

## · 短篇论著 ·

## 超细胃镜引导下气管插管在急性上消化道大出血治疗中的应用

徐黎<sup>1</sup> 冯峰<sup>2</sup> 王尔华<sup>1</sup><sup>1</sup>南京大学医学院附属鼓楼医院麻醉科 210008; <sup>2</sup>南京医科大学第一附属医院 江苏省人民医院麻醉与围术期医学科 210029

通信作者:王尔华, Email: weh6924@sina.com

**【摘要】 目的** 探讨超细胃镜引导下气管插管在急性上消化道大出血治疗中应用的可行性和有效性。**方法** 回顾性分析南京大学医学院附属鼓楼医院收治的急性上消化道大出血 16 例患者资料,其中食管、胃底静脉曲张出血 10 例,胃、十二指肠溃疡 5 例,贲门黏膜撕裂 1 例。总结超细胃镜在急性上消化道大出血中的作用。**结果** 16 例患者均在超细胃镜引导下行气管插管,15 例成功完成内镜下止血术,1 例紧急行外科开放止血术。**结论** 超细胃镜引导下气管插管可快速建立气道,防止呛咳、误吸等不良反应,可有效应用于急性上消化大出血的紧急救治。

**【关键词】** 出血; 上消化道出血; 气管插管; 超细胃镜

DOI: 10. 3760/cma.j.cn321463-20190601-00384

急性上消化道大出血是常见的临床急危重症之一,因出血速度快、出血量大,可导致患者出现误吸、血压降低等临床危象,严重时发生失血性休克,可危及生命。2013 年 1 月—2019 年 2 月南京鼓楼医院共收治此类患者 16 例,均在超细胃镜引导下气管插管行紧急救治。现分析报道如下。

## 一、资料与方法

1. 一般资料:本组急性上消化道大出血患者 16 例,其中男 12 例、女 4 例,年龄 23~68 岁。其中食管、胃底静脉曲张出血 10 例,胃、十二指肠溃疡 5 例,贲门黏膜撕裂 1 例。

2. 方法:患者左侧卧位,予面罩吸氧(氧浓度 5 L/min),监测心率、血压、血氧饱和度。开放外周静脉通路,首先静脉缓慢推注瑞芬太尼 20  $\mu$ g+依托咪酯 4 mg,保持患者相对清醒,根据患者镇静情况再次静注瑞芬太尼 10~20  $\mu$ g,直至患者 Ramsay 评分达 3~4 分;然后使用超细胃镜吸净口腔及咽喉部血性液体,在超细胃镜引导下置入 7.0/7.5Fr 加强型气管导管,气管导管放置成功后向导管套囊内充入 5 mL 空气,立即静推咪达唑仑 2 mg+依托咪酯 6 mg+维库溴铵 6 mg+芬太尼 0.1 mg;再次予以气管内血液及分泌物吸引,最后连接呼吸机辅助呼吸。随后消化科医师在胃镜检查下寻找出血病灶并予以止血。术中维持患者血流动力学平稳,必要时使用血管活性药物,保持收缩压在 90~100 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);止血术后拔除患者气管导管,待患者病情稳定后送回病房。

## 二、结果

16 例患者在超细胃镜引导下均成功行气管插管,插管

过程中患者配合良好,无误吸、呛咳等不良反应,术中血流动力学平稳。其中 15 例患者内镜下止血成功,1 例患者转急诊外科行开放止血手术。

**讨论** 急性上消化道出血是常见的临床急症。常见病因为包括消化性溃疡破裂、食管胃底静脉曲张破裂、贲门黏膜撕裂、抗血小板药物聚集等,因出血速度快而凶险,常导致患者出现循环不稳、休克、误吸等并发症<sup>[1]</sup>。因在胃镜下可清晰探查出血的位置、速度及病情,故在急诊胃镜下对该类患者行止血治疗是近年来普遍采取的方法<sup>[2-3]</sup>。但在急诊情况下对上消化道出血的患者行普通胃镜检查难度较大,原因主要包括以下几点:(1)患者因呕血、烦躁、高龄等原因常无法配合操作,致检查无法顺利进行;(2)普通胃镜检查刺激大,易引发呕吐、呃逆,增加患者误吸风险;(3)患者病情危急,血流动力学不稳定,一旦出现危急情况需要抢救,缺乏安全有效的气道管理措施。

近年来紧急气管插管术后全身麻醉辅助急诊胃镜检查在抢救急性上消化道大出血患者中的应用日趋增多,因紧急气管插管保证了患者气道的通畅,提高了急诊胃镜检查的安全性,气管插管的及时与否,直接关系到抢救的结果及患者的预后<sup>[4]</sup>;同时全身麻醉下患者处于充分镇静镇痛状态,为内镜医师提供了良好的操作条件。目前紧急气管插管主要由麻醉科医师或重症监护病房医师经口在喉镜直视下进行<sup>[5]</sup>,插管成功后接呼吸机行机械通气,然后由消化科医师进行内镜下止血。也有文献报道可采用清醒气管插管术,认为可避免反流误吸造成的低氧血症,提高全身麻醉的安

全性<sup>[6]</sup>。

本研究在插管前嘱患者左侧卧位,在该体位下气管插管后可直接行内镜检查止血,且较普通方法在平卧位下插管后转左侧卧位更为简便有效,可防止大出血患者因变更体位致血压波动、循环不稳,同时可节约抢救时间,并有效降低误吸的发生率。气管插管前先用超细胃镜吸净患者口咽部血液及分泌物,应用小剂量瑞芬太尼复合依托咪酯,此时患者处于清醒状态,因自主反射存在,可有效防止误吸的发生,避免吸入性肺炎等损伤;小剂量依托咪酯维持患者血流动力学平稳,同时保持相对镇静的状态<sup>[7]</sup>,此时行气管插管操作,患者配合度高。在超细胃镜引导下气管插管,视野清晰,能及时发现并吸引口腔内溢出的血液及分泌物,插管成功后立刻加深麻醉,继续行气管内吸引后接呼吸机辅助呼吸,该方法可有效降低误吸风险,并快速、安全地进行气道管理,保证了抢救的时效性、有效性。

本团队应用此方法成功抢救过 1 例行经内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)手术时发生贲门黏膜撕裂的老年患者。该高龄患者在俯卧位下行 ERCP 手术时发生贲门黏膜撕裂,出血较多,因患者躁动不合作,后续手术较为复杂、所需时间长,故临时决定改行气管插管下全身麻醉后继续手术。我们采取同样的诱导方案,俯卧位下静脉给予患者小剂量瑞芬太尼复合依托咪酯后,通过超细胃镜吸引口咽分泌物避免误吸后顺利插入气管导管。

综合上述病例,本团队认为在内镜引导下侧卧位气管插管,在急性上消化道大出血患者的抢救中操作性强、安全性高,可在维持患者血流动力学平稳的同时,防止误吸、有效

节约气管插管时间,对患者进行快速、高效的气道管理。

**利益冲突** 所有作者声明不存在利益冲突

## 参 考 文 献

- [1] Elmunzer BJ, Young SD, Inadomi JM, et al. Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers[J]. Am J Gastroenterol, 2008, 103(10): 2625-2632; quiz 2633. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2008.02070.x.
- [2] 陈立群. 急诊胃镜下止血治疗消化道溃疡出血 30 例临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(6): 45-46. DOI: 10.3969/j.issn.1673-9523.2012.06.037.
- [3] 竺林佳. 奥美拉唑治疗非静脉曲张性上消化道大出血 64 例疗效观察[J]. 内科, 2010, 5(4): 374-375. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7768.2010.04.012.
- [4] 李晚泉, 李中芳. 经口紧急气管插管术在急救中的应用体会[J]. 岭南急诊医学杂志, 2007, 12(1): 56-57. DOI: 10.3969/j.issn.1671-301X.2007.01.026.
- [5] 刘海, 朱为梅, 熊俊光, 等. 紧急气管插管术辅助急诊胃镜检查抢救急性上消化道大出血 7 例临床分析[J]. 医药与健康, 2014, 22(6): 4-5.
- [6] 孙福龙, 孙连福. 清醒气管插管术在饱食病人(包括消化道出血病人)麻醉中的临床体会[J]. 中华临床医学杂志, 2008, 9(7): 76-77.
- [7] 吴隆延, 薛庆生. 右美托咪定复合瑞芬太尼在纤维支气管镜引导下经鼻清醒气管插管中的应用[J]. 临床麻醉学杂志, 2013, 29(2): 166-168.

(收稿日期: 2019-06-01)

(本文编辑: 钱程)

## 磁控胶囊内镜通过时间影响因素及胃排空延迟的最佳干预时间分析

年媛媛 孟宪梅 陈洪锁 常志恒 江振宇 党彤

包头医学院第二附属医院消化科 014030

通信作者: 孟宪梅, Email: mxmxhk@163.com

**【摘要】 目的** 分析磁控胶囊内镜在消化道各部位的通过时间及影响因素,探索磁控胶囊内镜胃排空延迟的最佳干预时间。**方法** 采集接受食管、胃和小肠磁控胶囊内镜检查的患者资料,包括患者的性别、年龄、症状、诊断结论、总检查时间、食管通过时间、胃通过时间、小肠通过时间、检查结束时是否排出体外。采用 SPSS 20.0 统计软件分析磁控胶囊内镜在消化道各段通过时间的影响因素及最佳干预时间。**结果** 2015 年 11 月—2018 年 9 月共 78 例患者纳入本研究,非梗阻性小肠滞留发生率为 7.69% (6/78)。磁控胶囊在女性较男性患者食管中位通过时间 (1.867 min 比 0.350 min,  $P=0.012$ )、胃中位通过时间 (1.584 h 比 1.045 h,  $P=0.049$ ),均显著延长;不同年龄组患者的食管通过时间和小肠通过时间差异均有统计学意义,两两比较结果显示,与其他年龄组相比,≥60 岁患者的小肠通过时间显著延长。单因素和多因素 Logistic 回归分析显示胃通过时间>3 h 的患者发生磁控胶囊内镜在小肠非梗阻性滞留的危险性是胃通过时间<1.5 h 患者的 8.70 倍,其他时间分组间差异无统计学意义。**结论** 女性、