维普资讯 http://www.cqvip.com

3.小结

我科对18例患者应用了套管针，在应用套管针过程中，我们不断从操作上进行研究与探讨，尤其对穿刺难度较大的患者，我们尽量做到一针见血。一是减轻痛苦，二是提高抢救成功率，三是套管针的应用为患者进手术室前做了充分的准备，减少再穿刺的麻烦，同时可避免由于活动头皮针脱出血管而影响治疗。总之，套管针的应用给我们急诊科带来很多优点，从护理角度为医疗组提供更大的方便，为抢救赢得时间、提高了抢救成功率。

（收稿：2000-10-23）

异丙酚-氯胺酮复合静脉麻醉用于烧伤病人的体会

严 英*

异丙酚是一种新型的静脉麻醉药，具有镇静催眠作用迅速、时效短、可控性强及苏醒迅速而舒适的优点，但其镇痛作用较弱。阈下剂量的氯胺酮有较强的镇痛作用及交感兴奋作用。本文旨在观察连续静脉滴注异丙酚与氯胺酮复合液用于烧伤手术中的临床效果。

一、资料与方法

1.一般资料：选择ASAⅠ～Ⅱ级烧伤手术病人30例，男18例，女12例，年龄4～68岁，平均30.4岁。随机将病人分为异丙酚-氯胺酮组（A组）和氯胺酮组（D组），每组15例。

2.麻醉方法：术前30分钟均肌注苯巴比妥钠2mg/kg、阿托品0.01mg/kg。入室后，A组诱导用异丙酚2mg/kg、氯胺酮1mg/kg；D组用氯胺酮1.5mg/kg，均稀释后30秒内匀速静注。A组用5%葡萄糖注射液把异丙酚洗释成1mg/ml、氯胺酮洗释成0.5mg/ml的混合液；D组用5%的葡萄糖注射液把氯胺酮洗释成1mg/ml的液体。A组以4ml/kg/h的滴速连续静脉滴注维持麻醉；D组以3.5ml/kg/h的滴速连续静脉滴注维持麻醉，术中根据病人对手术刺激的反应调整滴速。术毕停止用药。术中保留自主呼吸并面罩给氧，流量4升/分。麻醉开始至恢复清醒时间用惠普多功能监护仪监测病人MAP、HR、ECG、SPO_2。记录麻醉起效时间和恢复过程中呼之睁眼，清醒的时间，术后24h内随访。监测结果均经统计学处理。

二、结果

A组病人异丙酚用量（287.3±36.8）mg，氯胺酮用量为（143.7±18.52）mg。D组氯胺酮用量为（201.9±17.49）mg。A组氯胺酮用量比D组明显减少，约40%。A组麻醉前后MAP和HR变化不显著，无统计学意义（$P>0.05$）；而D组麻醉后MAP由（12.66±0.68）kPa升高至（14.14±0.78）kPa，有明显差距（$P<0.01$），HR由原来（79.7±8.23）bpm升高至（97.8±12.3）bpm，有显著的统计学意义（$P<0.01$）。两组术中均未行气管插管，无明显呼吸抑制发生，SPO_2保持在98%以上。A组用药后起效时间、恢复清醒时间明显快于D组（$P<0.05$）。A组起效时间和恢复清醒时间分别为（50.78±8.48）s和（9.48±1.52）min；D组分别为（1.08±0.32）min和（28.74±3.24）min。A组清醒后无谵妄、躁动，D组清醒后有3例发生躁动。

三、讨论

阈下剂量的氯胺酮有较强的镇痛作用，但睡眠作用不明显且副作用多。异丙酚有良好的镇静催眠作用，复合氯胺酮两者在镇痛、镇静及催眠方面有协同和互补作用，可增强麻醉效果；本文结果显示A组在血流动力学上稳定，起效和苏醒时等方面明显优于D组。

两组病例术中虽无呼吸抑制发生，但异丙酚和氯胺酮均有明显的呼吸抑制作用，在术中仍应密切注意呼吸道的通畅度、呼吸频率、幅度和SPO_2。

（收稿：2000-10-26）

* 作者单位：312000 浙江省绍兴市第二医院麻醉科

直肠癌术中骶前静脉大出血的处置与预防

王 新* 周 昱* 王 博*

直肠癌是消化道常见恶性肿瘤之一，近几年有逐渐增长趋势，目前手术治疗是治愈直肠癌的有效手段。常见术式为腹会阴和经腹直肠癌根治术，在盆腔操作时常出现骶前静脉大出血，特点是出血量大、速度快，常引起病人死亡。本文介绍我科14例骶前静脉大出血的处置方法，并从解剖学角度对预防这一并发症的措施进行了探讨。

一、资料和方法

1.一般情况：1987年～2000年1月我院共收治直肠癌210例，其中发生骶前静脉大出血14例（6.9%），男9例，女5例。年龄25～80岁，平均51.3岁。肿瘤距肛门7厘米以内者10例，7～10厘米者4例。手术方式：腹会阴直肠癌根治术10例，经腹直肠癌根治术4例。输血800～2000毫升。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一临床医院肿瘤外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.方法：全部病例均采用了圆钉压迫止血、骨蜡止血和油纱布填塞止血方法。采用的圆钉为普通圆钉，使用时暴露骶前间隙，吸净积血、缓慢暴露出血处、将圆钉钉于出血处，直至彻底止血。

二、结果

我科对14例骶前静脉大出血的患者采用上述措施，有9例成功，另外5例不成功者采用骨蜡填塞止血，均告失败、最后采用油纱布填塞止血，填塞采取逐层进行、并关闭盆底腹膜，手术后第8天由会阴部将油纱布取出，均获成功。

三、讨论

骶前静脉丛大出血是直肠癌手术危急的并发症之一，约占直肠癌切除术的3～5%。死亡率10～20%、一些学者报道死亡率可达50～80%，是手术死亡的直接原因。

自1940年Botson首次全面地描述了椎静脉系形态以来，椎静脉系的解剖愈来愈引起学者们重视，相继一些学者通过骶静脉丛血管分布的解剖学研究，以期为临床提供详尽的形态学资料，揭示直肠癌切除术并发骶前区凶猛出血的解剖学因素。通过多年不懈努力，目前大多数学者认为骶前静脉丛解剖学特点是造成直肠癌术中骶前静脉大出血的根本原因。因为：①解剖因素：骶前静脉丛是椎静脉系统的尾端部分，该静脉系统是一个缺乏静脉瓣、相互沟通的静脉网，除引流椎管内血流外，还回流脊柱、椎旁肌及神经根的血流。术中麻醉下静脉系统处于扩张状态、容纳了更多血量，骶前静脉丛有许多血管通过骶骨前面的骨孔进入骶骨内，这些血管一旦断裂出血异常凶猛，而且残端可能缩入骨孔内，给止血造成极大困难。②病变因素：直肠癌可使直肠周围组织粘连或浸润，解剖不清、血管脆弱曲张。有时肿瘤直接侵蚀血管、稍有不慎即可损伤出血。③手术操作因素：由于术区狭窄、深在、直视条件较差，若解剖关系不清，过分钝性分离，或在非直视下强行分离，或分离直肠后壁过于贴近骶前筋膜，使其间的脂肪和结缔组织完全剥脱均可造成大出血。从我科出现的这14例出血病人分析，肿瘤大小、肿瘤位置和操作人员解剖关系的掌握程度是决定有无并发症发生的重要因素。在这14例病人中均属中晚期癌肿，肿瘤位于后壁者居多，术中盲目分离骶骨直肠间隙、撕破骶前筋膜后损伤了骶前静脉而致出血。

我们体会骶前静脉大出血应立即圆钉压迫止血，如失败应改用油纱布压迫出血。预防骶前静脉出血的发生最主要是要找准骶骨直肠间隙、手术操作应在骶前筋膜与直肠固有筋膜间的骶前间隙中进行。并且采用锐性分离，盲目采用钝性分离易撕破骶前筋膜而损伤骶前静脉。

（收稿：2000-10-26）

第四脑室囊虫病的诊治体会

刘晓东* 田振宇* 陈 峰*

一、临床资料

我们自1990年12月至1999年12月共收治四脑室囊虫病35例，男21例，女14例，年龄15～54岁，平均31岁。病程最短7天，最长3年。临床表现：头痛、恶心、呕吐31例，强迫头位5例、共济障碍3例、视物模糊和视乳头水肿21例、皮下结节2例。35例病人均查大便绦虫卵和血液、脑脊液囊虫免疫试验，头部CT、增强CT扫描10例，MRI检查15例、脑室造影CT检查6例。

二、结果

脑室造影CT检查6例均确诊为四脑室囊虫病，大便检查绦虫卵、血液和脑脊液囊虫免疫试验、头颅CT、MRI者有三例误诊为交通性脑积水。确诊为四脑室囊虫病32例、均行后颅窗开颅术、四脑室囊虫摘除。误诊为交通性脑积水3例，行侧脑室-腹腔分流术，术后症状好转，分别于出院后10天、12天、30天因呕吐，共济障碍、强迫头位再次就诊、诊断为四脑室囊虫病，行四脑室囊虫摘除术后治愈出院。

三、讨论

四脑室囊虫病可引起脑脊液循环梗阻，而致脑积水和颅内压增高。临床表现有头痛、呕吐，视物模糊和视乳头水肿、典型者可有强迫前倾头位、颈强直及共济障碍。当急速转动头位时，游离的囊虫突然阻塞脑脊液通路，并刺激第四脑室底部、病人会当即出现剧烈眩晕、呕吐或伴有循环和呼吸障碍。检查皮下结节，大便查绦虫卵、奎肯氏试验，血液和脑液囊虫免疫试验均可为阴性结果，CT、MRI检查显示四脑室扩大，由于囊虫囊液和脑脊液在CT值上近似，且增强扫描无强化、故囊虫本身在CT上不易显示，因脑脊液循环梗阻而发生梗阻上方脑室扩大，易误诊为交通性脑积水，MRI检查对四脑室囊虫病诊断率不高，可见第四脑室类球形扩张，信号较均，与脑脊液不同，幕上脑积水。误诊为脑积水3例，行侧脑室-腹腔分流术后症状无明显好转、复查CT、MRI示幕上脑室扩张明显好转，而四脑室仍扩大才考虑到四脑室囊虫病。脑室造影CT扫描能够清晰显示囊虫的征象。除导水管以上脑积水外，第四脑室可见充盈缺损，有时所有四脑室内可同见囊虫影象或钙化点。本组6例行脑室造影CT检查者全部确诊。分析误诊误治原因：①对四脑室囊虫病认识不足；②询问病史及查体不细致；③辅助检查不全面。今后工作中应提高对四脑室囊虫病的认识，常规检查未能确诊囊虫病，而又怀疑四脑室囊虫病者应行脑室造影CT检查，在基层医院多数已具备CT的条件下、此方法简便易行，防止误诊。

（收稿：2000-10-08）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院外科