

· 病案报道 ·

喉咽手术诱发迷走神经反射致心搏骤停 1 例报告

杨名保¹, 赵海亮¹, 蓝建平¹, 邱书奇¹, 熊国强²

(深圳市第九人民医院耳鼻咽喉科医院 深圳市耳鼻咽喉科学研究所 1. 耳鼻咽喉头颈外科; 2. 麻醉科, 广东 深圳 518120)

中图分类号: R766.9

文献标识码: D

文章编号: 1007-1520(2011)06-0466-02

患者, 男, 27 岁, 因颈部外伤后出血、疼痛 3 h 入院。患者 3 h 前因工地围墙倒塌时颈部被瓷砖片割伤, 即感伤处疼痛, 出血, 量约 200 ml, 无呼吸及吞咽困难, 无心慌、胸闷, 无昏迷。既往无心肺疾病史。体查: 一般情况好, 神清, 颈前皮肤舌骨平面见一长约 15 cm 横行伤口, 创缘整齐, 深达肌层, 无活动性出血; 心肺及全身体格检查未见特殊异常。入院诊断: 颈部切割伤。拟急诊在全麻下行颈部伤口清创缝合术, 术前常规肌注阿托品 0.5 mg、鲁米那 0.1 g, 全身麻醉诱导为瑞芬太尼 3 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 、维库溴胺 0.1 mg/kg、丙泊酚 2 mg/kg 静脉注入, 术中静脉麻醉维持剂量为瑞芬太尼 0.05 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 、丙泊酚 4 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 。全麻插管成功约 10 min 后, 术中清除伤口血凝块后探查见约有长 2 cm 伤口与左侧喉咽腔侧壁部分相通, 舌骨及会厌部分显露, 颈部大血管未见损伤, 吸除喉咽腔分泌物及残留血液, 缝合穿通伤口时因过度牵拉咽腔黏膜及周围组织, 术中突然出现心动过缓及低血压, 心率从 88 次/min 下降至 46 次/min, 血压从 112/78 mmHg 下降至 84/56 mmHg, 随后出现短暂心搏骤停, 马上停止手术操作, 约 10~20 s 后心跳自然恢复, 心率及血压逐渐恢复正常。继续进行手术再次出现心动过缓 2 次, 术中静注阿托品 0.5 mg 后得以维持心率正常, 直至手术完成。患者术后恢复良好, 未再出现类似发作。

讨论: 手术或麻醉过程中, 可能会出现因手术刺激或组织牵拉引起的反射性心率减慢, 甚至心搏骤停, 即血管迷走神经反射, 正常人群血管迷走神经性反射的发生率约为 22%^[1]。据 Jude 等^[2]统计, 大医院全麻手术中心脏停搏的发生率约为 1/1200, 60% 发生在急诊病例, 其发生原因往往是迷走神经突然受到压迫或刺激, 通过心抑制神经纤维致使心跳停搏。迷走神经反射的发生除了与手术操作刺激的强度和患者对刺激的敏感性有关外, 通常与患者的特异性体质、尤其是植物神经功能不稳等因素有关, 除此之外还可能与低氧、高碳酸血症、全身麻醉过浅、出血、药物, 如麻醉药瑞芬太尼和丙泊酚、 β -受体阻滞剂、钙通道阻滞剂的应用等因素有关^[1,3]。

临床经验表明, 耳鼻咽喉科手术时如触碰鼻黏膜、鼻腔填塞、上颌窦穿刺及鼻腔手术操作等可能诱发迷走神经紧张的患者出现喉痒、咳嗽、出汗、面色苍白、心跳减慢、头晕或突然晕倒等迷走神经性晕厥, 严重的可突然发生心搏骤停。喉咽部有着丰富的迷走神经分布^[4], 咽部手术如扁桃体摘除术、咽后脓肿切开术、气管插管、气管镜及喉镜检查等更易引起此种意外。

结合本例患者, 笔者认为术中突发心搏骤停与迷走神经受牵拉刺激兴奋后通过迷走神经-心反射抑制心脏传导功能有关。通过及时终止手术消除刺激诱因, 患者心搏马上自然恢复, 术中应用抗胆碱药阿托品抑制迷走神经反射预防心搏骤停/心动过缓的再次发生。通过本病例报道, 使笔者加深了对

作者简介: 杨名保, 男, 主治医师。
通讯作者: 杨名保, Email: 491292324@qq.com.

迷走神经反射的认识,随时应对迷走神经反射发生的可能,保持高度警惕。术前应全面而详细的检查,注意患者的心血管功能情况而采取相应措施,术中操作应轻柔,尽量减少对局部组织的刺激,并密切观察患者反应,一旦发生迷走神经反射,应立即停止手术操作,必要时静脉注射阿托品和给氧,避免不良反应事件的发生。

参考文献:

[1] Tsai PS, Chen CP, Tsai MS. Perioperative vasovagal synco-

pe with focus on obstetric anesthesia [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2006, 45(3): 208-214.

[2] Jude JR, Tabbarah HJ. Otolaryngological aspects of cardiac arrest [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1970, 79(5): 889-894.

[3] Ko HB, Lee DY, Lee YC. Severe bradycardia during suspension laryngoscopy performed after tracheal intubation using a direct laryngoscope with a curved blade - A case report [J]. Korean J Anesthesiol, 2010, 59(2): 116-118.

[4] Yoshida Y, Tanaka Y, Hirano M, et al. Sensory innervation of the pharynx and larynx [J]. Am J Med, 2000, 108(Suppl 4a): 51S-61S.

(修回日期:2011-08-22)

· 病案报道 ·

急性鼻窦炎并发眶骨膜下脓肿1例

马莉¹, 吴昆旻², 陈伟², 王志颐², 王秋萍²

(1. 南京大学医学院临床学院耳鼻咽喉头颈外科, 江苏南京 210002; 2. 南京军区南京总医院耳鼻咽喉头颈外科, 江苏南京 210002)

中图分类号: R765.4

文献标识码: D

文章编号: 1007-1520(2011)06-0467-02

眶骨膜下脓肿是鼻窦炎严重的并发症之一, 诊断不及时且处理不当会导致失明甚至死亡。南京大学医学院临床学院耳鼻咽喉头颈外科于2011年1月收治1例急性鼻窦炎并发眶骨膜下脓肿患者, 经及时诊治治愈, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 23岁。因感冒后左侧眼睑肿胀、疼痛4d入院。患者感冒后出现左眼睑肿胀、疼痛不适, 伴有头痛, 无发热咳嗽、流脓涕及涕血, 无视力下降及复视。在当地医院行头部及眼眶CT检查示: 左侧筛窦、额窦占位性病变, 性质待查。给予阿奇霉素静滴治疗2d后, 头痛有所好转, 但左眼睑肿胀进一步加重。遂来我院急诊就医, 以急性

鼻窦炎并眶内占位性病变收入住院。入院查体: 生命体征平稳, 全身浅表淋巴结未扪及肿大, 重要脏器检查未见异常。专科检查: 左眼眶周充血肿胀, 明显压痛, 左眼球突出, 眼球活动尚可, 球结膜充血水肿, 角膜透明, 瞳孔对光反射灵敏, 视力正常。鼻内镜检查示: 左侧中鼻甲及中鼻道内黏膜明显肿胀, 总鼻道内未见分泌物、异物及新生物。行鼻窦CT检查示左侧筛窦、额窦占位, 左侧上颌窦炎, 左侧眶纸板部分骨质缺失(图1)。眼眶CT检查示左眼眶顶部占位性病变, 左侧筛窦、额窦炎症(图2)。请眼科会诊并复查眼眶MRI(图3), 考虑左眼眶顶部占位性病变为眶内骨膜下脓肿。完善相关术前检查后于2011年1月21日在全麻下行左侧鼻窦开放术及左侧眶骨膜下脓肿切开引流术。术中左侧筛窦内见大量淡黄色浑浊液体, 窦腔黏膜肿胀, 眶纸板及部分筛窦骨质吸收。左眼眶上壁骨膜下脓肿, 切

开脓腔后吸出大量淡黄色浑浊液体；取分泌物行细菌培养及药敏试验。术后病理诊断示慢性炎症，细菌培养示阴性。术后坚持鼻内镜下换药及静脉抗炎治疗，随访 3 个月无复发，窦口开放好。



图 1 左侧筛窦占位性病变(箭头所示)

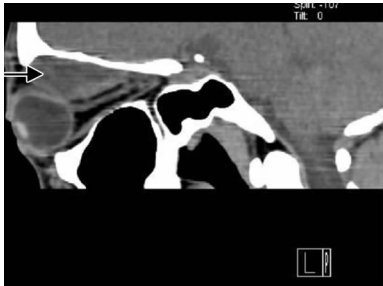


图 2 左眼眶顶部占位性病变(箭头所示)

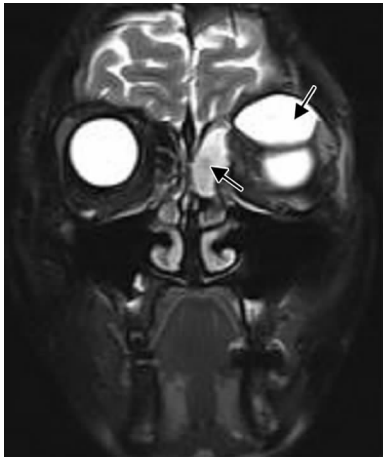


图 3 左眶顶部眶骨膜下和左侧筛窦可见高信号囊性脓肿(箭头所示)

2 讨论

鼻窦炎眶内并发症主要由局部解剖因素决定^[1]。①眶上壁、下壁、内侧壁分别与额窦、上颌窦、筛窦和蝶窦相邻。其中眶内壁从前到后存在泪上颌间隙、泪筛窦间隙和蝶筛间隙，部分个体存在先天性骨缺损。这些裂隙或缺损是鼻窦炎侵及眶内的重要途径。②眶纸板是分隔眶内容物和筛窦的一层很薄的屏障，富含静脉系统，而静脉缺少瓣膜，其构成的血管网使血液在筛窦与眼眶之间可以自由流通。③眶骨膜是筛眶间唯一的软组织屏障。眶骨膜在眶周反折延续于上下眼睑，为眼睑系带或眼隔膜，这是区分眶周炎症和眶内炎症的重要解剖标志。在此隔膜之前的蜂窝织炎不会引起视力丧失或眼睑瘫痪，但如这层隔膜被炎症破坏，病变即可侵及眶内引起严重的感染。

尽管鼻窦炎并发眶骨膜下脓肿的发生率小于 1%，但其中 50% 的病例出现部分或完全视力丧失，严重影响患者的生活质量，故要引起临床医师的重视。如有急、慢性鼻窦炎病史，同时出现眶部疼痛，眼睑水肿，或视力下降，发热等不适症状，应高度警惕鼻源性眶内并发症。诊断眶骨膜下脓肿主要依靠病史、症状、CT 及 MRI 等检查。鼻源性眶内骨膜下脓肿一旦确诊，首先应积极控制感染和治疗鼻窦炎，抗生素治疗 48 h 无效者，应在实行鼻窦手术的同时，切开眶骨膜便于引流，必要时请眼科医师协同处理^[2]。本例患者经及时诊断及处理获得痊愈，未出现任何后遗症。

参考文献：

[1] 黄选兆，汪吉宝，孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京：人民卫生出版社，2010：203-205.
[2] Bhargava D, Sankhla D, Ganesan A, et al. Endoscopic sinus surgery for orbital subperiosteal abscess secondary to sinusitis [J]. Rhinology, 2001, 39(3): 151-155.

(修回日期：2011-10-19)