

- [2] 朱 晨. 956 例老年人动态心电图心律失常分析[J]. 中华老年医学杂志, 2001, 20(5): 385.
- [3] 屈家祥, 金莉子, 刘 红, 等. 老年人收缩期高血压左室肥厚与心律失常关系探讨[J]. 中华老年医学杂志, 1999, 18(4): 207.
- [4] 王 华. 老年人心电图监测 1 000 例心律失常分析[J]. 实用老年医学杂志, 2002, 16(2): 113.

- [5] 李 浩, 高 普. 实用老年疾病的诊断与治疗[M]. 北京: 科学技术文献出版社 2000. 343~344.
- [6] Wolf P A, Abbott R D, Rennel W B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke; the Framingham study[J]. Stroke 1991, 22: 983.

(编辑 刘清海)

## 纤维喉镜引导气管插管在放射性颌骨骨髓炎截骨术麻醉中的应用

吴 志, 黄细霞, 潘永英, 林筱菊

(中山大学附属光华口腔医院麻醉科, 广东 广州 510060)

**摘要:**【目的】探讨纤维喉镜用于放射性颌骨骨髓炎截骨术麻醉插管的可行性。【方法】32 例重度张口困难, 拟行放射性颌骨骨髓炎截骨术的患者, 在充分的全气道表面麻醉配合应用芬氟合剂使用纤维喉镜引导下气管插管, 记录插管时间及插管前、插管中、插管结束时及插管结束全麻诱导后生命体征。【结果】31 例插管成功, 成功率 96.9%, 插管前后心率(HR)、平均动脉压(MAP)及血氧饱和度(SPO<sub>2</sub>)变化不显著, 插管结束全麻诱导后 HR、MAP 下降( $P < 0.05$ )。【结论】放射性颌骨骨髓炎截骨术, 应用纤维喉镜引导气管插管成功率高, 并发症少。

关键词: 纤维喉镜; 插管术, 气管内; 放射性骨坏死

中图分类号: R782 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0139-02

放射性颌骨骨髓炎是头颈部恶性肿瘤放射治疗后的严重并发症, 患者一侧或双侧颈部组织纤维化可致颈部活动受限, 口腔肌肉组织及颞下颌关节受损致张口困难等, 以致气管插管困难。我院近 2 年来对放射性颌骨骨髓炎引起的插管困难应用纤维喉镜引导麻醉插管 32 例, 成功率较高, 现报道如下。

### 1 资料和方法

#### 1.1 一般资料

本组病例为 2001 年 5 月~2002 年 3 月中山大学附属口腔医院收治的 32 例患者, 其中男性 21 例, 女性 11 例, 年龄 35~68 岁(平均 52 岁)。ASA 评级 II~III 级, 原发肿瘤: 鼻咽癌 29 例, 颊癌 2 例, 扁桃体癌 1 例。所有患者张口度 < 0.5 cm, 均拟行颌骨截骨术。

#### 1.2 方法

术前半小时肌注阿托品 0.5 mg, 苯巴比妥 100 mg, 入室后即行心电图(ECG)、无创血压(NIBP)、血氧饱和度(SPO<sub>2</sub>)监测, 开放静脉通路, 用 10 g/L 麻黄素滴鼻收缩鼻甲黏膜血管, 用 10 g/L 丁卡因喷雾表面麻醉, 用 10 g/L 丁卡因棉签涂抹两侧鼻腔黏膜。静脉推注芬氟合剂(芬太尼 0.1 mg, 氟哌利多 5 mg)2 mL。用 20 g/L 利多卡因 2 mL 行环甲膜穿刺气管内表面麻醉, 嘱病人咳嗽使表面麻醉药充分弥散。待病人呈嗜睡状态, 保持自主呼吸情况下将气管导管经鼻插到咽部, 调整导管位置至气流最强的位置。经气管导管置入一自制细导管注入 10 g/L 丁卡因 2~3 mL, 作咽喉表面麻醉。用 STORZ 11101 SP 型纤维喉镜经气管导管内插过气管导管窥见声门。将纤维喉镜插入声门抵达气管中段, 然后在喉镜杆的引导下将气管导管慢慢推入气管后退出喉镜, 接上麻

醉机。采用双异丙酚、芬氟合剂及肌松药诱导, 异氟醚、安氟醚及静脉用药维持麻醉。

#### 1.3 观察指标

记录气管导管从插入鼻腔至插管成功的时间为插管时间。用 Datex Engstrom 监护仪监测心率、心律、平均动脉压(MAP)及氧饱和度(SPO<sub>2</sub>), 记录插管前、插管中 1 min、插管结束、插管结束全麻诱导后的心率(HR)、MAP 及 SPO<sub>2</sub>。

#### 1.4 统计学处理

各研究数据均采用  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 SPSS 统计软件包, 采用  $t$  检验, 取  $\alpha = 0.05$ 。

### 2 结果

本组 32 例应用纤维喉镜引导经鼻明视气管插管, 其中 31 例插管成功, 1 例因插管时出血较多, 视野模糊, 经气管造口插管。本组插管时间平均为 6.3 min(3~15 min)。插管前、插管中、插管结束时, 血液动力学无明显变化, 插管结束全麻诱导后 HR、MAP 降低(表 1)。

表 1 插入气管导管前后血液动力学变化 ( $\bar{x} \pm s$ )

指 标	插管前	插管中	插管结束	插管结束 全麻放导后
HR(次/min)	86±15	89±14	92±19	68±17 <sup>1)</sup>
MAP(kPa)	17.6±1.3	17.8±1.1	18.1±1.5	13.5±2.5 <sup>1)</sup>
SPO <sub>2</sub> (%)	95±9	95±7	96±5	99±4

与插管前比较, 1)  $P < 0.05$  (1 kPa = 7.5 mmHg)

### 3 讨 论

放射治疗的放疗量达到一定程度可以引起放疗区血管

收稿日期: 2002-07-01

作者简介: 吴 志(1965-), 男, 广东梅州人, 主治医师, 黄细霞, 中山大学附属肿瘤医院

内皮坏死、血管栓塞、骨膜纤维化、骨细胞坏死合并骨髓纤维化,血管和结缔组织中细胞数量减少,局部组织缺氧,最终导致骨坏死。骨坏死一旦发生,很难保守治愈,目前外科手术仍是本病主要的有效治疗方法<sup>[1]</sup>。骨坏死较重者应行截骨术,截骨范围应至出血部位,并切除坏死的组织。此类手术范围较大,时间较长,一般采用全身麻醉。如果病人张口度可置入喉镜,对插管影响不明显,较严重病人一般重度张口困难,甚至完全不能张口,且颈部活动度受影响,此类病人气管插管困难度明显增加,虽然可以经鼻腔盲探插管或经环甲膜穿刺逆行插入导线而后由鼻腔沿导线插入导管等方法解决,但这些方法的缺点在于既不能保证安全又麻烦费时,反复插管常损伤组织导致黏膜破损,组织水肿,出血,甚至引起喉痉挛、窒息等<sup>[2]</sup>。纤维喉镜引导经鼻明视气管插管可避免其他方法插管的缺点及可能的插管并发症。本组患者采用此法,插管成功率高,病人插管反应少,要达到此目的应注意以下问题。

(1)术前访视患者,与患者沟通得到患者理解和配合,特别是听神经受损、听力下降患者,使患者能及时配合完成咳嗽及深呼吸动作,有利于充分表面麻醉及找到较佳的位置,提高插管成功率。

(2)导管选择,一般男性选择内径(I. D.)7,女性选择(I. D.)6.5,比普通患者少0.5,可减少鼻腔黏膜损伤减少出血,同时患者一般都较消瘦,呼吸潮气量较小即能满足患者的需要。同时要选择质地较柔软,大容量低压的加强钢丝气管导管,此类导管没有导型导管的弯曲,有利于纤维喉镜的进入;此类导管可弯曲,插管成功后方便固定,不影响通气及不妨碍手术操作。

(3)环甲膜穿刺不可缺少,环甲膜穿刺表面麻醉是气管内表面麻醉较确切有效的方法,且损伤小,操作易掌握,全气

道麻醉通常很安全,可以使病人更加舒适并减少插管反应。

(4)芬太尼及氟哌利多的使用,以往临床纤维喉镜气管插管通常在咽喉部喷雾表面麻醉下完成。由于病人多伴有精神紧张与恐惧,且表面麻醉难以阻断深部的喉部反射,插入纤维喉镜时直接对气道产生机械刺激出现剧烈咳嗽,引起气管反射性收缩和痉挛。氟哌利多是一种强镇静剂,可消除病人的紧张情绪,产生镇静催眠的效应,增加麻醉性镇痛药的效应,对呼吸无明显的影响,且可增强对低氧血症的通气反应,有微弱的 $\alpha$ 受体阻滞作用,可降低动脉血压<sup>[3,4]</sup>。

(5)切忌使用暴力。放射性治疗(特别是术后放射性治疗)咽喉有些组织变硬,表面没有普通患者平顺光滑,纤维喉镜进入气管后,沿纤维喉镜杆送入气管导管时,如遇有阻力,可调整头部位置,使气管导管能较平顺进入气管内,切忌粗暴强行送入。

(6)尽量避免反复操作,出血和分泌物增加给使用纤维喉镜带来很多困难。

#### 参考文献:

- [1] 唐友盛,邱蔚六.放射性颌面部骨坏死的临床和治疗[J].中华口腔医学杂志,1985,20(3):133.
- [2] 庄心良,汪钧陶,金志成,等.纤维光束支气管镜在临床麻醉中的应用[J].中华麻醉学杂志,1983,3(4):208.
- [3] Barthel J S, Marshall J B, King P D, *et al*. The effect of droperidol on objective markers of patient cooperation and vital signs during esophagogastroduodenoscopy: a randomized, double-blind, placebo-controlled, prospective investigation [J]. *Gastrointest Endosc*, 1995, 42(1): 45.
- [4] Wille R T, Barnett J L, Chey W D, *et al*. Routine droperidol premedication improves sedation for ERCP [J]. *Gastrointest Endosc*, 2000, 52(3): 362.

(编辑 刘清海)

## 术后肝内残余胆石 75 例的中西医结合治疗

刘书元

(高要市中医院外科,广东 高要 526100)

**摘要:**【目的】总结中西医结合治疗肝内残余胆石症的疗效。【方法】采用中药、“总攻”排石疗法、溶石疗法、中转手术等方法对 75 例肝内胆石症急性发作的患者进行中西医结合治疗。【结果】症状体征消失者 60 例,好转 9 例,中转手术治疗 6 例。【结论】中药的“内冲洗”作用有利于胆石排出,中西医结合是治疗肝内胆石症的重要手段,适用于有胆道手术史患者,可减少手术治疗的机会。

**关键词:**胆石症/中西医结合疗法;胆管,肝内

中图分类号:R657.42 文献标识码:A 文章编号:1000-257X(2002)5S-0140-02

肝内残余结石是指位于肝总管、肝门区以上的胆管手术后残余结石,以往大多需再次或多次手术,且效果不佳;故对胆管残余结石的治疗形成了以非手术治疗为主的方法<sup>[1]</sup>。我们对 1989~1994 年入住我院治疗的 75 例肝内胆石症患者采用中西医结合治疗,效果较好,现报道如下。

### 1 材料与方

#### 1.1 一般情况

本组 75 例,男性 35 例,女性 40 例;年龄 25~40 岁 30 例,41~60 岁 25 例,61 岁以上 20 例;病程 5 年以上者 25 例。75 例均有胆道手术史,其中 1 次手术者 65 例,2 次手术者 8 例,3 次手术者 2 例。以往手术方式包括胆总管切开取石引流术,胆总管十二指肠吻合术,肝胆管盆式内引流术等。诊断依据:全部病例均有发作性上腹疼痛,伴有高热者 40

收稿日期:2002-05-24

作者简介:刘书元(1955-),男,江西宜黄人,副主任医师。