

随后免疫学检查证实为 SLE。对 SLE 的特殊少见表现缺乏充分认识,警惕性不高,尤其是以其他表现为首发症状出现时,极易造成 SLE 的误诊<sup>[5]</sup>。老年 SLE 病情相对较轻,而且老年人有机体免疫力低、对药物的耐受性和代谢率低下等特点。治疗上偏保守,使用糖皮质激素剂量宜小,不用或慎用免疫抑制剂。对轻症者可用非甾类抗炎药或小剂量肾上腺糖皮质激素,不提倡用大剂量激素,原因是激素易引起骨质疏松、无菌性骨坏死、高血压、高脂血、感染等。老年 SLE 激素治疗后继发性糖尿病发生率较高,一般不主张用免疫抑制剂。目前,国内外学者认为,老年 SLE 一般病情较轻,存活时间亦较长,预后相对良好。

综上所述,临床医生必须提高对老年男性 SLE 的认识和警惕,SLE 是一种慢性、全身性的自身免疫病,常累及多个系统脏器,临床表现多种多样,早期诊断率较低,极易误诊,误诊率可达 41.7%~68.5%<sup>[6]</sup>。对持续反复发生的胸膜炎、发热和多器官损害病例要考虑本病,并及时进行免疫学指标检测,早日确诊,减少误诊。

#### 参考文献:

[1] Aggarwal R, Namjou B, Li S, et al. Male-only systemic lupus erythematosus: a case report and review of the literature[J]. *Journal of Clinical Rheumatology*, 2007, 13(2): 143-144.

[2] Lazaro D. Elderly-onset systemic lupus erythematosus: prevalence, clinical course and treatment[J]. *Drugs Aging*, 2007, 24(9): 701-715.

[3] Ito H, Nanamiya W, Kuroda N, et al. Chronic lupus peritonitis with massive ascites at elderly onset: case report and review of the literature[J]. *Intern Med*, 2002, 41(11): 1056-1061.

[4] 张秋生, 崔惠敏, 叶任高. 老年人系统性红斑狼疮 62 例临床分析[J]. *中国老年医学杂志*, 2000, 19(2): 143-144.

[5] 蒋天如. 系统性红斑狼疮的少见表现与误诊[J]. *中国综合临床*, 2000, 16(3): 179-180.

[6] 张汝忠, 顾同进, 王献群. 系统性红斑狼疮早期漏误诊原因分析[J]. *中国医药导刊*, 2002, 4(6): 400-402.

(收稿日期: 2011-01-13 修回日期: 2011-05-15)

#### 1 临床资料

患者,男,26岁,体质量71kg。主诉:左胸刀刺伤20min。伴胸闷、胸痛、气短、面色苍白、大汗肢冷、神志恍惚。查体:HR 112次/分, BP 92/78 mm Hg, R 22次/分, SpO<sub>2</sub> 92%, 颈静脉怒张、脉细弱, 心音遥远, 心界扩大, 左肺呼吸音弱。左胸两处刀伤:一处位于左腋前线10、11肋间,一处位于左侧锁骨中线第4、5肋间,均约长2cm。1h前饮酒进食。血常规:Hb 140 g/L, 红细胞比容(Hct) 0.430。诊断:胸部刀刺伤,失血性休克。拟行剖胸探查术。

入室后,立即面罩给氧,常规监测心电图、血压(BP)、脉搏血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)、体温(T)。麻醉诱导与手术准备同时进行,局麻下行左桡动脉穿刺置管监测有创动脉血压。麻醉前静注长托宁0.5mg,麻醉诱导采用芬太尼0.1mg,氯胺酮50mg,依托咪酯14mg,司可林100mg,诱导前后血流动力学无明显波动。插入单腔气管导管,接麻醉机机械通气,并连续监测呼气末二氧化碳分压(P<sub>ET</sub>CO<sub>2</sub>)。以咪达唑仑、芬太尼、维库溴铵和七氟醚维持麻醉。完成麻醉开始手术的同时,经右颈内静脉穿刺置入三腔中心静脉导管,分别用于监测患者CVP和给药、输血、输液等,另准备血液回收。麻醉操作完成后,外科医生在患者左背下垫一薄枕,并消毒铺巾。切皮时,患者突然心率减慢,血压下降至零,桡动脉压监测波形、血氧饱和度波形

消失。紧急处理:静脉注射肾上腺素1mg、阿托品0.5mg、利多卡因50mg,加快输液,开胸后手术人员随即对患者进行心包内积血清除减压及胸内心脏按压术,大约2min后心脏复跳。开胸后探查所见:血气胸、左肺萎缩、心包大量积血填塞。发现左胸腔鲜红不凝血约2800mL,血凝块600g,切开心包,左心室前壁见一约3cm裂口,可见鲜血喷出,要求外科医生立即堵住出血口。同时快速补充液体,输入回收自体血及异体血,并静脉泵注多巴胺及去甲肾上腺素维持重要器官灌注压。头部持续物理降温。经处理,约10min后血流动力学维持稳定,外科医生缝合左室、心包伤口,行膈肌修补、脾切除术。手术历时5h。术中共输自体血2300mL,红细胞悬液3200mL,血浆800mL,平衡液4000mL,生理盐水500mL,胶体3500mL,碳酸氢钠250mL,排尿3000mL。术毕患者双瞳等大、等圆,直径约2mm,对光反射存在,生命体征平稳,查血气基本正常,带气管导管转入ICU,继续予冰袋头部降温。患者术后1h苏醒,7:30停呼吸机,8h拔除气管导管,第3天转出ICU,18d后治愈出院,未遗留任何中枢神经系统并发症。

#### 2 讨论

心脏损伤是胸部刀刺伤中一种严重类型的创伤和临床较罕见的危急重症。患者在术前多合并失血性休克和(或)并发血气胸、心包填塞,严重影响有效循环血量,病情凶险,常给诊

## 成功抢救胸部刀刺伤心包填塞 1 例报道

朱 辉<sup>1</sup>, 金 丹<sup>1</sup>, 丁 洁<sup>1</sup>, 散小虎<sup>1</sup>, 杨进国<sup>1</sup>, 李 莲<sup>2△</sup>

(湖北医药学院:1. 附属东风医院麻醉科;2. 附属人民医院检验部,湖北十堰 442000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.21.052

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)21-2182-02

△ 通讯作者, Tel: (0719) 8637268; E-mail: lilianzbw@163.com.

断和麻醉处理造成困难。多数受伤者死于事故现场,总病死率 10%~42%<sup>[1]</sup>,能够生存到达医院者,其获救率可达 80%~90%<sup>[2]</sup>。早期诊断并及时正确处理,对患者预后起着至关重要的作用,是抢救成功的关键<sup>[3]</sup>,而成功的麻醉配合是提高存活率的重要保证。

本例病史特点:患者饱胃,胸部刀刺伤、心脏损伤,失血性休克早期,无通气及插管困难,合并有其他脏器损伤。患者术中可能发生了严重的心包填塞,因为改变体位可能使原引流通畅的心包切口位置发生变化,出口受阻,心包内积血突然增加,致心包内压急剧上升。

结合本例患者的麻醉和手术经过,总结心脏损伤致严重心包填塞成功抢救的经验:(1)及时、准确做出判断,减少不必要的辅助检查。一般来说,凡是心前区 2~6 肋所在区域、背部心脏投影区及近心投影区(如剑突下)受伤者,伤道通向心脏所在位置,结合失血性休克或急性心包填塞表现都应考虑心脏外伤,需紧急剖胸探查。患者心脏电活动正常,但患者氧饱和度波形和直接动脉压波形同时消失,应当立即检查患者颈动脉搏动,若搏动消失,心包填塞可能性极大。心包填塞的处理原则是立即开胸心包减压。伤道方向和深度不明或伤口偏离心前区时,可用手指或软探子轻试,感知心脏搏动有助诊断<sup>[4]</sup>。如病情允许,做心脏 B 超可示心包积血及心脏裂口<sup>[5]</sup>。(2)尽量缩短术前准备时间,遵循从简从快的原则。积极做好院前救治,尽量缩短术前准备时间,一经确诊应立即准备手术。安全、迅速建立静脉通道使患者进入麻醉状态,顺利插入气管导管,纯氧控制呼吸是手术成功的保障<sup>[6]</sup>。(3)抢救在统一指挥下分组同时进行,发挥综合创伤一体化救治优势,手术人员与麻醉医师默契配合是抢救成功的关键。(4)选派经验丰富、技术过硬的麻醉医师参加抢救及围术期的救治,各类操作熟练,减少心脏应激反应,降低心肌氧耗。(5)采用积极有效的监测手段,防止反流误吸。除常规监测外,还需注意加强有创动静脉血压、体温及血气监测。对于合并心包填塞的患者,PE<sub>T</sub>-CO<sub>2</sub> 连续监测,是判断循环骤停的较为敏感指标。(6)积极抗休克,着重于液体复苏。本例在急诊室已开通 2 条静脉通道,入室后急行中心静脉置管,保证快速输血补液和药物给予,做好大量输血补液准备。在麻醉诱导前,积极补液抗休克治疗,补液以新鲜全血为原则,晶胶体相结合。尽快恢复有效循环血容量,最大程度缩短组织低灌注时间。心脏外伤后休克一方面是由于创伤和大量失血所致,另一方面是由于心包积血造成心包填塞,使心脏舒张受限,静脉回流受阻,心肌收缩力减弱所致。所以,要解除心包填塞后再适量输血补液,血压会很快恢复正常,若在心包填塞解除之前过量输血补液反会加重病情,应以血管活性药物维持循环或做心包穿刺引流,维持生理允许范围内的低血压,以减轻出血及心包填塞。补液期间尽量使平均动脉压达 50~60 mm Hg,或收缩压达 80~90 mm Hg。液体以平衡液为主,辅以血浆代用品以及全血。血压维持不满意时可灵活地

应用血管活性药物。(7)麻醉用药及麻醉管理。本例患者实施快速顺序诱导,诱导药物可选用依托咪酯和琥珀酰胆碱。麻醉深度宜先浅后深,根据病情调整。麻醉用药的选择应避免对循环、呼吸有抑制作用的药物,麻醉用药量相对减少,麻醉诱导力求平稳,气管插管要顺利,所用药物镇静镇痛作用较强,利于患者安全度过围麻醉期。心包填塞解除、心脏破口修补完成、休克得到纠正后适当加深麻醉。维持麻醉药的剂量应较正常剂量减少 1/3~1/2。采用双腔支气管插管,有时为加快开胸止血速度可直接插单腔气管导管。在心包填塞未解除前以低潮气量、低压力、高频率的方法手控或机控通气,打开心包后改为常规间歇正压通气<sup>[7]</sup>。(8)保护心、脑、肾功能,防止多器官功能衰竭。在抢救过程中,应积极治疗失血性休克、心包填塞所致的严重低血压低灌注。一定要注意脑保护,术中可用冰帽或冰袋对大脑进行适度的降温以降低脑代谢。维持鼻咽温度在 32~34 °C 水平,阻断脑组织高代谢状态,稳定神经细胞膜,减轻神经元缺血再灌注损伤。在血压稳定病情允许情况下,给予激素、脱水剂、碳酸氢钠纠酸输入等复苏是非常必要的。患者生命体征相对稳定后,将血压维持在正常较低水平,以减少损伤修补处再次出血的危险。(9)重视术后管理和监护。加强抗感染、抗凝及肠外营养等综合支持疗法,维持呼吸平稳。积极采取措施对重要器官进行保护,减少术后并发症。(10)术后镇痛。减少疼痛应激反应,降低术后患者心动过速及心肌缺血的发生率,可用静脉自控性镇痛。

总之,及时诊断,迅速抢救是心脏损伤致严重心包填塞患者生存的关键,术前快速准备及正确的麻醉选择,适度的麻醉处理,有效的心肺复苏能提高治疗效果,降低死亡率。

#### 参考文献:

- [1] 赵鲁宁,李继良,熊海,等. 27 例心脏刀伤的急诊外科治疗[J]. 大连医科大学学报,2007,29(1):53-54.
- [2] 宋连燕. 心脏大血管创伤治疗(附 29 例报道)[J]. 心肺血管病杂志,2008,27(2):95-96.
- [3] 陈旭,罗晖. 穿透性心脏损伤 41 例救治分析[J]. 重庆医学,2008,37(4):412-437.
- [4] 高劲谋,都定元,李邦春,等. 穿透性心脏损伤 56 例手术救治分析[J]. 中华外科杂志,2000,38(5):358-359.
- [5] Barden BE, Kent RB. Multiple penetrating injuries to the heart diagnosed with ultrasonography[J]. South Med J, 2001,94(6):644-649.
- [6] 袁丽丽,张育才,江学成,等. 心脏刀刺伤的麻醉处理[J]. 临床麻醉学杂志,2007,23(9):777-779.
- [7] 吴世友,陈灏,吴洪坤,等. 贯穿性心脏损伤 23 例治疗分析[J]. 重庆医学,2009,38(8):1101-1102.

(收稿日期:2010-12-21 修回日期:2011-02-26)