

• 经验交流 •

针刺复合局部麻醉心包切除88例临床应用

西安医科大学第一附属医院心胸外科

李兆志 秦志端 梁景仁 侯立业 王乃栋

我院自 1970 年以来,在针刺复合局麻下,行心包切除术 88 例,获得较好效果。

临 床 资 料

88 例中,男 63 例,女 25 例,年龄 2 ½~54 岁,12 岁以下 9 例。本组属缩窄性心包炎 77 例,均采用胸骨正中切口,化脓性心包炎 8 例,慢性渗出性心包炎 3 例,均采用左前外侧切口,行心包剥离切除。

方 法

术前耐心做好动员工作,使患者密切配合手术,并练习深呼吸与腹式呼吸。术前 1 小时肌注苯巴比妥钠 0.1, 1/3 患者肌注东莨菪碱 0.3mg。辅助用药:切皮前 10 分钟,静脉滴注杜冷丁 25~75 mg、异丙嗪 25 mg,加用 0.25% 普鲁卡因或利多卡因 20~40ml 局麻。4 例儿童不合作,用硫喷妥钠基础麻醉加针麻完成手术。针麻穴位:分三组:一组取背部俞穴心俞、肺俞、陶道、赤医;二组取合谷(双);三组取合谷(双),内关(双)。进针务须“得气”,有酸沉感,针感传导强烈者针麻效果好。针柄接 BT701 电麻仪,脉冲刺激,频率 120~240 次/分,刺激强度以患者能耐受为宜,诱导 30 分钟。

结 果

三组穴位效果,经统计学处理,以第三组最优。按 1972 年上海全国针麻学习班统一标准评定,有效 95%,优、良 58.34%,失败 5%,其中化脓性与慢性渗出性心包炎无失败病例。88 例中死亡 4 例,均为缩窄性心包炎,病死率 5.19%,总病死率 4.5%。

讨 论

一、应用针麻的优点:我们体会有:(1)患者处于清醒状态,能密切配合手术,用腹式或深呼吸,克服胸闷气短。(2)呼吸循环生理功能扰乱少。本组术后

未见呼吸循环系统严重合并症。(3)减少全麻药物的副作用。(4)术后恢复快,咳嗽有力,呼吸道分泌物易排出。血压与脉搏稳定。(5)易于护理,当日可进食,减少补液。

本组观察 59 例诱导期及术中的血压与脉压差的变化,59 例中血压上升 30mmHg 者 7 例,上升 20 者 9 例,升降在 10 以内者 40 例,下降 20~30 者 3 例。脉压差上升 20 者 11 例,上升 10 者 22 例,升降在 10 以内者 26 例。2 例在术中发生一过性低血压和房性期前收缩,操作少停片刻即恢复。

缩窄性心包炎药物全麻心包剥离切除时,大部分患者脉压差明显缩小,本组仅有 3 例小幅度缩小,33 例增大,占 55.9%。本组病例仍有镇痛不全,尚须辅少量局麻药。解决这一问题,除筛选穴位外,与局麻药结合使用是提高针麻效果的方向。

二、手术技巧:手术应与麻醉密切配合。操作应做到稳妥,配合熟练、准确、轻柔,如剥离右心房及上下腔静脉入口之心包,粘连甚紧之心包宜锐性剥离,粘连脆弱之心包宜钝性剥离,禁用暴力,动作要轻而快。切皮时刀刃锐利,皮肤皮下组织一气切开以减少刺激减轻疼痛。切胸骨用电锯,速度快,痛苦小,切缘整齐,渗血少。如不慎一侧胸膜破裂,立即面罩辅助给氧,破口暂时用敷纱阻闭,术后置闭式引流管。若左前外侧开胸时,先行胸膜小切口,缓慢开胸,加强腹式呼吸,适应气胸后,再逐渐开大胸腔,同时以面罩给氧,辅助呼吸。缩窄性心包炎均采用胸骨正中切口,术野暴露满意,心包切除广泛,且保护了胸膜的完整性,有利于呼吸生理功能的维持。

心包剥离切除范围和顺序:先左室左房,后右室右房至上下腔静脉入口,左右达膈神经,上至主、肺动脉根部,下达心膈面,以钝性剥离为主。对缩窄性心包炎不强调剥离完全彻底,否则将因心肌长期损伤,遭致术后心肌收缩无力。对化脓性心包炎,因病死率高,应尽早手术,消除病灶,因未形成缩窄,易于彻底剥离切除心包。慢性渗出性心包炎由于心包填塞的

严重性,左室充盈不全,心搏量降低,冠状动脉供血减少,心缩无力,难于避免心功不全的发生。另由于感染的发展演变,可移行为缩窄性心包炎,因此,心包切除,引流积液,作为预防和治疗措施都有积极意义。

总之,针麻下心包剥离切除,对心包积液、积液行引流、切除,术后症状见消失或减轻;颈静脉怒张、肝大、腹水亦见减轻或消失;心功能明显改善,临床效果均较满意。

三、死亡原因分析:本组死亡4例与针刺麻醉无关。1例术后21天下床活动时,突发心室纤颤死亡。由于病期长达8年,心肌损伤严重,心功能代偿不全。另1例因心包缩窄严重,术前长期使用利尿剂致电解质紊乱,同时合并腹膜炎,败血症死于术后第31天。第3、4例亦因心肌损伤严重,术中又过分强调彻底剥离切除心包,致大量血液迅速回心,加重心脏负荷,心肌收缩无力,导致心力衰竭,分别于术后7、30小时死亡。

丹参降香注射液影响门静脉压力实验研究(摘要)

南通医学院附属医院外科

沈洪薰 陈澍周 朱远源 陈玉泉

国内一些单位应用现代血液动力学和微循环的理论、技术和方法进行实验研究的结果表明,各种血瘀证患者多有全身或局部血液动力学异常,经活血化瘀治疗,随病情缓解或好转,血液动力学异常或微循环障碍也得到改善或纠正。基于上述理论,我们进行了丹参降香注射液对犬门静脉压力的影响实验研究,现将初步结果报道如下。

材料和方法 将体重4.5~9 kg犬20只,分四组。甲组:丹参降香组;乙组:心得安组;丙组:组织胺—丹参降香组;丁组:组织胺—心得安组。将实验犬在戊巴比妥钠麻醉下施行剖腹术,由门静脉分支插入硅胶管到门静脉主干,另一端连接门静脉测压的玻璃柱,以测定自由门静脉压力。甲、乙两组分别由体静脉注入丹参降香注射液300mg/kg和心得安2 mg/kg,20、

40和60分钟测量门脉压;丙、丁两组各注入组织胺10 μ g/kg后,门静脉压力迅速上升,分别注入丹参降香注射液和心得安,20分钟、40分钟和60分钟测门脉压。

结果 甲乙两组结果见表1;丙丁两组结果见表2。

表1 丹参降香注射液对门脉压力的影响

($\bar{X} \pm S$ 单位, cmH₂O)

	注药前	注药后			P
		20'	40'	60'	
甲组	12.74 ± 2.15	11.3 ± 1.59	10.78 ± 2.22	10.42 ± 2.28	<0.05
乙组	13.78 ± 1.87	11.3 ± 1.59	13.46 ± 2.51	13.3 ± 1.96	>0.05

表2 丹参降香注射液对组织胺升高门脉压力后影响($\bar{X} \pm S$; 单位cmH₂O)

组别	注射组织胺			再注射降门脉压药				
	前	后	P	注射时	20'	40'	60'	P
丙组	11.16 $\pm$ 1.65	13.58 $\pm$ 3.14	<0.05	11.94 $\pm$ 1.72	11.24 $\pm$ 1.63	11.72 $\pm$ 1.93	12.12 $\pm$ 1.89	>0.05
丁组	13.1 $\pm$ 1.06	17.34 $\pm$ 2.95	<0.01	13.74 $\pm$ 33.3	12.64 $\pm$ 3.003	12.66 $\pm$ 2.97	12.64 $\pm$ 2.88	>0.05

讨论 活血化瘀法临床应用于肝硬化已有良好效果,对门静脉压力影响的研究尚未见报告。丹参降香注射液为活血化瘀之剂,内含丹参和降香生药为1g/ml。丹参通行血脉,有破宿血、生新血、活血、通心包络作用;降香通十二经,能散邪行气破滞,行瘀滞之血。甲组犬注射丹参降香注射液前后,自由门静脉压力逐渐下降, $P < 0.05$,说明丹参降香注射液具有降低门静脉压力作用,其机制可能在于扩张门

静脉系小静脉和/或毛细血管网,从而降低门静脉压力;本文丙组犬注药前后的测定观察,自由门静脉压力降低不显著, $P > 0.05$,说明丹参降香注射液不能对抗组织胺引起门静脉压力的升高。与翁氏报告(中西医结合杂志1982; 2(3):176)冠心Ⅱ号(内含丹参)不能完全对抗肾上腺素引起微动脉血流停止和血管收缩作用相似。