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

维普资讯 http://www.cqvip.com

导尿时无菌操作不正规,消毒不严格,可将尿道口的细菌带入膀胱。③细菌逆行侵入,细菌可经导管与尿道粘膜之间的空隙进入膀胱或从导尿管的末端与集尿袋的连接处侵入,也可从集尿袋的放尿口侵入。

2 预防尿路感染的措施

可采取以下措施对尿路感染进行预防:①严格无菌操作,保持尿管的无菌,若不慎污染立即更换,且不可反复插入。②导尿时动作轻柔,以免损伤尿道粘膜。导尿管最好选硅胶双腔气囊导尿管,它对粘膜刺激小,表面光滑,不易形成结石,且双腔导尿管较普通硅胶管易于固定,可避免反复重插,减少逆行感染的机会。对老年或扩约肌松弛患者,向导尿管气囊注入生理盐水量由 10 ml 增加到 15~20 ml,以防尿管脱落。③保持尿液引流通畅,防止尿液逆流。留置导尿管后,导尿管应妥善固定,引流管不能扭曲受压,也不可固定于大腿上部,以免尿液逆流。集尿袋的位置必须低于膀胱的位置,每日更换集尿袋一次,每 2~3 h 放尿一次,经常注意引流尿液的质和量,并及时记录,发现异常及时处理。④注意外阴部的清洁,保持尿道口相对无菌,每日用新洁尔灭棉球擦洗尿道口周围 2~3 次,每次大便后均应清洗会阴部及擦洗尿道口,以免粪便中的细菌侵入泌尿系统。⑤避免不必要的膀胱冲洗,故应鼓励病人多饮水,以利于排尿,进行生理性膀胱冲洗。⑥尽量缩短留置尿管时间,长期留置尿管易产生泌尿系结石及感染。从尿细菌培养结果中可以看出,随着留置导尿时间的延长,尿道感染发生率逐渐增高。

了解尿路感染引起留置导尿管的原因,对发生尿路感染的高危人群实施有效的护理干预,同时结合应用抗生素,对防止因留置尿管引起的尿路感染起到了至关重要的作用。

(编辑:朱志立)

关节镜下滑膜切除术治疗中早期膝关节类风湿性关节炎

张世宏,吕宝民 (新疆兵团农七师医院骨科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 关节镜;类风湿性关节炎;滑膜切除术
[中图分类号] R684;R593.22 [文献标识码] B [文章编号]1672-5042(2006)04-0354-01

类风湿性关节炎是一种常见的全身性的炎症性疾病,膝关节的类风湿性病变,以滑膜炎为关节的首发,传统的滑膜切除术以开放性手术为主,由于手术切口大,且存在对关节后间隙滑膜切除难以彻底等不足,自 2003 年 9 月至 2005 年 9 月,我院采用关节镜下滑膜切除术治疗中早期膝关节类风湿性关节炎 18 例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例 18 例共 19 膝,男 13 例,女 5 例,病程 6 月至 3 年,平均 1 年。术前患膝肿胀、疼痛,活动明显受限的 17 例,18 膝为诊断明确的类风湿关节炎患者,有持续或反复发作的关节肿胀、积液,其中 3 例膝关节存在游离体,以上患者经内科 6 月至 1 年正规的药物治疗无效,1 例患者术前未能明确诊断,后经关节镜下病理观察和活检病理检查,明确诊断为类风湿性关节炎,所有患者术前均在屈膝 45°,负重情况下摄正位片,X 线显示无关节间隙狭窄。

1.2 手术方法

手术在硬膜外麻醉下进行,在止血带控制下,首先于髌骨外上方作一约 0.8 cm 小切口,将切削器插入髌上囊,切削器的刃口向滑膜方向,用手指压迫切削器刃口所在部位的皮肤,使刃口贴向滑膜,开动动力使切削器旋转切削滑膜。切削可按一定顺序进行,避免遗漏;由髌上囊→髌骨周围及二侧沟→髁间窝→交叉韧带和半月板→胫股关节内外侧间隙→后关节囊。切除后关节囊的滑膜组织时,关节镜可经股骨髁间切迹进入后关节囊,然后由膝后内侧入路,插入切削器切除滑膜。经关节镜仔细观察,确定滑膜已切除较彻底后,用大量生理盐水灌注冲洗关节腔,缝合关节镜入路切口,用大棉垫加压包扎膝关节。术后抬高患肢进行股四头肌收缩锻炼,1~2 d 下地,术后 3 d 开始行 CPM 训练及主动用直腿抬高训练,术后一周出院。

2 结果

本组18 例,随访时间为 6 个月至 2 年,平均为 1 年,患膝关节肿胀、疼痛基本消失,膝关节活动度比术前平均增加约 70°,能满足日常生活和工作需要,疗效满意。

3 讨论

滑膜是膝关节类风湿性关节炎发病的重要环节,理想的滑膜切除术时机应选择在病变局限于滑膜,尚未侵犯关节表面时。滑膜切除术可有效缓解病程的发展,而传统的滑膜切除术创作大、滑膜切除范围小,最大切除范围约 70%~80%,住院时间长,较易形成关节感染,伤口周围疤痕挛缩,术后需用石膏或支具固定,导致膝关节正常功能丧失。我们采用关节镜下滑膜切除术,治疗中早期膝关节类风湿性关节炎,提高了手术疗效,滑膜切除的范围扩大到 95%以上,切口小,不破坏膝关节的伸膝装置,减少了感染的机率,术后可早期进行功能锻炼,术后增加了膝关节的活动度,缩短了住院时间,术后不需使用外固定,有效降低了手术并发症。

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2006-06-10 [修回日期] 2006-08-12