

轻其副作用。黄青青等^[5]观察了5种药物对兔脊髓的神经毒性,证实常用浓度的布比卡因、芬太尼、曲马多注入硬膜外腔安全、可靠。氟哌利多和咪达唑仑注入兔硬膜外腔后有小部分动物的脊髓有严重破坏性病变,建议临床慎用。由于氟哌利多可能导致嗜睡—镇静过度—呼吸抑制,我们在使用中将浓度控制得较低,特别是在与吗啡、芬太尼合用时,作了严密的观察。

参考文献:

[1] 蒋秀虹,张国楼.硬膜外吗啡、曲马多和痛力克术后镇痛的比较观察[J].临床麻醉学杂志,1999,15(12):83-84.
[2] 梁丽霞,欧阳葆怡,余革.手术后硬膜外自控镇痛时三种镇痛药临床效果比较[J].中国疼痛医学杂志,1999,5(1):15-18.
[3] 丛寿耆.吗啡在麻醉和疼痛治疗中的

兴衰[J].国外医学·麻醉与复苏分册,1999,20(2):83-85.
[4] 朱永满.曲马多的药效和药代动力学[J].国外医学·麻醉与复苏分册,2001,22(1):56-58.
[5] 黄青青,思永玉,万林骏,等.五种药物对兔脊髓的神经毒性实验研究[J].中华麻醉学杂志,1999,19(6):355.

收稿日期:2001-04-25

同种异体原位心脏移植手术的麻醉体会

节清 黄长顺 仇艳华 谢道奋 潘志浩

【主题词】 心脏移植 移植,同种 麻醉
【中图分类号】 R654.2 【文献标识码】 B 【文章编号】 1671-0800(2001)11-0564-01

我院于1999年12月成功完成1例同种异体原位心脏移植手术,现将麻醉体会报告如下。

1 临床资料

患者男,48岁,体重55kg,扩张性心脏病终末期,心功能IV级,长期应用强心利尿、激素、扩血管药物等治疗,仍反复出现左心衰竭并逐渐加重。EKG示完全性左束支传导阻滞,偶见室早伴部分成对、部分呈三联律,继发性ST-T波改变。超声心动图示左心室明显增大,室壁薄,运动减弱。射血分数(EF)25%,胸片示心胸比例0.65,两肺水肿。术前用药:术日前晚,舒乐安定2mg,术前半小时肌注吗啡8mg。

2 麻醉方法

病人入室后面罩吸氧、监测EKG、SPO₂、无创血压(NBP),病情尚稳定,即于局麻下行左桡动脉穿刺置管测压,开放一路外周静脉,分次缓慢静注咪唑安定0.05~0.15mg/kg、芬太尼

12~20μg/kg,本可松0.1mg/kg。气管插管后行右颈内静脉穿刺置3腔管测CVP。上述3种药物分次追加维持麻醉,锯胸骨时吸入低浓度异氟醚。麻醉的关键是维持血液动力学的稳定,减轻应激反应,维持平均动脉压在70~90mmHg水平,保证重要脏器的灌注压。在中度低温(26℃~28℃)、中度流量(60~70ml·kg⁻¹·min⁻¹)、中度血液稀释下切下病变心脏,作原位心脏移植^[1]。在主动脉钳夹开放前静注甲基强龙760mg,并保持良好的血液循环状态、充足的氧合以利心脏移植。灌注后恢复心跳及泵血功能。本例总缺血时间150min,主动脉阻断时间90min,体外循环转流160min,电击20(J)一次复跳,为窦性心律。以多巴胺7~4μg·kg⁻¹·min⁻¹,异丙肾0.03~0.04μg·kg⁻¹·min⁻¹静注,调节心率至115次/min、血压110/75mmHg左右、左房压10cm H₂O,顺利停机行动静脉改良超滤,术毕送入ICU,术后5h清醒,18h停辅助呼吸、拔除气管导管,心功能恢复I级,至今已存活19个月。

3 体会

3.1 麻醉医师在术前必需深入了解此类高危病人的特殊病理生理变化,正确评估心、肺、肾功能,严格掌握转

静、镇痛药用量及推注速度。手术麻醉中调控和维持良好的循环、血气及电解质状态,根据监测结果指导强心利尿及血管活性药物的应用,有效地减轻或避免早期心功能不全的发生^[2]。

2 应按照可获取供体心脏时间详细制定手术日程序,尽力做到供体心脏缺血时间最短,从而保证供心质量^[3]。

3.3 行有创监测及静脉穿刺时应严格无菌操作,麻醉用具如咽喉镜、气管插管、吸痰管等均需灭菌处理,避免污染。

3.4 急救药品均应抽于注射器内,标明备用,各监测仪如除颤器、起搏器等均应处于良好的功能状态。

参考文献:

[1] 王俊科,王多友,王凤学,等.心脏移植临床麻醉手册[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1999.第1版,320.
[2] 杨杰.原位心脏移植一例的体外循环报告[J].临床麻醉学杂志,1994,10(7):158.
[3] 李玉梅,吴伟平,杨玉欣.同种异体心脏移植手术的麻醉体会[J].临床麻醉学杂志,2000,16(10):631.

收稿日期:2001-07-23

作者单位:315040 宁波市医疗中心李惠利医院

作者简介:丁节清,女,1945年4月出生,麻醉科副主任医师,发表论文4篇