本文编辑: 李银平)

• 基层园地 •

脊麻后的体位对麻醉作用时间的影响

谢莉梅 王振芳

【关键词】 麻醉; 体位; 麻醉时间

中图分类号: R614.41 文献标识码: B 文章编号: 1003-0603(2004)07-0433-01

手术过程中蛛网膜下腔阻滞(脊麻)不仅能够获得完善的镇痛和良好的肌松, 而且局麻药用量仅是硬膜外阻滞用量的 1/5~1/10。尤其对下肢单侧手术者, 脊麻后侧卧一定的时间, 可使麻醉作用时间明显延长。

1 临床资料

1.1 病例: 233 例按美国麻醉医师协会 (ASA) 标准评定为 I~II 级, 并行急诊或择期手术患者, 其中男性 162 例, 女性 71 例; 年龄 8~82 岁; 无心、肺、肝、肾等重要器官疾病; 手术部位均为单侧下肢(有股骨干骨折内固定术, 胫、腓骨骨折内固定术等)。

1.2 治疗方法: 所有患者术前均用苯巴比妥钠 2 mg/kg, 麻醉前补充平衡液 10 ml·kg⁻¹·h⁻¹。采用 L3~4 间隙穿刺, 体位为患侧在下侧卧位, 穿刺成功后将穿刺针斜面向尾部以 0.1 ml/s 的速

度注入局麻药(质量分数为 0.75% 的布比卡因 2 ml+10% 葡萄糖 1 ml), 成人用量为 10~15 mg, 小儿按每岁 1 mg 计算。注药完毕后使患者体位保持 15 min 以上再改为平卧位。遇到特殊患者如果患侧由于疼痛而不能采取在下侧卧位时, 就将患侧在上侧卧位, 穿刺注药完成后改患侧在下侧卧位 15 min 再改平卧。控制平面在 T10 以下, 同时监测生理指标变化以调节液体量。

1.3 结果: 患者血压变化均不大, 不用升压药而靠控制平面及调节液体量即可维持血压稳定; 麻醉对心率、呼吸影响也小。2 h 内手术者占 50%, 3 h 占 30%, 超过 4~5 h 占 20%, 无一例因麻醉时间不够而改用其他麻醉方法。

2 讨论

硬膜外阻滞是目前我国国内各医院普遍采用的一种麻醉方法。而脊麻的效果确切, 用药少, 较安全, 但由于麻醉时间有限, 对于难以估计手术时间者限制了其应用。腰-硬联合麻醉弥补了不足, 麻醉时间不受限制, 但同时也会产生某

些并发症, 如全脊麻的发生曾有报道。

本组结果显示, 对单侧下肢手术患者采用患侧在下侧卧位穿刺, 注药后保持卧位 15 min 以上, 再改平卧, 可以延长麻醉时间。根据脊麻后 5~10 min 平面固定^[1]的原则观察, 由于侧卧时间不够长, 而且不一定是患侧在下卧位, 当平卧后健侧感觉和运动均被阻滞, 麻醉时间不能满足手术需求, 有时会出现手术尚未结束, 患者感觉疼痛, 只能辅助用药的情况。而改为患侧在下穿刺注药, 侧卧位 15 min 以后改平卧, 麻醉时间延长, 效果好, 因此临床上让患侧在下侧卧位, 使患侧的脊神经根充分接触局麻药, 并把麻醉平面控制在要求范围内, 也能使麻醉持续时间延长^[2]。

参考文献:

- 1 刘俊杰, 赵俊, 主编. 现代麻醉学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 584.
- 2 盛卓人, 主编. 实用临床麻醉学 [M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1992: 240.

(收稿日期: 2004-03-17)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 558000 贵州省黔南州第三人民医院

作者简介: 谢莉梅 (1955-), 女 (汉族), 贵州省人, 主治医师。