

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.27.026

文章编号: 1005-8982 (2018) 27-0128-01

病例报告

蛛网膜下腔阻滞后心跳骤停抢救成功 1 例

李燕, 耿智隆

(兰州军区总医院 麻醉科, 甘肃 兰州 730050)

关键词: 蛛网膜下腔阻滞; 心跳骤停; 心肺复苏

中图分类号: R614.4

文献标识码: D

1 一般资料

患者, 男性, 65岁, 身高168 cm, 体重82 kg。因左侧腹股沟复发疝拟在蛛网膜下腔阻滞麻醉下行单侧腹股沟疝修补术。否认高血压、糖尿病、冠心病等病史, 术前检查未见明显异常。术前未予用药。患者入室后平躺吸氧, 监测生命体征心率(HR): 69次/min, 血氧饱和度(SpO₂): 98%, 无创血压(NBP): 137/81 mmHg。嘱患者右侧卧位, 于L₂₋₃间隙行蛛网膜下腔穿刺顺利(驼人公司生产批号: 1704008), 见清亮脑脊液回流后给予0.75%布比卡因原液2.2 ml, 推注速度约为1 ml/5 s。嘱患者平卧面罩吸氧3 L/min, 即刻测麻醉平面至T₁₀(针刺法)。患者诉胸闷不适, 监护示HR: 32次/min, NBP: 80/40 mmHg, SpO₂: 90%, 立即加速输液同时静推阿托品0.5 mg、麻黄碱30 mg, 随后患者呼之不应, 自主呼吸消失, 监护报警示, HR: 0次/min, 血压未测出, SpO₂: 70%。立即进行胸外心脏按压, 同时面罩加压给氧。胸外按压约30 s后患者心跳恢复, HR: 120次/min, NBP: 155/100 mmHg, SpO₂: 100%。随后患者意识恢复, 静脉推注地塞米松10 mg, 静脉滴注磷酸肌酸钠1 g, 继续面罩给氧。5 min后HR逐渐下降并维持在80次/min左右, NBP 110/65 mmHg, SpO₂: 98%~100%。再次测麻醉平面T₆, 继续手术。术中生命体征平稳, 术后随访未见异常。追问病史, 患者告知1年前行腹腔镜腹股沟疝修补术后下床小便时有短暂晕厥史。

2 讨论

本例患者在行蛛网膜下腔阻滞后发生心跳骤停,

分析原因可能是以下几方面的因素共同导致的结果。一方面, 该患者测麻醉平面至T₆, 因自主神经的阻滞平面较感觉平面要高出2~3个节段, 可能该患者实际阻滞平面高过T₄, 高平面阻滞阻断心交感神经纤维(发自T₁₋₄水平), 削弱心脏代偿功能引起严重的心动过缓甚至心跳骤停。另一方面, 可能是血容量不足产生心血管反射和迷走神经过度兴奋的结果。研究表明, 当静脉回心血量减少时, 可启动位于心脏的bainbridge反射和Bezold-Jarisch反射, 反射性地引起心率减慢^[1]。椎管内阻滞, 特别是患者循环血容量不足时, 静脉回心血量减少, 前负荷降低, 腔静脉、右心房和左心室压力感受器兴奋, 通过以上2个反射, 可出现严重的心动过缓, 甚至心脏停搏。本例患者有多个原因导致回心血量不足: 于术前禁食禁饮致容量不足, 麻醉前未适量扩容。于椎管内阻滞后下肢血管扩张, 回心血量减少。翻身加剧血流动力学骤变, 血容量剧降。麻醉过程中一旦发生心跳骤停, 应用肾上腺素是心肺复苏的必然选择, 同时及早行胸外心脏按压也是不可或缺的。本例患者抢救及时, 复苏成功, 得益于密切监测和团队合作。第一时间发现心跳骤停, 即刻胸外按压, 面罩给氧, 及时静脉给予抢救药物。同时该病例也给大家一个警示, 对椎管内麻醉不能放松警惕, 要时刻密切监测与观察, 并立即有效处理相关并发症。

参考文献:

- [1] 高申山. 腰麻中的心跳骤停[J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2014, 35(1): 55-59.

(王荣兵 编辑)

收稿日期: 2017-06-21