维普资讯 http://www.cqvip.com

腰硬联合麻醉致马尾综合征1例报道

周宏锋,张玉新,丁洪亮 (广州军区广州总医院普通外科,广东 广州 510010)

[关键词] 腰硬联合麻醉;马尾综合征
[中图分类号] R614.27 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0353-01

腰硬联合麻醉 (combined spinal and epidural anesthesia, CSEA)结合了腰麻和硬膜外麻醉的双重优点,起效迅速,阻滞完善,肌松满意,可持续给药,满足长时间手术要求,留置硬膜外导管可用于术后镇痛。近十年来,随着CSEA穿刺针和穿刺技术的不断改进,CSEA越来越广泛应用于临床。但关于CSEA的并发症,国内少有报道,国外也仅有个案报道。本文就腰硬联合麻醉致马尾综合征1例报道如下。

1 临床资料

患者,男,47岁,因转移性右下腹痛2 h急诊入院,初步诊断为急性阑尾炎。当日行阑尾切除术,麻醉为腰硬联合麻醉,穿刺点为L_{2-3}椎间隙,用药为0.5%布比卡因3 ml。穿刺过程顺利,患者无异常感觉和疼痛。手术过程顺利,术中证实为急性阑尾炎。术后第二天,患者可自行下床行走,诉不能排尿,会阴部及双下肢内侧皮肤感觉麻木,提肛较困难,尿胀感明显,予导尿。术后第四天拔除导尿管后,仍不能排尿,并诉已有五天未解大便。予灌肠、新斯的明0.5 mg足三里封闭,可解大便,但仍不能排尿。继续导尿。术后第六天,诉大便正常,但提肛仍然无力,大腿内侧皮肤感觉已正常。查体发现肛周皮肤触觉减弱,双下肢肌力、肌张力正常,未诱导出病理体征。腰椎核磁共振检查显示:L_{3-4}、L_{4-5}、L_5-S_1腰椎间盘突出,其对应处椎管狭窄,未见其他征象。考虑为马尾综合征(cauda equina syndrome, CES)。予膀胱穿刺造瘘,神经营养药,针刺理疗及高压氧治疗。肛周皮肤麻木现象逐渐消失,提肛动作逐渐恢复。术后第十八天,患者在蹲位能排出约50 ml小便,不成线。在随后的治疗过程中,小便量逐渐增多,尿线、尿力逐渐恢复。术后第25天,可完全夹闭膀胱造瘘管,自行排尿,但尿线、尿力仍较正常稍差,予拔除膀胱造瘘管,术后三十天,排尿恢复正常,痊愈出院。

2 讨论

在上世纪80年代国外就有人提倡用腰硬联合麻醉(combined spinal and epidural anesthesia, CSEA),CSEA具有起效迅速、阻滞完善、肌松满意、可持续给药、满足长时间手术要求,留置硬膜外导管可用于术后镇痛等优点。CSEA的并发症椎管阻滞麻醉导致马尾综合征的发生率约为1.87/10 000[1],主要表现为会阴部感觉消失,下肢感觉运动减退,膀胱功能失调等。国外有研究发现5例马尾综合征病人,穿刺置管及注药过程中未发生感觉异常及疼痛,高度怀疑与5%利多卡因的使用有关,显示了由于药物不对称分布所导致的局部毒性。也有人报道一例77岁男性病人,在行硬膜外麻时误将硬膜外麻管置入蛛网膜下腔,150 mg芬太尼、总量72 ml的2%的利多卡因及肾上腺素在5 h的时间内被持续注入蛛网膜下腔,导致全脊髓麻醉,术后出现马尾综合征,当时考虑2%利多卡因是最可能因素。还有文献报道提示利多卡因、氯普鲁卡因及普鲁卡因是导致CES的原因。因此,防止医源性创伤、严格掌握病人的适应证及早期诊断、早期治疗并发症是防止永久性损伤的关键。

[收稿日期] 2006-07-16 [修回日期] 2006-08-20

(编辑:左艳芳)

留置导尿管引起尿路感染的原因及预防措施

高凤荣,赵 彤,崔 影 (佳木斯大学第一附属医院神经内科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 尿路感染;留置尿管;预防措施
[中图分类号] R691.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0353-02

留置导尿管是住院病人医院内尿路感染的重要因素之一。要减少留置尿管引起的感染,必须了解留置尿管引起的尿路感染的相关性因素并制定出相应的预防措施。

1 留置导尿管引起尿路感染的原因

留置导尿管引起的尿路感染与患者的年龄、性别、住院时间、一般状况、操作时间、留置尿管的时间、导尿管的构成材料等因素密切相关,但其主要原因有以下几点:①尿道粘膜受损,完整的尿道粘膜是防止细菌侵入泌尿系统的重要防线,是抵御泌尿系感染的有力屏障,而导尿这一侵入性操作有可能损伤尿道粘膜,使细菌乘虚而入。②导尿时带入细菌,正常情况下,膀胱内是无菌的,但前尿道的外1/3及尿道口却不能保持无菌,若

[收稿日期] 2006-07-10 [修回日期] 2006-08-13