DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.08.019

[J]. Nephrol Dial Transplant, 1999, 14(suppl 1): 42-44.
[2] Ishizaki M, Masuda Y, Fukuda Y, *et al*. Experimental mesangioproliferative glomerulonephritis in rats induced by intravenous administration of anti-thymocyte serum[J]. Acta Pathol Jpln, 1986, 36(8): 1 191-1 203.
[3] Peters H, Wayne A, Border, *et al*. Targeting TGF-β overexpression in renal disease: Maximizing antifibrotic action of angiotensin Ⅱ blockade[J]. Kidney Int, 1998, 54(5): 1 570-1 580.
[4] Wolf G, Ziyadeh F N. Renal tubular hypertrophy induced by angiotensin Ⅱ [J]. Semin Nephrol, 1997, 17(5): 448-454.
[5] Wolf G, Haberstroh U, Neilson E G. Angiotensin Ⅱ stimulates the proliferation and biosynthesis of type I collagen in cultured murine mesangial cells[J]. Am J Pathol, 1992, 140(1): 95-107.
[6] Li J, Zhou G, Yu L, Wang H. Renal protective effects of blocking the intrarenal renin-angiotensin system[J]. Hypertens Res, 1999, 22(3): 223-228.
[7] Leehey D J, Singh A K, Alavi N, *et al*. Role of angiotensin Ⅱ in diabetic nephropathy[J]. Kidney Int, 2000, 58 (Suppl 77): 93-98.
[8] Seikaly M G, Arant B S, Seney F D. Endogenous angiotensin concentrations in specific intrarenal fluid compartments of the rat[J]. J Clin Invest, 1990, 86(4): 1 352-1 357.

(编辑 郭建秀)

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2002)08-0918-01

1 例巨大胸腹囊肿切除术的麻醉处理

Anesthetic management in a case of resection of giant chest-abdominal cyst

钟河江, 史 忠 (第三军医大学附属新桥医院麻醉科, 重庆 400037)

腹部巨大囊肿合并胸部巨大囊肿的病例临床上较少见, 其麻醉处理有特殊性。现将我科对1例巨大胸腺囊肿切除术的麻醉处理报告如下。

1 资料与方法

一般资料: 患者男性, 39岁, 体重71.5kg, 因发现腹部巨大包块10余年入院。查体见腹部膨隆成球形, 直径为30 cm×25 cm大小, 腹壁静脉无明显曲张。左肺呼吸音低, 气管向右偏移。CT示腹部巨大囊性占位, 最大直径29 cm×26 cm, 胸片提示左胸腔巨大包块, 胸部B超示左侧胸腔巨大囊性占位伴积液, 最大直径为15.0 cm×15.1 cm。心功能Ⅲ~Ⅳ级, 肺功能受损。ASA Ⅳ级。各项化验检查正常。BP 18/12 kPa、HR 82次/min、RR 18~22次/min。

麻醉方法: 术前30 min肌注东莨菪碱0.3 mg。入手术室后取头高卧位, 以1%丁卡因行咽喉粘膜表面麻醉并经环甲膜穿刺用1%丁卡因2 ml行气管粘膜表面麻醉, 静注氟芬合剂1/2单位、咪唑安定10 mg后行气管插管, 气管插管成功后行桡动脉穿刺测BP; 颈静脉穿刺置双腔管测CVP, 并置尿管监测尿量。术中控制呼吸, VT 300ml、RR 25次/min, 并根据术中动脉血气分析指标及时调整, 以1%普鲁卡因复合异丙酚、芬太尼及维库溴铵连续静滴, 间断吸入1%~2%安氟醚及静注芬太尼维持麻醉。持续监测ECG、血压、CVP、体温和SpO_2。术中每隔1 h查血气、生化指标。术中从囊肿中放液共17 600 ml, 共输血2 400 ml, 血定安1 500 ml、林格氏液2 000 ml、生理盐水1 000 ml。患者术中一般情况基本稳定, 手术历时11 h 40 min。术毕患者清醒, 呼吸、循环稳定, 拔管后送回病房。

2 讨论

腹部巨大囊肿合并胸部巨大囊肿的病例较少见, 本例患者病史较长, 因腹部及胸部囊肿较大, 横膈明显上抬, 左肺严重受压, 已经形成肺不张, 并且纵隔向右移位, 心脏向右偏移, 大血管发生扭曲, 心功能受损。由于纵隔右移, 气管也向右偏移, 增加气管插管的难度。故在本例麻醉中有以下体会: ①注意术前用药, 因本例肺功能较差, 横膈明显上抬, 左肺不张, 少用或不用镇静药物以免影响呼吸, 造成呼吸抑制。②保留自主呼吸行气管插管, 患者进入手术室后采用头高卧位[1], 以1%丁卡因充分行咽喉及气管粘膜表面麻醉, 并辅以镇静药物行气管插管, 这样有利于避免发生呼吸、循环系统骤变或其他并发症。③由于左肺不张, 故先采用减少潮气量, 增加呼吸频率的通气方式, 当术中放液后采用逐渐增加潮气量, 减少呼吸频率的通气方式, 并在术中多次查血气及时调整。④术中探查、放囊内液体及搬动囊肿等操作过程中, 要严密监测, 放液速度宜慢, 一方面要防止因腹内压骤减, 右心回血量突然增加, 导致前负荷骤增而诱发急性肺水肿; 另一方面要防止可能因腹主动脉的压迫突然解除后, 负荷突然降低而导致血压骤降, 心率增快。因此, 术中要严密监测, 准确判断心脏前、后负荷的增减, 及时调节血容量平衡[1~3]。⑤手术时间冗长, 容易发生水、电解质及酸碱平衡紊乱, 故术中宜加强有关监测指标, 保证生命体征的平稳。此外, 要考虑到药物半衰期及相互作用, 防止用药过量造成不良后果。⑥由于病史长, 囊肿与周围组织严重粘连, 分离过程中渗血较多, 为避免因大量输入库存血导致枸橼酸中毒、高血钾、血小板减少、凝血功能障碍等并发症, 术前应备一定量的新鲜全血待用, 并对输入体内的血液制品和各种液体事先采用加温处理。⑦由于患者左肺不张, 肺功能严重受损, 故麻醉后需待呼吸、循环稳定, 病人意识清醒后再送回病房。

关键词: 胸腺囊肿; 麻醉处理
中图法分类号: R614; R730.56 文献标识码: B

参考文献:

[1] Miyawaki J, Shono S, Goto H, *et al*. Anesthetic management of a patient with a huge ovarian tumor[J]. Masui, 2000, 49(5): 552-554.
[2] Nishiyama T, Hanaoka K. Same day drainage and removal of a giant ovarian cyst[J]. Can J Anaesth, 1997, 44(10): 1 087-1 090.
[3] 刘俊杰, 赵 俊 主编. 现代麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 796-797.

(编辑 薛国文)

作者简介: 钟河江(1973-), 男, 四川省资阳市人, 硕士研究生, 医师, 主要从事心血管麻醉方面的研究。电话: (023)68755000-74683
收稿日期: 2001-06-12; 修回日期: 2001-10-28

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net