维普资讯 http://www.cqvip.com

斑疹伤寒、阑尾炎、坏疽穿孔性、外科手术

11181(29)

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

氯胺酮麻醉后失明 12 小时 1 例

河北省霸州市第二医院　徐更尧

（河北霸州，邮政编码）

氯胺酮麻醉后，一般 30～45 分钟内，有视物模糊，复视，个别有暂时失明者，国内外已有报道。但失明 12 小时者仍属少见，现报道如下：

患者，女，28 岁，体重 60kg，因胎盘早剥，死胎，于 1989 年 12 月 10 日 11 时，在氯胺酮静脉麻醉下行剖宫取胎术。术前血压 13/9.5KPa，脉率 80 次/分，尿常规检查：蛋白（＋＋）、粗颗粒管型（＋）、白细胞（＋），其他检查均在正常范围。入室后常规开放静脉，以 10%葡萄糖液维持，安定 10mg 入壶滴入氯胺酮以每 kg 体重 1mg，每隔 15 至 30 分钟入壶滴入一次，手术历时 70 分钟，共分 4 次滴入氯胺酮 200mg，血压维持在 17.5 至 16/13.5～12KPa 之间。因子宫收缩欠佳，出血约 1000 余 ml，用缩宫素 10u，青角 40mg，止血敏 1mg，输液 1000ml。胎儿取出后，血压降至 13/9.5KPa 至手术结束。麻醉过程较平稳，手术基本顺利。

回病室后，血压降至 10.5/8KPa，随即输同型血 300ml，血压维持在 10.5 至 12/8 至 5.5KPa 之间，次日查血红蛋白为 9.0 克，继续输入同型血 300ml，下午，血压回升至 13.5/9.5KPa，术后三日、各项检查基恢复正常。

术后约一小时，患者安全清醒，可正确回答问话，自述两眼看不见任何东西，至术后 12 小时许，视力完全恢复。术后约八小时曾请眼科会诊，眼底所见：视乳头色淡、边界不清，视网膜色淡，动脉血管细，无出血渗血，考虑可能与失血有关。

据有关文献报道，氯胺酮麻醉后所致暂时性失明，受损部位可能在外侧膝状体，视状线和皮质视觉中枢。所谓皮质盲，即由于上述区域损伤所致。氯胺酮是否有选择性作用于该区域有关，有待进一步探讨。视力一般能自行恢复，尚未发现有不良后遗症①本例致盲时间较长是否与失血和妊毒症有关，有待进一步证实。因分娩大出血，妊娠毒血症，②均可导致视力障碍。

（收稿：1994—09—06）

58—59

斑疹伤寒并急性坏疽穿孔性阑尾炎 1 例

河北省石家庄市第一医院外科　庞书靓　王树森　袁申如

（河北石家庄，邮政编码 050011）

R513·1)　R656·8

患者，男，37 岁，主因发烧半月，突发腹痛 2 天于 1993 年 12 月 24 日急诊入院。半月前患者无诱因出现持续性高烧 39℃～40℃，伴寒战、剧烈头痛、全身乏力、食欲减退，于第 5 天全身多处出现圆形或不规则斑丘疹，无腰腹痛、腹泻、脓血便及血尿，在当地按“感冒”予输注青霉素治疗，4 天未见缓解，查 Wbc：10×10^9/L，N：70%，改输氯苄青霉素，体温时升时降，于第 8 天皮疹渐消退并遗有棕黄色素沉着。2 天前患者突发右下腹痛，随后波及全腹，遂转我院。患者有 10 年“慢性阑尾炎”反复发作病史，居住区有鼠，还有 3 例类似病患者，无头体虱、蚤等。无结核、溃疡及肝胆疾病史。查 T：37℃ P：88 次/分 R：20 次/分 Bp：17/12KPa 急性病容，痛苦表情，心肺未见异常。全腹平呈板状，压痛、反跳痛及肌紧张明显，以右下腹为重，肝脾未及，叩移动性浊音（±），肠鸣音减弱，右下腹穿刺抽出少许米汤样脓液。血 Wbc21.0×10⁹/L，N：80% L：20%。腹透未见膈下游离气体。初步诊断：1. 急性弥漫性腹膜炎 2. 肠伤寒穿孔？3. 急性阑尾炎穿孔？

手术所见：经术前准备，急症行剖腹探查，术中发现右下腹有黄绿色脓性液约 1000ml，阑尾长

维普资讯 http://www.cqvip.com

7cm，直径0.8～1cm，[illegible]，表面布满脓苔，已坏疽穿孔，其头端大网膜包裹，逐段检查回肠、空肠、十二指肠、胃、胆囊均无病变，故行阑尾切除腹腔引流术，术后予氨苄青霉素8.0，灭滴灵500mlvgtt1/日，待回报肥达氏反应（一），变形杆菌0×19'/25卅1/50卅1/100卅1/200卅，证实斑疹伤寒后，加用氯霉素1.0vgtt1/日，5天去除引流管，7天伤口拆线，甲级愈合，病理回报：急性坏疽性阑尾炎。共住院11天，痊愈出院。嘱其院外口服四环素0.5'/日1个月，注意个人卫生及家庭同志间卫生，灭虱、蚤、鼠等害虫，对衣物及生活用品严格煮沸消毒。1个月后复查变形杆菌0×19（一）。

讨论：斑疹伤寒是立克次体通过体虱或鼠蚤为传播媒介所致的急性传染病，其临床特点为稽留型高烧、头痛、皮疹及中枢神经系统症状，病程2～3周。本病例具有以上症征，结合变形杆菌0×19'/200＋＋，故本病之诊断成立。患者既往有慢性阑尾炎反复发作多年，本次在患斑疹伤寒机体防御机制受破坏情况下，细菌乘虚而入阑尾呈化[illegible]症，以至坏[illegible]。

按临床诊疗常规，先发烧而后腹痛多系内科疾患，先腹痛而后发烧，多系外科疾患，而本报告恰是内外科疾病并存且又有一定因果关系。在诊断上若仅仅考虑到伤寒或斑疹伤寒，而忽视并发急性阑尾炎穿孔，那患者很可能出现败血症，甚至中毒性休克、死亡。因此在临床工作中不仅要熟知本科本专业疾病的诊疗常规，还要考虑到合并其它专业疾病的情形，并将其有机结合，内外兼治，以达事半功倍之效。否则，顾此失彼，只能导致治疗上的失利，甚至彻底失败。

本病尚需与伤寒病肠穿孔相鉴别。后者属好发于夏秋季的肠道传染病，起病较缓，头痛较轻，皮疹出现较晚，数目亦少，可有相对缓脉，白细胞总数减少，肥达氏反应阳性，血和骨髓培养可分离出病原体。伤寒病的肠穿孔发生率一般在5%左右，且约80%的穿孔发生在距回盲瓣50cm以内的回肠上，极个别病例穿孔可发生在空肠、阑尾、盲肠等处。

（收稿：1994—02—07）