维普资讯 http://www.cqvip.com

比较无明显差异。2例创伤所致隐睾患者中,1例睾丸复位后随访2年无异常、1例隐睾恶变切除后1年双肺转移死亡。余3例手术所致隐睾患者经手术将睾丸复位到有袋中下部、随访12个月无异常.

三、讨论

1.后天性隐睾是指患者出生时睾丸大小及质地正常,因某种原因如手术、炎症、创伤、肿瘤等所致睾丸上移于腹股沟或腹腔。分析本组8例病因,其中有2例系创伤所致,钝性外力突然作用于患侧阴囊,阴囊内容飞速上移突破鞘膜,嵌顿于腹股沟区,受伤当时局部剧烈疼痛,睾丸挫伤、出血、粘连,不能复位。首诊医师未能发现,其中1例漏诊达3年之久,致使睾丸恶变切除。另1例漏诊3月后发现,手术治愈。另外6例隐睾与手术直接相关(医源性)。分析原因多与腹股沟区手术操作不当、动作粗暴、术中上拉精索及睾丸,结扎精索静脉时精索扭曲、折叠、局部固定、剥离及切除疝囊、精索鞘膜或修补腹股沟管前后壁时缝合不当,致使睾丸位置上移,术后未能及时复位,术后瘢痕挛缩、粘连均可造成隐睾。追问病史,6例医源性隐睾均系青年医师缺乏手术经验、轻视疝、精索鞘膜积液、精索静脉结扎为小手术,操作失误所致。近年来我们针对该种情况强调正规手术操作,上级医师指导、术中尽量不牵拉睾丸,或嘱助手固定睾丸于阴囊。若术中睾丸被上拉至切口,应将睾丸妥善复位,避免扭转及损伤。采取上述方法、基本避免了因操作不当所致医源性隐睾的发生。

2.创伤性及术后医源性隐睾若发现,即应立即治疗。位置靠近阴囊者,经体外徒手间断轻柔牵引、推拉、局部理疗、热敷,甚至精索阻滞麻醉手法复位,有一部分可以降入阴囊。我们体会若经上述方法治疗2月以上无效,应立即手术复位,以免影响睾丸发育。治疗效果与病程长短密切相关。本组1例创伤性隐睾3年余,术中发现睾丸有结节样肿大,切除后病检为胚胎癌,而其余7例因病程较短、睾丸大小及硬度基本与健侧无异。

3.创伤及术后隐睾的手术治疗与先天性隐睾相同。患者因有外伤有手术史,腹股沟区解剖结构多有变异,睾丸及精索与组织互相粘连,术中应首先解剖精索及睾丸,注意保护输精管及精索血管。应在睾丸被膜外细心分离,精索应彻底松弛。尽量在睾丸鞘膜间分离至阴囊底部,将睾丸复位。必要时睾丸与阴囊皮肤缝针固定,以防扭转。一般无须牵引,很少术后回缩。本组患者随访1~3年、均未见明显回缩现象。

总之、对创伤性隐睾症及时诊断与治疗,早期处理,避免漏诊。而术后隐睾则是可以经过完善技术而避免发生的,应重在预防,以减少病人不必要的痛苦。两种隐睾症的治疗,效果满意、明显优于先天性隐睾。

(收稿:2000-03-22)

170-171 药物穴位注射 麻醉 甲状腺 的手术 47

药物穴位注射麻醉用于甲状腺手术的探讨

樊长川* 杨再隆 罗康战* R653

近几年来,我院采用药物穴位注射麻醉用于甲状腺手术取得满意效果,现报道如下。

一.临床资料

1.一般资料:男性9例,女性31例,年龄24~58岁。甲状腺囊肿12例,甲状腺腺瘤24例,甲状腺功能亢进4例、术后均作病理检查证实。

2.方法:术前常规准备,肌注东莨菪碱0.3mg,鲁米那钠0.1g。入室后选择上肢双侧合谷、内关穴定位。用2%碘酊和75%乙醇消毒,用备好药物(10ml注射器,22号长2.5cm针头,抽吸哌替啶100mg,异丙嗪50mg,生理盐水2ml)先在左手合谷穴行针刺、待患者自觉酸、麻、胀后、回抽无血液注入混合液1.5ml。拔针后、换一针头在同侧内关穴注入混合液1.5ml。再以同样方法在右手合谷和内关穴行针刺注药。注药后按压各注药穴位其酸,麻、胀感各约2分钟,并按摩病人双侧太阳穴约10分钟。密切观察病人血压、脉搏、呼吸的变化。

3.结果

注药后按摩太阳穴约10分钟后,麻醉开始起效、针刺病人术野疼痛消失后,术者开始消毒。麻醉评估以手术开始切皮肤为最后评价标准。分为良好、满意、欠佳和无效四个等级:①痛觉完全消失、切开皮肤毫无感觉为良好;②痛觉消失、切开皮肤有感觉为满意;③痛觉迟钝,牵拉不能忍受,需辅助其它药物为欠佳;④用手术镊夹术野皮肤、疼痛明显,无法切开皮肤而需改用其它麻醉者为无效。结果:良好28例占70%,满意8例占20%,欠佳3例占7.5%、无效1例占2.5%。术中病人清醒、语言对答清楚。1例术中出现兴奋、烦躁,血压升高、心率增快,静滴安定10mg,吸氧,约10min症状消除,病人安静入睡。术后当天下午随访无呼吸困难和其它不适。本组病例中24例返病房后入睡约3~5h,16例无睡意,无1例出现其它不适和并发症。麻醉持续时间最长5h、最短2h。

二、讨论

甲状腺手术多采用颈丛神经阻滞和局部麻醉,由于颈丛神经阻滞深支常采用单侧阻滞、术中牵拉时疼痛难忍,给病人带来很大痛苦。局部麻醉使局部组织水肿,术中受到影响。50年代后期,甲状腺手术采用针麻曾取得了一定效果,但经总结仍有一些镇痛不全和操作不便等不足。根据中医学中的辨证施治、以"循经取穴"的方法,通过针刺和药物同时作用下,达到较

* 作者单位:557400 贵州省从江县民族医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

为满意的合谷乃手阳明大肠经要穴，手阳明大肠经缺盆部支脉上走颈部；再配合"辩证取穴"的方法、取手厥阴心包经要穴内关。

所有派替啶属中枢性镇痛药，能解除或减轻疼痛并能改变对疼痛的情绪反应。异丙嗪为镇静安定类 H_1 受体阻滞药，对中枢神经系统有抑制作用，并能增强镇痛药的镇痛作用。在2种药的作用下加强了效果，起到了互补作用。

针刺穴得气后，注入药物，并经按压刺激能使麻醉起效快，缩短了诱导期，持续时间长。通过40例手术观察，药物穴位注射麻醉，避免了颈丛阻滞不全的缺点，同时也消除了全麻后病人无法与术者配合语言的麻烦，提高了手术的安全系数。本麻醉方法操作简单、易掌握、经济便利，无需特殊设备的条件。适合于基层医院推广应用，亦可在大、中型医院鉴别应用。也可用于中其它手术的麻醉。但应注意哌替啶、异丙嗪均经肝脏代谢，肝功能不全、老年及身体素质欠佳者应慎应，心肺功能不全和休克病人禁用。

（收稿：2000-04-26）

心肌减容术的心肌保护

王滨兰* 鹿存玲* 刘 阳*

体外循环中的心肌保护是心脏手术成败的重要因素之一。良好的心肌保护有助于术后的心脏复苏顺利，特别是巨大型心脏，心功能不全的患者，心肌保护尤为重要。本文介绍2例心脏减容术心肌保护的体会。

一、临床资料

孙××，男性51岁，患风湿性心脏病20余年，不能平卧，下肢浮肿，心律不齐，X线片心脏巨大，心胸比例为0.95，二尖辨和三尖辨大量反流，术前诊断为风湿性心脏病，二尖辨关闭不全，三尖辨关闭不全、房颤，心功能Ⅱ级，1999年7月27日，在全麻体外循环下行二尖辨替换术、左心室肌切除（长9cm 宽45cm 重35g）左房折叠，左心耳结扎术，三尖辨环缩术，手术总循环时间为180分，主动脉阻断120分，术中动脉灌注压维持在80～95mmHg，术后30瓦秒电除颤一次复跳，术后一个月心胸比例为0.80。

患者王××，女性41岁，心悸气短，咳嗽咳痰8年，诊断扩张性心肌病，二尖辨关闭不全，房颤，心功能Ⅲ级，1999年9月23日在全麻体外循外下行左室减容术（切除左室心肌长7cm，宽28cm 重14g）二尖辨成形术。手术总循环时间为115分，主动脉阻断时间为63分，术中动脉灌注压在70～90mmHg之间，术后自动复跳恢复良好。

对以上二例患者体外循环手术中的心肌保护方法，我们采取了如下措施。

1.采用日本进口膜肺，减少气血界面对细胞的破坏，氧合效果好，血液稀释在HCT20%左右，动脉灌注压70～95mmHg，使重要的组织器官得到良好的灌注，避免了组织缺氧的产生的酸性产物对心肌的损害。

2.降温方法是血流降温加心脏局部冰盐水降温，术中的鼻咽温在25～27℃之间，降温时水温与血流的温差不大于12°，复温时温差不大于10°，缓慢的降温可防止快速了温的产生的心肌颤的所带来的不必要的氧耗，巨大型心脏手术采用深低温循环与减少组织的需氧量。

3.心脏停跳液的灌注，第一例患者主动脉阻断为120分，根据病人150ml/kg计量，首次给予高钾晶体冷停跳液灌注1 000ml，次后每隔20分钟灌注一次四比一含钾冷氧合血，量为首次半量。此患者的总灌注量为2 500ml。第二例病人，主动脉阻断时间63分，首次灌注量为800ml 高钾冷停液，第二次灌注含钾冷氧合血300ml，由于心电监测仍有心肌活动，15分钟后我们用含钾冷氧合血缓慢持续低流量灌注。压力为50～80mmHg，其量为450ml，总量1 550ml。

二、讨论

通过上述方法，对巨大型心脏，心胸比例超过75%的心脏减容术患者，心肌保护的好坏对开放循环后的心脏顺利复苏起到关键性作用。除其它因素外，用含钾氧合血灌注，可以使心肌在停跳手术过程中的有氧代谢代替无氧代谢，从而达到保护效能的作用。另外能缓解因低温高钾冷停跳液导致的冠状动脉痉挛所产生的心肌降温不均匀，改善心肌对缺氧的耐受性，避免了心肌水肿，灌注的压力和量还要根据压力表和心电的监测来控制以无心肌电活动为标准，只有这样才能减少氧耗，开放循环后，心肌收缩有力，术后恢复良好。

心脏减容术，目前在我国还刚刚起步，这是一种高、新、难的手术，这类患者如心肌病或风心病，多年后引起心肌劳损、心衰、或是等待同种异体心脏移植术，这要受到多种条件的制约，如经济条件，适合的供体，更重要的是时间，有的病人往往在等待中死亡，心脏减容术，是当前治疗终末期心脏病的新方法，大心脏变小，功能增强、胸腔扩大，肺的通气功能得到明显改善，生活技师明显提高，同时给这类病人带来了生活的希望。

（收稿：2000-03-02）

* 作者单位：150001 哈尔滨市哈尔滨医科大学第一临床学院心血管外科