

霉菌感染 36例,占 90%,与文献报道相符^[2]。目前认为真菌性鼻窦炎发病的主要原因:(1)存在引起鼻腔鼻窦引流通道的解剖异常或病变,导致鼻窦局部缺氧。如慢性鼻炎或鼻窦炎所致的鼻腔黏膜肿胀及鼻甲肿大、中鼻道息肉或中鼻甲息肉样变、钩突肥大或息肉样变、中鼻道干酪样物、鼻中隔偏曲等。(2)真菌是一种条件致病菌,可长期存在于鼻腔和鼻窦黏膜,不引起任何症状,当出现全身消耗性疾病及严重营养不良时,人体免疫功能下降或长期不当使用抗生素及激素药物时,缺氧潮湿的环境,有利于真菌的大量滋生,从而诱发鼻腔鼻窦真菌感染。

鼻窦真菌病在症状及体征上没有很明显的特征,常易与慢性鼻炎、鼻窦炎或干酪性鼻炎相混淆。常表现为鼻塞、流脓涕、涕中带血或回吸性血涕、头痛等。近年来随着鼻内镜的广泛使用及影像学、病理技术的不断提高,以及临床医生对本病认识的不断深入和重视,本病的诊断率得到很大的提高。尤其是 CT在发现鼻窦解剖结构及变异、骨质改变、鼻腔内软组织及钙化斑方面优于 MR和 X线片^[3],对诊断有重要意义。本组有 23例 CT发现鼻窦软组织影内呈不规则点状或片状高密度影。当然,鼻窦真菌病的确认,最终依靠病理检查和真菌培养。

非侵袭性鼻窦真菌病治疗以手术为主^[4],关键是彻底清除病灶,扩大窦口,保持鼻窦引流通畅;术后定期清理术腔有利于术腔的愈合,减少粘连和复

发。传统的 CoHwell-Luc手术虽然暴露清楚,病变清除彻底,但手术损伤大,术中出血多,且不易清除中鼻道病变,术后鼻窦自然开口引流欠佳,易于复发。鼻内镜手术较传统术式有以下优点:(1)直视下手术,术野清晰,能彻底清除中鼻道异常结构和病变,使鼻窦自然开放,恢复正常引流;(2)术中可应用不同角度鼻内镜,清楚暴露窦腔病变,使手术彻底清除病灶;(3)操作精细,手术损伤小,出血少;(4)术后定期鼻内镜复查,能及时清理不利于窦腔恢复因素。本组 40例,术后 3个月复查,全部窦口引流通畅,无脓性分泌物及干酪样物,取得很好的疗效。

因抗真菌药物全身副作用大,对于非侵袭性鼻窦真菌病一般不用。笔者认为,术前术后常规应用抗生素,熟练的鼻内镜技术彻底清除病灶,使鼻窦自然开放,引流充分,术后 1周内常规用生理盐水冲洗鼻腔和长期鼻内镜随访换药是取得满意疗效的关键。

[参 考 文 献]

- [1] 庄爱民.非侵袭性鼻窦真菌病 12例报道[J].蚌埠医学院学报,2003,30(6):545-546
- [2] 顾之燕.真菌性鼻-鼻窦炎的诊断[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(5):257-258
- [3] 李春华,张楠,梁传余.真菌性鼻窦炎 40例临床分析[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2001,9(2):85-86
- [4] 罗晶,孙树岩,于博,等.鼻窦真菌病的临床研究[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2001,36(4):310

[文章编号] 1000-2200(2007)04-0467-03

。临床医学。

心脏二尖瓣瓣膜疾病手术 11例临床分析

王晨,陈后鹏

[摘要]目的:探讨外科治疗心脏二尖瓣瓣膜疾病效果。方法:分析 11例心脏二尖瓣瓣膜病患者接受外科手术治疗的临床资料。术前心功能 II~IV级,心电图示心房颤动 4例。均行二尖瓣置换,其中 2例同时行三尖瓣成形术,置换瓣膜均为人工机械瓣。结果:手术死亡 1例,为低心排出量综合征。余随访 3~6个月心功能明显改善。结论:二尖瓣置换、三尖瓣成形术是治疗心脏二尖瓣瓣膜疾病的可靠、有效手段。

[关键词] 心脏瓣膜疾病/外科手术;二尖瓣置换术;心室辅助装置;机械瓣

[中国图书资料分类号] R 654.2 [文献标识码] A

二尖瓣病变占后天性心脏瓣膜病的 50%~70%。特别是风湿性瓣膜病,二尖瓣病变达 90%以上,瓣膜的纤维化与钙化等破坏性病变,使多数患者需行瓣膜置换术。1998年 7月~2006年 6月,我们共施行单纯二尖瓣置换手术 11例。现结合文献报

道,就其近期并发症处理与死亡原因进行分析,并讨论影响远期疗效的有关问题。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 4例,女 7例;年龄 29~58岁。风湿性心脏病瓣膜患者 7例,二尖瓣腱索断裂 4例。临床症状:均有活动后心悸、气促、双下肢水肿。2例有心绞痛史。心功能 II级 3例,III级 5例,IV级 3例。心电图示心房颤动 4例。X线检查:均

[收稿日期] 2006-12-29

[作者单位] 安徽省芜湖市第二人民医院 胸外科,241000

[作者简介] 王晨(1965-),男,副主任医师。

显示不同程度的肺瘀血和左房扩大。心胸比: $0.50 \sim 0.75$ 。彩色多普勒超声检查均有二尖瓣中度以上关闭不全或(伴)狭窄,二尖瓣瓣下结构断裂、粘连、融合或钙化。三尖瓣中度关闭不全 2例。伴左心房血栓 1例。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前准备 术前常规应用地高辛、利尿剂及扩血管药物,心力衰竭者持续静脉滴注多巴胺,积极改善心功能,降低肺动脉压。心率稳定在 $80 \sim 90$ 次/分,尿量 1000 ml/d 以上;心功能改善至 II级以上;同时加强营养、改善体质。术前 3天肌肉注射维生素 K_1 以避免术中、术后大量渗血。

1.2.2 手术方法 本组手术均行胸骨正中切口气管插管复合麻醉、中低温 ($26 \sim 28^\circ\text{C}$)、中度血液稀释(红细胞比容 $0.20 \sim 0.25$)体外循环下施行。采用主动脉根部灌注含钾冷晶体停跳液,心肌表面适当放置冰屑保护心肌。单纯二尖瓣置换术视左房大小或估计三尖瓣是否成形采用房间沟入路或经右心房一房间隔入路探查二尖瓣病变情况。常规置左房引流管,术中持续低流量左心吸引。瓣膜置换全部采用进口双叶瓣,有 8例保留后瓣及瓣下结构,用涤纶线间断缝合。2例合并中度功能性三尖瓣关闭不全者,采用 DeVege法行三尖瓣瓣环成形术。术中视情况可放置心脏外膜临时起搏导线。

1.2.3 术后处理 常规呼吸机辅助 24 h应用正性肌力药物多巴胺与多巴酚丁胺联合静脉滴注。如有心功能不全迹象,可短期应用磷酸二酯酶抑制剂氨力农或米力农,两者均有正性肌力作用与血管扩张作用。术后 $48 \sim 72 \text{ h}$ 根据凝血酶原时间用华法林抗凝,1周内每日复查凝血酶原时间,调整抗凝药剂量,终生抗凝。出院后,按心功能恢复状态,继续应用强心与利尿药物,以后逐渐减量至停药。

2 结果

1例术后死亡,为低心排出量综合征,余无严重的并发症。随访 3~6个月,心功能正常 7例, I级 3例。

3 讨论

3.1 低心排出量综合征的防治 低心排出量综合征的发生与术前心功能、心胸比率、心脏阻断时间、体外循环时间、心肌保护措施、既往心脏瓣膜手术史等因素有关^[1,2],在其防治方面我科采取以下措施:(1)术前积极改善心肺功能,纠正电解质紊乱调节身体营养状况。对于心功能 II级以上,肝肿大、双下肢水肿、心率快的患者入院后给洋地黄控制心率、利

尿剂降低心脏前负荷,本组还对 7例瓣膜病变以关闭不全为主者给扩张血管药(开搏通等),以降低后负荷改善心功能,同时也能降低前负荷减轻肺淤血及降低肺动脉压力。术前日复查血 K^+ 均达 415 mmol/L 以上。(2)注意术中心肌保护,麻醉诱导及麻醉期间要平稳,避免出现对心肌损伤的现象。本组死亡 1例是在麻醉诱导期出现快速心房颤动,血压下降,立即建立体外循环,术后因低心排出量综合征死亡。目前我院采用中低温 ($26 \sim 28^\circ\text{C}$)进行心内直视手术,此方法应用较广泛。但由于主动脉被阻断后,供应心脏本身的冠状血流也要暂时中断,引起心肌缺血、缺氧,造成心肌缺血再灌注损伤,因其高钾也可造成内皮细胞损伤^[3]。目前国内许多医院开展了浅低温体外循环下二尖瓣置换术,不阻断主动脉,不使用心脏停搏液,不阻断冠状循环,心肌得到持续氧合血供应,最大限度地减轻心肌缺血、缺氧、再灌注损伤,最大程度地保持了心肌细胞形态结构的完整性,比中低温体外循环下二尖瓣置换术具有更好的心肌保护效果^[4]。(3)争取心脏自动复跳,减少心室颤动对心肌的损害。本组自动复跳 7例 (64.64%)。心脏复跳后让心脏空跳 20 min 左右,以偿还氧债使心肌收缩功能迅速恢复。(4)加强术后管理,维护良好的冠状动脉灌注,避免心肌缺血缺氧造成的心肌损伤。术后均给多巴胺与多巴酚丁胺合用,同时加用硝普钠 ($0.5 \sim 5 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$),自少量开始,逐渐增加剂量以达四肢皮肤温暖为限。

3.2 并发症 室性心律失常是心脏瓣膜置换术后常见严重并发症,是直接影响手术成功及生存的主要因素之一。术后早期所致室性心律失常的最常见原因为心肌细胞低钾等内环境紊乱,一般情况下,补充钾、调整呼吸机后多无需其他治疗^[5]。心脏瓣膜置换术后,室性心律失常发生率高低,其主要因素依次为低钾、主动脉阻断时间过长、术前心功能差、心胸比例大。其中以上 4种情况并存者室性心律失常的发生率最高。我们的体会是当发现室性期前收缩每分钟大于 5次,及室性二联律、三联律时,应及时应用利多卡因及快速补钾 $>4.5 \text{ mmol/L}$ 以上,并积极寻找原因作对应处理后室性心律失常多会控制。如不能控制可加用普罗帕酮、胺碘酮等^[5],多数能够纠正。

3.3 二尖瓣置换术时保留瓣下结构 保留瓣下结构能保留其对左心室的牵拉作用,有效地防止术后左心室过分扩张,避免出现低心排出量综合征或左心室破裂^[6],改善左、右心室的收缩功能,降低手术病死率,提高长期生存率。对于二尖瓣严重钙化合

并腱索缩短、不能保留瓣下结构者,切除瓣叶及其瓣下结构作常规二尖瓣置换。本组有 8例保留后瓣及瓣下结构。具体方法是要求行保留瓣下结构二尖瓣置换者为后瓣无明显钙化,主腱索粘连、缩短不明显;手术先将二尖瓣前瓣切除,根据情况修剪后瓣,保留全部后瓣或包括主腱索的后瓣大部,尽量较多地保留后瓣腱索,然后植入人工二尖瓣。本组术后未引起左室流出道梗阻及瓣膜功能障碍发生,保留二尖瓣后瓣及瓣下结构明显有利于瓣膜置换术后患者的恢复。

[参 考 文 献]

[1] 来永强,董伯岩,孟旭,等.瓣膜置换术后早期死亡原因分析

[文章编号] 1000-2200(2007)04-0469-02

。临床医学。

丙泊酚和异氟烷联合麻醉在悬雍垂咽腭弓成形术中的应用

邓宏平,黄丽,徐志云,石伯生

[摘要]目的:观察丙泊酚与异氟烷联合麻醉同单纯异氟烷吸入麻醉用于悬雍垂咽腭弓成形术时,术后清醒及拔管时间及围麻醉期各时点的血液动力学变化。方法:36例施行悬雍垂咽腭弓成形术的患者,随机分成丙泊酚和异氟烷联合麻醉组(联合麻醉组, $n=18$)和异氟烷吸入麻醉组(异氟烷组, $n=18$),观察两组患者术毕至完全清醒各主要指标,记录围麻醉期各时点的平均动脉压(MAP)及心率(HR),并作统计分析。结果:联合麻醉组拔管时间及完全清醒时间明显快于单纯异氟烷吸入麻醉组($P<0.001$),且全麻苏醒期血液动力学平稳。结论:施行悬雍垂咽腭弓成形术时,丙泊酚和异氟烷联合麻醉优于单纯异氟烷吸入麻醉。

[关键词]咽疾病/外科手术;睡眠无呼吸综合征;丙泊酚;异氟烷;悬雍垂咽腭弓成形术

[中国图书资料分类法分类号]R766.9 R563.8 [文献标识码]A

悬雍垂咽腭弓成形术(UPPP)是治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)的手术方法。术后要求患者清醒完全,并迅速恢复咽喉部的反射性。丙泊酚具有体内清除快,患者清醒迅速完全的特点,但其镇痛作用弱,单独应用难以达到手术所要求的麻醉深度。2002年12月~2006年3月,我科对施行UPPP的患者采用丙泊酚与异氟烷联合麻醉,取得了优于单纯异氟烷吸入麻醉的效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 36例中男27例,女9例;年龄23~68岁。36例均有打鼾和夜间憋醒等症状,病史6个月~20年,其中22例为中、重度OSAS既往有高血压病史21例;术前心电图ST-T段改变9例,心律失常5例,包括1例心房颤动、室性期前收缩和房性期前收缩各2例;手术均行双侧扁桃体切除、悬雍垂部分切除术。平均手术时间76~120 min。随机分

- []。中华胸心血管外科杂志,2003,19(5):309。
 [2] 左景珍,于昂,李卫民,等.702例心脏瓣膜置换术及其主要并发症的临床分析[J].中华外科杂志,2002,40(5):354-356。
 [3] 谭伟,方海宁.中低温室颤法下行二尖瓣置换术临床分析[J].右江民族医学院学报,2006,28(2):239-240。
 [4] 邱志兵,陈鑫,李朝先,等.浅低温体外循环心脏跳动二尖瓣置换术对心肌保护的体视学研究[J].中国危重病急救医学,2005,17(9):533-536。
 [5] 王奇,朱朗标,余翼飞,等.38例心脏手术后室性心律失常的治疗[J].中华胸心血管外科杂志,2000,16(5):294-295。
 [6] 孟国伟,孙强,曹燕霞,等.保留二尖瓣装置的二尖瓣置换术[J].中国胸心血管外科临床杂志,2004,11(3):228-230。

成丙泊酚和异氟烷联合麻醉组(联合麻醉组, $n=18$),单纯异氟烷吸入麻醉组(异氟烷组, $n=18$)。
 1.2 麻醉方法 术前30 min肌肉注射阿托品0.5 mg入手术室后用 Detax_{II}监护仪连续无创监测患者血压(BP),心电图(ECG)及脉搏氧饱和度(SpO_2)。开放静脉后,29例用咪唑啉仑0.05 mg/kg芬太尼2 μ g/kg丙泊酚1.5 mg/kg琥珀胆碱1.5 mg/kg快速诱导插管。7例术前估计插管困难者采用口咽喉黏膜表面麻醉,保留自主呼吸,顺气流方向插入气管导管,插管成功后机控呼吸。麻醉维持,联合麻醉组开始时丙泊酚2 mg \cdot kg⁻¹ \cdot h⁻¹微泵持续输注,异氟烷1.5%~2.5%持续吸入,术中间断静脉推注阿曲库铵与芬太尼,并逐步增大丙泊酚泵入量,减少异氟烷吸入浓度,手术结束前30 min关闭异氟烷,丙泊酚增加到4~5 mg \cdot kg⁻¹ \cdot h⁻¹,手术结束前5 min停用丙泊酚。异氟烷组2.5%~3.5%异氟烷持续吸入,间断静脉推注阿曲库铵与芬太尼,手术结束前5 min关闭异氟烷。

1.3 观察项目 两组术毕至出现吞咽反射、拔管及完全清醒时间。记录两组围麻醉期各时点平均动脉

[收稿日期]2006-07-18

[作者单位]江苏省南通市中医院麻醉科,226001

[作者简介]邓宏平(1966-),男,副主任医师。