维普资讯 http://www.cqvip.com

织近，本次手术与前次手术相距时间短，可引起术后切口愈合不良，因此腹部切口选择尤为重要，如遇切口处有粘连者，先行分离术，防止脏器损伤，减少术中术后出血量。减轻病人不必要的痛苦，对病史不清者，除B超探查外，可用卵圆钳探测附件情况。对病史清楚病人，如一侧附件切除，虽由于疤痕组织引起进腹及缝合腹膜有一定的难度，但由于切口在腹直肌旁，提取同侧输卵管顺利，病人牵拉感小，因此手术时间短。本文166例腹绝手术中，27例有不同程度粘连，3例行双侧输卵管端切除，5例行一侧端切除，其余均为双侧系膜包埋术。手术一次成功，无损伤，无出血，创口Ⅰ期愈合，术后调查无后遗症发生。

4. 病人由于有手术史，对本次手术有恐惧心理，但只要讲清前次手术与本次手术的具体情况，得到病人的理解后，可以减少并发症。

5. 术后常规给予抗生素，预防感染。

（收稿：1998－06－20）

245-246 疼痛 病因 诊断 治疗 22

疼痛病因的诊断及其治疗分析

R441.1

陈花根*

神经阻滞是麻醉科医师擅长的技术，应用在各种疼痛疾病治疗上收到良好效果，使麻醉科真正地面向临床，为麻醉学的发展开拓了广阔的空间。但是现在所面临的是治疗容易诊断难。某些麻醉医生只会治疗，不会诊断，其结果是"头痛医头，脚痛医脚"，于是漏误诊在所难免。本人开展疼痛诊疗一年半时间，为五十余名疼痛患者进行了260次治疗，在治疗过程中积累了一定经验，现将五例典型病例报告如下。

一、临床资料

例1 ×××，女，25岁，主诉左季肋部疼痛伴腰背部疼痛二天，查体见左季肋部有3、4粒红色疹子，无其他阳性体征，再详细询问病史，其母前段时间患带状疱疹，现已治愈。根据病史，诊断为带状疱疹。立即让病人静脉输入无环鸟苷，肌注聚肌胞注射液，口服板蓝根。治疗三天后病人来复诊，查体见左季肋部疹子斜条分布，已延伸到脊柱旁，确诊带状疱疹无疑，经过一周治疗病人前来复诊疱疹已消失，疼痛也解除了。

例2 ×××，女，60岁，诊断为梨状肌综合症，行梨状肌阻滞。每周二次，用药0.15%布比卡因加维生素B_{12} 2mg，当归注射液2ml，总量10ml治疗二周后疼痛缓解。第三周复诊，主诉起床后感觉不适，说话不清楚。患者有高血压病史，测血压180/120mmHg，查体嘱病人伸舌向一侧偏斜，一侧眼睛不能闭合，说话含糊不清，诊断为高血压脑中风，嘱咐患者去心内科治疗。

例3 李××，女，35岁，X片诊断颈柱5—6骨质增生。退行性变，腰椎4—5与骶椎融合，钙化。病人主诉左颈肩部不适伴手指麻木，咽喉部异物感，头痛、心悸。下腰部疼痛。查体诊断为颈椎病，腰椎骨质增生，腰椎骶化，进行疼痛治疗。每周二次星状神经节阻滞加颈4颈丛阻滞，治疗二周后症状减轻。第3周病人又来就诊，主诉上述症状又出现，仍感觉喉部梗塞，还出现手颤抖，心慌。检查颈部无肿大，怀疑是甲亢，抽血查T_3，T_4明显偏高，确诊为甲亢，按甲亢进行治疗，上述症状明显减轻。疼痛症状也缓解。

例4 俞××，女，34岁，主诉颈背部不适伴疼痛，曾患乙型肝炎治疗好转，X片诊断颈椎退行性变，先进行颈肌间沟阻滞，一个疗程后病情无明显好转，怀疑颈背痛是内脏疼痛牵扯痛引起，进行B超检查，诊断为胆囊炎胆石症，按胆囊疾病治疗，现病情稳定，疼痛缓解。

例5 ×××，女，32岁。主诉前额部疼痛，进行性加重，查体颈椎无阳性体征，进行颅脑CT检查，CT示前额部颅内囊性包块，未手术，肌注胞二磷胆碱，疼痛缓解。

二、讨论

1、以上5例病人都在伴有疼痛症状的情况下来就诊，除第1例外，其余4例都在当地相关医院治疗，诊断不明或误诊、漏诊，疾病越来越重。

2. 对病人负责，要仔细检查病人，询问病情，包括过去史，家族史等等，然后必须有诊断依据，在诊断某一疾病时还要排除有相同体征的疾病。例如1、如果将

* 作者单位：310004 杭州市解放军第475医院麻醉科

维普资讯 http://www.cqvip.com

疹子诊断成过敏，把腰背痛诊断成脊椎病变，进行疼痛治疗，疾病将延误，病人留有带状疱症后遗症。

3. 对老年病人，不仅要询问高血压病史，而且要对每个病例测量血压。例2病人如果不作体征检查，单纯治疗疼痛，后果将不堪设想。

4. 对一个疗程治疗后，疗效不明显病人不应该继续治疗，应该再作进一步检查，查出伴随的其它疾病，分主次治疗。例3例4第一疗程后症状改善不明显，经过其它检查确诊伴随疾病，对症治疗病人症状改善。另外想提醒同行们，许多感冒前兆病人也可出现头痛，腰痛，关节酸痛等等症状，虽然进行疼痛治疗对感冒治疗或许有益，但是此病如不及时治疗，也可并发其他疾病，如心肌炎，肺炎等。总之，要对病人负责，明确诊断，解除病因，提高疗效。

（收稿：1998－01－08）

巨大升主动脉及主动脉弓动脉瘤切除人工血管植入的手术配合和体会

沈永霞* 王桂闽*

一、临床资料：病人彭华，男，22岁，学生，临床主要症状有呼吸困难及胸骨后疼痛8月。检查X线摄片提示：纵隔显示有较大搏动性块状阴影。主动脉造影示：主动脉增宽35mm，瘤体波及主动脉弓，呈束状16cm×10cm为巨大动脉瘤。临床诊断为：升主动脉及主动脉弓动脉瘤。

二、准备工作：1. 手术间准备：术前一天彻底清洁手术间后，持续三氧机消毒4小时，手术当日打开层流装置，进行持续空气净化。2. 物品准备：体外循环常规器械、布类、各种形状的Potts钳（无损伤动脉钳）心耳钳4把，3～4盒生理盐水冰，3000毫升心内灌注液，降温用的冰帽、冰袋、冰毯、∅28mm，26mm两种规格的GoreTex人造血管2根，4/0、3/0、2/0普理灵线和2/0、3/0、6/0涤伦线数根。

三、手术及配合：1. 在静脉复合麻醉下，患者平卧，暴露双大腿，术区常规消毒铺巾，经胸骨正中切口，纵劈胸骨，骨蜡止血，逐层进胸，分开粘连，切开心包，心外探查，游离显露升主动脉及主动脉弓动脉瘤。2. 在右心耳处用2/0涤伦线缝一圈荷包线，右房置腔旁管，同时在股动脉处置动脉管，与体外循环相应的动静脉管相连接。3. 建立循环，血液降温，鼻咽温度降到29℃，心室纤颤，阻断升主动脉根部，在其主动脉根部灌入心脏停跳液800毫升，心脏停跳，继续降温，当鼻咽温度降至15℃，肛温降至19℃，停循环。4. 纵行切开升主动脉，主动脉弓，清除瘤体内血块，切除部份瘤体，保留无名动脉，左颈总动脉，左锁骨下动脉的基底部，取一直径26mm GoreTex人工血管，将其管侧壁剪开，长约6cm将人工血管近端用动脉阻断钳夹闭，分别用3/0普理灵线连续吻合人造血管远端与主动脉口、人造血管与主动脉弓吻合，吻合完毕后，向人造血管内注水排气并用potts钳夹住人造血管近端，恢复体外循环，血液复温，用3/0普理灵线吻合人造血管近端与主动脉根部，开放升主动脉，将瘤体用2/0普理灵线连续缝合包裹人造血管。5. 术中止血，当鼻咽温升至36℃，血压，心律恢复正常，停人工心肺机拔除股动脉，腔旁管，静脉插管，并分别用6/0涤伦线吻合股动脉，10号丝线结扎右心耳处，体内加鱼精蛋白中和肝素，血压平稳，心律正常。6. 止血，清点纱布器械，逐层关胸，结束手术。

四、讨论：1. 术前充分做好物质和技术上的准备：术前严格消毒手术间，清点手术所需的物品，熟悉手术步骤及主刀医生的手术习惯，以便积极主动配合手术。2. 建立有效的静脉通道：我们分别在肘正中静脉、颈内、颈外静脉处建立三条静脉通道，保持液体通畅、保证术中药物、血液及时准确输入。3. 术前准备足够血源：动脉瘤与周围组织粘连，术中分离时创面较大，动脉瘤切除人工血管植入后吻合口可能渗血，漏血，术前应合大量血液，此病人术前合血3000毫升，实际输入7000毫升血液。4. 保护大脑，降低耗氧量：由于主动脉

* 作者单位：610041 四川省成都市华西医科大学第一附属医院