

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 概括美国麻醉医师协会(ASA)的分级分为Ⅰ~Ⅱ级女性患者90例,年龄18~40岁,体重45~70 kg,均无心血管及呼吸系统疾病。术前常规检查血细胞分析、心电图、胸部透视、术前禁食8 h,禁饮4 h。

**1.2 麻醉方法** 患者进入手术室后取截石位,一般备好简易麻醉机、气管插管用具、阿托品、麻黄素,连接心电监护仪,测血压,面罩给氧4 L/min,先给舒芬太尼0.1~0.3 μg/kg,1~2 min过后,再给异丙酚1.0~2.5 μg/kg,待患者睫毛反射消失后,如无自主呼吸,再进行面罩手控呼吸,即可进行手术,并根据时间长短及患者体力情况追加异丙酚剂量。检测并记录心率、血压、SpO<sub>2</sub>的变化。疼痛反应消失时间及清醒时间,有无术中不适及术后恶心、呕吐、眩晕等情况。手术结束后送入观察室,进行观察30~60 min。如无不舒适,由家人陪同离开医院。

## 2 结果

88例术前、术中、术后心率无明显变化,2例出现心率减慢,给予阿托品后很快恢复正常,血压、SpO<sub>2</sub>平稳无变化。术中无不适,术毕2~4 min能呼之睁眼,20 min完全清醒,术后个别患者有轻微眩晕,无面色苍白、胸闷、心率不齐、大汗淋漓、晕厥、抽搐等迷走神经虚脱的症状。

## 3 讨论

人工流产是妇产科门诊手术比例最大的一种手术,各级医院都能实施人工流产术。此类手术不大,

时间不长,但常因扩宫时带来的剧烈疼痛感,多数患者术前常感到紧张、焦虑、恐惧不安。以往的人流术由于患者疼痛而对手术刺激的反应增高,引起迷走神经过度兴奋,术后出现心动过缓、心率不齐、血压下降、面色苍白、头晕胸闷、大汗淋漓,严重者甚至出现晕厥、抽搐等迷走神经虚脱的症状<sup>[1]</sup>,无痛人流术可明显减少上述不良反应,使患者在无痛、舒适状态中完成手术。异丙酚迅速的诱导,平稳的苏醒,为其他静脉麻醉药无可比拟<sup>[2]</sup>,然而,异丙酚缺乏镇痛作用,大剂量使用可对心血管造成抑制作用。与麻醉镇痛药的联合应用,可取长补短,即可发挥药物的协同作用,减少不良反应,也可减少药物用量。有资料表明<sup>[3]</sup>,舒芬太尼对异丙酚镇静无加强作用,其剂量的增加不影响麻醉诱导及恢复时间,因而对门诊短小手术也是适用的。总之异丙酚复合舒芬太尼应用人工流产术不失为一种安全、有效、舒适的方法,尽管如此在操作中仍要加强生命体征的监测,备好抢救药品、器具以提高手术的安全性。

## 参考文献

- 1 顾美皎,主编.临床妇产科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2001:616.
- 2 王育华,王波.无痛人流术的临床应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2003,19(10):589-590.
- 3 Schraag S, Mohl U, Bother U, et al. Interaction modeling of propofol and sufentanil on loss of consciousness[J]. J Clin Anesth, 1999, 11(5):391-396.

[收稿日期 2011-02-11][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

## 学术交流

# 老年人药物性食管炎 21 例分析

白伟民

作者单位:831300 新疆,五家渠农六师医院消化科

作者简介:白伟民(1974-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:消化内科疾病诊治。E-mail:bwm5896188@163.com

**[摘要]** **目的** 探讨老年人药物性食管炎的病因、诊断和治疗方法。**方法** 回顾分析21例老年人食管炎的临床资料。**结果** 21例老年人药物性食管炎患者均服用不同药物,其发病均和药物有明确的相关性,经治疗均痊愈。**结论** 不正确的服药方法及老年人生理改变是老年人药物性食管炎的主要原因。

**[关键词]** 药物性食管炎; 老年人; 病因

**[中图分类号]** R 571 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)06-0558-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.06.26

万方数据

**Drug-induced esophagitis in the elderly people: Analysis of 21 cases** BAI Wei-min. Department of Gastroenterology, Sixth Agricultural Division Hospital Wujiaqu, Xingjiang 831300, China

[Abstract] **Objective** To explore the etiology, and the methods of diagnosis and treatment of drug-induced esophagitis in the elderly people. **Methods** The clinical data of 21 elderly patients with drug-induced esophagitis were retrospectively analyzed. **Results** The patients had taken various drugs and there was a clear correlation between the incidence of disease and the drugs. The patients were cured after proper treatment. **Conclusion** The incorrect method of taking medicine and physiological changes of the elderly people is the main causes of drug-induced esophagitis in the elderly people.

[Key words] Drug-induced esophagitis; The elderly people; Etiology

药物性食管炎是药物滞留于食道,进而溶解释出内含物所造成的食道损伤。随着社会老龄化及药品种逐渐增多,老年人药物性食管炎逐渐增加,患病率逐年上升。我院 2006-01 ~ 2010-05 胃镜发现 21 例老年药物性食管炎,现报道分析如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 21 例药物性食管炎患者中,男 16 例,女 5 例,年龄 55 ~ 80 岁。14 例患者患有慢性疾病如冠心病、高血压、慢性阻塞性肺病、脑卒中后遗症、良性前列腺增生症。服用药物有吡哆美辛、布洛芬缓释胶囊、三七片、泼尼松、阿司匹林、酰螺旋霉素、硫酸亚铁片等。患者在服药时饮水少,甚至干吞,且大多卧床休息。

**1.2 临床表现** 均在服药后短时间内出现不适症状,以胸骨后疼痛,吞咽疼痛,恶心呕吐,呕血、黑便多见,病例均在 1 ~ 2 d 内胃镜检查,且排除其他疾病。

**1.3 胃镜表现** 2 例表现为境界不清的局限性隆起、水肿、糜烂;11 例食管壁散在性小溃疡、糜烂,局部少量药物残留;7 例食管腔不规则狭窄、糜烂;1 例有不规则糜烂,周边充血明显,有活动性充血。4 例疑诊为食管癌,均作活组织检查,为炎性细胞浸润及坏死组织,未见癌细胞及异物巨细胞,疑为食管癌者,1 周内复查胃镜,活检仍未找到癌细胞。

**1.4 治疗方法** 经诊断后开始注意饮食,以清淡为主,给予奥美拉唑、硫糖铝悬液、蒙脱石散等口服,同时多饮水,吞咽困难明显者给予静脉补液。

## 2 结果

21 例均经 1 ~ 14 d 的上述措施治疗后,症状逐渐消失。4 周后均经胃镜复查,病变均消失,活组织病理检查均正常。

## 3 讨论

**3.1** 1970 年 Pemberton 首次报道口服氯化钾缓释片引起药物性食管炎。1991 年 Eng 等<sup>[1]</sup>综合世界各地文献 175 例,发现引起药物性食管炎主要为非

激素类抗炎药如消炎痛、泰诺、四环素、强力霉素、氯化钾缓释片、硫酸亚铁等。本组病例发现抗生素是导致药物性食管炎的最常见药物,其食管损伤常不严重。药物性食管炎除与药物理化因素有关外,还与服药方式和机体基础疾病导致食物黏膜与药物接触时间有关。(1)服药方法不当,如睡时服药、干吞药物或服药后饮水不够也是常见原因<sup>[2]</sup>。(2)食管疾病和运动异常,包括食管运动障碍,如运动不协调、痉挛、胡桃夹食管、胃食管反流病等。(3)心房增大、纵隔肿瘤等压迫食管引起食管狭窄。(4)二尖瓣置换术后食管移位等易导致药物在食管中滞留。(5)药物剂型、形状和大小与食管病变有关。(6)小、重、椭圆形的药片比大、轻、圆形的药片容易吞服。(7)胶囊比片剂更容易引起食管损伤,出现食管炎。

**3.2** 药物性食管炎的诊断依据应根据:(1)有服用易损伤食管的药物史,且服药时常不用水或只饮用少量水或服药后即取卧位,或这些患者又存在引起食管病变的其他诱发因素,如食管受压、胃食管反流等。(2)常在服药后数小时、数天甚至数周出现胸骨后疼痛,疼痛常呈持续性,进食后疼痛加重,可向颈、背、上肢放射。有些患者出现吞咽疼痛、咽下困难、低热以及呕血、黑粪等,可伴有咽喉部异物感以及紧缩感。(3)X 线食管吞钡检查可见溃疡龛影和溃疡周边黏膜水肿形成的晕轮,有时可发现食管狭窄。(4)食管镜检查可见食管黏膜呈炎性改变,如黏膜发红、血管模糊、糜烂、溃疡,多数可见渗出,甚至出血以及狭窄。在病变部位活组织学检查常为食管炎症改变。少数临床症状不典型的患者在服用某些药物后,仅表现为食管狭窄症状。少数患者因胸骨后疼痛伴心电图功能性 ST-T 异常而误诊为心肌炎。

**3.3** 本组病例见于老年人,考虑可能是年龄较大后食管运动功能减弱,胃食管反流增加,加之服药姿势不当、饮水少,药物易于嵌顿在食管生理狭窄区,溶解后损伤食管黏膜所致。故老年人正确的服药方式

十分必要。

#### 参考文献

1 Eng J, Sabanathan S. Drug-induced esophagitis[J]. Am J Gastroenterol, 1991, 86(9): 1127-1131.

2 Jaspersen D. Drug-induced oesophageal disorders: pathogenesis, incidence, prevention and management[J]. Drug Saf, 2000, 22(3): 237-249.

[收稿日期 2011-02-21][本文编辑 宋卓孙 吕文娟]

## 右肺切除后隆突上气道狭窄 1 例的气道管理体会

· 病例报告 ·

梅 鸿, 刘长续, 陈 森, 傅小云, 何 英, 李 康

作者单位: 563003 贵州, 遵义医学院附属医院重症医学科(梅 鸿, 陈 森, 傅小云, 何 英, 李 康); 022150 内蒙古, 牙克石市人民医院麻醉科(刘长续)

作者简介: 梅 鸿(1979-), 男, 大学本科, 医学学士, 住院医师, 研究方向: 重症医学。E-mail: meihongzunyi@163.com

[关键词] 右肺切除术; 隆突上气道狭窄; 气道管理

[中图分类号] R 562.1 [文章编号] 1674-3806(2011)06-0560-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.06.27

我科 2010-08 收治 1 例右肺癌切除 4 年后出现隆突上急性气道狭窄急性呼吸衰竭患者, 现将临床诊疗过程中气道管理体会报告如下。

### 1 临床资料

患者, 李某某, 男, 66 岁, 因“反复咳嗽、咳痰、气促 4 年, 再发 1 d”入我院呼吸内科。4 年前患者于我院行“右肺切除术”, 术后病理诊断为“腺鳞癌”, 术后行化疗 3 次。之后无明显诱因反复出现咳嗽, 咳白色泡沫痰, 量不详, 伴气促, 多次在我院治疗。患者既往有糖尿病史 4 年, 服用瑞格列奈 1 mg, 口服, 3 次/d, 血糖控制可。吸烟 20 年, 每天约 20 支。高血压病史 4 年, 间断服用硝苯吡啶控制血压。此次因受凉后, 上述症状加重, 再次入我院呼吸内科。入院时, 无发热, 纳差。查体: T 36.1 °C, P 90 次/min, R 25 次/min, BP 135/73 mmHg。发育正常, 营养中等, 皮肤黏膜无皮疹、黄染及出血点。浅表淋巴结不大, 口唇甲床轻度发绀, 咽无充血, 扁桃体不大。颈软, 颈静脉无充盈, 气管稍右偏, 右侧胸廓塌陷, 左肺叩呈过清音, 右肺叩稍浊, 双肺呼吸音粗, 闻及干湿啰音。心界不大, 心率 90 次/min, 心律齐, 三尖瓣区第一心音增强, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软, 全腹无压痛及反跳痛, 肝脾未扪及, 肝肾区无叩痛。双下肢不肿, 无杵状指。

### 2 诊疗经过

入院后, 经积极完善相关检查, 予头孢哌酮他唑

巴坦抗感染, 止咳化痰、解痉平喘治疗, 患者症状无明显好转, 呼吸困难症状逐渐加重, 出现意识障碍, 呼之不应, 唇甲发绀。血气分析: PaO<sub>2</sub> 80 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 61 mmHg, pH 7.06。在行紧急气管插管后, 转入 ICU 治疗。入科时查体: 镇静中, 呼吸机辅助呼吸, P 141 次/min, R 36 次/min, BP 123/93 mmHg, SPO<sub>2</sub> 96%, 左肺可闻及大量湿啰音及哮鸣音。入科后再次查血气分析: PaO<sub>2</sub> 83 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 108 mmHg, pH 7.09, 呼吸机呼吸参数提示 P<sub>mean</sub> 42 ~ 45 cmH<sub>2</sub>O P<sub>peak</sub> 62 ~ 68 cmH<sub>2</sub>O。患者在气管插管、呼吸机辅助呼吸后, 气道压明显增高, 二氧化碳分压持续增高无改善, 首先检查呼吸机管路有无堵塞, 未见异常后, 考虑是否为气管导管位置偏向患侧, 立即调整气管导管位置, 予以氨茶碱、硫酸镁解痉, 调整呼吸机参数, 以小潮气量通气, 增加呼吸频率, 加强镇静。患者高碳酸血症明显好转, 但气道压仍无下降趋势。患者次日行气管切开术, 经气切套管通气, 患者气道高压仍未能缓解, 故拟行纤支镜检查, 经纤支镜发现隆突上 1.5 ~ 2 cm 处气道狭窄, 呼气时狭窄气道明显塌陷。再次行 CT 检查, 证实气道狭窄的存在(图 1)。故再次在纤支镜下于气切口置一气管导管, 气管导管越过气管狭窄处, 导管尖端置于左主支气管开口处。经纤支镜确定气管导管位置正确(图 2)。患者气道压明显下降, P<sub>mean</sub> 9 ~ 10 cmH<sub>2</sub>O, P<sub>peak</sub> 22 ~ 25 cmH<sub>2</sub>O。