

· 经验交流 ·

139例气管切开术的临床分析

侯学东,周 彬

(沈阳医学院奉天医院 耳鼻咽喉科,辽宁 沈阳 110024)

关键词: 气管切开术;呼吸困难;气管套管

中图分类号: R767.91

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2011)06-0461-02

气管切开术是一种急救手术,最初只用于解除喉梗阻引起的呼吸困难,随着对呼吸道病理生理功能的深入了解,气管切开术已成为很多疾病的重要辅助治疗手段。沈阳医学院奉天医院耳鼻咽喉科2009年1月~2010年10月行气管切开术救治139例患者,现将手术相关体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

行气管切开术患者139例,男103例,女36例;年龄1.5~84岁,平均年龄57岁。其中因各种原因造成脑出血、脑挫裂伤79例,脑血栓12例,喉乳头状瘤1例,胸外伤18例,颈椎病9例,气管异物2例,喉癌6例,急性会厌炎2例,各种原因造成的呼吸功能减退9例(慢性气管炎1例、肺心病2例、肺性脑病3例、慢性肺气肿2例、肺栓塞1例),严重睡眠呼吸暂停综合征1例。

1.2 手术方法

患者仰卧,肩下垫枕,头向后仰伸,保持正中位;如患者呼吸困难,不能平卧,可采用半卧位。局麻或全麻后,于颈前正中上自甲状软骨下缘(颈短、肥胖等气管难寻找者,取长切口,从甲状软骨上切迹开始),下至胸骨上切迹稍上,切开皮肤及其皮下组织,可见颈肌白线,于肌白线处上下纵行钝

性分离两侧带状肌后可见甲状腺峡部覆盖于3~4气管环前壁,用拉钩将峡部向上拉,如甲状腺峡部较大,用2把血管钳平行将峡部夹住,切开两钳之间的峡部,将峡部断端用丝线贯穿缝扎,暴露气管前壁,用注射器针头刺入气管腔内抽吸证实为气管后,于气管3、4环或2、3环处用尖刀做“U”形切开气管黏膜软骨瓣(14岁以下儿童纵行切开气管环),放入金属气管套管或硅胶带气囊套管,缝合皮肤切口后放置开口纱布垫于气管套管周围覆盖伤口,用无菌绷带将气管套管固定于颈部防止套管脱落。

2 结果

139例患者全部成功救治,病情稳定后并顺利拔管。5例出现皮下气肿,2例伤口少许出血,均经对症处理后恢复。

3 讨论

颈部气管周围有很多重要解剖结构,前有甲状腺,无名动脉、静脉,幼儿可见胸腺,两侧有颈总动脉、颈内静脉,下有胸膜顶、纵隔,气管后壁无软骨,与食管前壁相接^[1]。另外,气管切开术多数是急救手术,要求短时间内完成,若无丰富的经验与娴熟的技术易致患者死亡或出现并发症,笔者通过139例气管切开术的回顾性分析,总结经验教训。

正确的体位是保证手术成功的关键^[2],患者仰卧,肩下垫枕,头后仰伸,气管暴露

作者简介:侯学东,男,副主任医师。
通讯作者:侯学东,Email:houxuedong1967@sina.com.

好、易寻找。多数情况下采用局麻,但对于病情重、颈短粗、小儿、不能平卧者,建议采用气管插管全麻手术,并可以通过呼吸机给氧缓解呼吸困难^[3],同时还有心电监护,保证充足的手术时间。对出现紧急呼吸困难者,如肺栓塞、急性会厌炎合并窒息、喉异物,不能平卧等,为保证呼吸道的通畅、抢救生命,可先行环甲膜切开术^[4];昏迷者可先行气管插管术,待患者病情平稳后,改做常规气管切开术^[5]。常规切口为从环状软骨下缘至胸骨上切迹稍上,但对于颈短、肥胖、颈部烫伤、颈部术后等患者,因气管难寻找,应从环甲膜至气管 3~4 环水平取长切口。术中应纵行分离颈前软组织,边分离边用手触摸寻找气管环,拉钩牵拉对称,防止气管偏向一侧;气管前壁软组织要纵行分离,胸膜顶暴露明显者用纱布向下推,保护并防止损伤胸膜,预防气胸。气管前筋膜不需分离,防止出现纵隔气肿^[6]。

气管黏膜软骨瓣切采用“U”形。取代传统的纵切口,其优点:①气管切口暴露清楚,安放气管套管顺利准确。②避免气管前壁切缘由于套管压迫向内卷曲塌陷,导致气管狭窄。③气管切口与气管套管周围接触严密,阻止呼吸气流经气管切口扩散到皮下,形成皮下气肿^[7]。④由于气管造口通畅,气管套管脱出或换管时,容易顺气管造口进入气管内。气管造口切开时一定要注意刀刃朝上不要过深,以免损伤食道前壁,出现气管食管瘘。

气管套管未完全固定颈部之前,助手一定要固定好气管套管,防止套管脱出,手术失败^[8]。固定气管套管的绷带松紧度以能

通过颈部一手指为宜,绷带过紧影响颈部血液循环,患者不适;绷带过松套管易脱出,引起窒息或磨损血管。切口行间断缝合,缝合不宜过于紧密,以防发生皮下气肿。颈部肿瘤患者气管受挤压变形、移位,影像学检查对颈部气管的定位和形态的了解十分重要。

气管切开术在临床被广泛采用,是许多急性呼吸困难患者快捷有效的抢救措施,但容易出现各种并发症,需要耳鼻咽喉科医生不断总结经验,提高手术技能,才能高质量的完成气管切开术。

参考文献:

[1] 吴学愚. 喉科学[M]. 上海:上海科学技术出版, 2000: 253-262.

[2] De Leny P, Bedert L, Delcroix M, et al. Tracheotomy: clinical review and guidelines [J]. Eur J Cardiothoracic Surg, 2007, 32(3): 412-421.

[3] 陆良钧,钟志生,周梁,等. 改良性气管切开术(附 45 例报告)[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(18): 855-856.

[4] 董学武. 环甲膜切开术与呼吸道急救[J]. 中国医刊, 2008, 43(1): 2-3.

[5] 余静,王晋,付尤英,等. 气管插管后的气管切开术[J]. 四川医学, 2007, 6(28): 684-685.

[6] 陈伟,刘贤安,周顺华. 气管壁吊线在气管切开术中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006, 12(5): 384-385.

[7] 林占峰,朴希岩. 采用“U”形气管纤维软骨瓣行气管切开 120 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(3): 645-646.

[8] 罗峻极,李祥东,安立,等. 改良性气管切开术在临床的应用效果研究[J]. 现代预防医学, 2010, 37(2): 392-393.

(修回日期:2011-08-17)

· 消息 ·

版权说明

本刊已许可中国学术期刊(光盘版)电子杂志社在中国知网及其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。该社著作权使用费与本刊稿酬一并支付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明。