

圆形充盈缺损影,呈“光晕征”或“眼镜蛇头”样变,CT 证实均为囊性扩张的输尿管下端压迫所致。女性 2 例膀胱异位开口于前庭,男性 1 例开口于前列腺段后尿道。

3 讨论

重复肾及重复输尿管畸形胚胎发生学说: MeyetWeigert 定律: 重复肾、重复输尿管和输尿管开口异位往往同时并存, 胚胎第 4 周时, 输尿管自中肾管的下端突出而增长, 其近端形成输尿管, 远端分为两支被原始肾组织所包盖, 逐渐发育成肾盂、肾盏与集合系统。如果输尿管远端分支超过 2 支, 则形成重复肾盂(称重复肾); 如果分支过早或起端异常, 有的中肾管下端可突出两个输尿管芽, 则可形成双输尿管或输尿管开口异位。输尿管口的位置, 双输尿管时下输尿管口靠外、上侧, 而上输尿管口则靠内^[9]。

重复肾、重复输尿管静脉尿路造影是传统 X 线检查方法, 在正常情况下, 静脉内注射对比剂后 1~5min, 肾内动脉首先充盈, 其后经肾小球、肾小管滤过和排泄, 进入肾实质显影期, 随后肾实质密度减低, 5~15min 集合系统充盈对比剂。重复肾畸形无积水型属发育型, 不影响肾功能, 产尿后排尿途径不受阻碍, 肾盂及输尿管内无大量尿液滞留, IVU 检查时造影剂有足够浓度, 基本上能达到显示双肾双输尿管影像浓度。本组无积水型 25 例, 占 62.5%, 无临床症状, 不需特殊处理。重复肾畸形积水型, 一般为发育不良, 产尿后排尿途径受阻碍, 或合并输尿管异位开口, 输尿管囊肿或继发感染。因重复肾的功能受损, 临床症状多明显, 常出现尿路感染、肾性高血压或肾功能损害。IVU 表现 15 例积水型中 5 例肾脏不显影, 10 例 IVU 显影不满意, 表现为患病侧上肾段不显影, 显影的下肾段推压者 4 例, 表现肾上区的占位现象明显, 似肾脏肿瘤或肾上腺占位性病变, 为了更进一步行明确诊断进行 CTU 扫描及 MRU 检查。重复输尿管为最常见的伴发畸形,

本组 4 例伴输尿管囊肿, IVU 表现为单纯的膀胱内圆形边缘光整的充盈缺损“光晕征”或“眼镜蛇头”样变。手术及 CT 证实为囊性扩张的输尿管下端压迫膀胱壁周内陷, 输尿管囊肿壁、膀胱壁内陷与膀胱内造影剂共同构成增大间隔, 即所谓“光晕征”或“眼镜蛇头”样变。

重复肾畸形积水型, B 超常误诊为肾囊肿, 而 CTU 及 MRU 对鉴别单纯肾囊肿与积水型重复肾畸形有着明显优越性。肾囊肿有囊壁, 圆形或卵圆形, 边缘光滑, 部分囊壁及囊内物均可出现弧形条状钙化, 一般位于肾脏边缘并向外生长, 囊肿不大时肾盂肾盏可表现正常, 或仅有轻微改变。MRU 检查大部分囊肿不出血的情况下 T₁WI 低信号、T₂WI 高信号, 增强时囊内液体不增强。MRU 影像检查, 无电离辐射, 无需造影剂, 组织分辨率高, 可显示泌尿系统管腔内的解剖结构, 在尿路严重积水、肾脏无功能的情况下, 肾盂、肾盏和输尿管在 RMU 中亦显像清晰。但对患儿检查因时间长, 不易配合会产生运动伪影。MRU 影像检查, 能进行多方位成像及三维重建, 能较全面直观显示重复肾及重复输尿管畸形, 尤其对肾数目畸形、肾脏过多症(额外肾脏)、先天性单肾(一侧缺如)、体积及形态畸形(肾脏发育不全及肾脏萎缩、肾脏先天性肥大)、融合肾(马蹄肾、盘形肾、乙状肾、块状肾)、位置畸形(异位或错位)等, 明显优于 IVU 及 CTU。CTU 及 MRU 影像形态学不但能明确诊断重复肾、重复输尿管畸形, 而且为临床选择手术方式起着重要作用。

参考文献

[1]silverman.Caffeys pediatric X-ray diagnosis [M].8th ed.Chicago:YrBk Pub,1984.123
[2]李正,王慧贞,吉士俊.先天畸形学[M].北京:人民卫生出版社, 2000.721-724
[3]吴阶平.泌尿外科[M].济南:山东科技出版社,1993.262
(收稿日期: 2007-08-21)

65 例小儿扁桃体腺样体切除的麻醉体会

秦红 李铁

(辽宁省盘锦市第一人民医院 盘锦 124010)

关键词: 扁桃体腺样体切除; 小儿; 麻醉

中图分类号: R 614.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0066-02

扁桃体腺样体切除是小儿的一种常见手术, 其中部分患儿合并睡眠呼吸暂停综合征(OSAS), 此类患儿在麻醉过程中存在潜在危险, 容易出现呼吸道梗阻而发生窒息。同时, 由于手术具刺激性强、易出血、相对时间短等特点, 故而要求麻醉必须诱导平稳, 术后苏醒迅速, 降低术后并发症的发生, 这对于保证患儿生命安全至关重要。我院自 2004 年 1 月~2007 年 5 月共收治此类患儿 65 例, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 65 例择期手术患儿, 均为扁桃体合并腺样体增生。男 38 例, 女 27 例, ASA I~II 级, 年龄 3~10 岁, 平均年龄 6 岁, 体重 14~40kg, 平均 25kg。其中 3 例为腺样体切除术后复发。手术采用鼻内镜下动力系统下腺样体切除、扁桃体切除。全组患儿术前检查未见明显心、肝、肾疾病, 无药物过敏以及呼吸系统感染、哮喘等。

1.2 麻醉方法 所有患儿入室前 30min 肌肉注射阿托品 0.02mg/kg, 并于入室前行静脉留置针穿刺备用。入室后接通静脉通路, 静注复方氯化钠注射液, 常规监测血压、脉搏、心电图和血氧饱和度。对不能合作拒入手术室患儿给予静注丙泊酚 1~2mg/kg, 患儿入睡后入室。术前对患儿插管条件进行风险评估, 对困难气道患儿行慢诱导, 进行气管插管。麻醉诱导采用芬太尼 2μg/kg、丙泊酚 2~2.5mg/kg、维库溴铵 0.1mg/kg, 充分吸氧去氮, 2~3min 后行气管插管。麻醉维持采用丙泊酚 4~10mg/(kg·h)泵入, 持续吸入 2%~3%七氟醚, 氧流量 1~2L/min。术中根据血压、心率的变化判断麻醉深度, 调节麻醉药浓度与速度。并于手术开始后静脉注入曲马多 1mg/kg, 以利于术后镇痛。手术结束前 10min 给予地塞米松 0.2mg/kg(最大不过 5mg), 防止术后声门水肿。于手术结束前 5min 停止吸入七氟醚。手术结束时停用丙泊酚, 吸净咽部分

浙江两家不同等级医院非 ST 段抬高急性冠脉综合征 诊疗策略分析

史明娟¹ 邱原刚² 章莉¹ 刘紫燕² 於华敏¹

(1 浙江省杭州市余杭区第一人民医院 杭州 311100; 2 浙江大学医学院附属第一医院 杭州 310003)

摘要:目的:对比不同等级医院非 ST 段抬高急性冠脉综合征患者的诊疗策略,分析其与指南的差距。方法:回顾性调查分析 2006 年 1~12 月在浙医一院及余一医院心内科住院的 484 例非 ST 段抬高急性冠脉综合征患者的诊断治疗策略变化。结果:浙医一院患者检查动态心电图、运动平板心电图、负荷核素心肌显像比例均比余一医院明显高,冠脉造影检查率显著高,而心脏损伤标记物检查比例偏低($P<0.05$);两家医院心电图、心超、胸片、CT 冠状动脉成像比例无明显差异($P>0.05$)。与余一医院相比,浙医一院阿司匹林、应用阿司匹林负荷量、 β -受体阻滞剂、硝酸酯类、氯吡格雷使用比例明显高;住院期间行 PCI 治疗及早期有创干预均多;但低分子肝素使用比例相对低($P<0.05$);而吗啡、 β -受体阻滞剂加量、ACEI、钙拮抗剂、普通肝素、GP II b/IIIa 受体拮抗剂、他汀类使用率无显著差异($P>0.05$)。结论:不同等级医院 NSTEMI-ACS 患者内科住院诊疗策略基本遵循指南,尤其是有创检查及治疗部分,浙医一院甚至优于国外报告;但不同等级医院存在不少差距,特别是阿司匹林及其负荷量、 β -受体阻滞剂、硝酸酯类、氯吡格雷使用;而且 β -受体阻滞剂使用及加量和 GP II b/IIIa 抑制剂的临床使用与循证指南仍存在不少差距,提升空间较大,需进一步提高循证指南的宣传教育。

关键词:非 ST 段抬高急性冠脉综合征;不稳定性心绞痛;非 ST 段抬高型心肌梗死;治疗学;医院等级;指南

Abstract:Objective:To compare the diagnosis and management of patients with Non-ST elevation acute coronary syndrome in two hospitals of different grade, and scale the gap between practice and guidelines. Methods:Clinical data of the diagnosis and management of 484 inpatients with Non-ST elevation acute coronary syndrome from Jan. to Dec.2006 were retrospectively analyzed. Results:Dynamic electrocardiogram、exercise ECG、cardiac stress imaging and coronary angiography were used more extensively in hospital of grade 3 than those in grade 2 ,but the usage of elevated cardiac markers was lower. Significant difference in the use of aspirin、using 300mg first dosage of aspirin、 β -blocker、nitrates、clopidogrel and invasive strategies were found in two hospitals of different grade . Conclusions:The diagnosis and management of patients with Non-ST elevation acute coronary syndrome in two hospitals of different grade obey the guidelines. Still, further improvements are needed for optimal implementation of these guidelines such as the use of β -blocker、adding dosage of β -blocker and GP II b/IIIa inhibitor.

中图分类号:R 541.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0067-04

非 ST 段抬高急性冠脉综合征 (Non-ST elevation acute coronary syndrome, NSTEMI-ACS) 包括不稳定性心绞痛 (unstable angina; UA) 与非 ST 段抬高心肌梗死 (non-ST segment Elevated Myocardial Infarction, NSTEMI)。近年来,人们对 NSTEMI-ACS 的认识逐步加深,临床上诊断 NSTEMI-ACS 病例数逐年增加,NSTEMI-ACS 已成为心血管基础和临床研究的热点。ACC/AHA、ESC、中华医学会心血管分会等机构相继修订了 UA/NSTEMI 的诊疗指南,但指南制定的原则是否得到不同等级医院的临床实践贯彻,目前国内鲜有相应的研究报告。为此,本研究回顾分析 2006 年 1~12 月在浙江大学医学院附属第一医院(三甲医院,下简称浙医一院)及杭州市泌物,待自主呼吸恢复。血氧饱和度大于 96%、患儿完全清醒后拔除气管导管。

1.3 结果 全组病人手术时间 30~60min。其中 4 例患儿于诱导过程中出现呼吸道梗阻,面罩加压给氧送气困难,经置入口咽通气道后好转。全组病人丙泊酚平均输入量 $(6.5\pm 1.2)\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{h})$,输液 150~450mL,失血量 20~100mL,停药后 10~20min 清醒拔管。3 例患儿拔管后出现哭闹躁动,需丙泊酚镇静,2 例出现轻度恶心、呕吐。全组病儿气管拔管后无 1 例呼吸道梗阻。

2 讨论

OSAS 具有潜在的呼吸道梗阻的危险,故在诱导后及拔管前应密切注意呼吸道情况。术前应充分估计和预测气道困难程度,备好相应的口咽通气道以及小号气管导管。术前慎用麻醉性镇痛、镇静药。同时由于扁桃体腺样体切除手术要

余杭区第一人民医院(二甲医院,下简称余一医院)心内科住院治疗的 484 例 NSTEMI-ACS 患者的临床资料和诊疗措施情况,对比分析不同等级医院之间诊疗策略区别及其与指南差距,以更好地提高 NSTEMI-ACS 的诊断和治疗水平。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2006 年 1~12 月在浙医一院及余一医院心内科住院的 NSTEMI-ACS 患者共 484 例,年龄 35~95 岁,平均 (67.4 ± 10.8) 岁,男性 381 例,女性 103 例。浙医一院 372 例,其中 UA 330 例,NSTEMI 42 例;余一医院 112 例,其中 UA 98 例,NSTEMI 14 例。

1.2 入选标准 NSTEMI 及 UA 诊断参照 ACC/AHA、ESC 求患儿及早苏醒,尽量避免术后躁动及恶心呕吐的发生导致术后再次出血,需要完善的术后镇痛。因此我们于术中静注曲马多,可产生良好的预先镇痛效果,而无呼吸抑制。麻醉中选用快速短效,长时间滴用而无积蓄的静脉麻醉药-丙泊酚,麻醉维持采用血/气分配系数低,诱导、恢复快,对呼吸道刺激小,很少引起喉痉挛或支气管痉挛的吸入麻醉药-七氟醚,取得了满意的麻醉效果,并减少了麻醉后并发症。我们认为这种复合麻醉适用于此类手术。

参考文献

- [1]盛卓人,王俊科.实用临床麻醉学[M].第 3 版.沈阳:辽宁科学技术出版社,1996.103-105
- [2]刘华平,胡怀成.小儿阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的麻醉处理体会[J].临床麻醉学,2007,22(3):253

(收稿日期:2007-10-15)