维普资讯 http://www.cqvip.com

Fallot's 四联征术后胸腔穿刺并发精神症状一例

王文林* 曾伟生* 蒋仁超* 曹振飞*

一、临床资料

病例：男性，18 岁，因自幼发现心脏杂音于 2000 年 11 月 13 日首次入院，患者有紫绀、蹲踞、活动后心慌气短病史，无精神疾患病史。入院查体见杵状指、口唇紫绀、胸骨左缘第 2、3 肋间闻及Ⅲ/6 级收缩期杂音、P2 减弱。心脏超声检查：先天性心脏病，Fallot's 四联征。经充分准备，于 2000 年 11 月 22 日在全麻体外循环下行根治手术。术中以涤纶补片修补室间隔，以自体心包加宽右室流出道，手术顺利，术后恢复良好，于 2000 年 12 月 6 日病愈出院。一月后，病人因感冒出现发热、咳嗽，在当地治疗一周效果不佳而第二次入院。入院查体发现右侧呼吸音低，X 线检查见左侧胸腔积液。在局麻下行胸腔穿刺，胸液为淡红色，开始时病人未感不适，当抽出 300 ml 胸液时，出现精神症状，表现为高度兴奋、多语。停止穿刺、给予镇静治疗，4 h 后症状消失。2 d 后，再次行胸腔穿刺，当抽出 400 ml 胸液时又出现相同的症状，经镇静后症状消失，于 2001 年 1 月 23 日出院。

二、讨论

胸腔穿刺可出现多种并发症，但未见出现精神症状的报导。本例病人出现精神症状可能与以下几个因素有关：(1)精神过度紧张。由于穿刺时间较长(约 30 min)，患者长时间处于紧张状态中，容易诱发精神症状。(2)疼痛刺激。在穿刺过程中，尽管施行了局部麻醉，但到后期，患者感觉疼痛，这也有可能诱发精神症状。(3)胸膜刺激反应。在两次穿刺过程中，患者均出现了剧烈的咳嗽，这可能是胸膜刺激反应的表现，而同时又可以加重一系列胸膜刺激反应，从而引起一过性的精神异常。对于这种病人，穿刺术前服用可待因可能预防这种并发症的发生。

(收稿：2001-03-26)

* 作者单位：510010 广州市广州军区总医院心胸外科

硬膜外阻滞时局麻药中毒的治疗配合与护理

董 薪* 王世明*

一、病例介绍

患者，男，49 岁，体重 67 kg。因从高处坠落致左胫、腓骨开放性骨折而急诊入院。查体：BP 14 3/9.1 kPa，HR 80 次/min，R 16 次/min；发育正常，神志清楚，检查未见头、颈、胸及腹部异常。现在连续硬膜外阻滞下行清创、复位、钢板螺丝钉内固定术。选 L_{3-4} 间隙直入穿刺，穿刺成功后置入硬膜外导管，置管顺利，硬膜外腔内约留置 7ml 时，病人自述头晕，耳鸣，随即呼之不应，一分钟后，病人脸色苍白，浑身大汗，口吐白沫，但无抽搐。此时 BP 11 3/6.7kPa，HR 51 次/min，R 9 次/min。当即停止注药，给予麻黄碱 30 mg，阿托品 0.25 mg 静推，面罩吸氧并间断辅助呼吸，吸引清除口腔分泌物，密切观察病人意识及生命体征稳定。拔出硬膜外导管见导管前端开口处附有小凝血块。推测因导管开口处被小凝血块阻塞而致回吸时不见回血，当注药时小凝血块被推开，局麻药直接注入血管内而引起毒性反应。

二、治疗配合与护理体会

(一)局麻药中毒的预防

局麻药中毒反应是硬膜外阻滞时较严重的并发症，发生较为紧急，处理不及时或反应严重时，可致生命危险，应强调预防的重要性。操作应严格按照规程实施，如注药前充分回吸，首次给予实验剂量等。但在某些情况下，如硬膜外导管开口处顶附于血管内壁或被血凝块阻塞时(如本例)，回吸并不一定有血液回流，这是临床工作中的特殊情况，需提高警惕。

(二)中毒急性期的治疗配合与护理

密切观察病人病情变化，协助医生进行各项紧急处理。室内应备有抢救治疗所必须的药品和抢救器械。保证静脉通路的通畅，必要时迅速再建立一支静脉通道，以保证静脉输液治疗或静脉药物治疗的实施。保持室内安静，尽量减少不必要的搬动及检查，以避免因体位变动给病人带来的不利影响。

(三)中枢反应的观察与护理

局麻药的中枢神经系统作用较为复杂，以往认为是"先兴奋后抑制"，先出现多语、烦躁不安甚或抽搐等兴奋症状，进一步发展时出现神志消失、昏迷等抑制性表现，但某些临床所见却不尽然，如本例病人，并未经历所谓的兴奋期，直接出现神志消失的抑制性表现。故在硬膜外阻滞的实施过程中，应配合医生密切观察病人中枢神经系统的反应情况，及早发现异常的变化，避免严重并发症的发生。护理中，尽快建立信任的护患关系，在意识存在或意识已恢复的病人，应稳定病人的情绪，进行必要的心理护理。

(四)心血管功能变化的观察与护理

* 作者单位：100071 北京市北京军医学院外科教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

应密切观察循环系统的变化，局麻药对循环系统的毒性作用也是早期轻度兴奋，而后呈现血压下降、脉搏细弱、苍白冷汗等抑制表现，严重可有心跳骤停。本例病人主要表现为抑制性反应。处理时应加快输液速度、增加有效循环血容量。必要时静推血管活性药如麻黄碱、阿托品、多巴胺等，以维持循环的稳定。

（五）呼吸系统的观察与护理

观察呼吸道通畅程度、呼吸幅度和呼吸频率的变化。保持呼吸道通畅是维持呼吸充分的必要条件。协助去除一切影响呼吸道通畅的因素，清除呼吸道分泌物、上托下颌或应用口咽通气道、给予面罩吸氧、辅助呼吸、氧流量应 > 3L/min 必要时行气管插管，控制呼吸。呼吸抑制抢救不及时是局麻药中毒致死的主要原因，对其应有充分的认识，应掌握呼吸管理的知识与技术，有充分的思想和物质准备。这样，才能在紧急情况发生时，有条不紊地配合处理好呼吸系统的异常变化。

（六）返回病主心的观察与护理

术后患者回病房后，体位要安放妥适、去枕侧卧、万一有呕吐易于排除，以防误吸。密切注意血压、脉搏、呼吸和麻醉后的一般情况，以及时发现呼吸、循环功能出现的异常变化。

（收稿：2000-12-25）

耻骨联合分离二例

赖珍霞* 袁 军*

一、临床资料

例 1，患者 26 岁，孕 2 产 1，因停经 39 周，耻骨联处剧痛半小时，于 2000-05-22 急诊入院。孕妇因入院前在越台阶急步行走时突然自觉耻骨联合处剧痛并似乎听到轻微的物体折断声，运动即受限，体位改变疼痛加剧，无伴腹痛及阴道流血。入院检查，一般情况好，生命体征正常，痛苦表情，强近仰卧位。子宫增大符合孕月大小，枕左前，已衔接耻骨联合正中可触及凹陷，间距约 1 cm，双手挤压两侧股骨大转子时耻骨联合疼痛难忍，B 超检查示胎儿及附属物正常，胎儿已成熟。诊断：孕 2 产 1，孕 39 周，耻骨联合分离。治疗：(1) 卧床休息，限制活动；(2) 以产科腹带紧缠骨盆；(3) 以 2% 普鲁卡因注射局部封闭，每日一次，连续 3 d。入院后第 2 d 正常分娩一男婴。产后第 1 d，患处疼痛减轻，并拍骨盆正位片示耻骨联合分离 0.1 cm，经上述治疗后，产后第 6 d 疼痛明显减轻，产后 8 d 出院。嘱出院后继续坚持骨盆紧缠腹带，并注意休息。产后三周随访症状体征消失，痊愈。

例 2，患者 24 岁，孕 3 产 1，因停经 38 周，产后 12 h 耻骨联合处疼痛难忍，呈持续性刀割样痛，无放射痛，尤以双下肢活动时疼痛明显，骨盆正位片示：耻骨联合分离约 1.5 cm，双侧骶髂关节间隙均稍增宽。治疗：(1) 卧床休息，限制运动；(2) 支持及对症治疗；(3) 持续骨盆悬吊。经上述综合治疗 10 天后复查骨盆正位片示：耻骨联合分离约 0.5 cm，双侧骶髂关节间隙稍增宽，活动时疼痛明显减轻，好转出院。

二、讨论

耻骨联合分离较少见，可发生于初产妇，经产妇、初产妇稍多见。发生于分娩期多见，但亦可发生于孕晚期。主要有以下原因：(1) 孕期受大量孕激素的影响，肌肉、韧带松弛导致骨连结的牢固性降低。(2) 与个别孕产妇本身耻骨联合构造薄弱有关。(3) 分娩期产妇用力过猛、胎头过大、过硬、宫缩过强。(4) 阴道手术助产中不适当的强力牵拉，如困难产钳或臀位牵引自出头困难时。以上两例均在产前和产后出现属较少见，但由于诊断明确，治疗及时，产妇均能痊愈出现，并分别于产后半年回院复查，骨盆正位片示耻骨联合分离及双侧骶髂关节间隙，已完全复位。该病主要根据临床症状及 X 线拍片来确诊。

（收稿：2001-05-08）

* 作者单位：533000 广西百色地区人民医院妇产科

桡动脉变异一例

王灵战* 汤文莉* 巴 根* 王晓平*

解剖一具青年尸体，发现其左侧桡动脉存在变异：桡动脉起自肘关节上方的肱动脉前壁，斜过肘关节前方，在前臂桡侧伴桡神经浅支走行，经桡骨茎突前方并在其远侧发出掌浅支与尺动脉末端形成掌浅弓，主干转向掌背，再穿第一、二掌骨间隙走向手掌侧面而延续为拇主要动脉。在桡骨颈高度肱动脉分为桡、尺动脉处，尺动脉成为肱动脉主干的直接延续，肱动脉还向桡侧发出一短小分支；该支向左上方发出桡侧返动脉参与形成肘关节动脉网，向左下方发出至肱桡肌和旋前圆肌的肌支。该变异桡动脉的有关测量数据如下：动脉起点距大圆肌下缘 141.32 mm，距尺动脉分出处 54.32 mm，起点部动脉外径 1.24 mm，桡骨茎突前方外径 0.88 mm。肱动脉在桡骨颈水平向桡侧发出的小分支外径 0.72 mm，主干长 7.10 mm；桡侧返动脉主干长 2.90 mm，并在距其起点 40.38mm 处又发出一支至肱桡肌。

（收稿：2001-04-27）

* 作者单位：028000 内蒙古自治区通辽市内蒙古民族大学临床医学院解剖教研室