

能为隐匿性肿瘤的一个信号。肺癌合并 PTE 的临床表现不典型,症状多样,与肺癌及其并发症多有重叠,临床上容易漏诊及误诊。本组病例中患者多以呼吸困难为主要表现,典型的肺栓塞三联征(胸痛、咯血、呼吸困难)在本组病例中没有体现。值得注意的是,本组病例中有 1 例患者以晕厥为主要表现,考虑为较大的栓子堵塞肺动脉导致循环压力突然下降,产生一过性脑供血不足所致,这也提醒医生,对于晕厥的患者除考虑心性、脑源性晕厥外,还需考虑 PTE 的可能。

PTE 一旦确诊应立即治疗,积极的溶栓及抗凝是治疗成败的关键。溶栓可以迅速溶解部分或全部血栓,恢复肺组织再灌注,降低 PTE 的病死亡率,但溶栓治疗引起出血风险较大,本组资料中 1 例患者因考虑大面积肺栓塞进行了溶栓治疗,但最终因并发严重的消化道出血、失血性休克死亡,这提醒医生溶栓需在严格掌握适应证的情况下小心、谨慎进行。最近,美国胸科医师学会(ACCP)第 9 版的静脉血栓栓塞性疾病的抗栓治疗指南中建议急性 PTE 患者合并低血压,可采用溶栓治疗,否则不推荐溶栓治疗^[9]。大量研究表明,抗凝治疗 PTE 较为安全。非肿瘤患者长期抗凝治疗建议使用华法林,优于低分子肝素,但对于肺癌合并 PTE 患者因华法林需频繁监测 INR,与很多药物有相互作用,出血风险更大,侵入性操作前需停用等因素限制了其在肿瘤患者中的使用。本组病例中 2 例患者因为使用华法林后出现出血风险而停用,可见华法林在肺癌患者的抗凝治疗中相对受限。另外,有研究证明,低分子肝素可能具有调节肿瘤增殖、浸润、转移和血管生成等抗癌作用,较华法林能够更好地降低静脉血栓栓塞症的复发机会,出血风险并未增加^[10],与肝素相比又能够避免肝素相关的小血小板减少,故临床上常选低分子肝素作为肺癌合并 PTE 的抗凝药物,这也和 ACCP 的最新观点一致^[9],疗程 3~6 个月,若肿瘤进展或持续存在高危因素,可考虑长期抗凝治疗。

综上所述,肺癌合并 PTE 的患者在危险因素、治疗方面均有各自的特点,临床医师需加以注意,在临床工作中若遇肺癌患者突发呼吸困难等情况,需警惕合并 PTE 并及时完善相关检查,明确诊断,一旦明确诊断,需结合具体情况制订合适的溶

栓、抗凝方案。

参考文献

- [1] 刘蕾,马壮.住院急性肺血栓栓塞症患者 20 年诊治情况变迁[J].临床肺科杂志,2012,17(9):1567-1568.
- [2] Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism[J]. Eur Heart J, 2014, 35(43):3033-3069.
- [3] 谢灵敏,韩锋锋.肺癌与血栓栓塞关系的研究进展[J].中国呼吸与危重监护杂志,2013,12(4):430-432.
- [4] 姜艳,沙吉达·阿不都热依木,热娜古丽·艾则孜,等.不同复杂性疾病的血栓前状态研究[J].新疆医科大学学报,2013,36(6):822-824.
- [5] 刘贤兵,徐小华,陈晓萍,等.慢性阻塞性肺疾病患者血栓前状态的研究和临床意义[J].实用医学杂志,2013,29(1):62-64.
- [6] 杨玲,王颖,王赫,等.肺癌与血栓栓塞性疾病[J].中华临床医师杂志:电子版,2013,7(10):4419-4422.
- [7] 李圣青.肿瘤相关性静脉血栓栓塞症的预防[J].中华肺部疾病杂志:电子版,2013,6(5):400-404.
- [8] 崔志刚,孔棣.恶性肿瘤相关静脉血栓栓塞症研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2013,19(1):97-99.
- [9] Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed; American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines[J]. Chest, 2012, 141(2 Suppl):419-494.
- [10] 许小毛,王辰.肿瘤与静脉血栓栓塞症[J].中国实用内科杂志,2013,33(5):344-347.

(收稿日期:2014-10-15 修回日期:2015-01-12)

无痛胃肠镜检查术的临床应用

吴素江¹,李海平²,陈卿奇³,陈文坤³(海南省儋州市第一人民医院:1.内二科;2.麻醉科;3.消化科内镜室 571700)

【关键词】 胃肠镜检查; 无痛; 胃肠疾病

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.07.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)07-1026-02

无痛胃肠镜检查是指在使用胃肠道内镜检查前及检查中使用镇静、麻醉药来辅助开展镜下活检和镜下治疗。胃肠镜检查以其直接对胃肠道病变部位进行观察等特点成为许多疾病诊断的金标准^[1]。但由于介入检查会给患者带来痛苦和不适,致使在部分人群中难以开展,由此贻误最佳诊断与治疗时间,给患者带来更大的危害。无痛胃肠镜检查术可以借用药物使患者对检查过程无记忆,检查结束感觉舒适地睡了一觉,很好地解决了传统胃肠道内镜检查的弊端^[2],受到广大患者的欢迎。本研究对 2010 年 5 月至 2014 年 2 月到本院就诊的 300 例选择胃肠镜手术的患者进行分组。结果显示无痛胃肠镜检查不良反应及副反应小,效果好。现对研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 5 月至 2014 年 2 月到本院就诊

并选择胃肠镜检查的 583 例患者。经临床资料筛查,排除孕妇和哺乳期妇女等特殊人群,15 岁以下少儿,以及 70 岁以上老年患者。排除年龄、性别等因素的影响。选择进行无痛胃肠镜检查(无痛组)和普通胃肠镜检查(普通组)的患者各 150 例,其中男 192 例,女 108 例;年龄 26~68 岁,平均(39.2±12.3)岁;合并有高血压患者 102 例,既往有手术史者 41 例,肝功能异常者 36 例。患者检查术前常规检查心肺功能,排除有严重通气功能障碍及心血管功能障碍的患者。

1.2 方法 患者至少禁食 8 h,普通组给予 20 mg 二甲硅油口服。胃肠镜检查前指导患者左侧卧位,气管插管给予低流量吸氧。无痛组按体重质量调整舒芬太尼(总量 3~5 μg)和丙泊酚(1.5 mg/kg)静脉注射剂量,开放前臂静脉缓慢推注舒芬太尼和丙泊酚,待患者进行睡眠之后,缓慢进镜,检查过程中按照操