个案与短篇 文章编号:0253-3626(2009)04-0511-02

丁卡因表面麻醉致过敏性休克(附 1 例报告)

徐 昉[1];赖苏何[2];刘 琼[1]
(1. 重庆医科大学附属第一医院 急诊科和中心 ICU,重庆 400016;2. 重庆医科大学七年制临床医学系,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R614.3;R541.6+4 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-07-28

丁卡因是长效局部麻醉药物,主要用于表面麻醉,穿透力强,起效快,能透过黏膜,临床上多用于耳鼻喉科诊疗、内镜检查及治疗的表面麻醉。其过敏所致毒性反应发病迅速,在临床中呈现散发性,常因未得到有效认识和及时救治而危及生命。现结合我院急诊科所抢救 1 例丁卡因表面麻醉致过敏性休克病例,对丁卡因过敏反应的独特临床表现和救治经验予以总结分析。

作者介绍:徐 昉(1977-),男,主治医师,硕士,
研究方向:急诊医学和危重病医学。

1 临床资料

患者,杨 XX,女,22 岁,因"咽喉部局部喷麻后呼吸困难伴抽搐、意识丧失 2 h"入我院中心 ICU。入院 2 h 前因"声带小结"于耳鼻喉科门诊行喉镜检查,予 1%丁卡因局部喷麻(估计剂量<20 mg)后 2 min 出现呼吸困难、口唇发绀、意识丧失伴四肢抽搐、双眼凝视,无恶心、呕吐、大小便失禁。考虑诊断为"喉头水肿,过敏性休克",立即给予肾上腺素剂 1 mg 皮下注射,地塞米松 5 mg、安定 5 mg 静脉推注,并给以吸氧 2 L/min,约 30 min 症状无缓解,且呼吸困难、抽搐加重。遂在面罩加压辅助呼吸下送入急诊抢救室, 查体:P110 次 /min、R35 次 /min、BP 80/40 mmHg,中度昏迷,双侧瞳孔等大圆形约 0.3 cm、对光反射存在,监测 SpO_2 81%。立即给予经口气管

下肢血流缓慢出现下肢 DVT。另腹腔高压等会直接压迫下腔静脉,引起下肢循环障碍产生 DVT。

在 DVT 的监测方面,贾玉龙等[6]报道 D-二聚体在 DVT 诊断中的敏感性 95%,特异性 40%,阳性预测值 48%,阴性预测值 95%,是临床监测 DVT 重要指标。本研究发现有 90.6%(29/32)患者 D-二聚体增高,与文献报道相符。同时我们发现有 56.3%(18/32)的患者血小板明显增高,提示血小板急剧增高可能是 DVT 的又一重要监测指标。同时,彩色多普勒超声为下肢静脉血栓形成提供了早期、无创、高敏感的检查方法[1,2],对怀疑下肢 DVT 的患者应尽早行彩色多普勒超声检查。

下肢 DVT 早期处理包括非手术和手术。非手术治疗主要是抗凝、解聚、溶栓及对症处理。马玉奎等[7]报道需手术或介入治疗者为少数。后期处理重点在于维持治疗和改善下肢静脉功能。本组全部病例给予抗凝溶栓治疗,93.8 %(30/32)患者于发病后 7~14 d 治愈,疗效满意与韩景胜[8]等报道相近。

总之我们认为 ICU 内危重病人 DVT 发病率较高,以深静脉置管为主要致病原因,长期卧床、血液高凝状态是重要诱发因素。对高危病人(如急性重症胰腺炎)且行深静脉置管者必须积极监测 D-二聚体及血小板变化,对可疑 DVT 者及时行彩色多普勒超声动态检查,密切注意防治血管性并发症。下肢 DVT 早发现、早期积极抗凝溶栓治疗可获满意效果。

参 考 文 献

[1] 陈露华,金玉英.超声诊断下肢深静脉血栓形成 116 例观察[J].内蒙古民族大学学报(自然科学版),2007,22(12):681-682.
[2] 林 云.18 例下肢深静脉血栓形成的彩色多谱勒超声诊断[J].重庆医学,2005,34(6):923-924.
[3] 徐 凌,毕红雪,蔡柏蔷,等.深静脉血栓形成103 例临床分析[J].中华内科杂志,2000,39(8):513-516.
[4] 韩文斌.中心静脉置管并发症的预防[J].国外医学:护理学分册,2003,22(12):567-561.
[5] 严景恩,张伟国,罗青国.下腔静脉滤器显人术在下肢深静脉血检时预防肺栓塞的应用[J].第三军医大学学报,2006,28(13):1452.
[6] 贾玉龙,程 石,汪 岩,等.下肢深静脉血栓形成时 D- 二聚体监测的临床意义[J].中国医刊,2007,42(3):36-37.
[7] 马玉奎,赵纪春,胡 志,等.下肢深静脉血栓形成的诊断及综合治[J].中国普外基础与临床杂志,2008,15(1):56-58.
[7] 韩景胜.联合用药治疗下肢深静脉血栓形成疗效观察[J].中国现代医生,2007,45(11):108.

(责任编辑:冉明会)

插管（见轻度喉头水肿），呼吸机辅助通气（通气参数：Drager savina 型呼吸机、SIMV、FiO_2 100%、f 18 次 /min、PSV5 cm H_2O、PEEP8 cm H_2O），血气分析示：pH6.81、$PO_2$103 mmHg、HCO_3^- 5.9 mmol/L、BE^- 28 mmol/L，提示代谢性酸中毒，给予 5%碳酸氢钠溶液 100 ml 静脉滴注。在急诊抢救室救治 15 min 后前患者开始出现烦躁，查体意识未恢复，心率 142 次 /min，SpO_2 75%，给以安定 10 mg 后稍好转。经早期抢救 90 min 后在医护人员陪同、呼吸机辅助呼吸和心电监护下送入我院中心 ICU。

入 ICU 查体：T37℃、P133 次 /min、R24 次 /min（呼吸机辅助）、BP 110/65 mmHg，窦性心律，神志恍惚，极度烦躁，皮肤粘膜无明显紫绀，气管居中，心脏、肺部、腹部检查未发现异常。入院诊断：①过敏性休克（丁卡因）；②代谢性酸中毒；③缺血缺氧性脑病。入院后继续予以呼吸机辅助通气，持续心电监护，并给予甘露醇 125 ml Q 8 h、β－七叶皂苷钠 30 mg QD、地塞米松 20 mg QD 改善脑水肿；醒脑静 20 ml QD 催醒；间断使用地西泮和丙泊酚镇静、控制抽搐；奥美拉唑防治上消化道出血等综合治疗。入院 24 h 后患者神志逐渐恢复，拔出气管插管（气管切开包备床旁），面罩吸氧 3 L/min。48 h 后成功脱机，转出中心 ICU，后继续给以脑保护、抗感染治疗，1 周后康复出院。

2 讨 论

丁卡因是常用表面麻醉药物，临床使用非常广泛。对其严重过敏反应的报道并不多，近 10 年国内有关其过敏及中毒反应报道仅 30 余例，尤其是严重过敏致休克者更为少见，仅邱敏强[1]等共有 5 例散发性报道（其中死亡 1 例），一旦发生往往得不到充分认识和及时有效的抢救，常危及患者生命。本例即因丁卡因表面麻醉致过敏性休克，同时发生呼吸困难、缺血缺氧性脑病，给予常规抗过敏性休克抢救效差后，及时辅助人工气道建立、机械通气、ICU 镇静治疗等急危重症医学救治手段，患者转危为安，抢救成功。

丁卡因中毒或过敏，主要表现在中枢神经系统、心血管系统或用药局部。它对中枢神经和心血管有明显抑制作用，一旦发生高敏反应来势凶险。当其血药浓度达到或超过足以引起中枢神经系统的各种兴奋或抑制临床表现时即可出现，且个体差异巨大。其特点是突然发生、无明显先兆即出现严重的反应，本例即在用药后 2 min 内出现呼吸困难、昏迷、休克等症状。且出现“目光凝滞、呼之不应”、阵挛性惊厥、角弓反张等去皮质状态和睁眼昏迷的丁卡因中毒特征性意识障碍表现[2]。对这种特殊的意识障碍认识不足，极易延误治疗。

过敏性休克是典型的第 I 型变态反应，由 IgE所介导，通过免疫机制于短期内发生剧烈的全身过敏反应，累及多种器官，常可危及生命。皮肤、呼吸、心血管系统最常受累。典型症状包括胸闷、喉头堵塞及呼吸困难不断加重，出现晕厥感，面色苍白或发绀，烦躁，冷汗，脉搏细弱，血压下降，后期可出现昏迷、抽搐等中枢神经系统症状。一旦临床诊断，需立即救治，治疗前无需实验室检查确诊。抢救中强调：迅速识别过敏性休克的发生，积极抗休克治疗和维护呼吸道通畅。丁卡因严重过敏所致休克者，常规抗过敏治疗效果常不佳，会由于抽搐时间过长导致大脑缺血缺氧，产生严重后遗症，更甚者会发生心跳骤停致死，范敏[3]曾有过 1 例报道。对这一特殊的药物过敏，必须重视维护呼吸道通畅，本例就是在常规抗休克治疗效差时，及时给予建立人工气道和呼吸支持争取救治时间，减少并发症，效果良好。

查阅 1998～2008 年来国内有关丁卡因过敏及中毒反应报道与本我院病例共 33 例进行分析。其中男性 22 例、女性 11 例，年龄 8～71 岁。给药至发病时间即刻～30 min。临床特征包括不同程度的意识障碍、阵挛性惊厥、休克症状、呼吸困难和心跳骤停等。其中休克症状最多见，占 84.8%（28/33）所报告病例经及时救治痊愈 32 例（占 96.0%，32/33），死亡 1 例（占 4.0%，1/33）。

在丁卡因过敏或中毒的救治上必须注意以下几点：①必须掌握丁卡因的过敏性。翻阅丁卡因说明书可见重要提示：“对过敏者可引起猝死。即使表面麻醉也应注意”，“严重过敏体质者禁用”[4]。在使用时应小心谨慎，对过敏反应以预防为主，建议使用前做过敏试验。②宜采用最低有效浓度和必要的最小剂量，一次最大剂量不超过 100 mg，建议丁卡因粘膜麻醉的原则：药液浓度 1%，常规喷雾 2 次，每次总量不超过 20 mg。③一旦发生过敏采取常规抗过敏措施，立即停止与可疑过敏原接触，给 0.1%肾上腺素，先皮下注射 0.3～0.5 ml，紧接着作静脉穿刺注入 0.1～0.2 ml，继以 5%葡萄糖液滴注，维持静脉给药畅通。严重病例应及早静脉注射地塞米松 10～20 mg 或琥珀酸氢化考的松 200～400 mg。可酌情选用抗休克药物如去甲肾上腺素、阿拉明（间羟胺）等。同时给予血管活性药物，并及时补充血容量。肾上腺素肌肉注射可能无效，必要时可予肾上腺素稀释后持续静脉滴注或重复皮下或肌肉注射维持血药浓度。④保持呼吸道通畅和机体氧供。对常规抢救无效者和严重阵挛性惊厥者必须保障呼吸道通畅，气管插管或切开和机械通气是重要抢救措施，能够挽救大多数患者生命。⑤警惕丁卡因可引起室颤和心搏停止而致死[5]，应当进行心电监护并除颤仪备用。⑥联合急诊科和 ICU 抢救重症丁卡因过敏能提高抢救成功率。

参 考 文 献

[1] 邱敏强，王亚雯.丁卡因过敏性休克 1 例[J]. 临床口腔医学杂志，2001，17(4)：306.

[2] 郝 伟，冯雪丹，张立新，等.丁卡因不良反应 1 例及文献分析[J]. 临床荟萃，2005，20(22)：1313-1314.

[3] 范 敏，陈玉华.丁卡因中毒致死 1 例[J]. 咸宁学院学报（医学版），2005，19(3)：189.

[4] 张茂成，季俊生，李玉华，等.1 例丁卡因表面麻醉致过敏性休克抢救成功体会[J]. 现代医药卫生，2008，24(1)：99.

[5] 肖平田，田勇全.新世纪药物手册[M]. 长沙：中南大学出版社，2004：205.

（责任编辑：冉明会）