DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201505018

· 临床报道 ·

全麻支撑喉镜下显微声带手术的严重并发症及其处理

张旭,戴勇传

(兴化市人民医院耳鼻咽喉科,江苏兴化 225700)

摘要: **目的** 探讨全麻支撑喉镜下显微声带手术的严重并发症及其处理。**方法** 回顾性分析2013年11月~2014年6月在全麻支撑喉镜下显微声带手术160例患者中出现的严重并发症及其相应的处理。**结果** 全部患者顺利完成手术,其中出现的严重并发症包括咽腭弓严重撕裂伤1例,长柄电刀致麻醉插管气囊破裂氧气泄漏引发导管燃烧1例,声门水肿引发喉梗阻行紧急气管切开1例,通过紧急应对处理,未出现死亡病例。**结论** 全麻支撑喉镜下显微声带手术严重并发症较少,一旦发生,如处理不当危及患者生命,应引起临床高度重视。

关键词: 支撑喉镜;声带手术;并发症;处理

中图分类号:R767.91 文献标识码:B 文章编号:1007-1520(2015)05-0416-02

随着支撑喉镜下显微声带手术的广泛开展,其术后并发症已经受到耳鼻咽喉科医生的日益关注,但是目前有关支撑喉镜下显微声带手术产生的严重并发症报道较少,笔者对其术后严重并发症及处理进行分析和总结,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集我科2013年11月~2014年6月在全麻支撑喉镜下行显微声带手术患者160例,其中男70例,女90例;年龄20~71岁;所有患者术前均行纤维喉镜检查,其中声带息肉95例,声带小结30例,声带囊肿15例,声带白斑10例,声带良性肿瘤5例,声带肿物取活检术5例。所有患者术前常规检查无手术禁忌证。

1.2 手术方法

术前8h禁水禁食,取仰卧位,采用全麻插管静脉复合麻醉,行常规心电监护和血氧饱和度检测,肩下垫枕,厚纱布护齿,经口腔将支撑喉镜(德国Storz)置入喉腔,暴露声门后半部分,旋紧加力并固定支撑架,经调整待声带完全暴露后,在显微镜下使用喉显微器械切除声带病变组织,对声带肿物行长柄电刀烧灼病变基底并电凝止血。术后均取组织活检证实,予抗炎、激素、雾化治疗,随访3个月。

2 结果

术后出现以下严重并发症:①咽腭弓撕裂伤1例,患者手术当日口腔吐出大量新鲜血液,床边仔细检查发现左侧咽腭弓出现“Y”型撕裂伤伴有创面活动性出血,立即静脉注射止血药,嘱3%双氧水漱口,并密切观察,防止窒息,与患者及家属做好充分沟通,嘱其吐出咽部血块,监测生命体征平稳,半小时后出血自止,出血量约30ml;②长柄电刀致麻醉插管气囊破裂氧气泄漏引发导管燃烧1例,立刻停止手术,拔除气管导管,熄灭火种,麻醉师立即重新插管,完成手术,术后密切观察患者呼吸,平稳无异常,未发生呼吸道烧伤;③术后声门水肿引发喉梗阻行紧急气管切开1例,术后回病房时患者主诉呼吸不畅,予地塞米松10mg,密切观察呼吸,1h后因喉梗阻持续性发作紧急行预防性气管切开,未出现窒息、缺氧等并发症。

3 讨论

全麻支撑喉镜下显微声带手术具有操作简便,视野清晰,疗效确切,损伤小的优点,现已成为耳鼻咽喉科治疗声带病变的常规手术方式。但是如操作不当,会引起一系列的严重并发症。本组患者并发咽部严重咽腭弓撕裂伤1例,分析原因可能为患者体型肥胖,颈项粗短,声门前联合暴露不良,在术中试图通过下压甲状软骨也不能窥清声带全程,采

作者简介:张旭,男,副主任医师。
通信作者:张旭,Email:daiyongchuan248@163.com

用旋紧按钮加力才勉强暴露声带前联合,完成手术时未检查咽部损伤情况。我们的教训之一是应避免过度施力,以免出现咽腭弓撕裂伤,对此已有大量文献报道支撑喉镜联合鼻内镜手术系统来解决声带暴露困难的问题,刘日渊等^[1]报道支撑喉镜下应用45°内镜显露声带、前联合及声门下区最为理想,其次为30°内镜。王维安等^[2]报道支撑喉镜联合鼻内镜系统治疗声带良性病变的优点是手术视野宽敞,解决了支撑喉镜下声门暴露不佳的问题,即使对于肥胖、颈短人群也能彻底切除声带病变组织。我们的教训之二是声带手术完成后,在退出支撑喉镜前应常规行口咽部黏膜检查,对软腭轻度擦伤无明显出血,可不采取任何措施;对软腭擦伤明显,伴少量出血,予吸引观察,无明显活动性出血,术毕待患者清醒后嘱其注意观察咽部出血情况,嘱其吐出咽部少许分泌物及血液即可;对软腭严重擦伤,伴活动性出血,予吸引后仍有活动性出血,即在全麻未清醒前行软腭创面双极电凝,彻底止血后再拔管,术后密切观察口咽部出血情况。

本组在全麻支撑喉镜下显微声带手术中使用长柄电刀烧灼病变基底并电凝止血时致麻醉插管气囊破裂氧气泄漏引发导管燃烧1例,因术中使用时使用长柄电刀行声带创面电凝止血时不慎刺破气囊,导致呼吸道氧气泄漏,与电凝火花接触后起火,气囊燃烧,该并发症给我们的教训之一是在全麻支撑喉镜手术中使用长柄电刀时放置生理盐水小纱布条保护声门下气管导管气囊^[3],以免刺破。教训之二是在拟行全麻口咽部手术中使用电刀、双极电凝、等离子刀等设备时,嘱麻醉师常规采用一次性双囊气管导管,并将导管气囊打足,这种“双保险”的气管导管能够防止氧气泄漏,从而避免爆炸引发呼吸道烧伤。

本组患者手术后并发声带水肿行气管切开

1例,分析原因患者两侧声带全程息肉样病变,手术时间相对较长,声带创面较大。黄永宁^[4]报道全麻支撑喉镜下声带手术时2例麻醉中出现急性喉梗阻,行环甲膜穿刺,紧急气管切开。沈锦雄等^[5]在支撑喉镜下行声带息肉切除术1375例报道中指出麻醉是术后严重并发症的主要因素,其中有5例患者在术中拔管后出现喉痉挛行紧急气管切开术。谢金等^[6]报道91例全麻支撑喉镜下喉内镜手术患者中有1例术中出现重度喉痉挛,予面罩吸氧,紧急气管切开,提出要加强围手术期生命体征的监测。

综上所述,全麻支撑喉镜下显微声带手术属于微创手术,已被临床耳鼻咽喉科医生广泛接受,即使其产生的严重并发症较少,如处理不当,危及患者生命,也应引起临床高度重视。

参考文献:

- [1] 刘日渊,王荣光,赵辉. 支撑喉镜下应用不同角度内镜的显露效果比较分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 27(4): 196-198.
- [2] 王维安,路荣. 支撑喉镜联合鼻内镜系统治疗声带良性病变52例分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 27(11): 577-578.
- [3] 张国峰,孙晓芬,周洁,等. 支撑喉镜下长柄镰状电刀治疗成人声带良性肿物41例临床分析[J]. 中国医药指南, 2013, 11(7): 530-531.
- [4] 黄永宁. 支撑喉镜手术中气管切开2例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2007, 14(1): 62.
- [5] 沈锦雄,杨成章,毕胜斌,等. 影响声带息肉手术因素的分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2005, 19(21): 976-977.
- [6] 谢金,徐明安,周汝环,等. 全麻支撑喉镜下喉内镜手术中并发症的处理[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2008, 14(2): 135-136.

(修回日期:2015-04-24)