个案与短篇 文章编号:0253-3626(2011)02-0256-01

脾切除术致腹主动脉压迫误诊分析

杨贵英,杨天德
(第三军医大学附属新桥医院麻醉科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R657.6 【文献标志码】B 【收稿日期】2009-10-27

1 临床资料

患者,男,64 岁,既往无特殊病史。因肝硬化、脾大和双下肢水肿入院在全身麻醉下行脾切除和肝门静脉、奇静脉离段术。8:25 min 开始麻醉诱导,给予咪达唑仑 3 mg,阿曲库铵 50 mg,丙泊酚 100 mg,芬太尼 0.2 mg 后行气管插管。行右颈外静脉穿刺置管,右足背动脉穿刺测压,右上肢袖带测压,麻醉维持丙泊酚 4~6 mg/(kg·h),瑞芬太尼 0.15~0.2 μg/(kg·min),手术于 9:10 正式开始。此期间足背动脉压维持在 110~130 mmHg,右上肢袖带压维持在 95~115 mmHg,心率 60~80 次/min,手术进行到分离肝门血管,并准备行肝门静脉测压时,患者血流动力学指标急剧变化,足背动脉压维持在 75~85 mmHg,右上肢袖带压维持在 125~135 mmHg,心率上升 100~120 次/min,此时患者上半身潮红,上半身体温上升,下半身稍凉,听诊双肺呼吸音清,血气结果显示:pH7.48,PO_2 493 mmHg,PCO_2 30 mmHg,BE −0.5 mmol/L,Hb 10.9 mmol/L。此时误认为过敏反应,立即给与麻黄素 10 mg,地塞米松 10 mg,葡萄糖酸钙 1 g,经颈外静脉输液 1 000 ml,果糖 10 g,参附 100 ml,此时改善效果不明显。约 0.5 h 后情况自行缓解,足背动脉压恢复到 120~140 mmHg,右上肢袖带压维持在 105~125 mmHg,心率 70~85 次/min。事后考虑此可能为腹主动脉受压所致的血流动力学指标急剧变化。

2 讨 论

2.1 病因

腹主动脉受压可导致流经腹主动脉狭窄段的血流减少,在狭窄远端管腔无明显缩小的情况下,远端动脉的血流灌注压降低,而外周小动脉、微动脉因缺血缺氧造成代谢产物积聚和酸中毒,反射性引起周围血管扩张,阻力降低[1];而受压部位以上血流增加,导致近端动脉压增加,左心负荷增加,有发生心力衰竭及脑溢血的危险。当腹主动脉受压解除后,远端区域的组织器官血流恢复,重新得到灌注,压力恢复,左心负荷降低,上肢动脉压下降。本病例显示:①手术操作在腹主动脉附近,拉钩及术者手部均可能压迫腹主动脉。②双下肢动脉搏动减弱,上下肢血压值差别明显。③上半身与下半身体温差异。④听诊双肺呼吸音清,血气结果基本正常,且按照过敏处理效果不佳。根据以上分析,初步诊断为腹主动脉受压所致的血流动力学指标急剧变化。

2.2 误诊原因

此类手术发生腹主动脉受压的情况少见,本病例腹主动脉受压缺乏特异性,血流动力学变化不像阻断腹主动脉那样急剧,单凭临床诊断困难,且许多医师尚未能认识该现象。彩超在检查中准确率高,能清晰显示血管的解剖及了解血流动力学的变化明确诊断,但在手术过程中不能行彩超检查,仅能凭解剖关系与血流动力学的变化初步诊断。因此应重视该现象的误诊率,根据解剖关系与血流动力学的变化尽快作出诊断,可避免延误病情和错误的治疗措施,以减轻误诊给患者造成的后遗症及经济损失。

2.3 经验教训

对此类可能压迫或阻断大血管的手术,应同时监测上下肢血压,并密切观察各项生命体征,以便早期作出诊断,早期预防并处理并发症。通过本例,要总结的经验教训是,对于任何一个病人,我们都须全面了解其生理、病理情况,遇有特殊病情者,需慎重评估,在此基础上才能作出合理的麻醉处理。

作者介绍:杨贵英(1981-),女,硕士,
研究方向:肌松药的代谢及其对血流动力学的影响及机制。
通信作者:杨天德,男,教授,Email:31011@sina.com。

参 考 文 献

[1] 丁 虹,张 晖,赵月虎,等.超声检测动脉狭窄性病变血流动力学的实验研究[J].中华超声影像杂志,2000,9(7):438-440.

(责任编辑:冉明会)

参 考 文 献

[1] Rieder H L,Snider D E Jr,Cauthen G M.Extrapulmonary tuberculosis in the United States[J]. American Review of Respiratory Disease,1990,141(2):347-351.
[2] Weiner G M,O'Connell J E,Pahor A L.The role of surgery in tuberculous mastoiditis:appropriate chemotherapy is not always enough[J].Journal of Laryngology and Otology,1997,111(8):752-753.
[3] Windle-Taylor P C,Bailey C M. Tuberculosis otitis media :a series of 22 patients[J]. Laryngoscope,1980,90(6):1039-1044.
[4] Sharan R,Issar D K. Primary tuberculosis of the middle ear cleft[J].Practitioner,1979,222(1327):93-95.
[5] Zahraa J,Johnson D,Lim-Dunham J E,et al. Unusual features of osteoarticular tuberculosis in children[J]. Journal of Pediatrics,1996,129(4):597-602.
[6] Rho M H,Kim D W,Kim S S,et al. Tuberculous otomastoiditis on high-resolution tempora l bone CT: comparison with nontuberculous otomastoiditis with and without cholesteatoma[J]. American Journal of Neuroradiology,2007,28(3):493-496.

(责任编辑:关蕴良)