维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

外伤性颈动脉破裂的麻醉体会

浙江绍兴第二医院麻醉科 **周金萍**

（浙江绍兴，邮政编码 312000）

患者，男，35 岁，因左颈部被刀刺伤后大出血急送手术室。体检：神志淡漠，面色苍白，脉搏细弱，血压测不到（美国 508 无创监护仪监测）左下颌角下约 3cm 处有一长约 3cm 的横伤口，有纱布压迫，渗血较多。立即建立静脉通道，快速输入 1000ml 平衡液，血压上升至 12/7KPa，P96bpm、R23bpm、$SPO_2$97%。解除压迫，无明显出血。头右侧后于局麻下扩大创口，拟清创缝合，在分离组织时突然大量涌血，即用手指压迫，经 15 分钟不止，改用纱布填塞。心率由 90bpm 骤降至 55bpm，BP 由 15.3/8KPa 降至 10/6KPa，患者燥动不安，呼吸急促、面色转紫，呕出较多胃内容物、急行气管插管。

放正头位，面罩吸氧，缓慢静注氯胺酮 30mg 后患者舌下垂，呼吸阻力明显增大，因纱布填塞颈部肿胀，难以托起下颌，立即静注司可林 60mg 后行气管插管，咽喉镜下发现舌明显肿胀，未能显露出会厌及声门，用 I D8.0 导管试探性盲插未成功，继续面罩控制呼吸，加用芬太尼 0.1mg 后再次盲探插管又未成功，再次面罩控制呼吸，静注司可林 40mg 后换用 I D7.5 导管，偏向右进管盲插成功，插入时阻力较大，整个插管过程共历时半小时，其间因头颈部位置变换，又有较多渗血，术中用西德 Gragen 麻醉机控制呼吸，1%普鲁卡因，0.1%司可林复全液静滴，间断静注芬太尼维持麻醉。

麻醉平稳后向下延长切口，分离出颈总动脉，暂时阻断后探查。发现颈内动脉起始处有一约 0.5cm 的纵形裂口，用丝线缝合后无明显出血，观察 10 分钟后逐层缝合。术中共出血约 3000ml，输血 2500ml，液体 2000ml，术毕呼吸恢复良好，苏醒顺利，拔除气管导管无呼吸困难。13 天后痊愈出院。

讨论：颈动脉破裂一般出血较多，经压迫后虽可止血但因颈部组织疏松，仍渗血不少，并可扩展至整个颈部而引起颈部肿胀，严重时可压迫气管，引起呼吸困难，颈部肿胀和外物压迫还可引起头颈部静脉回流障碍。它的后果之一是导致喉及舌水肿，加重呼吸困难。同时，可增加气管插管难度。颈部大血管旁还有丰富的神经，压迫后可引起严重的不良反应，即使颈动脉本身，压迫颈动脉窦也可导致明显的心率血压等改变，本例患者填塞纱布后出现的症状与此有关，故颈部大血管破裂以气管插管全麻为佳。甚至有人认为，即使不手术治疗，也应预防性气管插管，以主动地控制呼吸道，保持其通畅为妥。本例病例麻醉医生术前曾建议在气管插管全麻下手术，但外科医生估计不足，轻率处理，错过了术前插管的良好机会，待以后不得不插管时已较困难，且冒很大风险，得以教训，引以为鉴。

（收稿日期：1995—01—30）

老年腹股沟疝治疗体会

兰州医学院第一附属医院普外科 **翁伟建**

（甘肃兰州，邮政编码 730000）

老年腹股沟疝为常见外科疾病之一，无论在病情或处理上都比中青年人要复杂得多。我院自 1984 年 7 月至 1994 年 7 月共收治 60 岁以上老人腹股沟疝病例 214 例，现结合其治疗经过谈谈治疗体会。

一、临床资料：本组 214 列，男 196 例