

气道异物取出的麻醉管理

一、定义

- **广义**：自口或鼻开始至声门及声门以下所有呼吸径路上的异物，按解剖位置分为：
 - 鼻腔异物
 - 声门上（声门周围）异物
 - **声门下及气管异物**
 - **支气管异物**
- **狭义**：位于声门下及气管和支气管的异物

一、定义

“气道异物”的其他分类

- 按来源分类：
 - 外源性（自口鼻误入的体外异物）
 - 内源性（血液、脓液、呕吐物、干痂等）
- 按物理性质分类：
 - 固体
 - 非固体
- 按化学性质分类：
 - 有机类（花生、西瓜子、葵花籽等植物种子最为多见）
 - 无机类（玩具配件、纽扣、笔套等）

二、流行病学

- **性别**：男孩多于女孩
- **年龄**：3岁以内的婴幼儿多见（70~80%）
- **种类**：有机类多于无机类
- **部位**：80%以上位于一侧支气管内（右侧多于左侧）
- **死亡率**：
 - 500 ~2000例/年（美国），入院后死亡率3.4%
 - 国内报道入院后死亡率0.2 % ~ 1%，尚缺乏入院前死亡率的资料

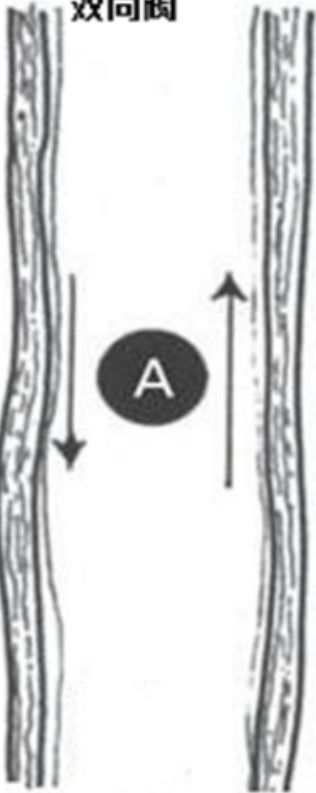
三、病理生理学

- 直接损伤
 - 机械阻塞（窒息、阻塞性肺不张、阻塞性肺气肿）
 - 机械损伤（粘膜损伤、出血）
- 间接损伤（炎症反应、感染、肉芽形成）

三、病理生理学

bypass valve

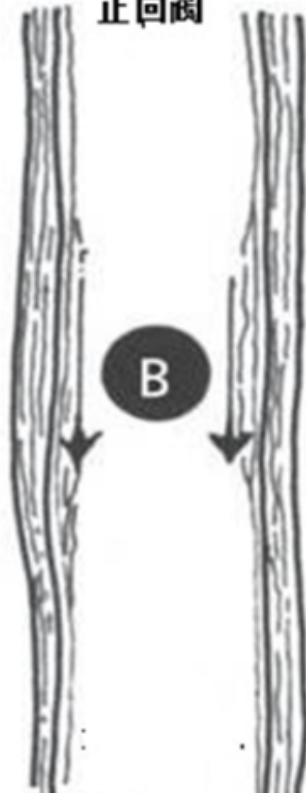
双向阀



气体能进能出
X线可正常

check valve

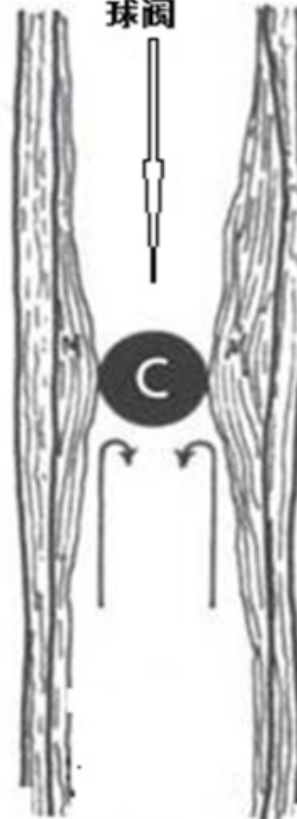
止回阀



气体进大于出
阻塞性肺气肿

ball valve

球阀



气体能进不能出
阻塞性肺气肿

stop valve

截止阀



气体进、出均阻塞
阻塞性肺不张

四、诊断

- 异物吸入史（目击误吸异物后剧烈呛咳）——最重要的诊断依据
- 临床表现：咳嗽、呼吸困难、喘息、喘鸣、紫绀
- 双肺听诊：异物侧呼吸音低下，异物位于声门下时两侧呼吸音对称
- 影像学检查：胸透、胸片、颈侧位片、CT三维成像技术
- 纤维支气管镜
- 硬支气管镜
- 评分系统：综合病史、体格检查、影像学检查等资料

五、病程

• 异物进入期

- 多有憋气和剧烈咳嗽，若异物嵌顿于声门，可发生呼吸困难、窒息；若异物进入更深的支气管内，可仅有轻微咳嗽或憋气

• 安静期

- 异物吸入后停留在支气管内某一处，可无症状或仅有轻咳

• 刺激期或炎症期

- 因异物局部刺激、继发炎症或支气管堵塞可出现咳嗽、喘息等症状以及肺不张、肺气肿的表现

• 并发症期

- 轻者有支气管炎和肺炎，重者可有肺脓肿和脓胸等

六、手术方式和手术时机

- 纤维支气管镜：目前主要用于可疑病例的诊断或排除，用于取异物时建议备有硬支气管镜以及有经验的人员；喉罩的应用有利于维持良好的通气和氧合
- 硬支气管镜：目前依然是气道异物取出的“标准之选”，主要用于治疗，但不推荐用于诊断
 - 为各种器械操作提供空间
 - 便于术中通气
 - 便于吸引分泌物和血液
 - 视野好

六、手术方式和手术时机

- 对基本确诊病例，首选用硬支气管镜检查、定位并取出异物
- 对可疑病例，首选用纤维支气管镜来检查、诊断或排除异物
- 对于稳定的气道异物患者（位于一侧支气管内、无明显呼吸困难），将手术推迟到工作时间进行并不会增加不良事件的发生率

七、麻醉前评估

- 年龄、一般情况、试取异物手术史
- 病史、症状、体征、影像学检查是否支持“气道异物”诊断
- 异物的位置、形状、大小、种类、存留时间
- 合并症（上呼吸道感染、肺炎、哮喘等）和并发症（肺气肿、肺不张、肺炎、气道高敏反应等）
- 人员经验及设备条件

八、麻醉前准备

- 气源、电源、麻醉机、监护仪检查
- 药品准备
 - 七氟醚、阿托品、地塞米松或甲强龙、芬太尼、瑞芬太尼、丙泊酚、琥珀胆碱（或米库氯铵）、右美托咪定、利舒卡（含7%利多卡因）喷剂、2%利多卡因注射液（接喉麻管）、其他抢救药品
- 器械和物品准备
 - 手动喷射通气装置、连接麻醉机和支气管镜侧孔的连接管、喉镜、插管钳、气管导管（带管芯）、吸痰管（代替喷射通气导管）、喉罩、鼻咽通气道、面罩、听诊器、胶布、注气空针、负压吸引器、气管切开包等
- 人员准备
 - 经验丰富的耳鼻喉科医生、麻醉医生和护理人员
- 麻醉方案的确定和沟通

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/518133107015006111>