个案与短篇 文章编号:0253-3626(2009)02-0255-01

1 例术中诊断为嗜铬细胞瘤患者的麻醉处理

王 彬,何开华
(重庆医科大学附属第一医院麻醉科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R614.27 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-02-25

1 临床资料

徐××,男,56 岁,体重 63kg,身高 165cm。ASA II,NYHF 1,Mallampati 分级 2 级。因上腹部隐痛不适 1 月入院。既往身体健康,否认高血压病史。

实验室检查:红细胞、红细胞压积和血红蛋白稍增高,其余均正常。

腹部 B 超:(1)胆结石;(2)第一肝门旁异常低回声(肿大淋巴结)。

CT:胰头及门静脉后方、右肾前方区域见类圆形软组织影,最大层面 5cm×5cm。密度较均匀,增强后 3 期扫描均见明显强化。该病灶与胃窦部、肝方叶、下腔静脉分界不清。右肾上腺显示不清,左肾上腺形态无异常。考虑为腹膜后肿瘤,与相邻结构分界不清。

诊断:胆囊结石,腹膜后肿瘤。

2 麻醉经过

患者入室血压 120 mmHg/80 mmHg,心率 120 次/min。顺利诱导插管。桡动脉穿刺行直接动脉压监测,麻醉维持以丙泊酚和七氟烷为主,间断给予芬太尼和维库溴胺。开腹探查包块时,血压急剧升高至 240 mmHg/120 mmHg,心率 150 次/min,$SpO_2$100%。立即停止手术探查,给予酚妥拉明 2 mg,血压降至 160 mmHg/90 mmHg,HR120 次/min,$SpO_2$100%。右颈内静脉穿刺、中心静脉压监测,同时开始泵注酚妥拉明和硝普钠,间断推注艾司洛尔,血压 140 mmHg/90 mmHg,HR130 次/min,加强扩容治疗,羟已基淀粉和新鲜冰冻血浆分别 1 000 ml 和 400 ml。1 h 后发现 SpO_2 逐渐下降,由 100%下降至 94%。立即听诊双肺,呼吸音清,未闻及湿罗音。手术探查,血压170 mmHg/100 mmHg,HR150 次/min,手控呼吸 $SpO_2$96%,呼吸机控制呼吸 $SpO_2$96%下降至 88%,吸引气道,吸出粉红色泡沫痰,血气分析:低氧血症。再次停止手术。立即静脉推注呋塞咪 20 mg、西地兰 0.2 mg,静脉输注甲基强的松龙 500 mg,同时给予呼气末正压通气治疗(Positive end-expiration pressure,PEEP)。反复吸引泡沫痰逐渐减少,SpO_2 逐渐回升至 95%。调整酚妥拉明和硝普钠的泵注速度,维持血压在 130 mmHg/90 mmHg,心率 110次/min,再继续手术。包块切除后,血压下降至 80 mmHg/40 mmHg,停用酚妥拉明和硝普钠,改为去甲肾上腺素和多巴胺,维持血压 110 mmHg/70 mmHg。并在监测 CVP 下继续补充红细胞悬液 400 ml 和羟已基淀粉 1 000 ml 后,停止输注去甲肾上腺素和多巴胺,血压维持在 100 mmHg/60 mmHg。手术结束后患者恢复良好,手术后未出现低血压。手术后切除包块的病理检查诊断嗜铬细胞瘤。

3 讨 论

从该例患者的手术中临床表现以及手术后病理检查结果看,嗜铬细胞瘤的诊断成立。这种手术前没有做准备的嗜铬细胞瘤手术中死亡率高达 80%[1]。回顾这个病例有很多经验和教训。

首先,手术前访视一定要细致。患者手术前的 CT 检查已经提示存在后腹膜包块,而且红细胞压积也较高,这些都提示嗜铬细胞瘤可能。特殊类型的嗜铬细胞瘤如静止型嗜铬细胞瘤,平时并不表现出高血压,只是在严重感染、创伤、手术等应激状态下才表现出血压骤然升高[2]。本例就是如此。本例的经验,后腹膜包块应考虑到嗜铬细胞瘤的可能,并做相应的特异性检查,如 24 h 尿香草基杏仁酸(Vanillylmandelic acid,VMA)测定等,以免手术中出现高血压危象。有麻醉诱导后出现高血压危象并诊断为嗜铬细胞瘤的病例报道,该作者选择了停止手术,做好手术前准备,然后手术[3]。

目前文献尚未见无手术前准备的嗜铬细胞瘤的麻醉管理报道。该例的麻醉处理是成功的。虽然手术前没有诊断嗜铬细胞瘤,但当手术探查包块,出现血压骤然升高的症状后,嗜铬细胞瘤的可能应考虑。立即进行动静脉监测的同时采用嗜铬细胞瘤的麻醉术中处理。但是,由于时间有限,血管扩张并不理想,再加上液体的大量输注,导致了急性左心衰竭、肺水肿。所以,在以后遇到类似情况,一定要有充足的扩血管和容量治疗时间,避免心脏的前后负荷同时增加,加剧心力衰竭的发生。

该病例 SpO_2 下降,应该考虑肺水肿可能发生。肺水肿的病理表现分 3 期,其最后才是实变期,才表现出泡沫痰。直到吸引出粉红色泡沫痰才开始处理肺水肿,可能延误治疗时间。

嗜铬细胞瘤被切除以后,麻醉管理中重要的就是预防低血压。一方面要继续容量治疗,最初还应该辅以一些血管活性药物,如多巴胺、去甲肾上腺素等等。但最终血压的维持还是靠足够的血容量。所以,当血压维持到一个可以满足机体需要的水平以后,应该逐步停用血管活性药物。

参 考 文 献

[1] O'Riordan J A. Pheochromocytomas and anesthesia[J]. Int Anesthesiol Clin, 1997,35(4):99-127.

[2] C.Prys-Roberts. Pheochromocytoma-recent progress in its management [J]. British J Anesthesiol, 2000, 85(1):44-57.

[3] Duane J M. Undiagnosed pheochromocytomathe anesthesiologist nightmare [J]. Clinical Medicine Research, 2004, 2(1):59-62.

(责任编辑:冉明会)