

[11] ANYANWU C O, CHANSKY P B, FENG R, et al. The systemic management of cutaneous dermatomyositis: Results of a stepwise strategy[J]. Int J Womens Dermatol, 2017, 3(4): 189-194.

[12] SCHOENFELD S R, CASTELINO F V. Interstitial lung disease in scleroderma[J]. Rheum Dis Clin North Ame, 2015, 41(2): 237-248.

[13] NATHAN S D, ALBERA C, BRADFORD W Z, et al. Effect of pirfenidone on mortality: pooled analyses and

meta-analyses of clinical trials in idiopathic pulmonary fibrosis[J]. Lancet Respir Med, 2017, 5(1): 33-41.

[14] FURUYA K, SAKAMOTO S, SHIMIZU H, et al. Pirfenidone for acute exacerbation of idiopathic pulmonary fibrosis: A retrospective study[J]. Respir Med, 2017, 126(5): 93-99.

(收稿日期: 2018-05-26 修回日期: 2018-08-21)

• 案例分析 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 01. 049

多发性硬化症围术期麻醉管理 1 例

杨钦文¹, 王晓梅¹, 冉 铁², 赵卫兵^{3△}

(重庆市垫江县中医院: 1. 麻醉科; 2. 骨科 408300; 3. 重庆市公共卫生医疗救治中心麻醉科 400030)

关键词: 多发性硬化症; 围术期; 麻醉管理

中图分类号: R782.05

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2019)01-0141-02

多发性硬化症(MS)是一种以中枢神经系统白质炎性脱髓鞘病变为主要特点的自身免疫疾病,青、中年多见,临床特点是病灶播散广泛,病程常有缓解复发的神经系统损害症状。目前国内在围术期麻醉处理方面有关 MS 患者报道不多,本文将重庆市垫江县中医院近日 1 例 MS 患者行髋关节置换术的围术期麻醉管理及其他相关问题进行总结,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,27 岁。因双侧髋部疼痛不适 8 个月,加重伴活动受限 1 个月入院。既往有 MS 病史(2 年前双下肢感觉异常并进展到下肢肌力乏力,在外院诊断为 MS,接受 2 次以甲泼尼龙琥珀酸钠大剂量冲击治疗,经治疗病情缓解),现有大便干燥和小便不畅表现。术前检查:神清语明,对答切题,体质量 48 kg,双侧瞳孔等大形圆,直径约 0.3 cm,光反应灵敏。颈软,四肢肌力、肌张力正常,双下肢巴氏症(+),双侧跟、膝反射亢进,脑膜刺激症(-)。头颅 MRI 显示:左额叶少许病灶。髋关节 CT 显示:双侧股骨头缺血坏死,右侧关节鼠。重庆市垫江县中医院初步诊断为双侧股骨头激素性坏死,MS(缓解期)。实验室检查未见异常,心电图及胸片正常。术前 1 d 给予氢化可的松 100 mg 治疗。

拟在全身麻醉下行右侧全髋置换术。入室后监测心率 72 次/分、血压 125/65 mm Hg、氧饱和度 97%、体温 36.6℃,给予面罩吸氧。麻醉诱导前静脉给予泵注右美托咪啶 24 μg,10 min 泵入完成后静脉诱导:咪达唑仑 3 mg,舒芬太尼 15 μg,丙泊酚 90 mg,罗库溴铵 30 mg,经口明视插入 7.0# 加固气管导管行机械通气,潮气量 350 mL、呼吸频率 13 次/分、呼气末正压通气 5 cm H₂O、空氧混合流量 1.0 L/min,

吸入氧气浓度 50%。麻醉维持:持续静脉输注丙泊酚 5~6 mg/(kg·h),右美托咪啶 0.3 μg/(kg·h),瑞芬太尼 10~12 μg/(kg·h),间断给予舒芬太尼 10~15 μg,依据肌松监测结果间断给予罗库溴铵 20 mg,麻醉深度脑电双频指数值维持在 45~60,经鼻咽部监测体温 36.5~36.2℃,手术时间 110 min,术中输注晶体液 1 100 mL,出血量 100 mL,尿量 300 mL。术毕给予静脉持续镇痛(舒芬太尼 50 μg,曲马多 500 mg,地塞米松 10 mg,昂丹司琼 32 mg,生理盐水稀释至 100 mL,背景剂量 2 mL/h),患者未清醒带管送至恢复室,在恢复室后 20 min 完全清醒,观察各项指标正常,达到拔管条件,在充分吸引下拔出气管导管,面罩吸氧,氧饱和度 100%,在恢复室拔管后观察 2 h 安全返回病房。术后当天和术后 1 d 给予氢化可的松 100 mg 静脉滴注,术后镇痛效果良好,各项生命体征平稳,鼓励患者早期活动和功能锻炼,患者术后 12 d 出院。

2 讨论

有关 MS 患者的麻醉处理目前报道不多,该病的病因不明,其主要受累部位为中枢神经系统脑室周围白质、视神经、脊髓、脑干及小脑等,临床表现为多发感觉障碍、视力障碍、脑神经障碍、肌无力、心律紊乱、自主神经功能紊乱及呼吸功能障碍等^[1]。临床上主要分为 4 种类型:(1)复发-缓解型,占比约 85%,其中多数患者疾病初期多次出现神经系统功能障碍表现,复发与缓解交替出现;(2)继发进展型,多为复发-缓解型后期发展而来,表现为神经系统症状进行性加重;(3)原发进展型,占比约 10%,表现为发病后病情进行性加重;(4)进展复发型,占比约 5%,表现为发病后病情进行性加重。MS 患者主要表现为复发-缓解型(患

△ 通信作者, E-mail: zwb1020@163.com。

者2年前发病,并2次接受大剂量糖皮质激素治疗后病情相对稳定,出现激素治疗的相关并发症而来重庆市垫江县中医院进一步治疗)。术前给予一定量类固醇激素,以免引起肾上腺皮质功能低下。

围术期很多因素都可加重患者病情,如手术、情绪波动、麻醉和体温升高,因此,给MS患者麻醉带来一定困难。MS患者术前头颅MRI检查发现左额叶有少许病灶,其病变部位可引起语言表达、精神活动等方面的障碍,因此术前应降低应激诱发其发作,适当使用抗焦虑药物,避免应用抗胆碱药物。有资料显示,局部麻醉药物能加重MS患者的神经脱髓鞘病变,加重神经传导阻滞^[2],故MS患者的麻醉选择以全身麻醉为主,目前没有更多的资料证明静脉麻醉和吸入麻醉那种更好^[3]。全身麻醉药物可以选择咪达唑仑、右美托咪啶、丙泊酚及七氟烷,全程麻醉应在麻醉深度监测下进行麻醉管理,避免麻醉过深或过浅,麻醉过浅会增加应激反应,可使MS患者术后病情加重^[4]。该类患者对肌力影响较明显,麻醉后可能出现呼吸功能障碍,因此麻醉诱导前应充分吸氧,避免使用去极化肌松药物(如琥珀胆碱)。有资料表明,存在反射亢进患者可能对非去极化肌松药物有抵抗反应^[5],故该患者使用非去极化肌松药物以小剂量多次给药为主,避免用药不足或过量,术中使用肌松监测,手术结束后待患者呼吸肌力完全恢复后再拔管。同时,围术期体温管理和护理非常重要,术中应避免体温升高。MS患者对肌松的代谢慢,全身麻醉恢复期

应加强观察,适当延长在恢复室的停留时间,以防止出现术后并发症。

总之,在处理MS患者过程中,多次进行多学科会诊,进行术前讨论,麻醉科全科同仁群策群力共同制订围术期治疗方案和麻醉方案,术中严密监测患者各项生命体征(包括进行体温及肌松监测),是该患者安全度过围术期并顺利出院的保障。

参考文献

- [1] SCOLDING N, BARNES D. Association of British neurologists: revised (2015) guidelines for prescribing Disease-Modifying treatments in multiple sclerosis[J]. Pract Neurol, 2015, 15(4): 273-279.
- [2] PERLAS A, CHAN V W. Neuraxial anesthesia and multiple sclerosis[J]. Can J Anaesth, 2005, 52(5): 454-458.
- [3] LEE K H, PARK J S, LRR S I, et al. Anesthetic management of the emergency laparotomy for a patient with multiple sclerosis-A case report[J]. Korean J Anesthesiol, 2010, 59(5): 359-362.
- [4] OKADA A, HIROSE M, SHUMIZU K, et al. Perioperative anesthetic management of a patient with multiple sclerosis[J]. Masui, 2009, 58(6): 772-774.
- [5] 王玲, 拉佈旦白拉, 龚玉华, 等. 多发性硬化症与麻醉管理[J]. 临床麻醉学杂志, 2012, 28(1): 96-97.

(收稿日期:2018-05-26 修回日期:2018-08-10)

• 案例分析 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.01.050

1例健康MN血型的产妇检出类抗-N抗体的研究

黄 娟, 李彤彤, 解金辉

(天津市血液中心免疫血液学研究室 300110)

关键词:MNS血型系统; 类抗体; 输血

中图分类号:R446.1

文献标志码:C

文章编号:1672-9455(2019)01-0142-03

抗-N抗体是MN血型系统常见的抗体,但类抗-N抗体在我国汉族人群中未见报道。本研究发现1例健康MN血型的产妇由于类抗-N抗体导致交叉配血不合。报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例简介 患者,女,45岁,健康,自然流产1次,人工流产1次,生育1个孩子,本次为第4胎孕38周待产,申请备血。医院输血科发现抗体筛查阳性,送至天津市血液中心进行疑难配血。实验室检测最终结果为:血型B型,RhD阳性,MN;直抗弱阳性,血清中检出不规则抗体,经鉴定确定为类抗-N抗体,效价16。选择B型,RhD阳性,MM的悬浮红细胞予以输注。该患者顺产1个孩子,送至天津市血液中心进

行新生儿溶血症检测,结果无溶血症。

1.2 试剂与方法 (1)抗-A、抗-B、ABO反定型试剂,均为上海血液生物医药有限责任公司产品。RhD(IgM)血型定型试剂(Sanquin,批号:8000239911),抗-M试剂(CE-IMMUNDIAGNOSTIKA,批号:OMM140)、抗-N试剂(CE-IMMUNDIAGNOSTIKA,批号:ONM218),筛选细胞(Sanquin,批号:8000245109),谱细胞(Sanquin,批号:8000245111),聚凝胺试剂(长春博德,批号:20170701)、抗球蛋白卡(Bio-Rad,批号:50531.23.02)。(2)ABO血型正反定型、RhD血型、MN血型鉴定均采用盐水试管法,直接抗人球蛋白试验采用抗球蛋白卡检测,不规则抗体筛选试验和抗体鉴定采用盐水试管法和抗球蛋白卡