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