

# 贲门失弛缓症病人麻醉后出现反流误吸病例分析

程莉

(荆州市中心医院 湖北荆州 434000)

**摘要:** 本文阐述了一例贲门失弛缓症病人麻醉诱导时出现返流误吸后进行抢救及预后情况。此类患者上消化道内易残留食物, 麻醉诱导后易出现反流误吸, 造成吸入性肺炎等, 严重时危及生命, 重在预防。

**关键词:** 贲门失弛缓症; 饱胃; 麻醉诱导; 反流误吸

患者男, 34岁, 89Kg, 诊断为贲门失弛缓症, 拟于在静吸复合全身麻醉下行内镜下贲门括约肌切开术

患者自述近一年来无明显诱因出现吞咽梗阻感, 进固体食物及流食均出现, 需以水送服。于外院行食管吞钡检查示: 贲门失弛缓症。入我院拟手术治疗。术前基本情况较好, 术前检查未见明显异常, 常规术前访视。2017年1月19日14:15入手术室拟于在静吸复合全身麻醉下行内镜下贲门括约肌切开术。入室询问是否进食进饮, 患者诉未进食进饮, 行心电图监护, 心率88次/分, SPO<sub>2</sub>96%, 血压132/86mmHg, 14:19麻醉开始。采用静脉快速诱导, 咪达唑仑3mg, 丙泊酚100mg, 舒芬太尼25ug, 罗库溴铵50mg。面罩加压给氧, 在加压给氧时患者上消化道内忽然涌出大量新鲜鸡蛋花样胃内容物, 此时患者仍有自主呼吸, 患者迅速出现呛咳, 生命体征改变, 心率骤降至50次/分, SPO<sub>2</sub>骤降至54%, 立即进行口腔内吸引, 胸外按压, 立即插入气管导管后进行气管内吸引, 吸引后呼吸机控制呼吸, SPO<sub>2</sub>逐渐上升, 再次进行气管内吸引后机械通气, 此时SPO<sub>2</sub>维持在91%左右。听诊右肺呼吸音较差。纤维支气管镜检查见双侧支气管内可见较多食物残渣, 暂停手术, 联系呼吸内科急会诊, 进行纤支镜双侧支气管灌洗, 直至吸出的灌洗液清亮无食物残渣, 然后麻醉未醒带气管导管机械通气的ICU继续治疗。术后回访患者机控呼吸, 意识清醒。继续予以抗感染等对症支持治疗, 拔出气管导管患者SPO<sub>2</sub>较好, 肺部复查无明显感染, 口服抗感染药物出院。

患者自诉肺部情况好转一周后来我院再次行手术治疗。术前检查未见明显异常, 常规术前访视, 交代禁食禁饮等相关注意事项。于2017年2月6日上午进行胃镜检查, 吸尽胃内容物后于13:30入手术室行内镜下贲门括约肌切开术。入室生命体征: 心率68次/分, SPO<sub>2</sub>97%, 血压137/70mmHg。麻醉前准备充分, 静脉快速诱导, 咪达唑仑2mg, 丙泊酚100mg, 芬太尼0.2mg, 罗库溴铵50mg。诱导后患者胃内仍反流出少量白色泡沫状分泌物, 吸尽后进行气管插管, 听诊双肺呼吸音清晰对称。手术开始, 术中生命体征平稳, 术毕, 吸尽口腔及气道内分泌物后待患者自然苏醒, 清醒拔管, 再次吸引口腔内分泌物, 患者意识清醒, 反射恢复, 脱氧SPO<sub>2</sub>维持在100%, 送回病房。术后一天回访, 患者一般情况好, 生命体征平稳, 无麻醉相关并发症。

## 讨论:

贲门失弛缓症又称贲门痉挛、巨食管, 是由于食管贲门部的神经肌肉功能障碍所致的食管功能障碍引起食管下端括约肌迟缓不全食物无法顺利通过而滞留, 从而逐渐使食管张力、蠕动减低及食管扩张的一种疾病。其主要特征是食管缺乏蠕动, 食管下段括约肌高压和对吞咽动作的松弛反应减弱。临床表现为吞咽困难, 胸骨后疼痛, 食物反流以及因食物反流误吸入气管所致咳嗽、肺部感染等症状。

患者青年男性, 术前评估应充分。术前访视时要向患者交代禁食禁饮, 该患者误吸物为新鲜鸡蛋花样内容物, 与陈旧性胃内容物不同, 考虑患者隐瞒病史, 术前进食, 上消化道内有食物残留。因此对于此类病人, 严格的术前禁食禁饮必须要执行。患者肥胖, 小下颌, 可疑困难气道, 麻醉前要做好困难气道的准备, 备好困难喉镜及纤支镜等相关准备。对于饱胃病人和可疑困难气道病人, 做好

表面麻醉, 可采用清醒气管插管, 减少误吸风险和困难气道的风险。若采用快速诱导插管, 在诱导过程中要注意面罩加压给氧时将下颌抬起, 较好的开放气道, 减少进入胃内的气体, 减少胃内压, 减少误吸风险。术前上胃管减压, 排空为内容物也是减少反流的风险。

该患者为典型的贲门失弛缓症病人, 食管下端括约肌迟缓不全, 术前进食后食物滞留在食管下端。麻醉后肌松药起效食管括约肌松弛, 食管内滞留食物反流入口腔。反流是主动状态, 反流指贲门括约肌松弛或胃内压过高等原因, 胃内容物逆流到咽喉腔的现象, 误吸是被动状态, 是指由于病人咽喉反射迟钝或消失, 胃内容物进入气道, 造成气道阻塞或吸入性肺炎。麻醉状态下, 反流较呕吐更常见, 最常用于麻醉诱导和麻醉苏醒期以及牵扯腹腔脏器时。该患者反流误吸出现在麻醉诱导期, 大量胃内容物反流入口腔, 口腔容量有限, 此时患者自主呼吸未完全消失, 口腔内压力大和患者气道内负压使反流物误吸入肺内引起呛咳, SPO<sub>2</sub>快速下降, 缺氧症状明显, 考虑患者出现酸误吸综合症(Mendelson综合症)。酸误吸综合症指少量高酸性胃液(pH<2.5)引起的急性吸入性肺水肿, 呈现急性哮喘样发作, 明显发绀, 甚至造成死亡。大量酸性胃液及食物进入肺内后, 腐蚀气管壁, 破坏肺泡表面活性物质, 引起急肺水肿导致患者SPO<sub>2</sub>急剧下降, 听诊肺部呼吸音减弱, 继发严重的通气困难和肺部感染, 产生严重后果。食物残渣成为气管异物阻塞支气管、细支气管等造成肺不张, 如不及时清除, 出现严重的肺部感染。一旦发生返流误吸, 应紧急吸出口腔内及气管内异物, 保持呼吸道通畅, 因误吸导致的气道痉挛除了吸氧, 还可考虑使用支气管平滑肌松弛剂, 同时进行必要的呼吸循环支持。生理盐水肺泡灌洗是非常重要的, 需反复进行, 直至吸出的灌洗液接近生理盐水。该患者进行紧急气管插管后吸尽气道内异物, 纤维支气管镜检查并及时进行了双侧支气管灌洗, 清除了大量食物残渣, 而且误吸物主要为鸡蛋花, 较稀薄, 颗粒物不大, 容易清除, 故经抗感染等支持治疗后患者预后较好。

该患者第二次手术前先行胃镜检查, 吸尽胃内容物。麻醉后上消化道内仍返流出少量白色泡沫状分泌物, 及时吸引后气管插管。考虑该分泌物为患者吞咽下去的口腔分泌物。患者术前若进行常规术前针注射, 可减少分泌物。术前使用胃动力药物, 加快胃肠蠕动。麻醉前行胃镜检查吸尽胃内容物后再进行麻醉, 胃内及食管内无胃液及内容物, 再进行麻醉诱导, 大大能减少反流误吸的风险。

患者苏醒期也是出现反流误吸的高危期, 同时考虑该患者肥胖, 可疑困难气道, 苏醒期也需特别重视, 备好重新气管插管的准备。手术结束后吸尽口腔及气道内分泌物, 待患者自然苏醒, 反射均恢复, 意识清醒, 肌力恢复后拔除气管导管, 让患者头偏一侧, 防止出现误吸。

综上所述, 对于饱胃病人的麻醉, 术前严格的禁食禁饮非常重要, 麻醉前尽量排空胃内容物, 进行胃肠减压等相关措施, 尽量减少反流误吸的风险, 减少出现酸误吸综合症的风险。麻醉时熟练地操作, 药物的选择, 物品的准备都需要注意, 保证患者在围麻醉期的舒适安全。

## 参考文献:

[1] 邓靖单, 曾志文, 刘炯峰. 饱胃患者诱导过程中返流误吸一例. 中医临床研究. 2016, 8(11): 138-140.