

部阻塞后, 阑尾粘膜分泌液潴留在阑尾腔内所致。当患者有右下腹隐痛不适病史, B 超及 CT 提示右下腹囊液性肿块并与周围组织界限清楚时, 均应考虑此病。并注意与卵巢囊肿, 慢性阑尾炎并阑尾周围脓肿及其他阑尾肿瘤相鉴别。必要时可行钡剂灌肠以明确诊断, 其典型表现是末端回肠和盲肠间有一占位病变, 回肠和盲肠被推移压迫。最终确诊仍需要靠术中证实和术后病理检查。

2、对阑尾粘液性囊腺瘤的治疗, 原则上是完全切除病灶。对阑尾根部受累或与盲肠粘连的可切

除部分盲肠。对囊肿较大有可能恶变的需行回盲部切除或右半结肠切除。同时, 由于阑尾粘液性囊腺瘤的外观与阑尾粘液性囊腺癌无明显区别, 而后者若溃破后可腹膜种植形成腹膜广泛性假粘液瘤, 导致肠粘连、肠梗阻和其他脏器受压。因此, 术中应注意操作轻柔, 防止囊肿溃破引起上述并发症。

[参考文献]

[1] DEANS GT, SPENCE RA. Neoplastic lesions of the appendix [J]. Br J Surg, 1995, 82: 299—306.

·短篇与个案·

心肺联合移植的麻醉处理 1 例报道

钱金娣, 王 悦, 唐 云, 戴 峥

(昆明市延安医院 云南省心胸外科研究中心麻醉组, 云南 昆明 650051)

2004 年 4 月, 我院成功地进行 1 例心肺联合移植手术, 现就有关麻醉方面的情况报道如下。

临床资料 患者, 女, 34 岁, 体重 40kg。因活动后心慌, 气促 5 年余伴口唇肢端紫绀 3 年余。胸左 2~3 肋间闻及 3~4 级收缩期粗糙样杂音, 肺动脉第二音明显亢进, 超声心动图示: 房间隔缺损继发孔 2.0cm, PASP 140~150mmHg, 伴肺动脉高压右向左分流 (艾森曼格氏综合症)。术前活动受限, 多卧床休息, 生活不能自理。

供体的麻醉处理: 供体心肺功能正常, 但胸廓小于受体 10%。于脑死亡后立即气管插管, 呼吸机控制呼吸, 空氧混合氧浓度为 50%, 肝素化 3mg/kg, 分离心肺组织, 吸尽呼吸道分泌物, 阻断升主动脉, 从主动脉根部灌注冷停跳液 (HTK 液) 1 000ml。在灌注肺保护液前从肺动脉注入前列腺素 E_1 100 μ g, 肺保护液用 20~30mmHg 的压力约 2~3min 内灌注 2 000ml, 同时将肺尽力膨胀, 使全肺血管均充分灌注。取下心肺前将肺膨胀, 然后阻断气管并结扎离断心肺, 迅速置于冷保护液中, 在其中修剪心肺组织。

受体麻醉处理: 术前 30min 肌肉注射吗啡 5mg、东莨菪碱 0.3mg。入室吸氧, EKG 监测, 左桡动脉穿刺测压, 右颈内静脉穿刺置 7.5FCCO 漂浮导管, 右颈内静脉穿刺置 7F 静脉双腔导管 (静

脉通路) 麻醉诱导用力月西 4mg, 芬太尼 0.1mg, 爱可松 40mg, 行气管插管控制呼吸, 空氧混合 50%, Fabius GS 麻醉机 IPPV 8ml/kg 通气, 12 次/min 呼吸, 手术开始力月西 2mg, 阿端 8mg。术中间断给芬太尼、阿端、异丙酚维持麻醉。根据 BP 情况应用多巴胺、新福林、硝酸甘油。术中监测: ECG, MAP, CVP, CCO, PAP, SVO₂, PA, PCWP, CO, CI, SVR, SPO₂, FIO₂, PetCO₂, 尿量、鼻咽温度、肛温、ACT、动脉血气、电解质等。

麻醉后给复达欣 4g, 从中心静脉导管持续滴注前列腺素 E_1 0.05 μ g·kg⁻¹·min⁻¹。锯胸骨前给洛塞克 40mg、速宁 1g。转流前肝素化 3mg/kg, 测 ACT。转流中抑肽酶 300U, 体外循环用膜肺氧合器, 预充平衡液 500ml、菲克血浓 1 900ml, 白蛋白 20g, ACD 血 300ml。取下患者心肺后, 维持 MAP80mmHg 左右, 吻合心肺前再次给供体灌注 500ml 冷停跳液。主动脉开放前静注天普洛安 40 万单位、甲基强的松龙 500mg, 2%利多卡因 100mg、异丙肾上腺素 0.02mg、精氨酸 5g, 开放升主动脉心脏自动复跳, 心率 90/min, 血压 86/65mmHg, 多巴胺 3 μ g·kg⁻¹·min⁻¹, 前列腺素 E_1 0.05 μ g·kg⁻¹·min⁻¹。心脏复跳至体外循环停机时

间为 55min, 血气示: pH 7.34, PCO_2 34.1, PO_2 276, SaO_2 100%, BE - 4mmol/L, K^+ 5.3mmol/L, Na^+ 137mmol/L, Cl^- 101mmol/L, Ca^{++} 1.2mmol/L, Hb110g/L, CVP11mmHg, 心率 100~110/min, 血压 90~100/60~70mmHg, 心率 100~110 次/min, 血压 90~100/60~70mmHg 之间。心肺移植前、后 CCO 改变 PAP142/86mmHg ~ 20/12mmHg, SVO_2 79% ~ 84%, PA19/13mmHg 15/10, PCWP 10~6mmHg, CO 3.2~4.5L/min, SVR_{259} dyre/sec ~ 1926dyre/sec, 体外循环时间 172min, 手术全程 300min。术后安返 ICU, 6h 后患者清醒, 24h 后拔除气管导管, 由于患者咳嗽反射差, 不能正常排痰导致呼吸困难, 再次气管插管呼吸机辅助呼吸。吸痰采用纤支镜并观察气管吻合口情况, 11d 拔除气管导管, 15d 能下床轻微活动, 至今 30 余天患者仍在 ICU 接受治疗, 生命体征平稳。

体会 心肺联合移植术不同于一般的肝脏手术。患者心肺功能差, 术中循环、电解质变化大, 给麻醉及术中管理带来较大困难, 我们体会如下。

一、供体心肺处理: 1. 气管插管后接简易呼吸机控制呼吸, 清除呼吸道分泌物, 迅速肝素化 3mg/kg。2. 阻断升主动脉, 从主动脉根部灌注冷停跳液 1000ml。3. 灌注肺保护液前从肺动脉注入前列腺素 E_1 100 μ g。使肺血管充分扩张同时麻醉膨胀肺。4. 取下心肺前灌注肺保护液 (HTK 液) 2000ml, 肺膨胀 80% 后结扎并离断气管, 使肺泡不萎陷, 心肺迅速置于冷保护液中。

二、受体麻醉方法: 1. 术前晚给小剂量安眠药物使患者充分休息, 但注意用量避免呼吸抑制。

·短篇与个案·

2. 麻醉诱导选择对心肌抑制较轻的药物, 芬太尼、爱可松、异丙酚, 不用吸入麻醉药。小剂量诱导方法, 插管后 IPPV 通气, 空氧混合 FiO_2 小于 0.5, 根据血气监测综合调节潮气量, 使其维持在正常值范围。3. 术前应用免疫抑制剂, 并且术中切断和缝合气管等操作, 极易引起感染, 除对器械设备等的消毒外, 加大抗生素的用量, 麻醉后静脉注射复达欣 4g。4. 特殊药物的应用, 洛赛克、赛尼哌、天普洛安、抑肽酶、法布莱士、精氨酸、碳酸氢钠、硝酸甘油等。5. 由于术中需要用多种药物, 须多条静脉通路, 为避免增加感染机会, 本例采用右颈内静脉穿刺 2 条, 1 条插入 CCO 漂浮导管, 从侧管处接 2 个三通, 1 条插入双腔静脉导管, 接 4 个三通。6. 转流中提高胶体渗透压, 预充白蛋白、血浆、菲克雪浓。7. 气管吻合前吸尽呼吸道分泌物, 吻合完毕不行气管内吸引以免损伤吻合口引起出血。8. 开放升主动脉, 推注异丙肾上腺素 20 μ g、2% 利多卡因 100mg, 复温至 35 度本例心脏自动复跳。多巴胺 2~5 μ g·kg⁻¹·min⁻¹ 维护循环稳定。9. 注意心肺联合移植各个时期的循环、呼吸系统、凝血功能, 维持水电解质、酸碱平衡管理及对肾脏的保护。10. 本例患者术后延迟气管拔管, 采用纤支镜吸痰并了解气管吻合口情况, 最大程度上保证患者的安全。

[参考文献]

- [1] 卿思明, 刘进, 赵砚丽, 等. 心肺联合移植术麻醉处理一例 [J]. 中华麻醉学杂志, 1997, 17: 125.
- [2] 齐娟, 陈秋荣, 雷立华, 等. 心肺联合移植的麻醉处理一例报道 [J]. 中华麻醉学杂志, 2000, 16: 122.

马凡氏综合征 1 例报告

朱苏萍

(江川县人民医院 内 1 科, 云南 江川 652600)

病例 患者, 男, 36 岁。因活动后胸闷、心悸、乏力、自汗 1 周, 于 2003 年 7 月 25 日入院。入院查体: T 36.8 $^{\circ}C$, P 80/min, R 16/min, BP 110/80mmHg, 一般情况可, 神清, 身材中等。双眼稍突, 双肺呼吸音清晰, 无干、湿性啰音, 心

浊音界向左下扩大, 心率 80/min, 二尖瓣、主动脉瓣、肺动脉瓣区可闻及 2/6 收缩期杂音。腹平软, 肝、脾未触及。无四肢过长、韧带和关节过伸。入院后心脏彩超显示: 主动脉根部内径增宽为 62mm。临床诊断为马凡氏综合征, 为进一步明确