

腰硬联合麻醉在妇产科手术中应用

孙仪芬 李勇

(河南省南召县人民医院 南召 474650)

关键词:腰硬联合麻醉,妇产科手术

中图分类号:R 713

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)02-0060-02

我院在 2002 年元月~2003 年 4 月间在妇产科手术中共采用腰硬联合麻醉(CSE)40 例,其中应用急诊剖宫产(含妊娠高血压综合征)等产科手术 20 例,子宫次全切除、子宫全切除等妇科手术 20 例,其与单纯硬膜外穿刺麻醉(EA)做临床比较,有麻醉平面出现快、术中肌松好、渗出血少的特点,在妇产科领域有很好的推广应用价值。

1 资料与方法

产科组 40 例随机分为 EA 组 20 例,年龄(25.2依.0)岁,体重(64.37依.23)kg,身高(157.3依.1.0)cm,在 L₂₋₃ 穿刺置管后给予适量的 20%利多卡因溶液+0.75%布比卡因混合液;CSE 组 20 例年龄(24.78依.84)岁,体重(65.23依.7)kg,身高(156.2依.2)cm,在 L₂₋₃ 间隙行硬膜外穿刺,成功后套入针内针至蛛网膜下腔,可见脑脊液缓慢流出,即缓慢注入 0.75%布比卡因 1.2~1.8mL,推药速度不小于 30 S,最后将导管置入硬膜腔外,拔出硬外穿刺固定导管,迅速平卧,入室后即监测基础血压、心率、麻醉全程常规吸氧,用监护仪连续监测 BP、HP、ECG、SPO₂。妇科组 40 例,年龄最小 23 岁,最大 62 岁,子宫次全切除 6 例,子宫全切除 32 例,其余 2 例,随机

分为 2 组,EA 组、CSE 组各 20 例,年龄、身高、体重,2 组无明显统计学差异,EA 组与 CSE 组术前用药无显著差异。

2 结果

产科组 2 组产妇年龄、身高、体重无显著差别,从麻醉诱导到平面达 T₈,手术时间,胎儿娩生时间 CSE 组分别为(5.34依.27)、(15.1依.2)、(23.2依.2)min,EA 组分别为(19.23依.36)、(22.2依.7)min、(34.2依.0),CSE 组无显著短于 EA 组,低血压发生率及新生儿 Apgars 评分 2 组无显著差异(P>0.05),2 组产妇均未出现头痛及神经系统并发症。妇科组,从麻醉诱导平面达 T₈,手术时间及术中出血量与产科组结果一致,该组中 CSE 组显著短于 EA 组,存在显著差异(P<0.05)。

3 结论

CSE 具有腰麻起效快、用药量少、麻醉效果肯定、肌松好、手术时间短、术中渗出血少的特点,对于产科病人因起效快,可及时、快速、高效抢救高危孕妇及窘迫胎儿,避免因麻醉平面出现迟缓而局部疼痛延缓抢救新生儿时机,多用于急诊剖宫产,在妇科肥胖病人人居多,术中持续保持的腹肌松弛,

象外,最突出的表现是股骨头覆盖指数在 70~40 之间,髋关节的内间隙增宽大于 10mm^[2]。(3)髋关节并发症型:男 174 例,女 21 例,发病年龄在 40~70 岁之间,是病情发展到晚期,髋关节发生畸形,功能严重障碍,X 线除上述表现外,髋关节上间隙变窄,白盖白线密度增高,边缘不清,髋臼外上缘骨质增生及囊性变,股骨头出现相应并发症的病理改变^[3]。

3 讨论

3.1 几种测量方法应用评价 髋顶切线角、Sharp 角、白面角、髋臼指数是反映髋臼发育优劣的指标,是各型髋臼结构不良的诊断依据。Sharp 角和白面角是判断髋臼的倾斜度的指标,斜度越大,关节稳定性越差。股骨头覆盖指数和髋关节间隙表示股骨头与髋白的关系,是判断股骨头承受身体重力的力学稳定性的指标^[4]。

3.2 生物力学的改变 髋关节是由髋臼和股骨头组成的,是人体主要持重的关节,髋臼形态的正常与否对于维持髋关节的力学稳定性具有重要的意义。正常股骨头平均应力接触面积为 77mm²,约占股骨头的 70%,髋臼结构不良的患者随年龄的增长,体重增加,继而发生半脱位^[5],髋臼结构不良并发骨关节炎的平均年龄为 32.7 岁,晚期导致髋关节功能障碍,这应引起临床和放射同道的共同重视。

3.3 分型及其临床意义 张氏将髋臼结构不良分为浅小型、浅平型和浅斜型,笔者认为此分型仅表现出 X 线解剖学的一

些特点,不能够反映本病整个发展过程中的不同阶段,对临床指导不够明确,本文将髋臼结构不良分为上述 3 种类型的优点:(1)通过分型可直观地判断病变发展的不同阶段和严重程度。(2)间接揭示了诊断依据和选择性的采用测量方法。

3.4 诊断标准 关于本病的诊断标准文献报道不统一,其诊断主要是根据临床和放射学对髋关节进行测量,挑选对本病诊断具有特征的改变:(1)髋臼顶骨质发育差。(2)髋臼浅和斜度大。(3)髋顶切线角为零角或负角。(4)Sharp 角大于 45 度。(5)髋臼指数小于 21。本型病例即以上述标准确立诊断。

参考文献

- [1]张德昌,马贵,王志纯,等.成人髋关节 X 线测量及其临床应用[J].实用放射学杂志,1993(9):655
- [2]赵尔康,杨定.正常成人髋关节间隙的 X 线测量及临床意义[J].临床放射学杂志,1986(5):99
- [3]贾雨辰,时华,高建掌.髋臼结构不良的 X 线诊断[J].中华放射学杂志[J].1988(22):9
- [4]Fredensborg N.The CE of normal hips[J]. Acta orthop scan,1976,47:403
- [5]曹来宾.实用骨关节影像诊断学[M].济南:山东科学技术出版社,1998

(收稿日期:2003-10-22)

11 例非典型心肌梗死误诊为消化系统疾病原因分析

胡建奎

(山东省枣庄市峄城区中医院急诊科 枣庄 277300)

关键词 误诊 原因分析 心肌梗死 消化系统疾病

中图分类号 R 542.22

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)02-0061-01

急性心肌梗死(AMI)是内科常见急危症之一。在美国每年有 90 万人患 AMI,其中约 22.5 万人死亡,至少半数死亡者于症状发作后 1h 内和到达医院急诊科之前^[1]。能否及时诊断是决定预后的关键,而 AMI 缺乏典型症状者约占 1/3^[2],以消化道症状为突出表现者易误诊为消化道疾病。我们从 1996~2000 年共收治 AMI 病人 86 例,以腹部症状为主的有 16 例,其中误诊为消化系统疾病 11 例,现将原因分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男 9 例,女 2 例,年龄 51~76 岁,平均 64 岁;既往有高血压病史 4 例,高胆固醇血症 2 例,冠心病心绞痛 2 例,糖尿病 1 例,胆囊炎 1 例,胃溃疡 1 例,慢性胃炎 3 例。全部病例的诊断符合 WHO1979 年急性心肌梗死标准。

1.2 临床表现 11 例均无典型胸痛,首发症状为上腹痛 9 例,上腹部灼热感,反酸 1 例,剑突下胀闷 1 例,恶心呕吐 10 例,腹泻 2 例,胸闷 8 例,心悸气短 3 例,剑突下压痛 7 例,右上腹压痛 1 例,饱餐后发病 6 例,活动中发病 4 例,静息时发病 1 例。

1.3 误诊疾病 误诊为急性胃炎 6 例,占 54.5%;急性肠炎 2 例,占 18.1%;急性胆囊炎 1 例,占 9%;胃溃疡 3 例,占 27.2%。误诊时间最短 45min,最长 51h。

1.4 梗死部位 下壁 5 例,下壁合并右室 2 例,广泛前壁 3 例,高侧壁 1 例。

2 原因分析

以胃肠道症状为主的心梗约占 AMI 的 2.7%~17.6%^[3]。临床上易误诊为消化道疾病,本组以腹部症状为主者 16 例,占同期 AMI 的 18.4%;其中误诊 11 例,误诊率 68.7%。分析原因有以下几点:

2.1 对以消化道症状为主者认识不足 AMI 的消化道表现多与下壁 AMI 有关,因迷走神经传入纤维的感受器几乎全部位于心脏下壁表面,当心肌缺血缺氧时刺激迷走神经是下壁 AMI 产生腹痛的原因^[4]。如本组 1 例 67 岁男性,上腹部剧痛伴烧灼感,恶心呕吐 4h 来诊,20 年前有胃溃疡病史,查体腹肌紧张伴压痛,诊断为胃溃疡穿孔,拟行剖腹探查术。术前心电图检查示:急性下壁心肌梗死,心肌酶明显升高。

2.2 不重视辅助检查 国内报道仅靠症状线索诊断 AMI 的正确率为 50%~60%^[5],心电图动态监测的诊断可靠性约为

80%,肌酸磷酸激酶监测的诊断敏感性在发病后 5~8h 达 83.3%,在 9~24h 可达 90%~92%^[6]。对 AMI 诊断既要重视临床表现,更应重视心电图及心肌酶学检查,特别是动态监测对于提高 AMI 正确诊断,减少漏诊、误诊具有重要意义。

2.3 对不典型心电图缺乏认识 异常心电图是诊断 AMI 的重要依据,但是 AMI 超急性期心电图表现多以高尖对称 T 波为主,高尖 T 波演变为倒置 T 波之前可表现为 T 波正常化,此时极易忽略。笔者体会对不典型心电图表现者要注意以下几点:(1)QRS 波起始向量的突然改变是关键,不仅要重视梗死性 Q 波,还要注意 R 波降低、增高或增宽。(2)心电图形态的易变性是 AMI 的特点,要高度重视,既要注意从正常变异常,也要注意图形从异常变正常。(3)既要观察 ST 段动态变化,又要注意观察 ST 段变化持续时间。(4)常规描记 18 导联心电图可以减少漏诊和误诊。

2.4 医生责任心不强 询问病史及体检不仔细,仅凭患者的主诉就武断地做出诊断及处理,也是造成误诊的原因。本组 1 例 56 岁男性,因饱餐后上腹痛,恶心呕吐 2h 就诊,医生只简单做了腹部检查,即诊断为急性胃炎,给予肌注胃复安 10mg,3h 后复诊,患者面色苍白,皮肤湿冷,大汗淋漓,血压 60/20mmHg,心电图 V₁~V₆ ST 段弓背抬高与 T 波融合成单向曲线,诊断为急性广泛前壁心肌梗塞,经抢救无效死亡,教训深刻。所以对年龄较大有突出消化系统症状者不能忽视心血管方面的检查。

参考文献

[1]National Heart lung and Blood institute.Morbidity and mortality: chart-book on cardiovascular and Blood Disease [M]. Bethesda Md: us Department of Health and Human services public Health service National Institutes of Health, may 1992

[2]冯希乐,张玉家.急性心肌梗死 5 例误诊原因分析[J].中国实用内科杂志,1999,19(5):702

[3]唐定全.特殊类型心肌梗死[M].北京:人民军医出版社,1992.43

[4]陈在嘉,徐义枢,孙华宇.临床冠心病学[M].北京:人民军医出版社,1994.404

[5]崔广根.急性心肌梗死早期诊断的线索[J].实用内科杂志,1987,7(9):450

[6]张文武.急诊内科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.1009

(收稿日期:2003-10-20)

肠管安静,对于二次手术盆腔粘连及手术难度大病人,CSE 充分发挥优势,不受手术时间限制,明显降低 EA 存在的肌松效果不理想及牵拉反应等特点,也便于术后镇痛,故在妇产科

领域具有广泛的推广应用价值。但是,该麻醉包价格昂贵,在贫困地区推广应用有一定困难。

(收稿日期:2003-09-01)