

楚,危重病容,体温 40.7℃,脉搏 118 次/分,呼吸 25 次/分,血压 90/50 mm Hg,全身、巩膜无黄染,浅表淋巴结无肿大,头颅无畸形,眼睑略浮肿,双侧瞳孔等大等圆,直径约 3 mm,对光反射,调节反射存在,失语失聪,唇周微发绀,咽部充血,伸舌居中,颈静脉无怒张,气管居中,甲状腺不大,胸阔无畸形,双肺呼吸音粗。

2 实验室检查

白细胞(WBC): $0.99 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分数(N%):27.5%,淋巴细胞百分数(L%):60.7%,单核细胞百分数(M%):9.1%,嗜酸性粒细胞百分数(E%):1.8%,嗜碱性粒细胞百分数(B%):0.9%,红细胞(RBC): $2.60 \times 10^{12}/L$,血红蛋白(Hb):73 g/L,血细胞比容(HCT):19.5%,平均红细胞体积(MCV):75.0 fL,血小板计数(PLT): $25 \times 10^9/L$ 。肝功能检查:天门冬氨酸氨基转移酶(AST)89 U/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)132 U/L,总蛋白(TP)49.6 g/L,清蛋白(ALB)27.2 g/L,乳酸脱氢酶(LDH)2 360 U/L,三酰甘油(TG)3.5 mmol/L,血清铁蛋白 1 588 $\mu\text{g}/L$,凝血酶原时间(PT)13.2 s,活化部分凝血活酶时间(APTT)31.5 s。骨髓片提示:(1)感染骨髓象;(2)噬血细胞比例增高(请结合临床)。B 超提示:脾大。临床考虑为“噬血细胞综合征”,但还是劝患者转上级医院作进一步检查确诊,经上级医院检查后回访患者,确诊为“噬血细胞综合征”。

3 讨论

目前国内对噬血细胞综合征无诊断标准,国际组织在 2004 年对 1991 年的噬血细胞综合征诊断标准作了修订,其标准^[2]为:1)分子生物学检查符合 HLH(存在 PRF 或 SAP 基因突变)符合此条即可诊断。2)符合以下 8 条标准中 5 条也可诊断:(1)发热超过 1 周,热峰超过 38.5℃;(2)脾大;(3)外周血两系或三系减少($\text{Hb} < 90 \text{ g}/L$, $\text{PLT} < 100 \times 10^9/L$,N 计数小于 $1.0 \times 10^9/L$);(4)血三酰甘油升高, $\geq 3.0 \text{ mmol}/L$ 或纤维

蛋白原下降, $< 1.5 \text{ g}/L$;(5)血清铁蛋白升高, $\geq 500 \mu\text{g}/L$;(6)血浆可溶性 CD25 升高, $\geq 2 400 \text{ U}/\text{mL}$;(7)NK 细胞活性下降或缺乏;(8)骨髓、脾脏、脑脊液或淋巴结发现噬血细胞现象。

HLH 可分为原发性和继发性 HLH^[3-4],原发性包括家族性细胞综合征、免疫缺陷综合征相关性 HPS(如 Chediak Higashi 综合征、Griscelli 综合征、X 连锁淋巴增殖性疾病等);继发性^[5]指多种因素(如病毒、细菌、寄生虫、真菌、立克次体、支原体感染)导致的具有 HLH 临床特征的疾病群,以继发于 EB 病毒感染和非霍奇金淋巴瘤最为多见,实际原发性或继发性 HLH 常常难以区分,但认真区分有利于临床治疗和疾病的研究。

噬血细胞现象是 HLH 患者重要的临床表现之一,在疾病初期可能不突出,可考虑重复多次的骨髓检查,有条件的可早期作分子生物学检查,以利于早期诊断。对高度怀疑 HLH 的患者,必要时可早期给予相应治疗,以防止病情进展至不可逆转的阶段。

参考文献

- [1] 方炜,张俊芳,岳莉,等.成人嗜血细胞综合征一例[J].检验医学,2009,24(11):849-850.
- [2] 胡群,张小玲.噬血细胞综合征诊断指南(2004)[J].实用儿科临床杂志,2008,23(3):235-236.
- [3] 张之南,沈悌.血液病诊断及疗效标准[M].3 版.北京:科学出版社,2007:254-256.
- [4] 胡亚美,江载芳.诸福堂实用儿科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2005:2493-2494.
- [5] 王爱红,贾淑云,胡佩琪,等.嗜血细胞综合征 1 例[J].宁夏医学杂志,2009,31(3):216.

(收稿日期:2012-03-01)

利多卡因与罗哌卡因合剂骶管阻滞辅以丙泊酚用于小儿下腹部手术麻醉

杨仕超(重庆市南川区人民医院麻醉科 408400)

【关键词】 利多卡因; 罗哌卡因; 腹部手术; 联合麻醉; 儿童

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.19.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)19-2520-02

南川区人民医院麻醉科自从 2006 年开始应用利多卡因加国产罗哌卡因即甲磺酸罗哌卡因进行单次骶管阻滞镇痛,并辅助静脉泵注丙泊酚镇静成功用于小儿下腹部手术,目前已有较为丰富的临床经验,现将麻醉处理以及术中管理总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2006~2011 年在本院开展的患儿手术共约 760 例,手术种类包括睾丸鞘膜翻转、腹股沟斜疝、阑尾炎、下肢骨折、尿道下裂、隐睾等,手术范围均在脐以下。患儿年龄 3 个月至 6 岁,体质量 3~20 kg。20 kg 以上的患儿不采用骶管阻滞,而采用硬膜外阻滞麻醉。ASA I~II 级,均为择期手术患儿。

1.2 方法 所有患儿常规禁食禁饮 2~6 h,术前 30 min 肌肉注射长托宁 0.2 mg/kg。术前检查血常规、凝血分析、胸片、血

糖、心电图(ECG)均未见明显异常,无感冒、发热。所有患儿在进入手术室前先建立静脉通道。入手术室后立即静脉注射咪唑安定 0.1 mg/kg,并按 4-2-1 原则输注复方氯化钠注射液。常规用迈瑞 T5 多功能监护仪监测 ECG、血氧饱和度(SpO_2)、无创血压(NIBP)。待患儿安静入睡后监测 ECG、 SpO_2 、NIBP 作为基础值。患儿安静入睡后,静脉依次缓慢注射芬太尼 2 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 、丙泊酚 3 mg/kg,助手协助面罩给氧,注射完毕后持续泵注丙泊酚 4~6 mg/kg 维持镇静。将患儿置于左侧屈髋屈膝位,常规消毒铺巾后用 7 号头皮注射针头进行单次骶管穿刺,用玻璃注射器阻力消失法确定 7 号头皮注射针头进入骶管后回抽未见清亮液体及血液后缓慢注入 0.8%利多卡因和 0.2%罗哌卡因合剂。下肢手术者使用 0.8%利多卡因和 0.2%罗哌卡因合剂,均按 0.8 mL/kg 计算,其余则按 1 mL/kg 计算。注

射完毕后立即将患儿置于仰卧位,常规肩下垫一薄枕,并严密观察保持呼吸道通畅,10 min 后钳夹皮肤无疼痛反应后开始手术。手术过程中持续泵注丙泊酚 4~6 mg/kg 维持镇静并面罩给氧,每 5 分钟测一次血压,并同时记录收缩压、心率变化,收缩压降幅超过基础值的 30%就视为低血压。

2 结 果

在 760 例通过 0.8%利多卡因和 0.2%罗哌卡因合剂进行骶管阻滞辅以泵注丙泊酚的患儿麻醉中有 745 例麻醉效果满意,手术过程中均安静入睡,无体动现象。有 15 例患儿有轻微体动,其中 5 例均是阑尾或腹股沟斜疝手术中由于术者牵拉腹膜时发生牵拉反应而镇静又不够时发生体动,立即静脉注射芬太尼 1 μ g/kg,丙泊酚 2 mg/kg。其余 10 例在等待约 5 min 后手术就不再发生疼痛反应。部分麻醉诱导时因静脉注射芬太尼、丙泊酚太快而导致 SpO₂ 一过性下降,及时面罩辅助加压给氧后 SpO₂ 能维持在 98%以上。术中持续面罩给氧 SpO₂ 未见下降。有 2 例静脉注射芬太尼、丙泊酚后出现心动过缓,立即静脉注射阿托品 0.2 mg/kg 后心率提升到 90 次/分以上。全部病例均未出现低血压和局麻药中毒反应。预计手术结束前 10 min 停止泵入丙泊酚。手术结束后 5~10 min 均能自行苏醒,苏醒后无哭闹、躁动。

3 讨 论

患儿单次骶管阻滞具有操作简单,呼吸和循环的影响比较小,镇痛完善,麻醉管理方便等优点^[1]。利多卡因单次进行骶管阻滞作用时间较短,在基层医院手术时间偏长,在手术结束

后,很多患儿因疼痛而大声哭闹,四肢乱动,时有将建立好的液体通道拔出体外的现象发生。如果手术时间在 1 h 以上,利多卡因作用消退,只有加大静脉丙泊酚用量,静脉注射小剂量芬太尼以维持麻醉。更有部分手术时间延长到 2 h 者,由于丙泊酚和芬太尼用量偏大而不能及时苏醒,影响手术接台。布比卡因单次骶管阻滞用量较大,对心脏、神经毒性较大,麻醉风险更大^[2]⁶²⁶。利多卡因与罗哌卡因合用具有利多卡因起效快,弥散广,穿透性强,而罗哌卡因作用毒性小,安全范围大,尤其是麻醉维持时间较长,适合于患儿单次骶管阻滞麻醉的特点^[2]⁶³⁰⁻⁶³²,两者合用麻醉镇痛完善,手术结束后具有术后镇痛效果,患儿安静入睡送回病房。手术过程中只需泵注少量的丙泊酚镇静催眠。手术结束前及时停止泵入丙泊酚,所有患儿均及时苏醒,便于术后护理。术中要注意在肩下垫一薄枕,保持呼吸道通畅。

参考文献

[1] 肖全胜,李师阳,姚伟瑜,等.罗比卡因骶麻辅以丙泊酚镇静用于小儿尿道下裂手术的临床观察[J].临床麻醉学杂志,2004,20(8):492-493.
[2] 庄心良,曾因明,陈伯銮,等.现代麻醉学[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2005.

(收稿日期:2012-03-03)

野生蕈中毒合并急性心肌梗死 1 例报告

郑安杰,蔡 斌(湖北省大冶市人民医院肾内科 435100)

【关键词】 心肌梗死; 野生蕈中毒; 病例报告
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.19.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)19-2521-02

野生蕈中毒易发生多器官损害如胃肠道、脑、肝脏、肾脏等,部分严重者可危及生命。老年人因对毒蕈中毒的耐受性较低,预后较严重。如合并心脏损害预后凶险。现将本院野生蕈中毒合并急性心肌梗死 1 例报道如下。

1 临床资料

患者,男,66 岁。因呕吐、腹痛、腹泻 2 d,胸骨后疼痛 8 h 入院。患者于 2d 前食用野生蘑菇后出现恶心呕吐,开始为胃内容物,之后为黄色水样物,无呕血,伴腹部隐痛,剑下为甚,排黄色水样便,每日 5~6 次。在当地医院使用头孢类抗感染药物及输液治疗,上述症状明显好转,但小便较平时减少,尿量每日 500~600 mL。于入院前 8 h 突起胸骨后持续性闷痛,向左肩背部放射,伴心慌、出汗,呼“120”入院。既往有原发性高血压及高脂血症病史。目前在服用非洛地平缓释片(5 mg/d)治疗,但血压控制不满意。喜抽烟。查体:血压 170/100 mm Hg,神志清楚,痛苦面容,双肺无啰音,心率 78 次/分,律齐,心音稍低,A2>P2,未闻及杂音,腹平软,肝脾未扪及,下肢不肿。入院急查心肌酶谱示丙氨酸氨基转移酶(ALT)140 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)170 U/L,乳酸脱氢酶(LDH)291 U/L,肌酸激酶(CK)322 U/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)72 U/L,肌红蛋白(MB)142 ng/mL(参考值 0~20 ng/mL),肌钙蛋

白 I(cTnI)2.01 ng/mL(参考值 0~1 ng/mL),血脂总胆固醇(TC)6.94 mmol/L,三酰甘油(TG)2.05 mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)0.86 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)3.85 mmol/L,载脂蛋白 A1(APOA1)1.12 g/L,载脂蛋白 B(APOB)1.36 g/L,脂蛋白 a(Lpa)409 mg/L,K⁺4.5 mmol/L,Na⁺140 mmol/L,Cl⁻105 mmol/L,Ca²⁺1.85 mmol/L,肾功能示尿素氮(BUN)15.5 mmol/L,肌酐(Cr)565.4 μ mol/L,二氧化碳结合力(CO₂CP)19.5 mmol/L,总胆红素 50.5 mmol/L,直接胆红素 24.7 mmol/L,双肾 B 超示双肾形态大小正常,皮质回声略强。床边心电图示 V1 导联 ST 段上抬,V2 导联呈 qRs 形,ST 段明显抬高,V3 导联呈 qR 形,ST 段明显抬高,提示前间壁心肌梗死。

入院后运用重组链激酶 150 U(加入 100 mL 生理盐水中,1 h 静脉滴注完),拜阿司匹林片 0.3 g 碎服,每天 1 次(3 d 后改为 0.1 g 每天 1 次);美托洛尔片 12.5 mg 2 次/日,同时使用参麦及吗啡止痛等,2 h 后胸痛缓解。复查心电图抬高的 ST 段较前下降一半,可见单源偶发室性期前收缩^[1]。溶栓后 6 h 复查心肌酶谱 ALT 250 U/L,AST 589 U/L,LDH 421 U/L,CK 1 192 U/L,CK-MB 114 U/L,MB 150 ng/L,cTnI 5.03 ng/L,入院第 2 天尿量明显减少约 200 mL,每日查 BUN 21.1