

型,即迷路上型、迷路下型、全迷路型、迷路下岩尖型、岩尖型^[1],本例已非局限于某一类型的病变范围。手术前进行影像学检查十分必要,本例 CT 平扫显示大部分乳突、听小骨、骨迷路、岩骨破坏吸收;MRI 检查显示乙状窦、颈静脉球受压,颈内动脉膝部受累。大部分胆脂瘤的 MRI 检查特征是 T1WI 相为低密度信号,T2WI 相为高密度信号,增强检查显示不增强^[2],因此可以帮助评估病变范围以及性质^[3]。行螺旋 CT 扫描三维重建成像,还可以提供三维角度观察病变与重要结构的空间关系。

目前胆脂瘤治疗的理想目标是手术彻底切除胆脂瘤、规避或减少并发症^[4],但是也需要避免刻意追求全切,牵拉或刮伤重要血管和脑神经^[5]。因为本病例术前听力和面神经已经受损,所以术者采用了经迷路入路切除病灶,此径路既可以充分暴露乳鼓区,在磨除残余骨迷路和耳蜗结构之后,又可暴露岩尖区和颈内动脉^[6]。术中用显微剪小心剔除附着在乙状窦、颈内静脉球、颅底硬脑膜表面胆脂瘤上皮,而不粗暴使用刮勺,在清除包绕颈内动脉膝部的胆脂瘤时,尤须谨慎。并且始终保持在硬脑膜外进行操作,

避免挤压脑组织;保持面神经结构的完整性,避免术后面瘫加重。在处理内听道和岩尖区胆脂瘤时,易出现硬脑膜的破损、脑脊液溢出,术中应及时修补。因此本病例在围手术期及术后随访 3 个月内,没有出现面瘫加重、颅内感染和脑脊液耳漏等严重并发症。

参考文献:

[1] Omran A, De Denato G, Piccirillo E, et al. Petrous bone cholesteatoma: management and outcomes[J]. Laryngoscope, 2006, 116(4):619-626.

[2] 江波,孟俊非,陈应明. 颅底胆脂瘤的 MRI 特征[J]. 中华放射学杂志, 2004, 38(12):1294-1297.

[3] 杨军,吴皓,黄琦,等. 累及颞骨岩部胆脂瘤的临床分析[J]. 上海交通大学学报, 2007, 27(1):39-42.

[4] 林枫,王跃建,虞幼军,等. 巨大岩尖胆脂瘤诊治初探[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 23(16):734-735.

[5] 倪红斌,金伟,戴宇翔. 颅底胆脂瘤的诊断和治疗策略[J]. 临床神经外科杂志, 2011, 8(5):228-230.

[6] 叶放蕾,高佩,陈蓓. 9 例先天性岩尖部胆脂瘤临床分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(4):332-335.

(修回日期:2015-04-19)

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201506022

· 病案报道 ·

小下颌气管异物取出术 1 例

朱诗利,王江平,杜 真

(湖南省儿童医院 麻醉手术科,湖南 长沙 410007)

中图分类号:R768.4 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2015)06-0510-02

1 病例报告

患儿,男,2 岁 4 个月。因误咽葵瓜子后反复咳嗽 2 d 入院。入院前 2 d 吃葵瓜子时,突然出现剧烈呛咳,后出现咳嗽、平静时气促伴喉鸣,当地医院考虑支气管异物,转我院。体查:呼吸 35 次/min,体重 12 kg,小下颌,“鸟”型脸(图 1),口唇红润。双肺呼吸音粗,右侧呼吸音降低,可闻及干湿啰音。当地医

院胸片示:右侧支气管异物可能。入院诊断:①气管内异物;②支气管肺炎。

麻醉经过:给予心电监护,氯胺酮 20 mg、丙泊酚 20 mg,患儿入睡,面罩辅助通气无困难,顺苯磺酸阿曲库铵 0.6 mg 静推,并面罩吸入七氟烷。麻醉诱导完善,患儿自主呼吸消失后术者试置入喉镜,但患者张口受限(图 2),以 10 mm×100 mm 侧开式直达喉镜及英国 Timesco 喉镜(1#镜片)均难以置入口腔,1.5#及 1#喉罩均无法置入。持续面罩辅助通气,停用七氟烷及丙泊酚,患儿麻醉减浅,自主呼吸逐渐恢复。急请呼吸内科会诊,行柔性纤维支气管镜检查,见声门下气管隆突上一完整葵瓜子(图 3),确认

作者简介:朱诗利,女,硕士,主治医师。
通信作者:朱诗利,Email:zhushili1108@126.com

气管异物诊断。同时请口腔科会诊,确认小下颌畸形诊断。口腔科、耳鼻咽喉科及麻醉科医生讨论后决定,先拔除上唇部门齿,再尝试下镜;若下镜仍无法成功,则行气管切开取异物。向家属解释沟通后,家属同意该治疗方案。在会诊过程中患儿逐渐清醒,以丙泊酚 $2\text{ mg}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 静脉持续泵注维持镇静。确认手术方案后,静脉推注丙泊酚 20 mg ,面罩吸入七氟烷加深麻醉,保留自主呼吸。拔除上齿后,导入



图1 “鸟嘴”侧貌



图2 最大张口度

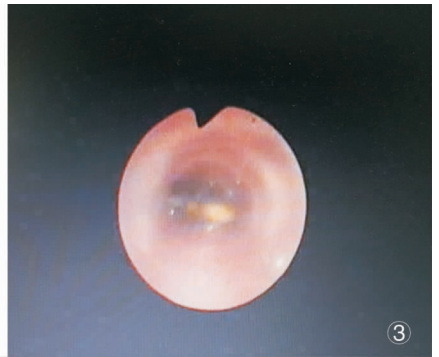


图3 纤维支气管镜检查

2 讨论

小下颌畸形患者口咽腔体积缩小,下颌肌群支持减少造成舌后坠,容易出现上呼吸道狭窄、阻塞。该疾病的麻醉风险主要为对此类疾病缺少认识,对插管困难估计不足,麻醉诱导时会出现面罩给氧困难、插管困难和麻醉后恢复期引起的低氧血症。术前评估十分重要,加强术前访视、客观估计插管难易程度并选择安全的插管方法是保证患者生命安全的有效措施。

气管异物的麻醉本身有其特殊性,麻醉诱导后并不是立即气管插管,而是由术者下镜取异物,手术结束后再行气管插管。该患儿在麻醉诱导前未检查张口度,麻醉完善后术者无法下镜才发现患儿张口困难,仅能通过面罩辅助通气。经多学科会诊,重新评估病情及气道条件,拔除上齿牙后才得以下镜成功,取出异物。手术完成后,仍无法完成气管插管,于是继续给患者面罩通气,直至清醒。本病例提示,只要保证患者的氧供,任何通气方式都是可取的,不一定非要气管插管或气管切开,要尽量选用对患者损伤最小、又安全有效的给氧方式。

总结我们的经验教训,对气管插管困难患者,术前评估是关键。平常工作中要加强困难气道知识的学习,要能准确的认识和处理困难气道,并建立困难

Storze 硬支气管镜(Size 3.5),见气管入口处黏膜充血肿胀明显,管腔内大量脓液,抽吸净脓液,见黑色异物。用异物钳夹住异物同支气管镜一并退出,取出一完整葵瓜子。术毕喉镜仍无法置入口腔,继续面罩辅助通气,直至患儿清醒,Aldrete 评分10分后送回病房。麻醉手术共历时 143 min ,患儿术中血氧饱和度(SpO_2)始终维持在90%以上,术后2 d出院,无并发症。

气道处理流程。解决困难气管插管的方法很多,常用的有普通喉镜清醒插管、盲探插管、慢诱导保留自主呼吸插管及纤维支气管镜插管^[1]等。近年随着新的插管工具和新技术的出现,方法越来越多,比如气管插管型喉罩^[2]、HC 可视喉镜配伍硬质支气管镜^[3]、观察用内镜^[4]、光棒联合直接喉镜^[5]、食管气管联合导管^[6]等插管。操作者根据患者实际情况选择自己最熟练的工具和方法,才能将风险降到最低。

参考文献:

- [1] 韩传宝,周钦海,刘存明,等.纤维支气管镜在困难气管插管中的应用[J].临床麻醉学杂志,2014,30(1):90-92.
- [2] 杨冬,邓晓明,佟世义,等. Cookgas 和 Fastrach 气管插管型喉罩用于预测困难气管插管的比较[J].中国医学科学院学报,2013,35(2):207-212.
- [3] 郝润中,周日华,敖强. HC 可视喉镜配伍硬质支气管镜于困难气管插管的临床应用[J].中华临床医师杂志(电子版),2013,7(24):11846-11847.
- [4] 王剑,赵喜林,王龙平. 观察用内窥镜在困难气道气管插管的应用[J].中国伤残医学,2013,21(6):186-187.
- [5] 陈英勒,李顺元,李群杰,等. 光棒联合直接喉镜在会厌囊肿手术麻醉中的应用[J].临床麻醉学杂志,2013,29(12):1227-1228.
- [6] 阮绪广,江伟航,程平瑞,等. 食管气管联合导管用于困难气道的临床观察[J].临床麻醉学杂志,2012,28(1):85-86.

(修回日期:2015-08-10)