维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253 - 3626(2005)06 - 0926 - 01

脊柱后凸畸形并先天性房间隔缺损行全麻剖宫产术 1 例

金菊英,梁小民,闵　苏

(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】R719.8;R614.2　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2005 - 05 - 23

1　临床资料

孕妇,28 岁,因停经 34 周,双下肢水肿 20⁺天,活动后心悸、气促 10⁺天,不能平卧 6 天入院。患者自幼为"驼背",在家从事轻体力劳动,平素体健。查体:身高 120cm,体重 40Kg。心率(HR)108 次/分,呼吸(RR)22 次/分,血压(BP)118/80mmHg;口唇发绀,颈静脉怒张;双下肺闻及湿　音,心界临界大小,各瓣膜区未闻及确切杂音;腹膨隆,肝肋下 2cm 扪及;双下肢Ⅱ度水肿;胸椎后凸畸形。实验室检查:Hb101g/L,WBC6.1×10⁹/L,Plt157×10⁹/L;肝功示白蛋白降低,肾功和电解质正常;动脉血气结果见表 1;ECG 示窦速,原发 ST - T 改变;心脏彩超示房间隔中部 4.7mm 缺损,肺动脉高压(中度),左室 EF55%。入院诊断:1. $G_1P_0$34 周孕;2. 先天性心脏病,房间隔缺损,心脏长大,心衰,心功能Ⅳ级;3. 肺部感染;4. 呼吸衰竭;5. 脊柱后凸畸形。入院后采用抗生素、速尿、西地兰、氨茶碱等治疗 1 周,患者心悸、气促等症状有所缓解,但夜间仍有发作。拟行剖宫产术终止妊娠。

表 1　动脉血气检查结果

	入院	入室	诱导后	术中	术毕	拔管后	脱机后
pH	7.38	7.351	7.343	7.36	7.45	7.4	7.41
PCO_2	67.8	69.2	78.2	74.7	57.5	62	57.6
PO_2	43.9	69	392	275	367	99	86
HCO_3^-	40	38.3	42.4	42.2	40	38.6	36.7
BE	15	13	17	17	16	14	12

术前常规禁食,入室 HR115 次/分,RR25 次/分,BP119/75mmHg,脉氧饱和度(SpO2)98%,约 45°斜卧位,双肺中下分闻及干湿啰音。开放静脉通道,面罩给氧,氧流量 5L/min,连续监测 ECG、SpO_2 和有创动脉压。予西地兰 0.2mg 稀释后静脉缓推和环磷腺苷 40mg 稀释后静脉滴注。待消毒铺巾完毕,采用司可林 80mg 和异丙酚 80mg 诱导,待患者入睡后将其放至约 15°斜卧位,经口明视行气管插管,插管过程顺利。采用泵注异丙酚复合吸入 1.0% 异氟醚维持麻醉。切皮 3min 后取出一女活婴,Apger 评分 6 分,5min 后评分 8 分,送儿童医院继续治疗。对产妇静脉推注芬太尼 0.1mg,并继续予异丙酚、异氟醚维持,期间推注氨茶碱 0.125g,速尿 20mg。手术时间 40min,术中 HR105 ~ 120 次/分,$SpO_2$97 ~ 100%、呼气末二氧化碳(PetCO2)40 ~ 55mmHg,平均动脉压(MAP)90 ~ 105mmHg。输入 0.9% 生理盐水 50ml,乳酸林格氏液 50ml,血定安 50ml,尿量 200ml,失血量约 400ml。

术后产妇带管入重症监护病房(ICU)予呼吸机治疗,并继续纠正心衰和抗感染。1 天后拔管,行序贯无创通气;3 天后停用呼吸机,10 天后母子平安出院。

2　讨　论

胸椎后凸畸形俗称驼背,它使胸腔容量减小,加上妊娠中晚期膈肌上抬,严重者可出现肺纤维化、肺不张、肺血管闭塞或弯曲等,引起肺活量降低和肺循环阻力增加,导致肺动脉高压和肺源性心脏病。如发生肺部感染,更增加通气困难,易致肺心功能不全。此外,妊娠期血容量比非孕时增加约 35%,至孕 32 ~ 34 周达高峰,每次心排量亦增加 20% ~ 30%,心脏负荷明显加重。因此驼背合并妊娠常引起呼吸循环衰竭,严重者威胁母儿生命[1,2]。本例孕妇不仅是驼背,同时患有基础心脏疾病房间隔缺损,加上合并肺部感染,因此在妊娠 34 周出现了明显的心肺功能不全的表现。

驼背孕妇对自然分娩的耐受力极低,一旦胎儿成熟,应择期行剖宫产终止妊娠,以孕 36 ~ 37 周为宜。本例患者经治疗,临床症状有所减轻,但血气分析仍提示低氧血症和二氧化碳蓄积,表明呼吸衰竭没有完全纠正,因此选择在孕 35 周终止妊娠对母儿安全而言是适宜而及时的。该例存在呼吸循环衰竭,且脊柱严重畸形,不宜采用椎管内麻醉,全身麻醉利于气道管理和充分供氧,维持循环稳定,且镇痛完善,肌松良好,便于突发意外的抢救,因此是本例剖宫产的首选麻醉方式。为尽量避免药物对胎儿的抑制,诱导时采用了代谢清除率较快的异丙酚和司可林,在胎儿娩出前实施浅麻醉,娩出后再加用阿片类药物加深麻醉,因此新生儿没有发生明显的呼吸抑制,产妇也平稳地度过了手术。

(下转第 930 页)

作者介绍:金菊英(1977 - 　),女,住院医师,硕士,
主要研究方向:临床麻醉。

维普资讯 http://www.cqvip.com

滴,口服雷公藤多甙 20mg 每日 3 次,肌注胸腺肽 10mg/日。住院 6 天后多数红斑变为灰色,原有灰色斑略变淡,好转出院。出院后口服氯苯吩嗪 100mg/日维持 3 月,随访半年。

2 讨 论

持久性色素异常性红斑(EPD)1957 年由 Ramirez 首先描述,欧美人较多见,亚洲人中极为少见,其病因至今不明。本病又称灰皮病,有人认为是色素性扁平苔藓的一种变型,但另一些作者则持不同观点[1]:持久性色素异常性红斑有其独特的临床表现,早期为蓝灰色斑伴隆起的红色边缘,皮损易于融合并向周围扩大,晚期为蓝灰色,病理上可见基底细胞液化变性,真皮浅层血管周围仅有稀疏的淋巴细胞浸润。由于 EPD 是一种获得性灰色皮肤病,表现为躯干、四肢、颈部灰蓝色色素沉着斑,故应与斑状色沉、固定型药疹及肥大细胞增生症相鉴别[2]。EPD 好发于成年人,也有报道 2 岁、3 岁幼儿发病[3],提示本病也应在儿童色素异常性疾病中作为鉴别诊断。本例患者从事肉类加工工作,非日光暴露环境作业,不支持文献[4,5]报道的与日晒有关的观点。本病尚无特效治疗,研究发现,防晒、抗生素、皮质类固醇、维生素、异烟肼、灰黄霉素以及氯喹均无明显疗效[6]。既往报道大剂量维生素 C、转移因子[7]以及氯苯吩嗪[8]、氨苯砜[9]对减轻色素有一定疗效,但其作用机理尚不清楚。本例患者采用大剂量维生素 C 和胸腺肽注射,甘利欣静滴抗炎,住院 6 天后急性炎症控制,红斑转变为灰色,好转出院。出院后口服氯苯吩嗪 3 月,随访至半年皮疹尚无明显改变,其疗效有待进一步随访、观察。

参 考 文 献

[1] Vega ME, Waxtein L, Arenas R, et al. Ashy dermatosis and lichen planus pigmentosus: a clinicopathologic study of 31 cases [J]. Int J Dermatol, 1992;31(2):90 - 94.

[2] Osswald SS, Proffer LH, Sartori CR. Erythema Dyschromicum Perstans: a case report and review [J]. Cutis, 2001; 68 (1):25 - 28.

[3] Lee SJ, Chung KY. Erythema dyschromicum perstans in early childhood [J]. J Dermatol,1999;26(2):119 - 121.

[4] 李伯埙,王俊民,谭升顺. 色素异常性固定红斑 - 附 3 例报告[J]. 皮肤病防治研究通讯,1980;3:32.

[5] 李少兴,罗九思,袁明忻,等. 持久性色素异常性红斑 1 例报告[J]. 中华皮肤科杂志,1983;16:215.

[6] Bahadir S, Cobanoglu U, Cimsit G, et al. Erythema dyschromicum perstans: response to dapsone therapy [J]. Int J Dermatal,2004; 43(3):220 - 222.

[7] 万俊增,施 岩. 持久性色素异常性红斑并发银屑病 1 例[J]. 中华皮肤科杂志,1995;28:337.

[8] 顾有守. 氯苯吩嗪在皮肤科临床的应用[J]. 临床皮肤科杂志,1991; 20(6):314.

[9] Stratigos AJ, Katsambas AD. Optimal management of recalcitrant disorders of hyperpigmentation in dark skinned patients [J]. Am J Clin Dermatol,2004;5(3):161 - 168

(上接第 926 页)本例麻醉还同时注意了对心肺功能的保护。先后使用了保护心肌、强心、利尿和解痉药物,严格限制输入液体量和晶胶比例,使产妇在整个手术过程中呼吸和循环系统都维持在相对稳定状态。此外有创动脉压和血气监测也能够快速地反映血流动力学和酸碱平衡情况。美中不足的是本例没有采用"Swan - Ganz"漂浮导管监测,而该技术能更准确地反映右心和肺循环的血流动力学变化。

该病例病情严重,能成功地度过麻醉手术期,且术后恢复良好,我们有以下体会:1. 全身麻醉效果确切,对心肺功能衰竭者为首选。2. 应采用代谢清除快的药物以减轻对胎儿的抑制,并利于产妇术后苏醒。3. 术中进行有效的呼吸、循环功能监测,避免缺氧、二氧化碳潴留以及心率、血压的较大波动。4. 术中合理使用保护心肺功能的药物,严格控制输液速度及输液量。5. 尽量缩短手术时间,避免应激反应。6. 术后继续心肺功能的支持治疗,预防并发症的发生。

参 考 文 献

[1] Kopenhager T. A review of 50 pregnant patients with kyphoscoliosis [J]. Br J Obstet Gynaecol, 1977; 84 (8): 585 - 587.

[2] To WW, Wong MW. Kyphoscoliosis complicating pregnancy[J]. Int J Gynaecol Obstet, 1996; 55 (2):123 - 128.