**麻醉学分会疑难病例讨论病例**

**病例一**

**合并肝肾综合征病人手术的麻醉管理**

病例主述：北京电力医院   王飞

男性46岁  主诉“纳差乏力皮肤巩膜发黄伴腹部膨隆1月”入院。

既往曾2010年在我院诊断为“酒精肝、脾大”，经保肝治疗好转后出院；2011在解放军302医院诊断“酒精性肝硬化，肝腹水，肝肾综合征”，此后每半年在解放军302医院或北京友谊医院就诊住院治疗一次。高血压病史25年，血压最高150/90mmHg，间断服用洛丁新控制血压。20年前行阑尾切除术。否认肝炎史、疟疾史。否认糖尿病史，否认过敏史。生于北京，久居本地，酗酒史。

专科检查：腹部略膨隆呈蛙壮腹，未见肠型及蠕动波，可见壁经脉曲张，皮肤及巩膜轻度黄染，未见腹部青紫斑；全腹软，未必包块，肝脾肋下未触及，脐上偏左可及束带样压痛中度，无反跳痛，无肌紧张，墨菲氏阴性；肝区无扣痛，移动性浊音阴性。肠鸣音3次／分，稍减弱。测量复位118cm。

体格检查：专科检查外（－）

辅助检查：Hb:81g/L PLT:30 ×10^9/L UE：26.8mmol/L Cr：276umol/L          K+2.71mmol/L   Na+：135.9mmol/L   TP：38g/L    PT：18S  INR：1.7  FIB：1.08g/L  BNH4:152.5umol/L   ECG：93bpm T波改变 UCG：EF：77%，双房增大，三尖瓣轻－中度返流，肺动脉高压（轻－中度）肺部肺部CT：双侧少量胸腔积液。

初步诊断：酒精性肝硬化、腹水、脾功能亢进、脾大、继续性白细胞血小板减少症、肝功能不全、慢性肾功能不全、低蛋白血症、高血压病。

经过入院保守治疗后拟行手术：开腹探查、胃底贲门周围血管离断术+脾切除。

**讨论：**

1.1. 手术前访视评估有哪些注意事项

1.2. 如何制定麻醉计划及重点关注点

1.3. 如何与外科医生就手术方式及时机进行沟通

1.4. 手术后转归考虑

术毕患者回病房，3小时后因引流袋内液体增加，由外科医生急诊推入术间，行“剖腹探查”。

2.1二次手术麻醉急诊入室的麻醉评估

2.2麻醉体会与总结

2.3手术后再次访问

**病例二**

**一例心肺复苏并发症病例分析**

病例主述：煤炭总医院  王彬

患者，男，67岁。因原发性甲状腺滤泡性乳头状癌，气管转移伴气管狭窄，气管支架置入术后。憋气再次入院。

手术经过：患者入室后HR 95次/分，BP血压160/82mmhg，SPO₂血氧92%。面罩吸氧至95%。常规全麻诱导维持，硬镜置入后可见声门下约3cm一金属裸支架，支架被肿物大部分包埋。用硬镜钳取出金属裸支架过程中，裸支架聚成团，堵塞主气道，患者随即出现指脉氧急剧下降至测不出，伴有心率下降至26次/分。拔出硬镜，给予面罩加压给氧、阿托品0.5mg静脉推注，间断心脏按压，血氧仍然测不出，外科再次强行置入硬镜，经硬镜高频喷射给氧，1分钟后血氧升至100%，心率108次/分。后继续硬镜直视下顺利取出裸支架并置入一枚L型金属覆膜支架，位置良好，充分止血后手术结束。术毕患者清醒，心率89次/分，血压130/80mmhg，血氧95%，送至病房。

患者述腹胀腹痛，予放置胃管持续胃肠减压未缓解。腹部ct示腹腔大量游离气体，腹膜炎，少量腹腔积液。外科行腹腔气体引流，经引流管排出大量气体及少量血性腹腔积液。患者腹胀明显减轻，仍腹痛。术后第二天，行全麻下胃镜检查，发现胃底部穿孔，约5cm\*4cm大小。遂行开腹探查+胃修补术。患者术后清醒，呼之能应，潮气量300~400ml，呼吸次数30次/min。拔除气管插管后血氧维持不住，遂再次行气管插管,带管回ICU。第二天行气管镜检查发现气管支架移位堵塞右主支气管口，将支架取出。第三天再次行气管支架置入术，观察一天拔出气管插管。患者目前恢复良好。

**讨论：**

1、该患者胃穿孔的原因？

2、有气管支架的患者全麻注意事项？

3、抢救和治疗过程中应该汲取的教训？

**病例三**

**全喉切除术后患者胸腔镜手术的气道管理**

病例主述：北京市海淀医院  武宽

患者，男性，91岁，因“体检发现右肺下叶占位3周”于2016-05-07 由门诊以“右肺下叶鳞癌”收入我院。

现病史：患者3周前体检行胸部CT检查，发现右肺下叶大小约5.3\*4.0cm占位性病变，1周前就诊于解放军307医院，行超声引导下经胸壁穿刺活检，病理提示中分化鳞状细胞癌。患者偶有咳嗽咳痰，无痰中带血，无胸痛胸闷以及呼吸困难，患者为行进一步诊治就诊于我院。

既往史：2003年因喉癌外院行全喉切除术，术后恢复良好，定期复查未见复发转移。4年前曾因外伤右侧髋关节骨裂，保守治疗后好转。否认高血压、糖尿病史及冠心病史。

查体：气管居中，颈部正中甲状软骨下方可见直径约1cm气管切开后造瘘口，右下肺呼吸音稍低，双肺未闻及干、湿啰音，无胸膜摩擦音。

辅助检查:

1、胸部CT检查：右肺下叶大小约5.3\*4.0cm占位性病变；解放军307医院超声引导下经胸壁穿刺活检，病理提示中分化鳞状细胞癌。

2、生化全项：白蛋白33.2g/L；血气分析：PH 7.336，PO2 104mmHg，CO2 34.7mmHg。

3、心电图：窦性心律，正常心电图。

4、肺功能：因患者颈部气管切开无法配合。

5、心脏彩超：左室舒张功能减低，左室射血分数72%，室壁运动未见明显异常。

6、颈部血管超声:双侧颈动脉内中膜增厚伴左侧球部斑块形成,血流流速均在正常范围之内。

7、冠脉CTA：冠状动脉轻度硬化改变，请结合临床。

8、腹部B超（2016-04-28,307医院）：胆囊壁胆固醇结晶，双肾囊肿，右肾多发，肝内强回声：肝内胆管积气？钙化？

9、头颅核磁（2016-04-28,307医院）：大脑镰旁异常信号，脑膜瘤？脑内多发对称性异常信号，考虑脱髓鞘可能性大，脑内多发梗死灶，老年性脑改变。

10、爬楼实验：7分钟13层楼，屏气实验27秒。

11、头颈部CTA提示：头颈部血管轻度狭窄，寰椎水平右侧颈内静脉起始部膨大，不能除外动脉瘤。

初步诊断：右肺下叶鳞癌，喉癌全喉切除术后。

拟行手术：2016-05-12全麻下行胸腔镜右侧胸腔探查，拟行右肺下叶切除+纵膈淋巴结清扫术。

麻醉过程：

患者入室，神智清，无创血压151/80mmHg，HR 60次/分，SpO2 96%（吸空气），开放外周静脉（乳酸林格350ml），左桡动脉穿刺置管，有创血压160/78mmHg，常规面罩吸氧，SpO2 100%。

麻醉诱导：咪达唑仑 1mg，维库溴铵 4mg，依托咪酯 20mg，芬太尼 0.2mg，丙泊酚30mg，艾司洛尔 10mg，乌拉地尔 15mg。经气管造瘘口行气管插管（加强型气管导管ID8.0，深度10cm），纤维支气管镜引导下置入支气管封堵器，调整深度、位置，误将左肺下叶支气管开口当作右主支气管开口，右肺隔离失败，后调整气管插管深度至6cm，再次行支气管封堵器隔离右肺有效。右锁骨下静脉穿刺置管，CVP 6mmHg，予甲强龙40mg，左侧卧折刀位。麻醉维持：丙泊酚4-5 mg/kg/h，切皮前追加芬太尼0.2mg，间断追加维库溴铵共8mg。术中维持血压约135/85mmHg，HR 55次/分，SpO2 100%，CVP 7mmHg。

手术历时2小时，术中患者情况平稳，输液约1200ml，O型血浆200ml，O型悬红 150ml。出血约300ml，尿量 600ml。术毕充分吸引，拔除支气管封堵器，双肺通气，带气管插管返PACU。待患者苏醒，肌力恢复后拔除气管导管，面罩吸氧3L/min。吸空气观察10分钟后，患者无创血压138/78 mmHg，HR 65次/分，SpO2 96%，安返病房。

**讨论：**

1、气管造瘘患者全麻下行胸腔镜手术，气管导管选择支气管封堵管还是双腔管？

2、本例手术监测、管理有哪些优点？哪些不足？