

颞下窝属侧颅底,毗邻上颌窦,与耳鼻喉科关系密切。手术医生熟悉颞下窝解剖结构及血管神经的走行,对准确评估损伤程度,预估手术风险尤为重要<sup>[2]</sup>。颞下窝内的解剖结构包括翼内肌、翼外肌、下颌神经和上颌动脉及其分支以及翼丛静脉<sup>[3]</sup>。从外侧向内依次显露的结构是:皮肤、腮腺及其导管、面横动脉和面神经分支、咬肌、下颌支及颞肌、上颌动脉及其分支、翼外肌、下颌神经及分支<sup>[4]</sup>。本例异物经皮肤插入颞下窝、上颌窦,穿越颞下窝浅层组织及深层结构。有损伤上颌动脉、脑膜中动脉、下牙槽动脉及下牙槽神经的可能。术前应充分风险评估,有术中大出血、输血可能,术前查血型交叉合血,协同神经外科、口腔科多学科会诊,为预防术中大出血行开放性手术止血做准备。术前颌面三维 CT 及 CT 平片可清晰判断异物位置、损伤部位<sup>[5]</sup>,了解异物走行。手术医生熟悉颞下窝区局部解剖及颞下窝血管走行,对规避术中大出血、准确定位、减少患者再损伤至关重要。

耳鼻喉科头颈外科医师需熟悉颌面部及侧颅底、眶周

解剖,联合多学科会诊协作,更有助于术前预估手术风险。

【参考文献】

[1] 李艺梅. 泥石流致鼻窦异物 3 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 27(9):495-496.  
 [2] 江刚. 鼻窦异物 20 年 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(14):671.  
 [3] 李茗初. 颞下窝的显微解剖与手术学意义[J]. 中国现代手术学杂志, 2009, 12:26.  
 [4] Jan faza P, Nadol JB, Jt Galla R,等//毛驰译. 头颈外科解剖学[M].北京:中国医药科技出版社,2006: 227-228.  
 [5] 陈晓桦,陈颖,陈东宁,等. 颞下窝解剖学结构及毗邻关系[J]. 局部手术学杂志, 2009, 18:5.

(收稿日期:2016-09-08)

矛头蝮蛇血凝酶诱发支气管痉挛 1 例

古德华,卢承志,吴江

【关键词】 矛头蝮蛇;血凝酶;支气管痉挛  
 中图分类号 R 614/969.2 文献标识码 B  
 文章编号 1004-0188(2017)09-1034-02  
 doi:10.3969/j.issn.1004-0188.2017.09.054

病例 男,52岁,体质量 60 kg,ASA 级,既往有慢性支气管炎病史 10 年,无其他疾病及药物过敏史,因“右腹股沟斜疝”拟在硬膜外麻醉下行右腹股沟斜疝无张力修补术。入室后建立静脉通道,测 BP 125/75 mmHg、HR 87 次/min、SpO<sub>2</sub> 98%,鼻导管吸氧 2 L/min,于 L<sub>1</sub>~L<sub>2</sub> 行硬膜外穿刺置管,注入 2%利多卡因 5 ml,观察 5 min 无腰麻及局麻药中毒征象后追加 0.5%罗哌卡因 10 ml,10 min 后测麻醉平面至 T<sub>8</sub> 节段,测 BP 110/68 mmHg、HR 75 次/min、SpO<sub>2</sub> 100%。手术开始约 10 min,术者创面渗血较多,遂给予静注矛头蝮蛇血凝酶(蓬莱诺康药业有限公司生产,国药准字 H20051840)2 U(用 0.9%氯化钠注射液 5 ml 稀释)。给药后约 1 min,患者述胸闷、气促、呼吸困难,测麻醉平面至 T<sub>8</sub> 节段无变化,改鼻导管吸氧为面罩给氧并加大氧流量,患者述呼吸困难症状无改善,测 BP 142/85 mmHg、HR 120 次/min、SpO<sub>2</sub> 90%,立即托起下颌,面罩加压给氧,但感觉气道阻力大,置入口咽通气道无明显改善,胸廓无起伏。5 min 后 SpO<sub>2</sub> 进行性下降至 75%,HR 高达 160 次/min,口唇及面部颊部明显发绀,立即给予静注丙泊酚 150 mg、顺式阿曲库铵 15 mg,明视下插入气管导管,接麻醉机手控加压

通气,见患者胸廓有起伏,但气道阻力高达 45 cmH<sub>2</sub>O,双肺听诊有明显哮鸣音,诊断考虑:支气管痉挛。给予氨茶碱 0.25 g、甲强龙 80 mg 静注。机控呼吸 5 min 后 SpO<sub>2</sub> 回升至 100%,10 min 后气道阻力下降至 20 cmH<sub>2</sub>O,双肺哮鸣音明显减少。密切观察病情变化,观察 15 min 气道阻力降至正常、生命体征平稳后,在全麻下继续手术。术毕拔管顺利。两肺听诊少许哮鸣音,观察 30 min 无其他不良反应后送返病房,随访无特殊。

讨论 矛头蝮蛇血凝酶是从巴西矛头蝮蛇的蛇毒中提取的注射用血凝酶,对手术切口出血具有良好的止血效果,能明显减少手术切口的出血量,被广泛应用于临床。本例静注矛头蝮蛇血凝酶后,出现严重的呼吸困难,气道阻力骤然增加,双肺听诊有明显哮鸣音,是典型的支气管痉挛表现。发生的原因可能为:(1)患者既往有慢性支气管炎病史 10 年,长期的慢性炎症使气道处于高反应性,其迷走神经张力高,支气管平滑肌处于高度敏感状态。(2)免疫系统的异常响应,矛头蝮蛇血凝酶提取自蛇毒,为异种蛋白,进入人体后为致敏源,与免疫球蛋白(IgE)结合导致体内肥大细胞或粒细胞脱颗粒,释放内源性活性物质,引起支气管平滑肌收缩而诱发支气管痉挛<sup>[1]</sup>。(3)血钙的异常波动,说明书中示矛头蝮蛇血凝酶辅料中含有钙剂成分,而支气管痉挛均与细胞内游离钙离子浓度的增加有关<sup>[2]</sup>。

矛头蝮蛇血凝酶不良反应报道不少,但本例出现支气管痉挛这样严重的不良反应实属罕见。本例提示:在该药使用过程中,应密切观察用药反应,加强监测,对既往有食物或药物过敏史患者应慎用,一旦发现异常(过敏反应等),应立即对症处理;对合并有上呼吸道感染、慢性支气管炎等气道高反应性患者,应警惕诱发支气管痉挛的可能,做好急救准备。

作者单位:363000 福建 漳州,解放军 175 医院厦门大学附属东南医院麻醉科

## 【参考文献】

2001:174.

- [1] 庄心良,曾因明,陈伯奎. 现代麻醉学[M]. 3 版,北京:人民卫生出版社,2011:1018-1019.
- [2] 罗德诚,陈文彬. 药物治疗学[M]. 2 版,北京:人民卫生出版社,

(收稿日期:2016-07-31)

## 肝血管瘤 CT 误诊 1 例并文献学习

刘世豪,叶奕兰,郑伟,方宏洋

[关键词] 肝;血管瘤;CT;误诊

中图分类号 R 735.7 文献标识码 B

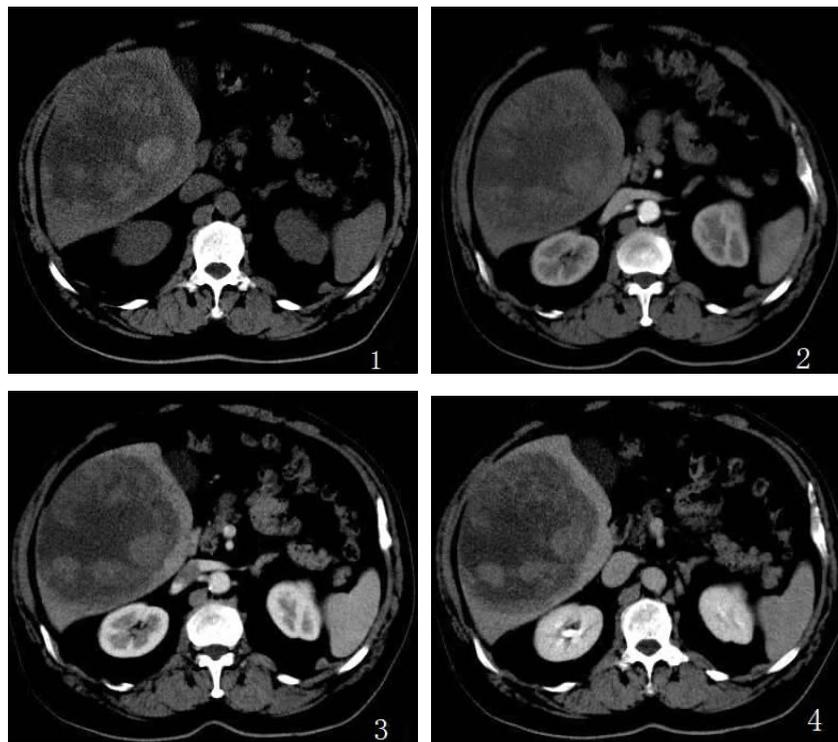
文章编号 1004-0188(2017)09-1035-02

doi:10.3969/j.issn.1004-0188.2017.09.055

**病例** 男,70岁,右上腹疼痛不适 2 w,伴有低热,否认肝病病史。查体:腹软,右上腹深压痛,无黄染、腹胀。实验室检查:总胆红素 23.4 mol/L,直接胆红素 3.3 mol/L,间接胆红素 20.1 mol/L,谷丙转氨酶 11 IU/L,谷草转氨酶 49 IU/L,谷氨酰转氨酶 142 IU/L,碱性磷酸酶 98 IU/L。血清 AFP(-)、CEA(-)。CT 平扫及增强表现:平扫发现肝右叶巨大实性肿块影(13.6 cm×13.4 cm×13.8 cm),边界可辨,密度不均,内见明显片状液化坏死(图 1);增强动脉期

实性部分少许动脉供血,强化不明显(图 2);门静脉期持续轻度不均匀强化(图 3),延迟期强化有轻度衰减趋势(图 4);门静脉右支推挤受压、变细、变形、移位。CT 诊断:肝恶性肿瘤性病变,肝细胞癌?术中所见:肝脏右叶表面一巨大包块,占据右肝前叶,肿瘤表面突出肝脏表面,有破溃,查见肿瘤范围约 14 cm×11 cm,门静脉、肝静脉未见累及。术后病理诊断:肝右叶血管瘤。

**讨论** 原发性肝血管瘤(primary hepatic angiosarcoma, PHA)是一种起源于肝窦血管内皮细胞的恶性肿瘤,发病率极低,约占肝原发性恶性肿瘤的 0.1%~2%<sup>[1]</sup>,多见于 60 岁以上成年男性,发病原因尚不明确。PHA 临床症状不典型,早期可有右上腹疼痛、不适、腹部肿块、发热及贫血等,晚期可出现腹水、弥漫性血管内凝血(DIC)、肝功能衰竭或肿块破溃出血引起的急腹症<sup>[2-3]</sup>。实验室检查缺乏特异性的肿瘤标志物,AFP 多为阴性或轻度升高。主要 CT 表现<sup>[3-5]</sup>:肝内结节或巨型肿块,多以实性为主,中心易发生坏死、囊



CT 平扫及增强表现

图 1:CT 平扫,发现肝右叶巨型肿块,密度不均,内见大片状液化坏死区,周边密度稍高;图 2:CT 增强扫描动脉期,病灶实性部分少许供血,强化不明显,其内坏死、液化无强化;图 3:CT 增强扫描门静脉期,病灶实性部分继续轻度不均匀强化;图 4:增强扫描延迟期 1 min 后,实性成分强化有轻度衰减

作者单位:610021 成都,解放军 452 医院医学影像科

通信作者:叶奕兰, E-mail:yilany@163.com