

· 临床报道 ·

# 局麻药联合应用在先天性耳前瘘管 并感染手术中的疗效观察

石青彦, 文庆波

(河南焦作煤业集团中央医院 耳鼻咽喉科, 河南 焦作 454000)

**摘要:** **目的** 观察先天性耳前瘘管并感染患者手术中联合应用利多卡因与布比卡因的麻醉效果。**方法** 61例先天性耳前瘘管并感染手术患者,联合应用2%利多卡因与0.75%布比卡因进行局麻浸润麻醉,比例为2:1,分析其麻醉效果。**结果** 麻醉效果优良48例(63.93%),较好13例(36.07%),总有效率100%。**结论** 先天性耳前瘘管手术中联合应用利多卡因与布比卡因混合溶液,麻醉起效快、作用强、维持时间长,是一种安全有效的局麻方法。

**关键词:** 耳前瘘管;感染;手术;局部麻醉;效果

中图分类号: R764.7

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)02-0144-03

麻醉为各种手术的重要组成部分,它直接关系到患者手术过程的舒适度、术中出血量及手术安全性。耳前瘘管手术的麻醉,除了年幼和年老体弱患者,大多采用局部浸润麻醉,但其麻醉效果不稳定,尤其对合并感染的手术患者,手术难度增加,麻醉要求增高,麻醉满意度相对较差。为了弥补这一缺陷,确保手术顺利进行,本院2005年12月~2010年12月对61例先天性耳前瘘管合并感染的患者手术时采用小剂量、低浓度的利多卡因加布比卡因混合后进行浸润麻醉,取得了较好的效果。现报道如下。

## 1 材料与方 法

### 1.1 临床资料

收集2005年12月~2010年12月患先天性耳前瘘管且有感染或反复感染史的住院患者101例,其中男48例,女53例;年龄8~60岁,平均年龄38岁。感染灶位于耳轮脚前88例,耳轮脚内端9例,耳后2例,耳道内2例。将患者随机分为两组,联合用药组61例:感染灶位于耳轮脚前53例、耳轮脚内端6例、耳后

1例、耳道内1例;对照组50例:感染灶位于耳轮脚前45例、耳轮脚内端3例、耳后1例、耳道1例。所有患者均完成术前常规检查,排除全身性疾病。

### 1.2 麻醉方法

所有患者术前30 min肌注苯巴比妥钠针0.1。联合用药组:将2%利多卡因5 ml与0.75%布比卡因2.5 ml混合,混合液中再加入0.1%肾上腺素0.1 ml,混合后的药量根据手术范围控制在3~10 ml。行瘘管口及周围浸润麻醉,耳道内和耳轮脚内端处瘘管患者加用神经阻滞麻醉,可选择耳前、耳后、耳大神经局部浸润麻醉等。对照组:用2%利多卡因7.5 ml加入0.1%肾上腺素0.1 ml行局部浸润麻醉,麻醉方法同联合用药组。

### 1.3 麻醉效果评定标准<sup>[1]</sup>

根据患者术中主诉和术中麻醉效果分为:①优良:术中完全无痛,手术能按预期方案顺利完成;②较好:术中某些部位有轻度疼痛,但患者可忍受,手术可按预期方案完成;③较差:术中一半时间疼痛明显,某些部位剧疼,不能完成全部预定手术方案;④失败:术中剧疼,手术被迫终止,改用全麻下手术。

### 1.4 麻醉安全性评定标准<sup>[2]</sup>

术中进行心电监护,检测患者的意识、心

作者简介:石青彦,女,副主任医师。  
通讯作者:石青彦,Email:742916780@qq.com.

率、血压、血氧饱和度和心电图。将麻醉安全性分为①良好:手术中意识清晰、心率、血压波动 $<20\%$ 、血氧饱和度和心电图正常;②中等:手术中意识清晰、心率、血压波动 $>20\%$ 、血氧饱和度和心电图正常,无头晕、闷气、出冷汗,无需终止麻醉和手术进行处理;③差:麻醉和手术过程中出现头晕、恶心、呕吐、视物不清、反映迟钝、血氧饱和度下降、严重心率失常,必须终止麻醉和手术进行处理。

### 1.5 统计学处理

采用SPSS 16.0软件进行统计学分析。联合用药组与对照组各数值的麻醉效果和麻醉安全性比较采用秩和检验。

## 2 结果

联合用药组与对照组麻醉效果对比见表1,两组中各组数值经秩和检验, $P < 0.01$ 。联合用药组与对照组麻醉安全性对比见表2,两组中各组数值经秩和检验, $P > 0.05$ 。

表1 两组麻醉效果对比

级别	优良	较好	较差	失败
联合用药组	48	13	0	0
对照组	28	20	2	0

表2 两组麻醉安全性对比

级别	良好	中等	差
联合用药组	56	5	0
对照组	30	20	0

## 3 讨论

先天性耳前瘻管是一种常见的先天畸形,为第一、二腮弓的耳廓原基在发育中融合不全的遗迹<sup>[3]</sup>。其发生率达 $1.2\%$ ,女性略多于男性<sup>[4]</sup>。瘻管口多位于耳轮脚前,瘻管呈掌形状,常深入耳部软骨内。平时无症状,常因全身抵抗力降低、局部感染、局部挤压等原因继发感染。继发感染时局部红、肿、热、痛,反复感染形成囊肿或脓肿,破溃后形成脓瘻管或瘢痕,使管道走形发生变异。临床上一般选择的手术时机为炎症初期或炎症初步控制后。虽

然术中相对容易出血,解剖结构欠清楚,术时可从正常皮肤与瘢痕交界处将所有的瘢痕组织切除,包括所有可疑组织、瘻管及炎性肉芽组织,也可达到清除病灶目的。近年来不断有报道先天性耳前瘻管在合并感染时手术也取得了很好的疗效<sup>[5-6]</sup>,但必须是在满意的麻醉前提下进行,儿童及少许痛觉敏感的患者均采用全身麻醉,才能给术者充足的时间仔细寻找瘻管。术后有效的加压包扎及全身抗感染治疗也是炎症初期或炎症初步控制后手术患者恢复的关键。因为局部瘻管、瘢痕及肉芽组织切除后皮肤及皮下组织缺损较多,容易遗留死腔,增加感染机会。应在加强全身抗感染前提下有效加压包扎 $1\sim 3$  d。

优良的麻醉效果和良好的麻醉安全性是目前瘻管手术摘除的关键之一,由于耳部、耳周的特殊解剖结构,手术部位深、术野小、使耳部手术操作困难,而瘻管往往分支多,可深入到外耳道软骨段。为使手术顺利进行,采用全身麻醉为最佳选择<sup>[7-9]</sup>。但就我国目前的状况,特别是广大基层医院麻醉技术及患者经济承受能力方面,普遍开展全身麻醉受到一定限制。

但应注意,布比卡因的毒性较强,特别是心脏毒性作用。大剂量、高浓度的应用可引起心肌收缩力减弱,传导时间延长,引起严重的室性心率失常,一旦发生心脏停搏,复苏甚为困难。因此在使用布比卡因时应注意:①一定要严格控制药物的浓度和总量,浸润麻醉用 $0.25\%$ 浓度,神经阻滞麻醉用 $0.25\% \sim 0.5\%$ 浓度<sup>[10]</sup>,极量是每次 $200$  mg,每日总量 $400$  mg;②注射前加用肾上腺素使布比卡因吸收延缓,作用延长;③在血管丰富区注射时,必须先回抽,未见血液吸出方可注药;④对患有心血管疾病或年老体弱者慎用;⑤手术中严密观察患者各项不适反应及生命体征,一旦出现中毒反应,首先停止继续给药,保持呼吸道通畅,建立静脉通道,给氧,安定 $10$  mg静推等。早期发现,正确有效处理,一般情况可控制。但如果引起室性心脏毒性反应,复苏困难,一定注意术后严密观察。

### 参考文献:

- [1] 朱伟,沈彤,张旭文,等.内窥镜鼻窦手术中的麻醉问题[J].临床耳鼻咽喉科杂志.1977,11(3):130.

- [2] 刘艳,梁玲钰,李波蓬,等. 鼻部手术中联合应用利多卡因与布比卡因的麻醉效果观察. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2010,18(5):258-259.
- [3] 田勇泉. 耳鼻咽喉-头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:335.
- [4] 孔维佳. 耳鼻咽喉-头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:435.
- [5] 伍良善. 先天性耳前瘻管继发感染术前冲洗并手术治疗临床疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,2(11):114-116.
- [6] 徐颖,冯云海. 综合处理提高鼻内镜术后疗效[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2008,6(16):220-222.
- [7] 杨宝峰. 药理学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2006:126-127.
- [8] 陆晓和. 实用临床用药监护[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:187-189.
- [9] 段世明,郑斯聚. 麻醉药理学[M]. 上海:科学技术出版社,1966:104-105.
- [10] 徐济民,汪复,边友珍. 临床实用新药手册[M]. 上海:科学技术出版社,1998:114-115.

(修回日期:2012-02-15)

## · 经验交流 ·

## 成人急性会厌炎 112 例分析

王保霞

(沙河市人民医院耳鼻咽喉科,河北沙河 054100)

关键词:急性会厌炎;感染;呼吸困难;咽痛;药物治疗

中图分类号:R767.5

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2012)02-0146-02

成人急性会厌炎首先由 Lemiere 等于 1936 年报道,继之许多学者们都强调该病发病急骤,来势凶猛,可突发上呼吸道阻塞而致死,提醒临床医师对该病的足够重视,沙河市人民医院耳鼻咽喉科 1990 年 7 月~2011 年 3 月收治成人急性会厌炎患者 112 例,现报道如下。

## 1 资料与方法

## 1.1 临床资料

112 例患者,其中男 69 例,女 43 例;年龄 15~65 岁,平均 39 岁。春夏季发病 72 例,秋冬季发病 40 例。发病 6 h 之内就诊者 20 例,发病 6~12 h 就诊者 64 例,发病 12 h 后就诊者 28 例。诱因:过度劳累、感冒者 18 例;饮酒过量者 4 例;进食辛辣食物者 8 例;鱼刺划伤 3 例;其余无明确诱因。所有患者均出现不同程度的咽痛及吞咽痛;伴吞咽困难者 48 例,伴

咽喉堵塞感者 52 例,伴喘鸣者 12 例;其中伴 II° 呼吸困难者 38 例,大多数患者体温 37.5℃~38.5℃,5 例体温高于 38.5℃。体征:口咽部黏膜轻度充血者 32 例,咽后壁及扁桃体急性充血者 9 例,慢性充血者 28 例,其余口咽黏膜未见明显异常。间接喉镜或纤维喉镜检查示会厌以充血为主者 39 例,以苍白水肿为主者 25 例,以混合为主者 45 例,合并脓点者 3 例。会厌形态呈单侧肿胀肥厚者 40 例,呈半球形或马蹄形者 49 例,呈球形者 23 例。合并周围组织炎症者 30 例。

血常规:白细胞  $10 \times 10^9/L$  以下者 24 例; $10 \sim 20 \times 10^9/L$  者 73 例; $20 \times 10^9/L$  以上者 15 例,其中 1 例白细胞达到  $26 \times 10^9/L$ 。中性粒细胞多在 75%~90%。

## 1.2 治疗方法

以大剂量抗生素和糖皮质激素治疗为主,首选头孢菌素类,头孢呋辛钠 3.0 静点,每日 2 次;地塞米松 10 mg 静滴,每日 1 次;甲硝唑 250 ml 静点每日 2 次。治疗 5 d 症状基本消失,停用地塞米松、抗生素逐步减量继续应用 5 d。头孢类过敏者应用阿奇霉素或左氧氟沙

作者简介:王保霞,女,主治医师。

通讯作者:王保霞,Email:wwangbx@163.com.

星。同时补液 1 500 ~ 2 500 ml。应用肾上腺素 1 mg、地塞米松 4 mg、糜蛋白酶 4 000  $\mu$  雾化吸入,每日 2 次。吸氧,密切观察病情变化,做好气管切开准备。1 例患者诊治过程中病情迅速加重,出现 III°呼吸困难、三凹征明显及烦躁不安。紧急行气管切开术,并给于吸氧、脱水、能量合剂、激素、抗生素等治疗,8 h 意识恢复,7 d 会厌肿胀消退后堵管,9 d 拔管,12 d 痊愈出院。

## 2 结果

111 例患者住院后行内科药物治疗效果理想,II°呼吸困难患者经及时药物治疗避免了气管切开。多数患者用药 5 d 后症状消失,会厌多在 5 ~ 10 d 恢复正常,白细胞多在 5 ~ 15 d 恢复正常,10 d 左右脓点自行吸收。1 例转变为 III°呼吸困难患者紧急行气管切开术和药物治疗后痊愈出院。

## 3 讨论

急性会厌炎是耳鼻咽喉科的急重症之一,主要为会厌及杓会厌皱襞的急性水肿伴蜂窝组织炎性变。因会厌静脉回流均通过会厌根部,故会厌根部受炎症浸润的压迫,使静脉回流受阻,会厌将迅速发生剧烈水肿且不易消退。因此,会厌炎起病急,数小时可出现剧烈咽痛、吞咽困难、呼吸困难。肿胀的会厌遮盖了声门,当水肿的杓会厌皱襞在用力吸气时内翻使喉入口更加狭小,如分泌物吸入狭小的声门裂,可引起急性喉梗阻<sup>[1]</sup>,窒息死亡,故应高度重视本病。

本病的首发症状为咽痛、吞咽痛,起病隐匿,数小时可迅速加重,出现呼吸困难。门诊诊治时注意发病时间、病情进展、呼吸困难程度及会厌肿胀程度。起病急、进展快、迅速出现呼吸困难、会厌呈球形者有窒息的危险,应及时救治。本病的诊断以症状、间接喉镜或纤维喉镜检查确诊。成人的胸壁厚,出现吸气性呼吸困难时的外在表现三凹征不是很明显<sup>[2]</sup>,而且对缺氧有一定的耐受性,口唇紫绀也不是

很明显,因此即使出现 II°呼吸困难,患者除自觉症状外,其外在表现不是很典型,很容易误诊而错过了药物治疗的抢救时机,突发窒息,导致患者死亡。因此以咽痛、咽堵、吞咽困难为主诉的患者就诊时应检查喉镜,对急性会厌炎的患者应密切观察病情,一旦经用药自觉症状无好转,及时行会厌切开或气管切开术。

本组有 8 例不典型的病例,1 例无咽痛,仅诉呼吸不畅,喉镜检查却发现会厌明显充血肿胀呈球形;7 例仅有轻微咽痛,主诉咽部堵塞感,喉镜检查会厌明显充血呈半球形。这些患者易误诊为咽异感症,对咽异物感的患者喉镜检查是必要的。

本病的主要病因是细菌感染和变态反应性水肿<sup>[3]</sup>。致病菌常见的为乙型流感杆菌,葡萄球菌,链球菌等<sup>[3-4]</sup>。故本病的治疗是以静脉应用大剂量抗生素和糖皮质激素为主,同时应用肾上腺素、地塞米松及糜蛋白酶雾化吸入,促进局部肿胀的消退<sup>[1]</sup>。成人会厌炎以药物治疗为主,会厌肿胀明显者可行会厌切开,在药物治疗不能缓解病情发展的情况下,采用气管切开。有文献报道<sup>[1,4-6]</sup>会厌炎引起窒息死亡的病例,因此本病的早期诊断和及时治疗是必要的。

急性会厌炎为耳鼻咽喉科的急症,但患者的早期症状往往以上呼吸道感染就诊于内科或在门诊输液治疗,因此作为医务工作者应熟悉本病的症状及特征,避免误诊,漏诊。

### 参考文献:

- [1] 王志慧. 成人急性会厌炎 430 例治疗体会[J]. 现代中西医结合杂志,2008, 17(25): 3968 - 3969.
- [2] 孟美娟,黄维国,邱建华,等. 成人急性会厌炎呼吸困难程度的判断与处理[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2002, 16(6): 259 - 261.
- [3] 谢民强. 耳鼻咽喉头颈感染性疾病[M]. 北京:人民卫生出版社,2005: 195 - 198.
- [4] 范伟红. 成人急性会厌炎 125 例临床分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2011, 19(2): 86 - 87.
- [5] 周彬. 69 例成人急性会厌炎临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011, 17(5): 375 - 377.
- [6] 陈兵,栗红燕,张小平. 2 例重症急性会厌炎的诊治及抢救[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2008, 14(3): 232 - 233.

(修回日期:2011 - 11 - 07)