

表1 两组病人疼痛评分和镇静评分比较($n=20$)

组别	疼痛评分				镇静评分			
	0 h	2 h	4 h	24 h	0 h	2 h	4 h	24 h
对照组	1	1.5	2.5	2	2	2	2	2
治疗组	1	1.0*	1.5*	1*	2	2	3*	2

* :与对照组比较, $P < 0.05$

3 讨论

经尿道前列腺电切术是治疗男性前列腺增生的一种有效手术方法,具备创伤小、手术时间短、术中出血量少、术后恢复快等特点,已在临床广泛开展。经尿道前列腺电切术通常在硬膜外麻醉下进行,但是也不排除使用腰麻或全身麻醉。其中硬膜外麻醉可提供良好肌肉松弛,给术者提供有利操作条件;全身麻醉可以消除病人紧张情绪,也可提供肌肉松弛条件,利于膀胱适当充盈,便于观察视野^[5]。本组患者都采用低位硬膜外麻醉阻滞平面在T10以下,以保持血流动力学稳定。

在低位硬膜外麻醉麻醉药物选择中,利多卡因为局麻药及抗心律失常药,主要用于浸润麻醉、硬膜外麻醉、表面麻醉及神经传导阻滞。在麻醉效果上,利多卡因麻醉强度大、起效快、弥散力强,药物从局部消除约2 h,加肾上腺素可延长其作用时间。其大部分先经肝微粒酶降解为仍有局麻作用的脱乙基中间代谢物单乙基甘氨酸二甲苯,毒性增高,再经酰胺酶水解。但是

不良反应比较多,主要表现为对心脏的毒性。罗哌卡因是一种新型长效酰胺类局麻药,多用于外科手术治疗,与利多卡因相比,其对心脏毒性小。比如利多卡因和罗哌卡因致惊厥剂量之比,相当于5:2;致死量之比约为9:2,比较适于硬膜外术后镇痛^[6]。本研究证实罗哌卡因加利多卡因经低位硬膜外给药可以具有良好的镇痛效果,明显优于单用利多卡因麻醉。

总之,罗哌卡因加利多卡因经低位硬膜外给药用于经尿道前列腺电切术后镇痛可以获得比较好的镇痛效果,具有一定的优点,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] Kapfer B, Alfonsi P, Guignard B, et al. Nefopam and ketamine comparably enhance postoperative analgesia[J]. Anesth Analg, 2005, 100(1): 169-174.
- [2] 李西宽, 焦亚奇, 刘俊, 等. 甲磺酸罗哌卡因局麻作用的实验研究[J]. 中国药理学通报, 2004, 20(2): 236-237.
- [3] 杭南燕, 庄心良. 当代麻醉学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 818-828.
- [4] 王本琼, 张晓波, 谢志光. 留置硬膜外导管在老年前列腺术后镇痛中的应用[J]. 中国现代医学杂志, 2003, 13(11): 125-125.
- [5] 张承业, 王静, 詹新, 等. 临床药理实验新方法-序贯平衡系数法[J]. 中国药理学通报, 2005, 21(12): 1524-1525.
- [6] Alexander JM. Epidural analgesia for labor pain and its relationship to fever[J]. Clin Perinatol, 2005, 32(3): 777-787.

(编辑: 左艳芳)

· 个案与短篇 ·

厄洛替尼一线治疗肺癌脑膜转移1例报告

杨帆, 王之彝, 阎吕军, 朱波 (第三军医大学新桥医院全军肿瘤研究所, 重庆 400037)

[关键词] 厄洛替尼; 肺肿瘤; 脑膜癌病

[中图分类号] R734.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2011)03-0304-01

肺癌脑膜转移是癌细胞脑转移弥漫性侵犯软脑膜和脑脊膜, 无颅内占位性病灶。乳腺癌及黑色素瘤等也可脑膜转移^[1]。临床表现不典型, 以颅内高压为主要表现。我院收治1例肺癌脑膜转移患者, 采用厄洛替尼一线治疗获得满意效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者, 女性, 38岁, 因右侧胸痛3月余, 活动后气促半月余

入院, 外院考虑肺部感染予抗感染处理后患者症状未见好转, 并出现头痛、恶心、呕吐等症状。就诊于我院后行胸部CT示右肺新生物、胸腔积液, 纤支镜考虑右下叶背段原发性支气管肺癌。活检显示: 粘液腺癌。行腰穿脑脊液涂片查见异常细胞, 考虑转移癌细胞, 根据以上检查及病理学检查诊断为: 原发性支气管肺癌伴胸膜、脑膜转移IV期, PS评分为3分。

1.2 方法

治疗初采用甘露醇125 mL, 6 h输注1次; 地塞米松10 mg, 每日1次, 患者出现头痛、呕吐等症状。诊断明确后第4天口服厄洛替尼150 mg, 每日1次, 服用厄洛替尼治疗2.5个月。

(下转第307页)

高医疗器械清洗质量及效率,特别是管腔器械,其清洗质量显著高于全自动喷淋式清洗机清洗及全手工刷洗。由于人机结合时手工清洗存在较多的人为因素,故工作中应加强对操作者的培训,保证其良好的操作水平及工作责任心才能最终保证器械的清洗质量。本实验结果显示,普通器械和管腔器械的合格率分别为:A组为95%和95.5%,B组为77%和70%,C组为80%和78%,说明采用人机结合的方法进行清洗,清洗质量最可靠。

全自动喷淋式清洗机造价较高,维修及保养消耗大,小型医院无法承担只能采用全手工清洗;管腔器械及某些复杂、精密器械,手工清洗又无法达到理想的清洗效果,而多功能医疗器械清洗机不仅工作效率高,清洗效果可靠,且生产成本较低,适合小型医院使用。

[参考文献]

- [1] 温建芳,唐玉平,王爱华,等.高原部队超声清洗器械清洗效果监测与评价[J].中国实用护理学报,2009,16(11A):68-69.
- [2] 上海市消毒品协会.医院消毒技术规范[S].北京:中华人民共和国卫生部,2002;120.
- [3] 魏静蓉,徐绍萍,廖建梅,等.医疗器械清洗质量监测分析[J].局解手术学杂志,2004,13(2):102-103.
- [4] 中华人民共和国卫生部.WS310.2-2009 医院消毒供应中心第2部分:清洗消毒及灭菌技术操作规范[M].北京:中国标准出版社:2009.
- [5] 邢书霞,马玲,张伟,等.4种医疗器械清洗效果评价方法的比较[J].中国消毒学杂志,2009,26(1):28-30.
- [6] 黄靖雄.清洁[J].中华医院感染学杂志,2003,13(6):558-560.
- [7] 王素珍,王学新,王欣,等.3种清洗方法用于宫腔吸引管的清洁效果比较[J].西南军医,2008,10(2):78-79.

(编辑:左艳芳)

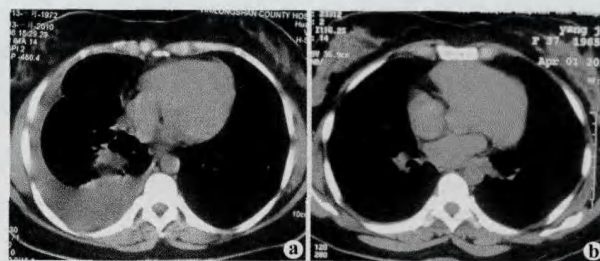
(上接第304页)

2 结果

服药7d后患者头痛、呕吐等症状缓解,脱水次数减少;服药14d后患者停用脱水等药物,头痛、呕吐等症状完全消失,PS评分0分。服用厄洛替尼治疗2.5个月后复查CT提示,右肺病灶明显减少,右侧胸腔积液消失(图1)。患者目前继续口服厄洛替尼,定期门诊复查,除脸部中度皮疹外未出现明显不良反应。

3 讨论

脑膜癌病(meningeal carcinomatosis, MC)又称癌性脑膜炎,是癌细胞弥漫性侵犯软脑膜和脑脊膜,而颅内并无占位性病灶,临床表现多不典型,缺乏特异性。大多数以颅内高压为主要表现,可伴有癫痫、意识障碍等症状,一般无发热,本例患者具有上述症状。脑脊液中找到恶性肿瘤细胞是诊断的金标准,但阳性率不高。有报道首次腰穿的细胞阳性率为27.3%,第2次的细胞阳性率为31.8%,3次以上腰穿的阳性率为40.9%,故多次对可疑患者重复脑脊液细胞检查寻找肿瘤细胞可以提高阳性发现率^[2]。脑膜癌病情进展迅速,预后差,生存期短,未经治疗的患者生存时间为4~6周,且对治疗反应率较低,约为20%,治疗后生存期仅为3~4个月,一般生存期4~6个月。鞘内注射氨甲喋呤(MTX)、阿糖胞苷(Arac),或联合全身化疗、放疗可改善症状^[3]。目前大多采用氨甲喋呤和阿糖胞苷鞘内注射或放疗,但只能部分缓解症状、延长生存期。鞘内大剂量多次给化疗药物,会产生较重的神经系统毒性。局部放疗能缓解症状,但不能治疗整个蛛网膜下腔的肿瘤,而全脑全脊髓放疗治疗易伴高死亡率和严重的骨髓抑制,故在该病治疗上临床已



A:治疗前可见右肺病灶及胸腔积液;b:治疗2个月后右肺病灶减少,右侧胸腔积液消失

图1 治疗前和治疗2个月后胸部CT影像

较少使用。已有报道吉非替尼联合化疗治疗肺癌腺癌引起的脑膜癌疾病并取得一定疗效,而分子靶向药物单药一线治疗肺癌脑膜转移却报道甚少^[3]。酪氨酸激酶抑制剂,已作为一线治疗广泛应用于非小细胞肺癌的临床治疗。但关于厄洛替尼单药一线治疗伴有脑膜转移的非小细胞肺癌也未见报道。本例患者在脑膜转移明确后立即给予厄洛替尼单药治疗,服药第14天后头痛、恶心、呕吐等症状消失,与联合放化疗相比不仅达到了同样的近期治疗效果,副作用小,大大提高了生活质量,为肺癌脑膜转移治疗提供了一种新的治疗方法。

[参考文献]

- [1] 王默力,王会改,魏岗之.脑膜癌病临床病理分析[J].中华医学杂志,1997,77(3):228-229.
- [2] 张宁,张亚清,秦海强,等.脑膜癌病22例临床分析[J].癌症进展杂志,2009,7(5):543
- [3] 艾冬梅,周际昌.易瑞沙联合化疗治疗肺癌脑膜转移1例[J].河北医药,2009,31(16):1291.

(编辑:郭光金)