

The Value of Different Anesthetic Methods in the Tonsillectomy

Wenyuan Chen^{1*}, Shuliang Liu^{2*}, Wenxiang Zheng³

¹Department of Otorhinolaryngology, Zhangye Renming Hospital, Zhangye Gansu

²Department of Otorhinolaryngology, Anqiu Renming Hospital, Anqiu Shandong

³Department of Gynecology, Anqiu Maternal and Child Health Center, Anqiu Shandong

Email: gszycwy72@sohu.com

Received: May 25th, 2015; accepted: Jun. 20th, 2015; published: Jun. 23rd, 2015

Copyright © 2015 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

Objective: To invest the value of different anesthesia methods in the tonsillectomy. **Methods:** 69 patients were preformed tonsillectomy, 36 patients were preformed by local anesthesia (group of local anesthesia), 33 patients were performed by general anesthesia (group of general anesthesia). The VAS scores of intraoperative blood loss, intraoperative pain and postoperative pain were compared between two groups. **Results:** The VAS scores of intraoperative pain in the group of general anesthesia was 0, the VAS scores of intraoperative pain in the group of local anesthesia was 9.4 ± 0.8 ; the VAS scores of postoperative pain in the group of general anesthesia was 5.2 ± 0.4 , the VAS scores of postoperative pain in the group of local anesthesia was 8.9 ± 0.4 ; the VAS scores of intraoperative blood in the group of general anesthesia was 4 ± 0.7 , the VAS scores of intraoperative blood in the group of local anesthesia was 8 ± 0.8 . The VAS scores of intraoperative blood loss, intraoperative pain and postoperative pain in the group of general anesthesia were significantly lower than those in the group of local anesthesia ($P < 0.05$). **Conclusion:** General anesthesia is the best anesthesia method for the tonsillectomy.

Keywords

Anesthesia, Tonsillectomy

不同麻醉方法在扁桃体切除术中的应用比较

陈文渊^{1*}, 刘淑良^{2*}, 郑文香³

*第一作者。

¹张掖市人民医院耳鼻喉科, 甘肃 张掖市

²安丘市人民医院耳鼻喉科, 山东 安丘市

³安丘市妇幼保健院妇产科, 山东 安丘市

Email: gszycwy72@sohu.com

收稿日期: 2015年5月25日; 录用日期: 2015年6月20日; 发布日期: 2015年6月23日

摘要

目的: 探讨扁桃体手术切除手术中不同麻醉方式的应用效果。**方法:** 69例患者分为局麻组(36例)和全麻组(33例), 局麻组以利多卡因局部浸润麻醉后行扁桃体切除, 全麻组静脉复合插管麻醉后行扁桃体切除。分别对两组患者的术中及术后疼痛VAS评分, 术中出血量VAS评分进行记录并比较。**结果:** 全麻组术中疼痛VAS评分、局麻组术中疼痛VAS评分分别为 $0, 9.4 \pm 0.8$; 全麻组术后疼痛VAS评分、局麻组术后疼痛VAS评分分别为 $5.2 \pm 0.4, 8.9 \pm 0.4$ 。全麻组术中出血量VAS评分 4 ± 0.7 分, 局麻组术中出血量VAS评分 8 ± 0.8 分。上述各项指标比较均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 全麻对于扁桃体切除手术是最合适的选择。

关键词

麻醉, 扁桃体切除

1. 引言

无论儿童还是成人, 慢性扁桃体炎的发病率均较高, 儿童通常表现为扁桃体增生肥大, 而成人多表现为炎性改变。由于慢性扁桃体炎常可诱发肾炎, 心肌炎等疾病, 故对病变的扁桃体应予手术切除。在扁桃体手术中, 不同医院或临床医生选用的麻醉方式不尽相同, 究竟何种麻醉方式的应用效果最好, 仍然有进一步探讨的必要。我科对 2011 年 8 月~2013 年 8 月行扁桃体切除术共 69 例患者的不同麻醉方式的效果进行记录, 选用多种维度指标进行比较分析, 现汇报如下。

2. 资料与方法

2.1. 临床资料

扁桃体切除术共 69 例患者, 其中男 30 例, 女 39 例, 年龄 12~45 岁。所有患者均诊断明确, 平均病史 4.5 年, 患者术前均接受过抗炎等治疗, 但无明显效果, 所有患者术前评估均无禁忌症。将患者分为全麻组(36 例)与局麻组(33 例), 两组患者的年龄、性别等资料经检验, 差异无统计学意义。

2.2. 麻醉及手术方法

以芬太尼(3 ug/kg), 丙泊酚(2 mg/kg)快速静推, 同时万可松(0.1 mg/k)静脉给药, 麻醉诱导后气管插管。术中采用气管插管吸入异氟醚(气体浓度 1%), 持续静脉给予丙泊酚(5 mg/kg/h), 间断静脉注射芬太尼(1.5 ug/kg)和万可松(0.05 mg/kg)进行麻醉维持。局麻时以 1%利多卡因(3 毫升/一侧)在扁桃体周围局麻浸润注射, 扁桃体被膜下分离至根部后, 圈套器扎除。全麻时在扁桃体周围注射生理盐水(3 毫升/一侧), 相同方法分离并扎除扁桃体。

2.3. 评估指标及评估方法

分别记录局麻组与全麻组的术中疼痛 VAS 评分、术后疼痛 VAS 评分、术中出血量 VAS 评分。疼痛

视觉 VAS 评分表将疼痛分 0~10 分, 10 分表示疼痛最为严重, 0 分表示无疼痛。统一在术后 10 小时时间点, 将疼痛 VAS 评分表交给患者本人, 请其对咽部疼痛情况进行自我打分(即为术后疼痛 VAS 评分值), 对术中疼痛情况也请患者进行回忆评估(即为术中疼痛 VAS 评分值。由于全麻患者意识感觉丧失, 故而术中疼痛认定为 0 分)。术中出血量由手术医生在术后进行回顾性评估(仍然采用 VAS 视觉模拟表格评分方法, 0 分表示无出血, 10 分表示出血严重)。对术中疼痛 VAS 评分、术后疼痛 VAS 评分、术中出血量 VAS 评分进行比较分析。

2.4. 统计分析

数据用 SPSS10.0 统计软件包处理, 资料采用 T 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

分别对两组患者的术中及术后疼痛 VAS 评分, 术中出血量 VAS 评分进行记录并比较, 全麻组的术中及术后疼痛 VAS 评分, 均明显低于局麻组。全麻组的术中出血量 VAS 评分, 也明显低于局麻组。比较结果见表 1。

4. 讨论

在本研究中, 我们研究了两种麻醉方法在扁桃体切除术中的应用效果。我们对两组患者的疼痛感, 出血量进行比较, 采用的比较指标有: 疼痛 VAS 评分(包括术中及术后疼痛 VAS 评分)、术中出血量 VAS 评分。VAS 视觉模拟评分为临床常用的评估方法, 操作简单, 准确度相当高, 而且适用范围较广[1], 因此, 在本研究中, 我们采用 VAS 视觉模拟评分表对疼痛感和术中出血量进行评估。

为更好的了解两种麻醉方法对患者疼痛感的影响, 我们同时记录了术中及术后的疼痛情况(全麻患者意识感觉等丧失, 故而定为 0 分)。研究发现, 局麻组的疼痛评分无论在术中还是术后均相当高, 其中术中疼痛评分达到 9.4 ± 0.8 , 这说明局麻患者感觉相当疼痛。在进行局麻麻醉时, 我们采用的麻醉药品为利多卡因。利多卡因在临床科室运用非常广, 总体镇痛效果尚可。而本研究显示局部利多卡因麻醉后, 患者仍有较高的疼痛分值, 推测应该有多种原因导致, 如患者处于清醒状态接受手术, 恐惧, 紧张情绪可能均对痛觉有一定强化作用, 强烈咽反射导致的恶心等多种因素也对患者的感觉有较大影响。本研究同时发现全麻患者的术后的疼痛评分也低于局麻患者, 这大概也与术中损伤有一定关系, 局麻情况下, 术中损伤较大, 无疑会损伤更多的神经末梢, 导致局麻患者术后疼痛感觉更为强烈; 在全麻情况下, 临床医生可以有条不紊的进行操作, 手术中对局部术腔损伤相对较轻, 因而术后患者感觉疼痛程度较低。

术中出血量可以作为一项间接指标反映手术难易程度及手术安全性。有些学者研究采用平均出血量来评估扁桃体术中的出血情况[2], 但在局麻手术过程中, 患者口腔出血有可能随吞咽动作而进入胃内, 故而很难进行精确度的计量评估, 因此我们并没有采用这种方法, 而是采用 VAS 分值评估法, 这样既可对出血量进行评估, 又可最大限度减少评估误差。研究中我们发现局麻患者术中出血量远高于全麻患者,

Table 1. The VAS scores of intraoperative blood loss, intraoperative pain, postoperative pain between local anesthesia group and general anesthesia group

表 1. 局麻组及全麻组的术中, 术后疼痛 VAS 评分及术中出血量 VAS 评分

	术中评分		术后评分	
	全麻	局麻	全麻	局麻
疼痛 VAS 评分	0	$9.4 \pm 0.8 (P < 0.05)$	5.2 ± 0.4	$8.9 \pm 0.4 (P < 0.05)$
出血 VAS 评分	4 ± 0.7	$8 \pm 0.8 (P < 0.05)$	未测	未测

这个结果符合我们的预测。在局麻切除扁桃体时，患者处于清醒状态，术中的恐惧，疼痛带来的不适，强烈的咽部反射等均可影响手术医生的临床操作，无疑会导致医生的操作较为粗暴，给患者局部造成更大损伤，多量出血自然不可避免。而全麻时患者处于安静状态，局部视野良好，医生可以从容的进行各项操作及止血。

综上所述，全麻下进行扁桃体手术有诸多优势[3]，能明显降低手术风险、减少出血、并极大提高患者舒适度等，因此我们建议在实施扁桃体切除术时，均应采用全麻方式。

参考文献 (References)

- [1] 郝双林, 田宝斌, 王玲等 (1994) VAS 测痛法的临床初步评估. *中国医学科学院学报*, **16**, 397-399.
- [2] 蔡卓, 朱怀文, 张理文等 (2010) 全麻扁桃体切除术与局麻扁桃体切除术效果比较. *中国现代医生*, **48**, 110-111.
- [3] 郝文东 (2013) 全麻下行扁桃体挤术更安全. *医药前沿*, **9**, 173.