

大剂量立其丁治疗血液透析病人高血压 1 例

徐业 周彪

(江西省上高县人民医院 上高 336400)

关键词 高血压 ;血液透析病人 ;立其丁

中图分类号 R 544.1

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)01-0058-02

心血管系统并发症为透析病人的主要死因。而高血压是心血管并发症的常见死因之一^[1]。对于血液透析(HD)中高血压必须根据其发生原因作出相应的处理。我院收治 1 例终末期肾衰,在 HD 中出现顽固性高血压、心衰,经大剂量立其丁抢救成功,现报告如下:

1 临床资料

患者,女性,47 岁,体重 58Kg,诊为慢性肾炎、慢性肾功能不全(终末期尿毒症)3 年余。查体:神清,P 90 次/min,R 22 次/min,端坐呼吸,BP 21/14 kPa,颈静脉轻度怒张,贫血外貌,双肺无罗音,心率 90 次/min,律齐,无杂音,肝脾未及,无移动性浊音,双下肢轻度浮肿,血 Scr 988.5 μmol/L,BUN 26.1mmol/L,血 K 4.8mmol/L,ALB 42.2g/L,TG 1.27 mmol/L,CHOL 4.63mmol/L,PBO++,血 Hb 64g/L,非透析时血浆肾素活性为 0.31 ng/mlh (卧位),2.6 ng/mL (立位),AT_{II} 33 pg/L (卧位),51 pg/L (立位),醛固酮 78 pg/mL (卧位),108 pg/mL (立位),患者一直给予抗凝、ACEI、钙离子阻滞剂及 α 受体阻滞剂等降压,维持性 HD 等综合治疗。一般情况下血压在 21/13kPa 左右,偶有血压升高至 26/14 kPa,经立其丁 10~20mg+5%GS 250~500mL 静点后,血压可控制,但在 HD 中频繁出现血压上升至 28/16 kPa,且并发心衰,多般经立其丁 20~40mg+5%GS 250mL 静点后可缓解,但有一次当

的主要原因是病已晚期,故治疗的关键仍然在于早期诊断。由于残胃癌多发生在吻合口与贲门部,中晚期多有梗阻、出血等并发症,故只要病人全身情况许可,无远隔脏器转移,均应积极的手术治疗,年龄并非手术禁忌症。手术者应对第一次手术充分了解,避免将肿块附近的腹腔粘连误认为肿瘤浸润而轻易放弃手术。本组行根治性手术切除的 10 例患者,其术后病理远较手术所见乐观。由于胃癌病灶的切除边缘应有 5cm 的安全距离,故原则上能根治者应行全胃切除。由于第一次胃手术后残胃出现粘连、淋巴道的再生,造成残胃与周围粘连的脏器、系膜、网膜及所分布的淋巴结、淋巴管引流,故残胃癌手术时应考虑与初发胃癌不同的淋巴结分站才能清扫可能的淋巴结。本组均采用 D2 根治术,对 B-II 式重建,特别是吻合口周围癌肿,常规切除空肠系膜淋巴结和肠系膜上动脉根部淋巴结;B-I 式重建,常规切除十二指肠韧带内、十二指肠后淋巴结。对不能行根治性切除术者,亦

HD 1 h 后,血压剧升至 31/18 kPa,呼吸急促,大汗淋漓,经立其丁多次给药总量达 110mg/30min,血压才得到控制(21/13 kPa),心衰纠正。然后以立其丁 30mg+5%GS 250mL 以 15~20 滴/min 速度维持点滴,严密观察无任何副作用,才使 HD 顺利完成。

2 讨论

HD 患者的高血压发生率约占 80%,血压升高除与容量负荷过度有关外,尚与血管活性物质的浓度变化有关。透析前后的血压变化与活性物质在透析前后的变化关系密切,陈氏等报道血透病人中,血压升高组 HD 后 EA、肾素活性浓度较透析前明显升高(P<0.05),PG 血浓度明显降低(P<0.05),而其他活性物质在 HD 前、后虽有变化,但均无显著性差异^[2]。周氏等观察一组病人结果亦表明 HD 4 h 后 AT_{II} 较透前升高,透后 72 h 仍高于透前。其原因可能是:HD 脱水刺激交感兴奋,RAS 系统激活,A_{II} 分泌增加,停止透析后,患者体内水钠潴留和使用 ACEI 类药物而使 AT_{II} 分泌有所控制所致。该例在 HD 中出现恶性高血压,作者认为与血管活性物质,如 AT_{II} 有明显关系,若 HD 后测定 RAS 活性则可说明此现象,另外 PG 浓度降低也是原因之一。

由于 AT_{II} 活性升高,可使血管收缩,周围血管阻力增加,血压上升,心排出量减少,心衰发生。而立其丁为 α-受体阻滞剂,它能选择性阻滞 α-受体,对抗肾上腺素的 α-型作用,可使血管扩张,血

应力争取姑息性切除原发灶,或行改道手术以解除患者梗阻,提高生存质量。

本组行姑息性切除的 10 例患者中,4 例术后行积极化疗或放疗,其生存期 9~41 个月,中位生存期 22 个月,高于未化疗或放疗者,仅行剖腹探查或未行手术者多在半年内死亡。

参考文献

[1]何尔斯泰,房学东.残胃癌[J].中国实用外科杂志,1997,12(17):750~760

[2] 中华人民共和国卫生部医政司编.中国常见恶性肿瘤诊治规范[M],第 2 版.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1991.47

[3]吴福生,冯喜正,周杏仁.残胃癌的预防及外科治疗[J].实用肿瘤杂志,1997,12(2):75~76

[4]汤兆首.现代肿瘤学[M].上海:上海医科大学出版社,1994.25~36

(收稿日期:2003-11-27)

广泛硬脊膜下腔间隙阻滞探讨

赵元杰¹ 聂红梅²

(1 山东省肥城市中医院 肥城 271600; 2 山东省肥城市人民医院 肥城 271600)

关键词: 硬脊膜下腔间隙阻滞; 局部麻醉

中图分类号: R614.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)01-0059-01

硬脊膜外腔注入常规剂量局麻药后, 出现异常广泛的脊神经阻滞现象, 但不是全脊麻, 因阻滞范围虽广, 但仍为节段性, 骶神经支配的区域甚至骶腰部神经仍保持正常。临床特点在于广泛阻滞总是延缓地发生, 多出现在注完首量局麻药后 20~30min, 常有前驱症状, 如胸闷、呼吸困难、说话无声及烦躁不安, 继而发展至通气严重不足, 甚至呼吸停止, 血压可能大幅下降或无甚大变化, 脊神经被阻滞常达 12~15 节, 仍为节段性。

例 1. 患者男, 64 岁, 临床诊断胃癌、幽门梗阻, 2002 年 6 月 30 日预定在连续硬脊膜外腔神经阻滞下施行胃空肠吻合术。术前血压 14.5/10 kPa, 脉搏 70 次/min, ASA 分级二级。麻醉经过: 病人取左侧卧位, 在胸 8~9 棘突间隙穿刺, 正方入法。黄韧带通过感觉明显, 注射无阻力, 回流中等, 导管置入达胸 7~8 间隙。病人平卧后, 注入 1.5%利多卡因 (内含 1:20 万肾上腺素) 3mL。10min 后, 无麻醉区域, 20min 后又注入 1.5%利多卡因 5mL, 5min 后检查麻醉范围上界达胸 4 水平, 下界未查, 开始手术。各操作过程 (包括胸腔、盆腔探查) 均不感疼痛。肌肉松弛, 至 1h 后血压下降为 10/7.5 kPa, 脉搏 72 次/min。麻黄碱 30mg 静脉注射, 获得纠正, 并输血。45min 后再次注入 1.5%利多卡因 4mL, 0.5h 后手术结束。反复测定麻醉范围为 T₅~S₂ 之间, 呼吸好, 两下肢可动。

例 2. 患者男, 20 岁, 临床诊断, 双侧腹股沟斜疝, 2002 年 10 月 20 日预定在连续硬膜外腔麻醉阻滞下施行疝修补术。术前血压 15/10 kPa, 脉搏 68 次/min, ASA 分级一级。麻醉经过: 病人右侧卧位, 在 L₁₋₂ 间隙穿刺, 反复穿刺后始进入硬脊膜外腔, 黄韧带通过感觉不明显, 无负压, 有波动, 注射有轻微阻

力下降; 大量立其丁阻滞 α -受体, 其血管舒张作用的原理是直接舒张血管。因此, 大量立其丁可使血管扩张, 周围血管阻力降低, 血压下降, 心脏负荷减轻, 心功能得到改善。

参考文献

[1] 施曼珠. 慢性肾功能衰竭的心脏病变[A]. 见: 王叔咸, 吴阶平

力, 回流量中等。头端置管 3cm, 回抽无液体后, 注入 2%利多卡因 5mL, 观察 5min, 无蛛网膜下腔神经阻滞征象; 又注入 2%利多卡因药液 12mL, 使病人平卧; 又 5min, 病人下肢不能动, 说话无声, 呼吸困难, 恶心, 血压 8/6 kPa, 脉搏 95 次/min, 测麻醉范围为 T₁~S₅, 回抽有温热液体回流, 后被证实为脑脊液。立即气管插管人工呼吸, 快速输液, 血管收缩剂静脉注射, 手术顺利完成。1h 30 min 后, 自主呼吸恢复, 意识清醒。

讨论: 硬脊膜与蛛网膜以潜在的硬脊膜下腔密接, 内含少量液体。通常冲破硬脊膜的同时, 蛛网膜亦遭冲破。然而, 硬脊膜下腔的注射也可意外地见到。特别是在导管法连续硬脊膜外腔神经阻滞中, 由于导管置入硬脊膜下腔, 而获得一极为广泛的神经阻滞现象。但它的广泛阻滞出现时间, 应较局部麻醉药直接进入蛛网膜下腔而产生蛛网膜下腔神经阻滞者晚。第 1 例病人神经阻滞广泛, 但出现时间较迟, 所以考虑为硬脊膜下腔注射。第 2 例病人可能因反复穿刺过程中擦伤了硬脊膜, 试验剂量注入后的观察过程, 因漏入药物很少, 未发现异常情况, 全部局麻药注入后, 逐渐出现高平面阻滞, 并有脑脊液回流, 是全脊麻的征象。根据全脊麻与广泛硬脊膜下间隙阻滞的不同, 总结出硬膜下间隙阻滞的特点为: (1) 延缓发生的广泛阻滞, 但阻滞范围是节段性的。(2) 由于局麻药在硬膜下间隙的背部扩散, 动脉压变化相对较小。(3) 病人也可能没有引起硬膜外广泛阻滞的诱因, 如足月妊娠、老年、糖尿病及严重动脉硬化等。(4) 硬膜外导管回抽无脑脊液回流。

(收稿日期: 2003 - 07 - 29)

主编. 肾脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987. 769~772
[2] 陈忠英, 刘平. 血液透析对血压及有关内分泌素的影响[J]. 透析与人工器官, 1991(2): 81
[3] 周巧玲. HD 患者血浆内皮素、AT_{II} 与心肌肥厚[J]. 中华肾脏病杂志, 1997, 13(4): 211

(收稿日期: 2003 - 07 - 21)