维普资讯 http://www.cqvip.com

硬膜外阻滞麻醉利多卡因中毒一例报告

王世明* 董 薪*

一、临床资料

病例：男性，45岁，因开放性胫腓骨骨折入院。拟在连续硬膜外阻滞麻醉下行清创、复位、钢板螺丝钉内固定术。测 BP 14.3/9.1 kPa，P 80次/min，R 16次/min。选L3～4椎间隙穿刺，穿刺成功后，经反复抽吸无血液、脑脊液，经穿刺针注入试验剂量2%利多卡因4 ml，硬膜外腔留置导管3 cm。5 min后病人无不适，经导管注入局麻药(2%利多卡因)，注药时先推注困难后顺利，且注药前无回抽。当注药7 ml时，病人自诉头晕、躁动不安、寒战、随即昏迷。回抽注射器有血，停止注药。1 min后，病人苍白、大汗、口吐白沫，无抽搐，BP 11.3/6.7 kPa，P 51次/min，R 9次/min。立即给予面罩吸氧、麻黄碱30 mg，阿托品0.5 mg。6 min后病人清醒，上述症状消失，BP 14.8/9 kPa，P 76次/min，R 14次/min。20 min后在全麻下进行手术，麻醉手术顺利，安返病房。

二、讨论

硬膜外腔内有丰富的静脉丛，导管插入后误入血管并不罕见，发生率据文献报告在0.2%～2.8%之间。如能常规回抽吸，往往见有鲜血自导管内抽出而被发现。而该病人术后拔除导管时，发现导管尖端被小凝血块阻塞，可进一步证实导管有误入血管可能，局麻药直接注入血管而导致局麻药中毒。由于发现早、处理及时，才避免重大医疗事故发生。

小结：本病例提醒我们，为预防将局麻药直接注入血管内，可采取以下措施：①导管放置就位后注局麻药前应抽吸，验证有无血液；②导管及盛有局麻药的注射器内如有血染，应警惕导管进入静脉的可能性；③注药时应缓慢并时刻密切观察病人对局麻药的反应及生命体征的变化。

(收稿：2000-12-04)

* 作者单位：100071 北京军医学院外科教研室

上肢多发伤漏诊肩关节脱位一例

候海斌* 袁新建* 史盛梅** 杜胜利*

一、临床资料

病例：男，33岁，因"车祸致左上肢肿瘤，畸形，伴活动受限5h"入院。查体：左上肢肿胀明显，左臂中段，左尺骨上段可及异常活动度及骨擦感，左手小鱼际部有一长约10cm的纵形伤口，向掌背侧潜行剥脱约2cm。左肩、肘、腕关节均活动受限。X线检查示(未包括肩关节)：左肱骨中段及左尺骨上段骨质断裂，断端明显错位，左桡骨小头向前侧移位，左桡骨茎突骨质断裂，但无错位。入院诊断：①左肱骨中段骨折；②左孟氏骨折(Bado Ⅰ型)；③左桡骨茎突骨折；④左手皮肤撕裂伤。入院后急诊给左手皮肤剥脱伤清创缝合。10d后待左上肢肿胀部分消退后，行左肱骨骨折左孟氏骨折切开复位内固定术，手术顺利、术后复查X线片示(含肩关节)：骨折部对位，对线良好，固定可靠。左肩关节解剖结构紊乱，左肱骨头向关节盂后滑脱，提示：左肩关节后脱位。即在臂丛麻醉下行左肩关节后脱位手法复位，但复位失败，遂后行切开复位，手术顺利，术后4周行左上肢功能锻炼。

二、讨论

肩关节是全身关节脱位中最常见的部位之一。但肩关节脱位合并肱骨干骨折及前臂骨折此种组合损伤较少见。分析此例肩关节漏诊原因：①患者左上肢为多发伤，左肩关节损伤的疼痛被肱骨干骨折及前臂骨折的疼痛所掩盖，忽视了对左肩关节的详细检查。②左肩关节后脱位时"方肩"畸形不明显，而其肩前方变平，肩后较突出，喙突和肩峰较正常明显的体征因伤后左肩关节肿胀故表现不明显。且脱位后的肩关节活动受限亦被左肱骨骨折后所引起的左肩关节活动受限掩盖。③由于入院时接诊医生经验不足，未考虑肩关节脱位可能，满足于骨折的发现，未行左肩关节X线检查。因此，对上肢多发伤及肩部外伤患者，要考虑到肩关节脱位的可能，特别是对"方肩"畸形不明显的后脱位及盂下脱位，查体务必严格、认真，应常规给予行X线检查，以防漏诊，延误诊治，丧失手法复位的最佳时机，影响肩关节功能，使治疗费时费力，增加患者痛苦。

(收稿：2001-03-07)

* 作者单位：716000 陕西省延安大学医学院附属医院创伤中心
** 延安大学附属医院放射科