

2.2 患者的可疑致敏药物成分包括:苯巴比妥、阿莫西林、非甾体抗炎药(对乙酰氨基酚、非那西丁、阿司匹林、氨基比林)。苯巴比妥为芳香族抗癫痫药,是SJS/TEN最常见的致敏药物之一,该例患者由苯巴比妥诱发可能性较大。阿莫西林药疹的常见形式为麻疹样或猩红热样,SJS/TEN少见,而非甾体抗炎药诱发的SJS/TEN常发生在儿童,成人少见,故这两类药物可能性较小。

2.3 SJS和TEN的总病死率约为30%,其中SJS患者的病死率约为10%,TEN患者的病死率超过30%^[2-4]。SJS/TEN死亡的最常见原因包括脓毒症、急性呼吸窘迫综合征及多脏器衰竭,病情严重程度是发病后3个月内死亡的主要危险因素,然而死亡风险在3个月后甚至1年时仍较高,这主要受患者年龄和基础疾病的影响^[4]。在2003~2007年间入组欧洲RegiSCAR研究的460例SJS/TEN患者中,出院后6周及出院后1年的病死率分别为23%和34%^[4]。该例患者69岁高龄,基础疾病为终末期风湿性心脏病引起的全心衰竭,同时合并左房内血栓形成、肺栓塞、顽固性低白蛋白血症和电解质紊乱,虽经过短期

甲强龙(40 mg/d)治疗和维持水电解质平衡的对症治疗,皮损及心衰症状稍好转,但患者的全心衰竭为风心病晚期的心脏结构性瓣膜破坏引起,内科治疗极难纠正心衰,外科治疗患者无法耐受,治疗极具矛盾与挑战,面对此类患者,应在充分与患者及家属沟通病情的前提下,尊重患者及家属的意愿和选择。

参考文献

- 1 Schwartz RA, McDonough PH, Lee BW. Toxic epidermal necrolysis: Part II. Prognosis, sequelae, diagnosis, differential diagnosis, prevention, and treatment[J]. J Am Acad Dermatol, 2013, 69(2):181-187, 203-204.
- 2 Mahar PD, Wasiak J, Hii B, et al. A systematic review of the management and outcome of toxic epidermal necrolysis treated in burns centres[J]. Burns, 2014, 40(7):1245-1254.
- 3 Mockenhaupt M. The current understanding of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis[J]. Expert Rev Clin Immunol, 2011, 7(6):803-815.
- 4 Sekula P, Dunant A, Mockenhaupt M, et al. Comprehensive survival analysis of a cohort of patients with Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis[J]. J Invest Dermatol, 2013, 133(5):1197-1204.

[收稿日期 2017-12-22][本文编辑 吕文娟]

侏儒症合并足月妊娠成功分娩一例

· 病例报告 ·

陈 慧, 李 静, 梁旭霞

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院产科

作者简介: 陈 慧(1986-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 经阴道超声, 经阴道助产。E-mail: helenchen0304@qq.com; 李 静(并列第一作者)(1975-), 女, 大学本科, 学士学位, 副主任医师, 研究方向: 老年和小儿麻醉。E-mail: 786553668@qq.com

通讯作者: 梁旭霞(1968-), 女, 研究生学历, 学士学位, 主任医师, 研究方向: 产科危重症的救治。E-mail: 1345067634@qq.com

[关键词] 侏儒症; 困难气道; 纤支镜; 控制性输液

[中图分类号] R 714 [文章编号] 1674-3806(2018)02-0190-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.02.26

1 病例介绍

患者, 31岁, 孕1产0。因“停经36周+6d, 侏儒症”于2017-11-22入院待产。患者平素月经规则, 末次月经2017-03-07, 停经1月余自测尿HCG阳性, 孕12周+2d在外院立卡定期产检, 孕期末行产前筛查, 行地中海贫血筛查、葡萄糖-6-磷酸脱氢酶活性测定、乙肝两对半、免疫三项(丙型肝炎抗体、人类免疫缺陷病毒抗体、梅毒螺旋体抗体)、优生四项(弓形虫IgM抗体、风疹病毒IgM抗体、巨细

胞病毒IgM抗体、单纯疱疹病毒II型IgM抗体)、甲状腺功能、OGTT均未见明显异常。2017-06-30转诊至我院定期产检, 因考虑患者为侏儒症, 在告知继续妊娠可能出现呼吸、心力衰竭的风险, 以及存在胎儿生长发育异常可能, 患者和家属坚决要求继续妊娠, 并拒绝行产前诊断。孕期三维B超提示胎盘下缘达宫颈内口水平, 未见明显胎儿畸形。孕35周时开始偶有呼吸困难、胸闷, 夜间侧卧休息, 偶有夜间端坐呼吸, 无心悸不适, 查心电图提示: 窦性心律, T波

改变。查心脏彩超未见明显异常。经过每日吸氧,上述症状好转。2017-10-29行B超提示:宫内单活胎,头位,双顶径85 mm,肱骨长51 mm,股骨长59 mm,羊水最大前后径68 mm,胎盘下缘距宫颈内口24 mm。因孕36周+6 d接近足月,入院待产。孕期体重增加10 kg。入院查体:T 36.4 °C, P 75次/min, R 20次/min, BP 124/65 mmHg, 身高:93 cm, 体重:30 kg。头颅较大,前额略突,鼻梁低,眼距宽,上齿突出,心肺听诊未见异常,腹隆起如孕月,无宫缩,脊柱呈正常生理弯曲,四肢短小畸形,活动自如。产检:宫高34 cm,腹围87 cm,臀位,未入盆,胎心音:142次/min,均小骨盆,外生殖器未见异常。入院诊断:(1)孕36周+6 d(孕1产0);(2)臀先露;(3)侏儒症。入院后辅助检查:血常规提示血红蛋白95 g/L,凝血常规、尿常规、肝肾功能未见明显异常。心电图:窦性心律,T波改变,电轴右偏。胎儿B超提示:宫内单活胎,臀位,胎头双顶径92 mm,肱骨长53 mm,股骨长61 mm,羊水指数15.4,脐带绕颈一周。患者入院后经过产科、心内科、麻醉科和重症医学科多学科会诊,定于11月23日在全身麻醉下行子宫下段剖宫产+双侧输卵管结扎术。麻醉前检查患者,头颈软组织存在水肿。观察面部情况,下颌紧贴隆起的胸骨,上牙前突并过长,下颌偏小,甲颏距离<6 cm。综上所述,考虑患者存在困难气道。拟行保留自主呼吸纤支镜引导下气管插管。开放静脉,严密监测生命体征。以1%丁卡因2 ml行环甲膜穿刺,同时用喉麻管行舌根和口底的表麻。以纤支镜经口,依次显露声门,气管环直至隆突后,顺利置入F5.5气管导管。麻醉后,术中严密控制输液和机械通气压力。手术取下腹部正中纵切口,以臀位分娩机制娩出一活女婴,Apgar评分8-10-10分,足月儿外貌,体重2 650 g,新生儿左腋中线与肋弓交接处有一0.5 cm×0.3 cm黑斑,余外观未见明显异常。手术过程顺利,术中输液300 ml,尿量100 ml,出血300 ml,未输血。术后转重症病房观察。术后予以预防感染、促进宫缩、利尿和营养支持治疗。患者情况稳定,11月24日拔除气管插管,25日转回产科普通病房,28日出院。

2 讨论

2.1 通常凡身高低于同一种族、同一年龄、同一性别小儿的标准升高的30%以上,或成年人身高在130 cm以下者,称为侏儒症或矮小体型。它是由于基因或其他多种原因导致的生长激素分泌不足而致的身体发育迟缓。侏儒症有100多种类型,最常见的是软骨发育不全型侏儒症,其临床表现为幼年生长

速度极为缓慢,体态尚均匀,成年身高一般不超过130 cm,躯干、四肢短小,智力发育正常。侏儒症患者孕期常因胸腔空间狭小,发生各种限制性肺部疾病从而会影响肺通气/血流比值,严重者继发肺不张、呼吸衰竭以及心力衰竭等^[1]。因骨盆径线小、头盆不称,其分娩方式通常为子宫下段剖宫产术,为便于胎儿顺利娩出,常选取纵切口。终止妊娠的时机应权衡早产与母体发生心肺功能异常的风险,根据个体化情况而定^[2]。Ayoubi报道了一例侏儒症孕妇在妊娠32周时发生严重呼吸困难,遂在妊娠32周时剖宫产终止妊娠^[2]。Rauf报道了一例侏儒症患者孕前进行了肺功能测定和超声心动图检查,未发现明显异常,并在咨询了相关学科后计划妊娠,孕期过程顺利,在妊娠38周时因头盆不称行择期剖宫产终止妊娠,新生儿出生时Apgar评分10-10-10分,不需要复苏^[1]。本例患者身高仅93 cm,孕35周开始出现胸腔压迫引起呼吸困难,经过对症处理后好转,最后在孕37周择期手术。

2.2 因遗传因素,侏儒症患者的胎儿存在发育异常风险。纯合子软骨发育不全是一种严重的骨骼畸形疾病,患儿常在出生后12个月内死亡。若夫妻双方均为软骨发育不全患者,其后代为纯合子的风险为25%^[3]。对于纯合子软骨发育不全的胎儿,在早、中孕期行产前诊断可明确,晚孕期可通过超声检查看到胎儿长骨明显小于相同胎龄的胎儿^[4]。本例患者的丈夫非侏儒症患者,且患者本人及其丈夫表示无论胎儿结局如何,均要求继续妊娠,不同意行产前诊断。侏儒症患者由于自身病理生理条件的复杂性,使得其麻醉管理对麻醉师具有极大的挑战,全麻和腰-硬联合麻醉均存在高风险。对侏儒症患者进行全麻,气道管理是最大的问题。有些侏儒的特殊面容比如短上颌骨、大下颌骨、大舌头及头部后仰受限均是造成困难气道的原因^[5,6]。本例患者下颌紧贴隆起的胸骨,上牙前突并过长,下颌偏小,甲颏距离<6 cm,考虑患者存在困难气道。通过表面麻醉,对患者利用纤维支气管镜进行清醒插管,取得成功。由于侏儒症患者身材矮小,胸腔会因妊娠的关系比妊娠前进一步缩小,肺血容量和肺活量均明显小于正常身高体重的情况,必须控制好机械通气的压力。同时根据术中的出血量和尿量,谨慎控制输液速度和输血量,防止娩出胎儿后静脉回心血量的增加带来的心脏负担骤增可能导致的心衰和肺水肿。侏儒症患者还可因全麻药的残余作用、麻醉过深、体表面积小引起药物代谢和排泄时间延长,出现缺氧和二

氧化碳潴留,导致呼吸抑制,使患者术后仍处于昏迷状态。故要重视麻醉恢复期的监测和管理。术后应注意肢体感觉及运动功能的恢复,及时发现并积极处理麻醉并发症。椎管内麻醉的难点在于侏儒症患者常合并脊柱侧弯、胸椎后凸、腰椎前凸、体表骨性标志不明显、椎管狭窄等,因术前难以评估脊柱畸形的内部情况,麻醉医师不易确定蛛网膜下腔和硬膜外腔体积,导致置管失败^[7]。同时无法确定椎管内麻醉药剂量,药物在椎管内的扩散亦变得难以控制。阮嗣莉^[8]曾报道5例侏儒产妇接受椎管内麻醉平卧铺巾后均诉胸部压胀感伴呼吸困难,1例胎儿娩出后发生窒息,经抢救后5 min Apgar 评分8分。亦有学者报道对一例侏儒症患者采用超声引导下腰麻联合硬膜外麻醉成功,过程顺利,未发生任何麻醉相关并发症^[1]。

综上所述,针对侏儒症患者的特殊身高、体重,治疗上应遵循个体化原则。孕前应进行系统全面的心肺功能评估,孕期产检严密监测患者情况,最好在麻醉科门诊定期随访。同时建议行产前诊断。在胎儿肺部发育成熟后,根据母体情况适时剖宫产终止妊娠。麻醉方式上应根据不同的脊柱情况和气道情况,选择合适的麻醉方式,严格麻醉用药、明确麻醉

药的浓度及容量、作用时间和代谢情况。

参考文献

- 1 Melekoglu R, Celik E, Eraslan S. Successful obstetric and anaesthetic management of a pregnant woman with achondroplasia [J]. BMJ Case Rep, 2017; bcr-2017-221238.
- 2 Ayoubi JM, Jouk PS, Pons JC. Diastrophic dwarfism and pregnancy [J]. Lancet, 2001, 358(9295):1778.
- 3 Gooding HC, Boehm K, Thompson RE, et al. Issues surrounding prenatal genetic testing for achondroplasia [J]. Prenat Diagn, 2002, 22(10):933-940.
- 4 Rani R, Singh S, Singh S, et al. Term Pregnancy in an Achondroplastic Dwarf: A case report [J]. Indian Journal of Clinical Practice, 2014, 25(4):364-366.
- 5 Mitra S, Dey N, Gomber KK. Emergency cesarean section in a patient with achondroplasia: An anesthetic dilemma [J]. J Anesth Clin Pharmacology, 2007, 23:315-338.
- 6 Porter M, Mendonca C. Anaesthesia for Caesarean section in a patient with diastrophic dwarfism [J]. Int J Obstet Anesth, 2007, 16(2):145-148.
- 7 Kumar MM, Forster MR. Combined spinal epidural anaesthesia for elective caesarean section in a patient with spondylometaphyseal dysplasia [J]. Int J Obstet Anesth, 2002, 11(3):225-227.
- 8 阮嗣莉. 7例侏儒症患者麻醉处理体会 [J]. 吉林医学, 2012, 33(20):4382.

[收稿日期 2017-12-20][本文编辑 韦颖]

护理研讨

医院工勤人员职业危险的认知与防护状况调查

高秀娟, 庞晓璐, 韩佳夏, 胡琼燕, 曹译丹, 覃玉兰

基金项目: 广西卫计委科研课题(编号:Z2015685)

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院星湖门诊部

作者简介: 高秀娟(1970-), 女, 大学本科, 副主任护师, 研究方向: 临床护理。E-mail: 1377351170@qq.com

通讯作者: 庞晓璐(1973-), 女, 大学本科, 学士学位, 主管护师, 研究方向: 临床护理。E-mail: 943398606@qq.com

【摘要】 目的 了解该院工勤人员对自身职业危险的认知和防护状况及其影响因素。**方法** 采用自行设计的问卷对该院476名工勤人员(包括保洁员、护工、外勤工)进行调查, 内容包括个人一般资料、职业危险认知、职业防护知识和培训情况等。**结果** 476名工勤人员职业危险认知得分为(19.26 ± 1.06)分, 职业防护行为均分为(2.86 ± 0.25)分, 达中上水平; 调查显示文化水平越低, 职业危险认知和防护行为得分越低; 工龄越短职业认知越差; 在不同岗位类别中保洁员的职业危险认知与防护最低分, 护工最高分; 经过岗前培训的工勤人员无论职业认知还是防护行为得分均比未培训者高, 差异均有统计学意义(P < 0.05)。**结论** 工勤人员对自身职业的特殊性认识有限, 防护意识薄弱, 医院管理者应根据工勤人员的文化水平、接受能力、工种、工龄不同, 采用分批、分层次培训, 全面提高工勤人员的防护意识与防护能力。

【关键词】 工勤人员; 职业认知; 职业防护