维普资讯 http://www.cqvip.com

甲亢 麻醉 5例手术

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 1 期总第 21 期

甲亢病人的麻醉处理与手术的关系

解放军第四七五医院 麻醉科 陈美哥
外三科 张才兴
(浙江杭州,邮政编码 310004)

R581.105
R653.

我院自 1991～1996 年共施行早亢病人麻醉 35 例,均取得满意效果。无并发症发生,现报道如下:

资料和方法

临床资料:本组 35 例,男 4 例、女 31 例,年龄 20～50 岁之间,连硬 5 例、颈丛 30 例。原发性早亢 28 例、继发甲亢 7 例。单项 T_3 高者 5 例、T_3 及 T_4 均高者 15 例、原发甲亢二次手术 2 例,并发甲状腺心脏病 5 例。入院治疗后术前复查后 T_3、T_4 仍然偏高者 5 例。患者的 BMK、P、T 均基本正常。

麻醉方法:术前药安定 10mg,东莨菪碱 0.3mg 肌注,高位硬膜外阻滞,选择穿刺点为 C_6、C_7 朝上置管 3～3.5cm,麻药为 1%利多卡因+0.1%地卡因。颈丛选择 C_3C_4 点阻滞深丛+颈浅丛,麻药 0.375%希比卡因或 0.25%布比卡因+0.8%利多卡因 30ml,术中杜冷丁 50mg+氯哌淀 2.5mg 强化麻醉。

讨 论

甲亢患者术中术后严重并发症为早亢危象及心衰,临床报道上时有发生,预防关键在于麻醉适应症选择和充分做好术前准备工作及加强术中对症处理。

一、甲亢麻醉适应症:一般经抗甲亢药物治疗 3 周,Bmk 下降至 11%以下,心率在 85 次/分以下,交感神经过度兴奋症状得到较好地控制。T_3、T_4 理论上达到正常范围。

但在临床实际中,T_3、T_4 完全降至正常,部分病例有困难,其中 5 例患者长期反复治疗 T_3、T_4 有所下降仍偏高,只能通过手术治疗方能改善,一味追求 T_3、T_4 会使患者失去治愈机会。本着安全第一,对病人负责。对 T_3、T_4 难以降至正常者,不妨入室麻醉诱导后,严密监测生命体征,无变化再施行手术。除 2 例患者入室心率在 100～110 次/分,暂停手术,治疗 2 周后施手术平稳。其中 2 例患者术中 BP 有所波动,P 均高至 110 次/分,经对症处理后好转,由于对此类症点目前临床麻醉尚缺乏直接对抗甲状腺有效药物。只能在术前术中加强间、直接抑制交感神经的方法和药物,有效控制交感神经活动,从而预防亢危象的发生。从术后随访生命体征看,治疗效果是显著的。P 下降 5～15 次/分,PMR 从 8%～12%下降至－2%～－7%,BP 下降 1－6KPa/－2～5KPa。术后门诊复查 T_3、T_4 的 3 例患者,其中 2 例正常、1 例仍偏高。

二、术前准备尽可能同病人沟通思想取得信任,由于此类病人精神较紧张、受刺激易兴奋,平时甲亢症状明显且反复治疗效果不佳,患者要求手术心情迫切,讲清利弊,消除顾虑多能取得较好地配合。术前术中镇静药要充足,使患者充分镇静,麻醉诱导力求平稳,神经阻滞力求完善。力争无痛和尽可能少的牵涉不适,保持循环稳定,术中要求术者操作轻柔,避免过重挤压甲状腺致交感神经兴奋。局麻药中禁用肾上腺素,慎用麻黄素。

三、入室后开通 2 条静脉通路,术中予以 Lugd 氏液静脉点滴,抑制甲状腺素释放。如术前服用心得安者,术后仍口服。术中保持呼吸道通畅、避免缺 O_2 和 CO_2 蓄积造成交感神经兴奋。尤其高位硬膜外,虽浓度淡,但强化药应用后呼吸幅度有所下降,吸 O_2 必不可少,术中严密观察生命体征的变化,心率快可予以心得安,海得琴应用。

四、麻醉方法选择:对 BP、P 处于正常临界状态,宜选用连续硬膜外阻滞,可阻滞交感神经、控制心率并达到镇痛完善,正有利于甲亢病人,但由于操作难度大,风险大,应从严掌握。气管内全麻固然有益于保持呼吸道通畅,然而手术者的操作易引起气管与导管的机械摩擦而造成声门下梗阻。颈丛阻滞,有时会牵引不适,但只要镇痛完善,辅助强化药应用得当,绝大部分患者牵引不适可以克服或减轻至最低限度。

参 考 文 献 略

(收稿日期:1996—08—24)

欢迎订阅 欢迎指导