

缺陷,需要进行不断改进。此外还需要加强基层卫生单位的网络硬件建设和提高医务人员对医疗信息化技术的认识和软件操作水平。家庭病房的建立,实现了医院与干休所的一体化医疗保障管理,使用先进的数字化技术,用较少的人力构建医疗保健服务网络,不仅拓展了医院的医疗服务空间,也创新了医疗保健服务模式,使院前院后的医疗、预防、康复和保健的工作效率得到了极大的提升。

【参考文献】

[1] 崔宝善,熊友升,苏 皖,等. 军队老干部网络医疗服务平台

的架构与功能[J]. 东南国防医药,2010,12(1):87-88.

[2] 马炬明. 紧贴形势任务提高医院应急卫勤保障质量[J]. 解放军医院管理杂志,2007,14(6): 478-480.

[3] 江 迅,梅 磊. 数字化医疗——提高医疗服务与管理的基础[J]. 医疗卫生装备,2010,31(11):115-116.

[4] 崔宝善,曹文献,苏 皖. 南京军区实施康寿工程十年研究与实践[J]. 东南国防医药,2008,10(2):142-144.

(收稿日期:2011-08-19)

(本文编辑:孙军红)

· 个 案 ·

桡动脉穿刺后手供血不足 1 例

肖金辉¹,杨建军²,刘 荣¹

【关键词】 穿刺;桡动脉;供血不足;手

【中图分类号】 R654.4 【文献标志码】 B 【文章编号】 1672-271X(2011)06-0574-01

1 病例报告

患者女,73岁。因反复便血9月余入院,诊断直肠癌。拟在全麻下行经腹会阴直肠癌根治术,术前心功能正常。入室后血压190/90 mmHg,心率72次/min,右手食指脉搏血氧饱和度(SpO₂)97%,麻醉诱导:咪达唑仑2 mg,芬太尼0.1 mg,丙泊酚80 mg,顺苯磺酸阿曲库铵10 mg,气管插管顺利,机控呼吸(吸入氧浓度100%),SpO₂ 100%,吸入七氟烷以1%~3%维持麻醉。行右桡动脉及右颈内静脉穿刺置管术,穿刺顺利,BP 135~152/67~83 mmHg,右手使用飞利浦VM8监护仪及GE Dash3000监护仪SpO₂均显示无脉动。左手SpO₂ 100%,右手掌部及手指紫绀,温度较手臂明显偏低,考虑尺动脉供血不足,拔除右桡动脉导管加压包扎,行左侧桡动脉穿刺置管测压,穿刺置管顺利,左手SpO₂显示80%~90%,波形显示低灌注。右桡动脉加压包扎20 min后放松,手指SpO₂仍显示无脉动,行双手腕及掌指部热敷,半小时后左手SpO₂ 100%,波形正常。1 h后右手拇指、食指脉搏波形间断出现,显示低灌注,SpO₂ 100%,无名指及小指无脉搏波形,拇指、食指及中指颜色苍白,无名指及小指颜色青紫,右手继续热敷。手术时间约3 h,术后拔管送回病房,约5 h后,右手SpO₂稳定为97%~98%,颜色仍为苍白,追问病史,患者诉平时手温较低,冬季手指青紫发麻,遇热水好转。术后1周行艾伦试验,双侧尺动脉松开后25 s仍未转

红,提示双侧尺动脉血供较差。术后3个月随访未发生缺血性坏死。

2 讨论

桡动脉与尺动脉在掌部组成掌深、浅血管弓,形成平行的血流灌注。桡动脉插管后发生阻塞或栓塞,只要尺动脉平行循环正常,手部血流灌注不会引起障碍^[1]。本例桡动脉穿刺后手供血严重不足,推测其原因可能是:①老年、高血压及周围血管硬化等原因导致桡动脉及尺动脉管腔狭窄,外周循环供血不足;②手部血供以桡动脉为主^[2],动脉穿刺置管引起的局部动脉阻塞及血管痉挛导致其远端发生明显缺血,以致SpO₂显示无脉动。桡动脉置管期间,通过在同侧手指放一个脉搏氧饱和度来连续监测末梢灌注是否充足。由于反复穿刺、输液引起的局部体温降低等右侧缺血更为严重。术后嘱患者热敷、理疗及加强功能锻炼后好转。此例双侧尺动脉血供较差,对老年、周围血管硬化的患者,无选择性地行桡动脉插管测压,有可能造成手部供血不足和组织坏死,应引起足够重视。

【参考文献】

[1] 庄心良,曾因明,陈伯銮. 现代麻醉学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2003:1920.

[2] Miller. 米勒麻醉学[M]. 6版. 曾因明,邓小明,译. 北京:北京大学医学出版社,2006:1295.

(收稿日期:2011-05-16)

(本文编辑:黄攸生)

作者单位:1. 335000 江西鹰潭,解放军184医院麻醉科;2. 210002 江苏南京,南京军区南京总医院麻醉科