DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.05.016

tic回归模型分析均没有显示出肿瘤部位、肿瘤TNM分期、手术切除方式、重建器官、吻合方式、吻合部位等指标是与食管癌手术死亡率相关的危险因素。

本研究选取通用的logistic回归模型进行多因素分析，符合多重危险因素的流行病学分析，不仅有效的控制了混杂因素，处理截尾数据，而且分析了观察指标的作用强度和方向，对指导临床有一定帮助。

参考文献：

[1] Lee R B, Miller J L. Esophagectomy for cancer[J]. Surg Clin North Am, 1997, 77(5): 1 169—1 174.
[2] Muller J M, Erasmi H, Stelzner M, *et al*. Surgical therapy of oesophageal carcinoma[J]. Br J Surg, 1990, 77(6): 845—849.
[3] 蒋耀光，范士志，王如文，等. 食管及贲门癌术后肺部并发症及吻合口瘘的防治[J]. 四川医学, 1993, 3(2): 135.
[4] Nagel M, Saeger H D, Trede M. Results of treatment of esophageal cancer[J]. Zentralbl Chir, 1994, 119(4): 225—235.
[5] Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, *et al*. Esophageal cancer[J]. Curr Probl Surg, 1997, 34(10): 790—819.
[6] Zhang G H, Fujita H, Yamaha H, *et al*. A prediction of hospital mortality after surgical treatment for esophageal cancer[J]. Surg Today, 1994, 24(2): 122—127.
[7] 蒋耀光. 经颈、胸骨劈开及腹部径路食管胃吻合术[A]. 见：黎介寿，吴孟超 主编. 手术学全集. 胸心外科卷[M]. 北京：人民军医出版社, 1995. 352—354.

（编辑 汪勤俭）

文章编号：1000-5404(2001)05-0529-01

个案与短篇

1例胸腹联体婴儿分离术的麻醉

Anesthesia for the separation of a conjointed twins in thoraco-omphalopagus

李 洪，吴悦维，史 忠，杨天德，杜智勇，钟河江，罗 刚 （第三军医大学附属新桥医院麻醉科，重庆 400037）

联体婴儿均为男性（32周，剖腹产），术日为出生后95 d，甲、乙两婴共重9.40 kg，甲婴体形稍大，乙婴稍小。两婴连接部为胸骨中部至脐，联体周径为38 cm。CT、MRI和B超提示心脏相互独立，乙婴心脏突入到甲婴胸腔内，心脏疑有相连。甲婴右心室增大、房间隔缺损（直径6.2 mm）；乙婴有动脉导管未闭。两婴肝实质融合，连接部直径约8～10 cm。

麻醉处理：术前常规禁食、禁饮，入室后取其自然卧位，手术间温度维持在24～28 ℃。两婴分别肌注东莨菪碱0.1 mg、氯胺酮40 mg，入睡后分别行足背动脉穿刺直接监测动脉压，大隐静脉切开置管，用于输液和监测中心静脉压（CVP）。两婴分别静脉注射氟哌啶0.26 mg/kg、万可松0.85 mg/kg、芬太尼40 μg/kg，经鼻气管插管，分别用Ohmeda Aestiva300型麻醉机行定压通气控制呼吸（压力设定为21～23 cmH_2O、R 35/min），维持$P_{ET}CO_2$为35～37 mmHg（4.67～4.93 kPa）。万可松34 $\mu g\cdot kg^{-1}\cdot h^{-1}$、芬太尼2.5 $\mu g\cdot kg^{-1}\cdot h^{-1}$持续滴注维持麻醉。术中连续监测血压、心电图、气道压、呼气末CO_2浓度、氧饱和度、体表温度，留置胃管、尿管，定时查血气、电解质，严密记录血、液体出入量。根据失血情况输注全血和调整输血速度。手术历时7.5 h，术中两婴共出血约380 ml，甲婴输血260 ml、液体325 ml，乙婴输血150 ml、液体310 ml，血压维持在12～15.3/8～10.6 kPa。术毕两婴分别送至ICU，呼吸支持至术后3 d拔管。

讨论

联体婴儿在新生儿期行分离术的成活率仅为50%，出生4个月后手术成活率提高到90%，出生后6～12月手术最理想[1]。本例手术是在出生后3个月左右进行的，风险较大。

Chen等[2]报道的3例有先天性心脏病的联体婴儿分离术，无1例同时成活。本例联体婴儿除有心包融合、严重心脏移位、异位外，尚并存有房间隔缺损、动脉导管未闭等先天畸形，术中极易出现严重的血流动力学紊乱和心律失常，甚至心跳骤停，麻醉的诱导及术中管理极为困难。我们采取两婴同时给药，减轻了因循环交叉、麻醉药分布异常对机体的影响，麻醉诱导较为平稳；离断肝脏时出血量大（超过总血容量的50%），通过及时、适量的输血、补液，避免了严重的血流动力学紊乱。

联体婴儿可能并存多处器官、组织的发育异常。本例联体婴儿喉部发育较差，加上联体畸形因素，气管插管较为困难，特别是乙婴分离后胸、腹部皮肤缺损面积大，既要还纳突出的心脏，又要关闭腹腔，导致关闭胸腹腔后气道压由原来的25 cmH_2O上升到63 cmH_2O，出现通气困难。经间断静注万可松加强肌松后，气道压才降至33 cmH_2O左右。我们体会，对联体分离术后皮肤张力高的婴儿，应用肌松剂、通过一段时间的呼吸支持，有助于增加胸腹壁顺应性和改善呼吸功能。

由于需大量出血、输血，维持水、电解质和酸碱平衡非常重要。其中甲婴输血260 ml后出现高血钾（血钾5.6 mmol/L）和代谢性酸中毒（pH 7.21），通过补碱、补钙才得以纠正；维持体温正常也是麻醉成功的重要因素，体温过高、过低均将影响婴儿的呼吸、循环功能，长时间胸腹腔开放、大量的输血、补液都可使体温迅速降低。本例患儿手术中的皮温保持在34～36 ℃，保证了循环、呼吸功能的稳定。

关键词：联体婴儿；分离术；麻醉
中图法分类号：R726.142 文献标识码：B

参考文献：

[1] O'Neill J A Jr, Holcomb G W III, Schnauffer L, *et al*. Surgical experience with thirteen conjointed twins[J]. Ann Surg, 1988, 208(1): 299—312.
[2] Chen T L, Lin C J, Lai H S, *et al*. Anesthetic managements for conjointed twins with complex cardiac anomalies[J]. Cancer J Anaesth, 1996, 43(11): 1 161—1 167.

（编辑 郭建秀）

作者简介：李 洪（1970—），男，重庆市人，硕士，主治医师，讲师，主要从事体外循环心脏手术的麻醉与心肌保护方面的研究。电话：（023）68755634
收稿日期：2000-09-13；修回日期：2001-01-05

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