

- [J]. *Int J Antimicrob Agents*, 2001, 17(4): 287-292.
- 3 丁燕, 韩志伟, 甘华葵. 糖尿病并发尿路感染的新特点[J]. *辽宁实用糖尿病杂志*, 2004, 12(5): 22-23.
 - 4 王新莉, 孙明艳, 周赛军, 等. 2型糖尿病并发尿路感染病原菌特点分析[J]. *中华肾脏病杂志*, 2009, 25(6): 485-486.
 - 5 Renko M, Tapanainen P, Tossavainen P, et al. Meta-analysis of the significance of asymptomatic bacteriuria in diabetes [J]. *Diabetes Care*, 2011, 34(1): 230-235.
 - 6 Turan H, Serephanoglu K, Torun AN, et al. Frequency, risk factors, and responsible pathogenic microorganisms of asymptomatic bacteriuria in patients with type 2 diabetes mellitus [J]. *Jpn J Infect Dis*, 2008, 61(3): 236-238.
 - 7 Ribera MC, Pascual R, Orozco D, et al. Incidence and risk factors associated with urinary tract infection in diabetic patients with and without asymptomatic bacteriuria [J]. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2006, 25(6): 389-393.
 - 8 王夏涟, 闫德春, 郭仕林. 老年糖尿病合并尿路感染 79 例分析 [J]. *辽宁实用糖尿病杂志*, 2000, 2(2): 46-47.
 - 9 崔景辉, 常新平, 蒋景龙. 糖尿病患者尿路感染中常见病原菌检测及药敏分析 [J]. *临床军医杂志*, 2007, 35(5): 738-739.
 - 10 Patterson JE, Andriole VT. Bacterial urinary tract infections in diabetes [J]. *Infect Dis Clin North Am*, 1997, 11(3): 735-750.
- [收稿日期 2012-11-21] [本文编辑 杨光 和 韦所苏]

学术交流

非气管插管静脉麻醉用于颈部淋巴结结核病灶清除术的效果分析

覃绍坚, 吴锋耀, 梁皓峰, 石燕, 甘小妹, 梁思雄

作者单位: 530023 广西, 南宁市第四人民医院麻醉科

作者简介: 覃绍坚(1963-), 男, 大学本科, 医学学士, 主任医师, 研究方向: 麻醉学。E-mail: qsj2006@126.com

通讯作者: 吴锋耀(1962-), 男, 大学本科, 医学学士, 主任医师, 研究方向: 麻醉学及医院管理。E-mail: qsj2006@126.com

[摘要] 目的 探讨非气管插管静脉麻醉用于颈部淋巴结结核病灶清除术的临床麻醉效果。方法 回顾分析 2008-01~2012-12 该院采用非气管插管静脉麻醉择期进行颈部淋巴结结核病灶清除术 88 例患者的临床资料。静脉以咪达唑仑、酒石酸布托啡诺、氯胺酮、丙泊酚复合麻醉。术中常规以监护仪监测生命体征、血氧饱和度、心电图等。结果 手术切皮时无反应 85 例, 有轻微反应 3 例。术中收缩压、舒张压、心率、SpO₂ 与术前差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。发生呼吸减慢 6 例, 舌后坠 2 例。手术结束后停药 (20.87 ± 9.02) min 完全清醒。术后发生恶心、呕吐 12 例, 出现精神症状 2 例, 自觉有轻微头晕 11 例。结论 非气管插管静脉麻醉用于颈部淋巴结结核病灶清除术是一种并发症少、安全、有效、简便的麻醉方法。但需随时做好气管插管的准备, 以防意外。

[关键词] 颈部淋巴结结核; 区域淋巴结清扫术; 静脉麻醉

[中图分类号] R 614.2⁺4 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)11-1099-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.11.25

No intubation tube intravenous anesthesia used for regional lymph node dissection QIN Shao-jian, WU Feng-yao, LIANG Hao-feng, et al. Department of Anesthesiology, the Fourth Peoples Hospital of Nanning, Guangxi 530023, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical characteristics of no intubation tube intravenous anesthesia used for regional lymph node dissection. **Methods** The 88 cases with cervical lymph node tuberculosis treated by no intubation tube intravenous anesthesia in our hospital were analyzed retrospectively. Intravenous anesthesia was injected midazolam, butorphanol, propofol. The monitor was used for monitoring patients' vital signs, SpO₂ ECG, and others' in during surgery. **Results** Eighty-five cases respond quite satisfactorily to skin incision. Three cases had mild response. Blood pressure and beat of the heart was normally, SpO₂ stayed over 98%. Slow respiration was found in 6 cases. Glossoptosis in 2 cases. All patients were awaked postoperative (20.87 ± 9.02) min after discontinuing of the

drugs. Nausea and vomiting was found in 12 cases, postoperative slight dizziness in 11 cases. **Conclusion** No intubation tube intravenous anesthesia used for regional lymph node dissection is a safe, effective and simple method of anesthesia with less complication. But the intubation tube should be available readily at any times of accident.

[Key words] Cervical lymph node tuberculosis; Regional lymph node dissection; Intravenous anesthesia

常见的肺外结核有淋巴结结核、神经系统结核、骨结核、泌尿生殖系结核、肠结核等。在我国肺外结核的构成中以周围淋巴结结核占首位。淋巴结结核主要发生于颈部,是肺外结核中最常见的^[1]。脓肿型及溃疡瘘管型需要手术治疗。我科于2008-01~2012-12采用非气管插管静脉麻醉进行颈部淋巴结结核病灶清除术88例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 择期患者88例,其中男50例,女38例,年龄4~40岁(青壮年66例,占75%),体重14~65 kg,美国麻醉学会(ASA)分级I~II级,手术时间30~120min,术前病程平均(11 ± 3.36)个月,术前均用抗结核药物治疗至少1个月。

1.2 麻醉方法 术前常规禁食6 h,禁饮4 h。入手术室前30 min均肌肉注射阿托品0.01 mg/kg,地西泮0.05 mg/kg。入手术室后,建立静脉通道,面罩给氧,以咪达唑仑0.1~0.15 mg/kg、氯胺酮1.0~2.0 mg/kg,分别缓慢静注,麻醉期间根据麻醉深度靶控输注泵持续输注丙泊酚按2.0~5.0 mg/(kg·h)维持麻醉,术中视手术情况酌情静脉追加氯胺酮首量的1/2~1/3。

1.3 观察指标 麻醉效果和常规以监护仪监测生命体征、血氧饱和度(SpO_2)、心电图等。

1.4 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两样本均数比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 麻醉效果 本组88例静注麻醉药约1 min进入麻醉状态后开始手术,切口时无反应85例,占96.59%,有轻微反应3例,占3.65%,在加大丙泊酚输注速度后反应消失。术中收缩压(112 ± 21.12) mmHg、舒张压(71.45 ± 11.23) mmHg、心率(83.33 ± 18.54)次/min、 SpO_2 保持在(97.11 ± 2.78)%与术前收缩压(115 ± 19.24) mmHg、舒张压(78.55 ± 12.13) mmHg、心率(88.42 ± 19.34)次/min、 SpO_2 保持在(98.13 ± 2.64)%比较, t 值分别为1.42、1.33、0.98、1.27,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。无一例发生心律失常。手术结束后停麻醉药(20.87 ± 9.02) min完全清醒。

2.2 并发症 本组88例中出现呼吸减慢、潮气量减少6例,舌后坠2例,经托下颌无效,置口咽通气管后改善,余82例在手术结束,呼吸平稳,取出口咽通气管, SpO_2 保持在98%以上后,安全送回病房。术中无知晓发生。术后发生恶心、呕吐12例,占13.63%;出现精神症状2例,占2.27%;自觉有轻微头晕11例,占12.5%。

3 讨论

3.1 颈部手术麻醉 首选气管插管全身麻醉,便于气道管理。但此操作过程较繁琐,并发症较多,部分患者难以接受,而非气管内插管静脉麻醉操作简便,患者易于接受。颈部淋巴结结核病灶清除术一般手术时间不长,故选择非气管内插管静脉麻醉较为合适。

3.2 氯胺酮 是一种具有镇痛作用的静脉全麻药,起效快,可以产生一种分离麻醉状态,表现为木僵、浅镇静、遗忘与显著镇痛,可使中枢交感神经系统兴奋、血压升高、心率增快,对呼吸影响较小,苏醒快。苏醒期可引起精神运动性症状,表现为噩梦、幻觉、谵妄和恐惧等。巴比妥类、苯二氮卓类和氟哌利多等药物能拮抗此作用^[2]。

3.3 咪达唑仑 易通过血脑屏障进入脑组织而迅速发挥作用,具有较强的抗焦虑、催眠、抗惊厥及顺行性遗忘作用。咪达唑仑与氯胺酮合用,能减轻氯胺酮的心血管反应与术后精神症状。

3.4 丙泊酚 具有起效快,镇静确实,易于调控的特点;同时,具有扩张外周血管,抑制血管运动中枢和阻断交感神经末梢释放去甲肾上腺素的效应。与氯胺酮联合应用可减少氯胺酮用量,并抵消氯胺酮对心血管的兴奋和精神症状,并可减少眼球震颤和腺体的分泌,为手术者创造良好的条件。

3.5 本组出现呼吸抑制6例,与患者体质及静注麻药过快有关;术后发生呕吐率13.63%,可能与使用抗结核药副作用有关^[3];术后部分患者出现精神症状与氯胺酮的副作用有关。

3.6 本组结果显示,氯胺酮、咪达唑仑和丙泊酚复合静脉麻醉用于颈部淋巴结结核病灶清除术效果较好,术中、术后患者循环稳定,术后恢复较快、苏醒快、并发症少,是一种较安全、简便的麻醉方法。但随时需做好气管内插管的准备,以防意外。

参考文献

- 1 蒋志斌,池景瑜,郝智,等. 区域淋巴结清扫术治疗颈部淋巴结结核 104 例临床分析[J]. 中国综合临床,2010,26(11):1213.
- 2 戴体俊,喻田,主编. 麻醉药理学[M]. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社,2011:89.
- 3 石富国,古明,马世平. 一线主要抗结核药不良反应分布特点文献分析[J]. 中国药物警戒,2011,8(7):435-437.

[收稿日期 2013-04-10][本文编辑 黄晓红 韦所芬]

腹腔镜胆囊切除术胆管损伤 4 例

· 病例报告 ·

沈立华, 沈云赋, 吴爱华, 葛伟军, 卞德

作者单位: 224000 江苏盐城,上海仁济医疗集团盐阜医院微创外科(沈立华,吴爱华,葛伟军,卞德); 224500 江苏盐城,滨海仁慈医院(沈云赋)

作者简介: 沈立华(1964-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:普外科及腹腔镜外科疾病的诊治。E-mail:yinbuhuan@sohu.com

[关键词] 胆囊切除术; 腹腔镜; 胆管损伤; 并发症; 预防

[中图分类号] R 616.5 [文章编号] 1674-3806(2013)11-1101-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.11.26

胆管损伤是腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)的严重并发症之一,如不及时正确处理,往往会造成严重的不良后果。笔者自 2008-01~2012-12 共行 LC 1033 例,发生胆管损伤 4 例(0.39%)。现对 4 例 LC 胆管损伤的原因进行分析,并就其处理方法与预防措施讨论如下。

1 病例介绍

4 例胆管损伤病人中男 1 例,女 3 例,年龄 19~68 岁。择期手术 2 例,急诊手术 2 例。胆管损伤部位为胆总管 2 例,胆总管及肝总管 1 例,肝总管及左右肝管 1 例。损伤原因中 1 例为电钩灼伤胆总管壁,1 例为钛夹夹闭胆总管,2 例因 Calot 三角粘连及过度牵拉胆囊致胆总管、肝总管横断缺损。术中发现胆管损伤 3 例,其中 2 例胆管横断缺损均 > 1.5 cm,1 例行胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术,1 例行肝门部胆管整形及胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术;1 例电钩灼伤胆总管壁行胆管修补加 T 管支撑。1 例术后发生黄疸、发热,考虑系胆管损伤,剖腹探查术中证实钛夹夹闭胆总管造成损伤性狭窄,行胆总管修复切开 T 管支撑引流术。4 例均放置腹腔引流管引流,于术后 24~72 h 拔除。随访 6~24 个月,4 例治疗效果满意,无胆管狭窄及胆管炎发生。2 例 T 管支撑者分别于术后 4 个月、6 个月后拔除 T 管。

2 讨论

2.1 胆管损伤的原因 胆管损伤是 LC 常见而又

严重的并发症,吴青松等^[1]报道,发生率为 0.24%,吴晓康等^[2]报道发生率为 0.52%。本组胆管损伤发生率为 0.39%,高于文献[1]报道。分析其原因与下列一些因素有关:(1)思想上重视不够,认识不足,盲目自信,认为 LC 已经是相当成熟的手术而掉以轻心,而事实上 LC 是一种充满潜在风险的手术,应时刻引起高度重视,不能有丝毫麻痹。(2)手术的适应证把握不够严格,随意扩大手术指征,一味追求手术难度,在 LC 技术还未完全熟练、技巧还未掌握的情况下,就急于行相对禁忌证的高难度手术,如急性期、萎缩性、冰冻粘连性胆囊等。本组 2 例为急性期炎症水肿明显的胆囊进行手术。(3)腹腔镜手术器械使用不当,尤其是电凝钩的过度使用,电凝时间过长,每次凝切组织过多,造成电传导伤、电灼伤损伤胆管。(4)对胆管解剖关系不熟悉,未能充分显露 Calot 三角,正确辨认其解剖结构,就盲目分离,易将胆总管误认为胆囊管而横断。(5)过度牵引使胆总管走行移位致 Calot 三角关系改变,牵引成角的胆总管与胆囊管易成一直线,因而被当作胆囊管用钛夹夹闭或被横断,本组 2 例属此情形。

2.2 胆管损伤的处理 LC 术中一旦发生胆漏,应仔细检查术野创面及肝外胆管的完整性,尽早地意识到发生胆管损伤^[3]。术中胆管损伤一经明确应果断中转开腹,根据损伤的类型、性质、严重程度,采