

重复静注ATP引起长时间低血压 1例

申中秋 张孟贤 (广东省粤北人民医院麻醉科, 韶关 512026)

ATP用于控制性降压,起效快,恢复迅速且无快速耐药性,已被公认为理想的降压药^[1]。我院遇1例脑膜瘤手术患者,重复静注ATP行控制性降压,引起长时间低血压,虽对升压药敏感,但仍有潜在危险,应引起临床重视。现报告如下:

患者女,53a,因右额顶部巨大脑膜瘤,于1993年9月6日在气管内插管静吸复合麻醉、ATP控制性降压下行开颅探查、脑膜瘤大部分切除。术前肌注鲁米那0.1mg,海俄辛0.3mg。麻醉诱导用芬太尼0.2mg、2.5%硫贲妥钠225mg、箭毒10mg依次静注,面罩去氮后置入气管内导管,接麻醉机控制呼吸。右桡动脉穿刺置管测动脉压,右颈内静脉穿刺置管测CVP多功能生命监测仪持续监测心

电示波、HR、SP、DP、MAP、R、Petc O₂、TiO₂、静滴0.5%利多卡因同时吸入异氟醚维持麻醉。90min后,即游离大脑镰脑膜瘤时,术野渗血不止,此时袖带法测血压15/10kPa,桡动脉压12kPa,HR80bpm,CVP9CmH₂O,异氟醚吸入浓度为1%,利多卡因滴速为20滴/min,即133ug/kg/min。当即静注0.1%ATP20mg,2min注完,30S后血压降至10/7kPa,桡动脉压8kPa,CVP、HR无改变。5min后血压自然回升至降压前水平。因术者要求继续控制性降压,10min后,重复静注0.1%ATP20mg,速率同前。20S后,血压降至10/8kPa,桡动脉压7kPa,CVP与HR仍无改变,异氟醚吸入浓度为0.5%,利多卡

因滴速为15 ug/kg·min, 之后10min, 停吸异氟醚, 血压一直波动在8~9/6~7 kPa, 桡动脉压7~8 kPa, CVP 9~10 CmH₂O, HR75~80bpm, 尿量200~300 ml/h, 因手术仍需降压, 生命体征综合参数允许, 未作特殊处理, 105min后, 肿瘤已切除, 血压仍未回升, 即用麻黄素15mg 静注, 2 min 后回升至降压前水平, 继后经过平稳, 自主呼吸随之恢复, 术毕带管关ICU, 2 h 后神清拔除气管内导管, 随访15 d 未见不良反应。

讨论: 本例控制性降压是在吸入异氟醚90 min 后, 血压正常、稳定, 能排除血容量不足与其他用药影响的基础上, 首次按ATP0.89/kg 单次静注, 血压在30 S 内迅即下降, 5 min 后自然恢复至降压前水平。小剂量 ATP 能获得显著降压效果, 虽不能完全排除异氟醚协同作用, 但降压前后异氟醚吸入浓度恒定、血压能在短时间内自然回升, 与ATP 血浆半衰期相符, 说明降压作用主要为ATP 所至。重复注药时, 异氟醚吸入浓度为0.5%, 其他条件不变, 起效时间同前, 降压时间意外延长, 至25 min 时, 停吸异氟醚, 80min 后血压仍未恢复, 直至105 min 时, 主动用麻黄素后回升。

近年来多认为ATP 降压历时短暂, 一般仅2~4 min, 增加剂量仅使降压幅度增加, 但不延长降压时间^[2~3]。本例所用剂量浓度均未超出文献报告范畴^[4~5], 注速亦属常规, 降压时间之长, 实属罕见。提示该药控制性降压, 重复注药应减量, 间隔时间宜延长, 且个体差异较大。

参 考 文 献

- 1 郑斯聚, 段世明. 麻醉药理学. 第1版. 北京: 中国医药科技出版社, 1990.
- 2 金士翱, 林桂芳主编. 临床麻醉学. 第1版. 北京: 中国医药科技出版社, 1992.
- 3 刘俊杰, 赵俊主编. 现代麻醉学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1987.
- 4 余柏坚等. 氟哌啶ATP用于全麻中短暂降压的初步探讨. 临床麻醉杂志, 1991 1(1):44
- 5 薛玉良, 邓硕曾. 静注三磷酸腺苷引起严重循环抑制. 中华麻醉杂志, 1982 2(1):47
- 6 陈志明. 三磷酸腺苷用于控制性低血压60例. 中华麻醉学杂志, 1981 1(1):43.

收稿日期: 1993-12-04