



男子大咯血险丧命， 江大附院多学科联手成功“堵漏”

本报通讯员 钱小薷 孙卉 姚奕涵
本报记者 杨冷
本版图片由江苏大学附属医院提供

当肺部支气管动脉突然破裂,鲜血大量涌入气管和支气管,患者随时可能阻塞气道导致窒息。危急时刻,江苏大学附属医院多学科联手精准“堵漏”,为大咯血男子守住生机。

吃着晚饭突然咯血

“70后”李明(化名)有40余年烟酒史,平日烟不离手、无酒不欢。3月26日晚,他在家中吃着馄饨喝着酒时,突然一阵咳嗽,咳出好几口鲜血,血中还夹杂着血块。

看到这一场景,家人立即将李明送往当地医院救治,查胸部CT提示两肺散在炎症,医生随即给予抗感染、化痰等治疗。然而经过数日治疗,李明的咯血症状并未得到有效控制。3月29日早晨仍有咯血,为鲜红色血痰。为进一步治疗,遂转入江大附院呼吸与危重症医学科。

入院当天,李明再次突发大咯血,鲜血伴血凝块从口鼻涌出后,李明感到呼吸困难,面色青紫,指脉氧显著下降,病情凶险万分。呼吸与危重症医学科科主任钱粉红带领姜贺果、周朦两位医师立即展开抢救,予高流量氧疗、血凝酶止血、患侧卧位等治疗。

单次咯血量超100毫升

虽救治及时,但李明的咯血仍在持续,单次咯血量就超过了100毫升,咯血总量已达300毫升左右,血氧饱和度一

路狂跌到60%(正常值95%至100%)——这是典型的大咯血导致气道被血块堵塞、即将窒息的表现。

患者命悬一线！呼吸与危重症医学科团队立即启动大咯血急救预案，通知麻醉科副主任医师朱娟进行气管插管接呼吸机辅助通气，给予地西洋、右美托咪定镇静。与此同时，介入放射科也做好了“支气管动脉造影栓塞术”的准备。

钱粉红介绍,咯血是指来源于气道或肺实质的血管受损出血经咳嗽而排出。通常24小时咯血量小于100毫升或单次咯血量小于30毫升为小量咯血;24小时咯血量大于500毫升或单次咯血量超过100毫升为大量咯血。当肺部的支气管动脉突然破裂发生大量咯血时,鲜血涌入气管和支气管,随时可能阻塞气道导致窒息,几分钟内可能致命。

大咯血病因复杂,呼吸系统疾病等全身各系统疾病均可导致大咯血。急性支气管炎、肺炎、支气管扩张、肺结核、肺真菌病、肺癌等被认为是大咯血最常见的原因。

多科联手精准“堵漏”

经一系列对症治疗,患者血氧已上升至90%,但因失血血压较低,医护团队立即予去甲肾上腺素升压、补液等治疗稳住生命体征。面对来势汹汹的大咯血,在与家属充分沟通后,钱粉红团队在床旁为患者行气管镜下检查及支气管镜引导下气道腔内球囊封堵术,封堵出血点。

术中,在支气管镜协助下,团队将封堵球囊导管置入左主支气管末端,注入2毫升气体充盈封堵球囊,见左主支气管末端被完全堵塞,并经封堵球囊注射通道将凝血酶散注射至远端支气管。

紧接着，介入放射科团队无缝衔接。在介入放射手术室，张建主任带领韩壮等团队成员，在基础麻醉下为李明行“支气管动脉造影栓塞术”。术中，医生通过李明大腿根部一个针眼大小的穿刺点，将导管精准地送至其肺部出血的血管区域。造影显示，李明双侧支气管动脉增粗，其分支增多、增粗，扭曲、紊乱，左侧支气管动脉镜下球囊封堵术后改变，仅见少量造影剂外溢。团队凭借娴熟的技艺，通过微导管注入栓塞剂，精准地封堵了这根“惹祸”的血管，造影复查显示出血点已被精准封堵。

术后,在医护团队的精心照料下,李明的身体逐渐康复,现已出院回家。

紧急处理的三个关键点

大咯血起病急、进展快,是呼吸系统的急危重症,争分夺秒的正确处理能救命。如身边人发生大咯血,请记住三个关键点。

畅气道防窒息:让患者尽量平卧,保持头低脚高的姿势,头偏向一侧。及时清理口鼻内的血块,保持气道通畅。

保持镇静少刺激:尽量安抚患者情绪,紧张和活动都会加重出血。在咯血期间,应禁食禁水。

立即拨打 120 的同时,密切注意患者的呼吸、脉搏和意识状态。可以用干净的容器接住咳出的血,记录咯血量,以便医生准确判断病情。

