

道节段性水肿、坏死和功能失调的一种消化道疾病,但导致嗜酸性粒细胞异常聚集的始动机制尚不清楚,推测与过敏或免疫功能障碍有关,但只有少数患者有哮喘、食物过敏或有变态反应性疾病的家族史,大部分患者并无过敏性病史^[3]。该病发病率较低,临床表现缺乏特异性,其特征性表现为胃肠道有弥漫或局限性嗜酸性粒细胞浸润、胃肠道水肿增厚,可伴或不伴周围血嗜酸性细胞增多症,临床上根据病变累及部位不同,可分为嗜酸性粒细胞食管炎、胃肠炎、结肠炎等,其中盲肠及结肠较多累及,但累及广泛小肠及回盲部的病例尚未见相关报道^[4]。

嗜酸性粒细胞小肠炎诊断有赖于胃肠镜并病理检查,但其内镜下表现常无特异性,主要表现为胃窦、十二指肠、回肠末端和回盲部受累黏膜散在红斑、充血水肿、糜烂出血、溃疡形成、可覆盖白苔。食管、小肠亦可累及,病变散在而分布较广。内镜下黏膜活检证实胃肠道黏膜组织有嗜酸性粒细胞浸润(>20个/HP),是诊断EG的关键,但胃肠道嗜酸性粒细胞浸润常呈局灶性分布,内镜下黏膜活检可能为阴性表现,因此内镜下多点活检(6点以上)可有效以提高诊断率^[5]。

该病治疗以限定饮食(对于有特定食物、药物等过敏的患者必须脱离过敏原),激素及肥大细胞稳定剂等治疗。本例患者以中上腹痛、黑便为主要临床表现,起初基于只完善了胃镜检查并未病理活检,导致误诊为单纯的十二指肠球炎伴出血,经对症治疗患者仍有腹痛,监测便常规间断有阳性,进一步胃镜检查后发现十二指肠降段及其以下所能窥见的十二指肠多发糜烂,病理提示十二指肠降段有大量的嗜酸性粒细胞浸润,进一步行胶囊内镜并肠镜检查发现广泛性小肠及回盲部散

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.04.054

在多发溃疡伴糜烂,病理均予证实有大量嗜酸性粒细胞浸润,最后得以明确,经口服激素治疗后症状得以好转,病情得以控制。此病例提示嗜酸性粒细胞小肠炎虽然罕见,但若根据其临床表现及镜下表现,及时完善病理检查,从而及时明确诊断,继而积极治疗,患者可转归良好。

参考文献

- [1] Kinoshita Y, Furuta K, Ishimaura N, et al. Clinical characteristics of Japanese patients with eosinophilic esophagitis and eosinophilic gastroenteritis[J]. J Gastroenterol, 2013, 48(3):333-339.
- [2] Zhang L, Duan L, Ding S, et al. Eosinophilic gastroenteritis: clinical manifestations and morphological characteristics, a retrospective study of 42 patients[J]. Scand J Gastroenterol, 2011, 46(9):1074-1080.
- [3] Salkic NN, Mustedanagic-Mujanovic J, Jovanovic P, et al. Enhanced therapeutic response with addition of loratadine in subserosal eosinophilic gastroenteritis[J]. Med Glas (Zenica), 2013, 10(1):178-182.
- [4] 陶利萍, 吴小丽, 黄智铭. 嗜酸细胞性胃肠炎的临床及内镜特点分析[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(21):3922-3924.
- [5] 姚建国, 吴秋珍. 嗜酸细胞性胃肠炎误诊 9 例分析[J]. 西部医学, 2010, 22(2):391-392.

(收稿日期:2016-09-10 修回日期:2016-10-13)

妊娠合并复杂先天性心脏病全身麻醉 1 例报告*

汪鑫, 章放香, 方开云

(贵州省人民医院麻醉科, 贵阳 550002)

[中图分类号] R714.252

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)04-0570-02

1 临床资料

患者,女,26岁,体质量50.5kg,因“停经37⁺3周,不规则腹痛1⁺d”入院。入院诊断:(1)G₁P₀孕37⁺3周LOA。(2)妊娠合并先天性心脏病:完全性大动脉转位(complete type transposition of great arteries, TGA);右室双出口;室间隔缺损;房间隔缺损;三尖瓣重度关闭不全;二尖瓣轻度反流;心功能Ⅱ级。(3)慢性乙型病毒性肝炎。体格检查:神智清楚,慢性病容,双侧面部色素沉着,口唇黏膜轻度发绀,呼吸较为急促,杵状指(趾),双肺呼吸音粗,第一心音亢进,第二心音固定分裂,胸骨左缘第3~5肋间可闻全收缩期杂音。心脏超声示:(1)左心房位于心脏左侧,右心房位于心脏右侧,左心房扩大,房间隔中份回声中断约13.8mm。(2)左心室位于心脏右侧,与二尖瓣及右心房链接。右心室位于心脏左侧,与三尖瓣及左心房链接。右心室扩大,右心室壁增厚为11.2mm,室间隔上份回声中断约13.4mm。(3)主动脉及肺动脉均起源于右心室,呈平行走行,主动脉位于左前方,肺动脉位于右后方,肺动

脉增宽。(4)彩色多普勒表现(CDFI)结果:室间隔缺损处可探及双向分流,左向右分流速度为1.6.0m/s,右向左分流速度为1.01m/s;房间隔缺损处可探及左向右分流血流信号,速度为1.4m/s;收缩期三尖瓣上可见大量返流血流信号,二尖瓣上可见少量返流血流信号,余瓣口未见异常血流信号。拟急诊行“剖宫产术”。

患者平车推入手术室,左侧卧位,头部垫枕头,神清,口唇黏膜及指(趾)甲发绀,呼吸急促。常规检测心电图(ECG)、血氧饱和度(SpO₂)、血压(BP)、呼气末二氧化碳分压(PET-CO₂)。开放外周静脉输液通道,行桡动脉穿刺置管连续监测动脉血压,心率(HR)95次/min,SpO₂95%,BP103/60mmHg。动脉血气:吸氧浓度(FiO₂)21%,动脉血氧分压(PaO₂)70mmHg,二氧化碳分压(PaCO₂)35mmHg。面罩吸氧6L/min,约5min后,SpO₂上升至99%。因患者既往腰部受伤,隧采取全身麻醉。麻醉诱导:静脉推注依托咪酯脂肪乳15mg,待患者入睡后静脉推注氯化琥珀胆碱100mg,同时静脉泵入

* 基金项目:贵州省科技厅软科学项目(黔科合基础[2016]1532-3);贵州省科技厅联合基金项目(黔科合, LH字[2015]7142号);贵州省人民医院青年基金项目(GZSYQN[2015]09号)。 作者简介:(1983—),主治医师,在读博士,主要从事临床麻醉研究。

(恒速泵)瑞芬太尼(20 μg/mL) 25 mL/h、丙泊酚(10 mg/mL) 30 mL/h,顺利行气管插管。插管后 HR 105 次/min, BP 112/68 mm Hg。手术医生迅速(约 5 min)取出一活男婴,待断脐带后加深麻醉,静脉推注舒芬太尼 20 μg,咪达唑仑 5 mg,阿曲库铵 40 mg。新生儿娩出后常规擦干全身羊水,保温,清理呼吸道,弹足及适度刺激背部等。1 min 时 Apgar 评分为 6 分,予以清理呼吸道,吸氧,加强刺激等处理。但患儿自主呼吸仍不规律,全身皮肤轻度发绀,HR 减慢约 70 次/min,予以呼吸囊面罩辅助呼吸,纳洛酮 0.2 mg 肌肉注射,肾上腺素 0.03 mg 肌肉注射,患儿好转,哭声响亮,全身皮肤红润,10 min Apgar 评分 10 分,转新生儿科继续观察。产妇维持麻醉:瑞芬太尼(20 μg/mL) 20~25 mL/h、丙泊酚(10 mg/mL) 25~30 mL/h。术中 HR 90~105 次/min, BP 100~112/60~72 mm Hg, SpO₂ 97%~100%。手术历时 40 min,术毕转入综合性重症监护病房(CCU)。术后第 3 天转回产科病房,体温 37.2 °C, HR 80 次/min, BP 94/56 mm Hg,呼吸频率(RR) 20 次/min。术后第 5 天出院。

2 讨论

TGA 是胚胎期圆锥动脉干发育畸形,心房与心室连接一致且心室与大动脉连接不一致。TGA 是紫绀型先天性心脏病之一,在先天性心脏病中约占 7%~9%,本病占出生后 2 个月内发生充血性心力衰竭的首位。自然预后差,不治疗或内科治疗 1 周病死率是 29%,1 个月病死率 52%,80%~90% 的患儿死于 1 岁以内,病死率在各类先天性心脏病中最高^[1-3]。该患者能存活到 26 岁,并妊娠到晚期实属罕见。可能与其心功能良好,合并较大房、室缺,房、室水平混合多,肺血多,因此 SpO₂ 相对较高等有关。

TGA 有其独特的病理生理:静脉血回右房、右室后经主动脉又到全身;而氧合血由肺静脉回左房、左室后仍经肺动脉进肺,体循环和肺循环各自循环,失去循环联系,其间必须有房缺、室缺或动脉导管未闭来交换血流,患者方能存活。从形态

·短篇及病例报道· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.04.055

上可分为:(1)TGA 合并室间隔完整型;(2)TGA 合并室间隔缺损型;(3)TGA 合并室间隔缺损及肺动脉狭窄型。本例患者属于 TGA 合并室间隔缺损型,此类患者紫绀较其他型稍轻,但肺血增多,容易导致心力衰竭。

本病例麻醉体会:(1)此类患者麻醉风险高,对麻醉耐受性差,麻醉选择上应该慎重。椎管内麻醉能减轻心脏负荷,全身性影响相对较小。但是容易阻滞不全,镇痛效果欠佳;或麻醉平面过高,严重干扰呼吸和循环。全身麻醉诱导迅速,麻醉效果完善,易于调控呼吸和循环,但全麻药可能导致新生儿呼吸抑制。此患者笔者评估无插管困难,术前禁食禁饮时间充分,决定采取全身麻醉。(2)此类患者肺血增多,容易导致肺高压和心力衰竭。因此要连续监测动脉压,控制液体输注,准备好血管活性药物等。此患者术前心功能尚可,术中总共输注晶体 750 mL,未出现心力衰竭情况。(3)此类患者处于一个慢性缺氧状态,胎儿可能发育迟缓,成熟度较一般的差。胎儿娩出后可能会存在呼吸不规则甚至呼吸暂停等情况。笔者在术前准备好新生儿急救物品和药品,随时备用。此新生儿娩出后,呼吸不规则,甚至有呼吸暂停发生,经积极抢救后完全好转。

参考文献

- [1] 汪曾炜,刘维永,张宝仁. 心脏外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2003:982-1033.
- [2] 徐志伟,丁文祥,苏肇伉,等. 动脉转位术的临床应用[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2003,10(3):164-166.
- [3] Sarris GE,Chatzis AC,Giannopoulos NM,et al. The arterial Switch operation in Europe for transposition of the great arteries:a multi-institutional study from the European Congenital Heart Surgeons Association[J]. J Thorac Cardiovasc Surg,2006,132(3):633-639.

(收稿日期:2016-09-15 修回日期:2016-10-22)

经动脉超选择性插管化疗栓塞治疗颌面部血管畸形 1 例

袁林¹,江军¹,魏崇建²,陈刚²,张平^{1△}

(武警湖北总队医院:1. 消化内科;2. 放射科介入室,武汉 430061)

[中图分类号] R782

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)04-0571-02

1 临床资料

患者,男,21 岁,以“右颌面部、左颌面部肿胀 21 年”为主诉入院。患者于出生时即被发现右面部、左颌面部红色斑片,高于皮肤。病变随生长发育逐渐增大、肿胀,潮红,皮温稍高,一直未行诊治。患者既往体检,无家族遗传史。专科查体见面部轮廓基本对称,于右面部可见大片紫红色斑片,约 8 cm×12 cm 大小,表面凹凸不平,形状不规则(图 1A)。右颌部听诊可闻及隆隆样杂音。病变处按压时颜色可变浅,松手时颜色可恢复。左颌面部下颌角可见 2 cm×2 cm 大小红色胎记,不突出于皮肤表面(图 1B)。舌尖粗大,青紫。入院后查血常规、肝肾功能正常。行股动脉穿刺插管行左、右颈外动脉造影见:左侧面动脉增粗,面动脉分支、鼻腔及咽后壁、左侧舌尖可见片状染

色影,右侧颈内动脉及面动脉增粗明显,可见早显引流静脉,鼻腔及咽后壁毛细血管明显增多紊乱(图 1C、D)。数字减影血管造影(DSA)诊断为两侧面部血管动静脉畸形累及两侧鼻咽腔。诊断明确后通过 Seldinger 技术超选择达病灶供血责任血管,将预先处理的明胶海绵及平阳霉素混悬液(将 2 片明胶海绵片剪成约 0.1 cm×0.1 cm 大小后,经高温灭菌处理后与平阳霉素 8 mg、造影剂制成混悬液)通过导管注入行超选择性栓塞术。栓塞后造影见供血动脉主干保留,异常毛细血管网未见显示。术后出现颜面部麻木、局部面部出现肿胀、青紫、大面积溃疡、口腔黏膜破溃、张嘴困难,给予抗感染、口腔护理、漱口、颜面部消毒换药预防感染及止痛对症、加强支持治疗。在第 1 次超选择性血管栓塞治疗后半年患者一般情况均恢复,颜面部肿