

参 考 文 献

- [1] 姜榴茗, 彭佳欣, 张雪培, 等. 典型及不典型嗜铬细胞瘤 239 例临床分析. 医学与哲学杂志, 2015, 36(4): 52-54, 59.
- [2] 周智恩, 李汉忠, 石冰冰. 功能静止型嗜铬细胞瘤 29 例临床分析. 基础医学与临床, 2014, 34(2): 240-243.
- [3] 井汉国. 肾上腺隐性嗜铬细胞瘤诊断与治疗. 中华内分泌外科杂志, 2010, 4(1): 46-47.
- [4] 潘云松, 朱敏敏, 孙茜, 等. 漏诊肾上腺嗜铬细胞瘤的麻醉处

理一例. 临床麻醉学杂志, 2015, 31(4): 416.

- [5] 芮文斌, 沈周俊, 祝宇, 等. 肾上腺功能隐性嗜铬细胞瘤的诊治体会(附 12 例报告). 上海医学杂志, 2009, 32(2): 115-116.
- [6] Sukoh N, Hizawa N, Yamanoto H, et al. Increased neutrophils in bronchoalveolar lavage fluids from a patient with pulmonary edema associated with pheochromocytoma. Intern Med, 2004, 43(12): 1194-1197.

(收稿日期: 2016-11-21)

· 病例报道 ·

术后苏醒期间多次发生阿斯综合征一例

冯爱敏 卢锡华 幸芳

患者, 女, 53 岁, 165 cm, 70 kg, ASA II 级, 因“发现右乳肿块 2 个月”入院, 拟全麻下行“右乳癌改良根治术加前哨淋巴结活检(γ 探针探查)术”。现病史及既往病史无特殊, 术前 ECG 示: 广泛前壁 ST-T 改变, 心脏彩超未见异常, 余实验室及辅助检查未见明显异常。

患者于 14:45 入室后开放右下肢静脉通路, 行心电监护, BP 130/60 mm Hg, HR 75 次/分, SpO₂ 97%。常规给氧去氮 3 min 后行静脉麻醉诱导: 咪达唑仑 2 mg、丙泊酚 120 mg、顺式阿曲库铵 12 mg 和舒芬太尼 15 μ g, 2 min 后插入 7 号气管导管, 听诊双肺呼吸音正常, 术中靶控输注丙泊酚 3 μ g/ml、瑞芬太尼 0.1 μ g·kg⁻¹·min⁻¹ 维持麻醉。15:40 手术结束, 术中 BP 110~145/55~85 mm Hg、HR 60~70 次/分、SpO₂ 100%, 给予复方氯化钠 1 000 ml, 出血量约 25 ml, 尿量 400 ml。15:45 带气管导管转入 PACU, BP 140/82 mm Hg、HR 68 次/分、SpO₂ 98%。15:49 患者睁眼, 呼吸机转为手控呼吸, V_T 约 400 ml、RR 13 次/分。15:53 HR 急剧减慢至约 26 次/分, BP 45/27 mm Hg, SpO₂ 96%, 患者呼唤不醒, 迅速给予阿托品 0.5 mg、麻黄碱 15 mg, 同时行胸外心脏按压。15:54 患者意识恢复, HR 恢复至 60 次/分、BP 95/57 mm Hg、SpO₂ 98%。继续观察 2 min 后, 评估患者达到拔管标准, 拔出气管导管, 继续观察 10 min, 生命体征平稳。16:05 转入 ICU 进一步治疗。患者当日生命体征平稳, 意识清楚, 四肢活动自如, 血常规、肝肾功能、血气分析、心肌梗死生化指标未见异常。

次日 5:31, 患者 BP 突然下降至 61/45 mm Hg、HR 36

次/分, 意识消失、昏迷, 给予阿托品 1 mg, 迅速行胸外心脏按压 1 min 后, HR 62 次/分、BP 90/50 mm Hg, 意识恢复, 静脉泵注多巴胺将 BP 维持在 90~120/60~80 mm Hg。于次日 10:38 停用多巴胺, 患者生命体征平稳, 复查心肌梗死生化指标未见异常。考虑患者为心源性晕厥、阿斯综合征。因本院为肿瘤专科医院, 遂与患者家属商议, 将患者转入外院, 后确诊为阿斯综合征。

讨论 心源性晕厥表现为一过性意识丧失, 严重时引起抽搐等症状称为阿斯综合征。该患者术前检查仅有 ECG 示前侧壁 ST-T 改变, 心脏彩超未见异常, 日常活动可, 无相关晕厥病史, 术后突然出现两次晕厥, 考虑为心源性晕厥。

阿斯综合征的发生与心率突变密切相关, 突发、致命性的缓慢型和快速型心律失常均可能在短时间内引起心输出量迅速下降, 导致重型脑缺血、昏迷和晕厥等症状, 若持续发作 6 min 以上, 则可能引起严重脑缺血等症状。重型房室传导阻滞、室颤、窦性停搏和突发性的速率剧减可引发阿斯综合征。合并阿斯综合征的患者平时多无症状, 大部分会在睡眠或日常活动中突发。阿斯综合征发作时, 应行紧急复苏抢救治疗, 维持患者的循环稳定是抢救成功的关键。临床上一经诊断就应尽早治疗, 可一定程度避免猝死的发生。阿斯综合征患者诊治中应注意离子和酸碱平衡, 改善心脑血管供血和供氧, 及时的生命体征支持治疗。对于围术期突发性晕厥, 及时查找并分析晕厥原因是抢救的基础。

(收稿日期: 2016-12-18)

作者单位: 453000 郑州大学附属肿瘤医院 河南省肿瘤医院麻醉科

通信作者: 卢锡华, Email: hnlxh66@163.com