

气管插管后气管食管瘘 1 例

新疆巴州人民医院 王银谦 赵博 陈辉 敖芸*, 新疆 841000

关键词 气管食管瘘; 吸入性肺炎

中图分类号 R562.1+3

文献标识码 D

DOI 10.11768/nkjwzzzz20200425

随着医疗水平的不断提高及机械通气技术的发展,气管插管呼吸机辅助通气已成为临床抢救危重患者的成熟抢救措施,提高了危重患者抢救成功率,延长患者生存时间。但气管插管和机械通气过程中可发生相关的并发症,如气道损伤、呼吸机相关性肺炎、喉头水肿、声带损伤等并发症,其中较严重的并发症为气管食管瘘(tracheo-esophageal fistula, TEF),一旦发生,可导致机械通气效果差和反复的吸入性肺炎,延长患者机械通气时间和住院时间,增加患者的医疗费用,严重者导致患者死亡。本文报道 1 例患者行机械通气 23 d 后发生气管食管瘘。

患者女,47 岁,未婚,以“发热、咽痛,乏力 16 d”入院,既往有精神分裂症病史 8 年,长期服用阿立哌唑口崩片;患者 16 d 前受凉后出现间断性发热,最高体温不详,有咽痛,伴有乏力、纳差、懒言少语等症状,自服“感冒药”治疗(具体不详)后未见好转,就诊于巴州市第一人民医院,考虑病情危重,以“重症肺炎”收住院,给予抗感染、化痰治疗后症状仍未缓解,入院第 3 日病情进行性加重,并出现呼吸衰竭,遂转入 ICU,查血气:PO₂ 45 mmHg,给予气管插管接呼吸机辅助通气,住院期间给试脱机,但未成功,按家属要求,试拔除气管插管,也未成功,故持续气管插管 13 d,患者症状无改善且逐渐加重,转入新疆巴州人民医院呼吸重症科。呼吸机辅助通气下血气分析示:pH 7.55,PCO₂ 30.5 mmHg,PO₂ 92 mmHg,SaO₂ 98.2% (单纯呼吸性碱中毒,考虑过度通气有关),PCT 0.23 ng/mL,血 WBC 12.42 × 10⁹/L,N% 85.70%,L% 7.30%,RBC 2.47 × 10¹²/L,Hb 71.00 g/L,贫血考虑与长期营养不良有关。2018 年 11 月 3 日肺部 CT 示肺部炎症。入院后发现胃管食管反流重,故给予胃肠减压,引出胆汁样液体;插管第 16 天,给予脱机,同时发现患者气管插管内可见大量胆汁样反流液,考虑反流,给予胃肠动力药(莫沙必利片 5mg,3 次/d,鼻饲)、泮托拉唑 40 mg,2 次/d,静脉滴注等药物治疗,但无效,

期间曾多次行床旁纤维支气管镜,但均未发现异常。于插管第 18 天给予拔除气管插管,拔管后患者喉头水肿重,可听见喉鸣音,吞咽呛咳,指脉氧下降至 50% 左右,再次气管插管机械通气。于插管第 23 天家属要求拔除气管插管,但拔管后患者气道分泌物中仍有胆汁样物,给予鼻饲进食后患者 SpO₂ 下降至 30%,考虑 TEF。行电子支气管镜检查,发现声门下约 3 cm 处见黄色痰痂附着于管壁,用活检钳反复清理后见肉芽组织,管腔狭窄,气管后壁可见 2 处纵行瘘口,见图 1,最大 5 mm,随呼吸运动开合。确诊为气管食管瘘,吸入性肺炎。家属要求出院。

讨 论

TEF 是指由于多种原因导致气管与食管之间形成异常通道。其发生率为 0.5% ~ 1%^[1]。与气管插管和机械通气相关的气管食管瘘的原因较多,主要包括以下原因:①气管插管时间长。TEF 通常在 15 ~ 200 d 的机械通气后形成^[2]。但并非插管时间长的患者就一定发生 TEF。有研究报道^[3]:患者单纯的气管插管时间最长达 346 d,也没有增加声带损伤、气管塌陷、TEF 等严重并发症。②气管插管气囊压,目前使用的都是减压气囊,气囊内压应控制在 20 ~ 25 mmHg。高压力的气囊长期压迫气管黏膜可造成气管黏膜损伤、缺血、糜烂、坏死,最后穿孔形成瘘道。③机械损伤:在插管过程中动作粗暴直接造成气道破裂食管破裂,或气管切开损伤气管后壁和食管前壁。气管套管过松,患者躁动,造成导管反复移动对气管黏膜造成机械性损伤。④长期使用精神类药物,导致严重胃肠道反流病,消化液造成食管黏膜、气管黏膜的灼伤。在气管插管时或 TEF 形成的早期,不容易被发现,与瘘口与气囊位置可能重叠有关,故一般需拔除气管插管后行电子支气管镜才易发现,故容易造成漏诊^[4]。

一旦确诊为 TEF,需积极治疗,否则可反复出现

* 通信作者:敖芸,E-mail:327271432@qq.com

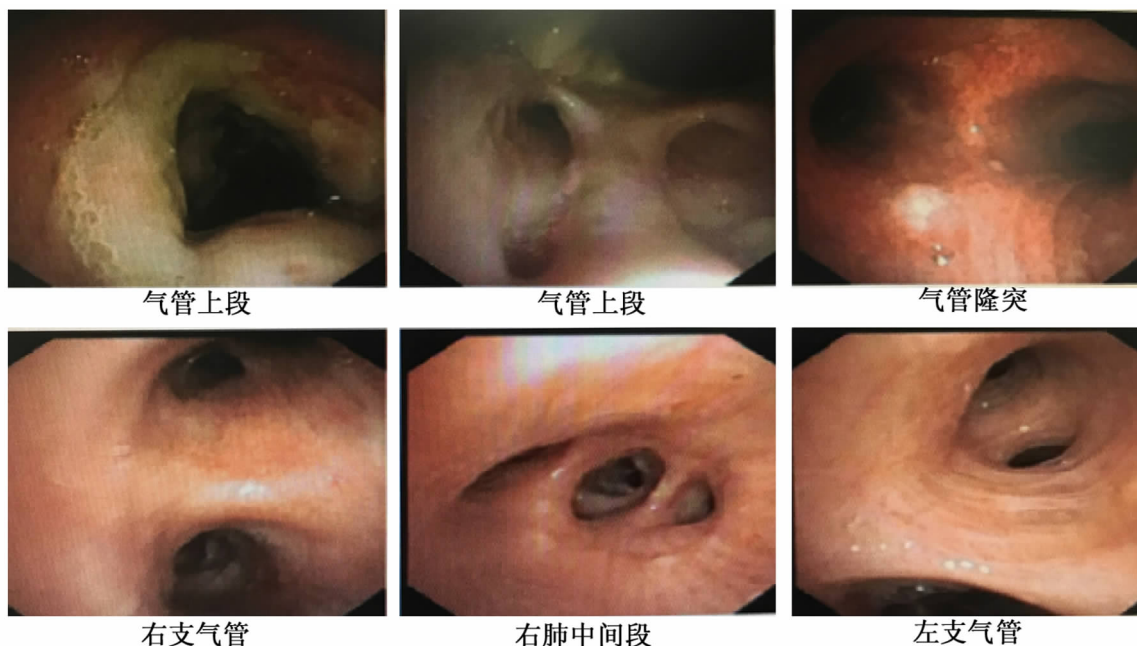


图1 电子支气管镜所见

吸入性肺炎,严重可出现窒息死亡。早期禁食,胃肠减压,抗感染治疗,补液。大瘘孔者宜早期进行手术治疗,根据病情作瘘管修补、切除和/或食管重建。中后期给鼻肠管饮食或短期胃造瘘术,以便保证营养支持和控制吸入性肺炎。目前有支架植入术及外科修补术,也有使用房间隔缺损封堵器进行封堵治疗气管食管瘘的方法^[5]。鉴于新疆地区的医疗水平,主要采用保守的治疗方法加胃造瘘术,但患者住院时间长,费用高,严重气管食管瘘的患者预后差,本例患者最终选择了放弃。

参考文献

- 1 Reed ME, Mathisen DJ. Tracheoesophageal fistula[J]. Chest surgery clinics of North America, 2003, 13(2): 271-289.
- 2 Rao SV, Boralkar AK, Jirvankar PS, et al. Tracheoesophageal Fistula following Endotracheal Intubation for Organophosphorus Poisoning[J]. J Assoc Physicians India, 2016, 64(12): 84-85.
- 3 武元星;朱光发;刘双. 呼吸内科留置人工气道的并发症与气管切开时机选择的回顾性分析[J]. 心肺血管病杂志, 2017, 36(5): 360-363.
- 4 董飞林. 机械通气相关的气管食管瘘 5 例分析[D]. 浙江大学, 2009: 1-26.
- 5 Ersoz H, Nazli C. A new method of tracheoesophageal fistula treatment: Using an atrial septal defect occluder device for closure-The first Turkish experience[J]. General thoracic and cardiovascular surgery, 2018, 66(11): 679-683.

(2019-04-19 收稿 2020-05-13 修回)

(上接第 345 页)

- 9 Takahashi T, Maeda K, Suzuki T, et al. The first identification and retrospective study of Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome in Japan[J]. JID, 2014, 209(6): 816-827.
- 10 宋世会, 代永安. 新型布尼亚病毒感染 20 例重症患者临床分析[J]. 内科急危重症杂志, 2014, 20(3): 164-166.
- 11 中华人民共和国卫生部. 发热伴血小板减少综合征防治指南(2010 版)[J]. 中华临床感染病杂志, 2011, 4(4): 193-194.
- 12 Oh WS, Yoo JR, Kwon KT, et al. Effect of Early Plasma Exchange on Survival in Patients with Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome: A Multicenter Study[J]. Yonsei Med J, 2017, 58(4): 867-

871.

- 13 Kim UJ, Kim DM, Ahn JH, et al. Successful treatment of rapidly progressing severe fever with thrombocytopenia syndrome with neurological complications using intravenous immunoglobulin and corticosteroid[J]. Antivir ther, 2016, 21(7): 637-640.
- 14 Zhang YZ, He YW, Dai YA, et al. Hemorrhagic fever caused by a novel Bunyavirus in China: pathogenesis and correlates of fatal outcome[J]. Clin Infect Dis, 2012, 54(4): 527-533.

(2019-07-10 收稿 2020-05-17 修回)