全身麻醉患者苏醒期狂乱 1 例

李 红*，刘兴敏**
（贵阳医学院附院 麻醉科，贵州 贵阳 550004）

［关键词］麻醉全身；外科手术；成年人
［中图分类号］R614.2 ［文献标识码］B ［文章编号］1000-2707(2011)06-0663-02

全身麻醉患者苏醒期躁动及短时出现的精神狂乱（EA，emergence agitation/emergence delirium ）是临床经常碰到的问题，EA 的诱发因素有很多，因此预防和治疗 EA 的药物及非药物处理措施众多，但效果不一。Terri Voepel-Lewis 等[1]研究表明，成人的 EA 大多在麻醉苏醒期出现，多发生于拔管后 15 min 左右。成人 EA 的生率为 5.3%，儿童 EA 的发生率为 10% ~67%[2]。EA 在麻醉苏醒期的最初 30 min 内发生率最高，持续时间有限，多能自然恢复，但有报道最长达 2 d[3]，严重者需要药物干预。但拔管即刻出现躁动，哭喊，辱骂，甚至踢打医务人员实属少见，现报告术后躁动较为特殊的 1 例病案。

1 临床资料

患者男性，33 岁，身高 170 cm，体重 73 kg，因“上腹不适半年”入院，入院诊断为结石性胆囊炎，拟在全身麻醉下行胆囊摘除术（LC 术）。患者入室采用静脉吸入复合全身麻醉，诱导过程采用吸入七氟烷 7% ~8%，氧流量 1%，入睡后给予咪达唑仑 5 mg，依托咪酯 20 mg，顺苯磺阿曲库铵 10 mg，芬太尼 0.2 mg，手术开始给予凯纷 50 mg，手术结束给予凯纷 50 mg。术中以丙泊酚 20 ml/h，瑞芬太尼 25 ml/h，七氟烷 2% 维持麻醉，后因粘连较严重转为开腹，手术时间 90 min。手术结束前 10 min 停止吸入麻醉，手术结束时停丙泊酚、瑞芬太尼。停药后 8 min 出现自主呼吸，给予新斯的明 1 mg、阿托品 0.5 mg。2 min 后患者突然睁眼并用嘴咬住气管导管，肢体扭动。麻醉医生拔出气管导管后，患者即开口辱骂踢打医务人员，挣脱束缚带拔除静脉留置针，企图下床离室，持续约 5 min。后经多名医务人员和家属共同努力制止，5 min 后患者安静，意识恢复正常，回答切题。询问患者无明显伤口疼痛，对整个术中情况无记忆，并对发生的攻击行为记忆不清，10 min 后送入恢复室，生命体征平稳，无异常表现，60 min后送回病房。术后第 1 天回访病人，患者诉对术后发生的事情回忆不清。

2 讨论

术后 EA 是麻醉苏醒期的一种不恰当行为，一直困扰着临床麻醉医师，EA 患者轻则表现哭喊或呻吟、妄想思维；重者出现拔除静脉留置针、气管导管、引流管、尿管、胃管、肢体不自主运动、跌落地上甚至引起骨折、扭伤等，给患者造成严重伤害。EA 的发生机理至今不明[4]，诱发因素又很多，因此给预防和治疗带来了一定困难。

EA 可能与以下因素有关。（**1**）心理因素，有研究认为术后 EA 有可能与术前心理焦虑 、抑郁有关[5]。（**2**）疼痛刺激，包括气管导管的刺激和尿管刺激及缺氧[6]。（**3**）用药：术前用药如阿托品和巴比妥类药，诱导及维持用药如依托咪酯和异丙酚[7]均是造成术后 EA 的一个影响因素。（**4**）研究认为，吸入麻醉药是引起躁动的一个比较重要的原因[1]，报道安氟醚用于开胸手术麻醉苏醒期躁动的发生率高达 60%[8]。（**5**）自身的基础疾病，如脑疾患或精神病史者。（**6**）肌松药的残留作用可导致严重的焦虑和躁动，并有明显的定向障碍，术后患者感觉已经恢复，但意识尚未恢复，对外界刺激呈高敏状态。（**7**）术后并发症，如颅内压增高、低血压、心律失常、胃胀气、尿储留等均可引起术后 EA。

本例患者为青年男性，无不良疾病史，既往身体健康。术前常规应用阿托品，诱导及维持过程中均使用过依托咪酯、七氟烷、丙泊酚致躁动的药物；术中因粘连严重，转为开腹，术后疼痛的刺激，这些都是躁动的潜在因素。为了减少术后 EA 的发生，应该重视术前访视，对患者进行心理疏导，精神紧

* 贵阳医学院附院麻醉科 2009 级硕士研究生。
** 通讯作者 E-mail：Xmliu9@ Yahoo. cn

张的患者应辅用咪唑安定和抗胆碱能药物等;麻醉诱导及术中维持避免用高浓度的吸入麻醉,减少丙泊酚及依托咪酯的用量;术后进行有效镇痛,以免痛反应引发心理及内分泌的异常;保持呼吸道通畅,维持循环、呼吸、水电解质的稳定,还应避免肌松剂的残余作用。对发生 EA 的患者,处理原则是去除病因,保证供氧和呼吸道畅通,合理应用镇静、镇痛药物或给予短效静脉全麻药,解除诱发因素及对症治疗。用异丙酚 0.5 mg/kg 静脉注射或眯哒唑仑 0.02 mg/kg 静脉注射,能够有效控制躁动,必要时重复给药;或给予地西泮10 mg肌肉注射或静脉推注,推注时间 >5 min;或给予止痛药物,如盐酸哌替啶 50 mg,非那根 25 mg 肌肉注射或强痛定 100 mg肌肉注射或留置静脉止痛泵等,给药后应严密观察患者呼吸及生命体征的变化情况。术后 EA 是多种因素造成的,应该做好麻醉的每一个环节,避免类似现象的发生。

3 参考文献

[1] Terri Voepel-Lewis, MSN RN, Shobha Malviya, et al. A prospective cohort Study of emergence Agitation in the Pediatric Postanesthesia care unit[J]. Anesth Analg, 2003(6):1625 - 1630.

[2] Aouad MT, Nasr VG. Emergence agitation in children: an update[J]. Curr Opin Anaesthesiol, 2005(6):614 - 619.

[3] Vlajkovic GP, Sindjelic RP. Emergence delirium in children: many questions, few answer[J]. Anesth Analg, 2007(1):84 - 91.

[4] 曾因明,邓小明. 危重病医学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:252.

[5] Lee A, OGhui PT, G in T. Educating patients about anesthesia a systematic of randomized controlled trails ofmedia-based interventions[J]. Anesth Analg, 2003(5):1424.

[6] 黎祖荣,王明德,魏佳,等. 麻醉恢复室患者躁动的原因及相关因素分析[J]. 临床麻醉学杂志,2009(6):536.

[7] 刘仁玉,吴安生. 术后躁动[J]. 国外医学(麻醉学与复苏分册),1995(1):35 - 37.

[8] 张西京,胡文能,熊利泽,等. 异丙酚治疗安氟醚麻醉后躁动[J]. 第四军医大学学报,2001(10):919 - 921.

(2011 - 08 - 14 收稿,2011 - 09 - 19 修回)

(上接第 656 页)

15 g 继续服用。服 10 剂后右眼视力 0.6,视物变形、变小基本消失,只觉得视物要暗一些,检查确定眼底黄斑部渗出水肿消失。前方去茯苓、苡仁,加楮实子20 g、菟丝子20 g、青皮15 g。1 月后右眼视力 1.2、视物无异常,查眼底正常,上药再服 3 剂以巩固疗效。

3 讨论

中网炎属中医眼科的视瞻昏渺等病范畴,以视力模糊,眼前似有纱幕遮盖、视物变形,检查有黄斑水肿、渗出为主要表现。根据临床症状,多以脾虚水湿内停为主。采用参苓白术散加减治疗,收到了健脾除湿的满意效果。

参苓白术散以健脾益气的四君子汤配扁豆、苡仁、山药、白术,增强了健脾渗湿之功。中网炎以水肿为主,按陈达夫教授所著《中西医融会贯通》指出:黄斑属脾,黄斑区水肿,渗出,用此方健脾除湿正合此病。83 例患者中,中青年发病率较高,患者身体一般都较好。用眼底的分属进行辨证施治,41 例中痊愈 12 例占 29.27%,显效 16 例占 39.02%,有效 10 例占 24.39 例,总有效率占 92.68%。

西医认为中网炎是由黄斑区小动脉痉挛和周围炎症所致,近年还认为是色素上皮层屏障作用及生理泵功能损害所致,治疗主要采用血管扩张剂、维生素或激素,通过临床观察,效果不明显[7]。

辨证施治是中医的特点之一,随方加减更加灵活,参苓白术散治疗中网炎与大多采用活血化瘀或清热解毒等治法不同,只要辨证准确,用药及时效果会很好。

4 参考文献

[1]《中医方剂药》[M]. 上海人民出版社出版,1972:94 - 95.

[2] 赵红. 参苓白术散加减治疗中心性浆液性视网膜脉络膜类 56 例[J]. 中国研究,2000(2):43 - 44.

[3] 沈丽珍,金忠平. 参苓白术散治疗中心性浆液性脉络视网膜病变 68 例[J]. 时珍国医药,2001(7):38 - 40.

[4] 陈亚敏,扬新天. 采用参苓白术散治疗中心性视网膜脉络膜病变 30 例[J]. 四川中医,2004(9):38 - 40.

[5] 潘家权,卿安容,李赣. 参苓白术散加减治疗中心性浆液性视网膜脉络病变 34 例 43 眼[J]. 安徽临床杂志,2006(3):43 - 45.

[6] 胡善萌,柯根杰. 参苓白术散四牡汤加减治疗糖病性黄斑水肿临床观察[J]. 中国中医药临床杂志,2010(7):49 - 51.

[7] 邓亚平. 老年性黄斑变性——附 7 例临床分析[J]. 成都中医药大学邓亚平教授论文集,2011(9):54 - 57.

(2011 - 08 - 18 收稿,2011 - 09 - 23 修回)