维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol.13, No.1

·经验交流·

侧卧位成功气管插管的体会

Experience in successful tracheal cannulation in patients in lateral position

顾健腾，鲁开智，陶国才
（第三军医大学附属西南医院麻醉科，重庆 400038）

[关键词] 气管插管；侧卧位
[中图分类号] R614.24 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0032-02

一般情况下行气管插管术，患者处于仰卧状态，非仰卧位下施行全麻诱导及气管插管比较少见，且存在一定困难和风险。1999至2003年，我院共实施了16例侧卧位气管插管术，均获得成功。现将侧卧位成功气管插管的体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

16例中，男7例，女9例。年龄22～45岁。ASA Ⅱ-Ⅲ级。其中硬膜外阻滞的侧卧位手术由于麻醉效果欠佳而改为全麻的6例，均为一侧肾脏或腰椎手术；腰背损伤不能仰卧的10例，10例患者中火器伤4例，烧伤3例，锐器伤3例。16例中9例为择期手术，其余7例为急诊手术。

1.2 方法

硬膜外阻滞的侧卧位手术，手术切皮时效果尚可，但术中病人主诉疼痛，同时肌肉紧张，虽给氟芬合剂等辅助药物，效果仍不好，手术无法进行，在保持手术体位不变的情况下，临时改行全麻。腰背损伤不能仰卧者，术前30 min肌注阿托品0.5 mg或东莨菪碱0.3 mg，苯巴比妥0.1 g，依病情选左或右侧卧位，用枕头使头部保持正位并妥善固定，建立静脉通道，接通血压（BP）、心率（HR）、血氧饱和度（SpO_2）以及呼末二氧化碳浓度（$EtCO_2$）监护装置。16例手术根据诱导插管方法分为两组。Ⅰ组8例，其中择期手术5例，急诊手术3例，均选用快诱导经口明视气管插管。诱导用药：氟芬合剂0.5～1 U，咪唑安定2～4 mg，芬太尼0.1～0.2 mg，2.5%硫喷妥钠8～15 ml，氯化琥珀胆碱100 mg（烧伤患者用维库溴铵4 mg）。气管插管后继以持续吸入笑气/氧气（2:3）维持麻醉，间断静脉推注芬太尼和维库溴铵，给于镇痛和肌松，固定患者于手术体位。Ⅱ组8例，其中择期手术4例，急诊手术4例，均为慢诱导经口明视气管插管。该组经环甲膜穿刺注射1%丁卡因2 ml，口咽喷雾1%丁卡因使舌、咽、喉表面麻醉，静脉推注氟芬合剂0.5～1 U，咪唑安定2～4 mg后，行气管插管术，插管后立即静注氯化琥珀胆碱100 mg（烧伤患者用维库溴铵4 mg），继以持续吸入笑气/氧气（2:3）维持麻醉，间断静脉推注芬太尼和维库溴铵，固定患者于手术体位。

[收稿日期] 2003-10-20 [修回日期] 2004-01-08

2 结果

两种麻醉诱导气管插管方法与仰卧位下的操作基本一致，两组的BP、HR、SpO_2以及$EtCO_2$无明显差异。Ⅰ组诱导插管期间发生胃内容物反流2例，经及时处理后均未发生误吸；Ⅱ组无胃内容物反流发生。两组各有1例插管困难，但经2或3次再插均成功，无其他意外。

3 讨论

侧卧位下行气管插管虽存在一定困难和危险性，但只要操作得当，还是切实可行的。为保证侧卧位气管插管的成功，我们有如下几点体会：①插管前必须常规对病人是否存在“困难插管”的异常情况做出明确判断，若存在短颈、小口、小下颌等情况，一般采用清醒插管，避免快诱导经口明视插管，务必以防止缺氧过久为前提；②选择恰当的体位，宜尽量选择右侧卧位，可避免胃体受腹内脏器挤压致胃内压力升高，而且根据右支气管短、粗、直等特点，一旦发生误吸，右支气管多受累，右侧卧位可保持左肺有效通气和引流，有利于重建通气道和支气管冲洗[1]；③分析侧卧位下气管插管困难的原因，尽量避免因插管困难而导致并发症。侧卧位全麻诱导气管插管易发生插管困难，其原因包括：侧卧位时头部不易与身体保持正位，造成声门暴露困难；置入喉镜窥视声门和气管插管操作空间狭小；此类病例少见，体位特殊造成操作不顺手、不熟练。以上因素可在气管插管时造成口唇、牙齿和咽喉部的损伤；④充分暴露声门，使其头部与身体保持正位并后仰是暴露声门的关键。侧卧位时，头部不易与身体保持正位，口、咽、喉三轴线不在同一平面，镜片远端难于抵达会厌谷底，会厌不能翘起，声门无法暴露。侧卧位尤其右侧卧位时，窥视声门、气管插管的空间狭小，可使患者头部稍伸出床头，并后仰可解决。⑤控制胃内容物反流，避免误吸的发生。全麻患者因术前用药及麻醉诱导用药对胃内压及食管下段括约肌功能造成影响[2,3]，使贲门的特殊关闭功能被削弱，加之侧卧位腹内压力增高及胃食管连接部位高于口咽部，胃内容物反流机会增多，尤其是左侧卧位时腹内脏器压迫胃体，使胃内压增高更易发生反流[4]。尽管侧卧位时反流液易于流出口腔，如能及时发现处理，误吸机会不会增加，但仍

维普资讯 http://www.cqvip.com

有潜在误吸及其所致呼吸意外的危险，应尽量完善术前准备，可适当选用 H_2 受体阻滞剂，以提高胃液 pH 值，减少胃液量。同时，做好随时准备处理麻醉意外。⑥充分表面麻醉下选清醒慢诱导气管插管为宜。因为清醒时胃内压无明显升高，自身调解功能存在，且慢诱导用药对引起反流机制影响小，不易发生反流。Ⅱ组8例中，无一例发生反流。即使出现反流，患者的吞咽功能存在，也不致发生误吸。在充分的表面麻醉下，患者能与麻醉医师充分配合，有利于气管插管。⑦防止因侧卧体位管理不善而导致的并发症。患者在体位不稳定的侧卧位下接受麻醉诱导，有可能造成肢体扭伤、挫伤、关节脱位以及摔伤等，应予以重视。

[参考文献]

[1] 徐建青. 气管插管困难的识别和处理[J]. 国外医学·麻醉与复苏分册，1993，14(1)：41.
[2] 潘建辉，李 恒. 食管下段括约肌张力监测在麻醉中的意义[J]. 国外医学·麻醉与复苏分册，1989，10(3)：158.
[3] 陈仲清. 食管下段收缩与麻醉深度[J]. 国外医学麻醉与复苏分册，1989，10(5)：308.
[4] 刘俊杰，赵 俊. 现代麻醉学[M]. 北京：人民卫生出版社，1992. 397.

(编辑：左艳芳)

102例急救老年颅脑外伤的相关性护理分析

Nursing analysis of the correlation in first aid of the elderly patients with injuries of skull and brain: a report of 102 cases

陈淑芳，魏 娜
(第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所急诊科，重庆 400042)

[关键词] 急救；颅脑外伤；护理分析
[中图分类号] R651.15 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0033-02

随着社会老龄化趋势，老年人颅脑外伤也有所增多，因其年老体弱，伤情严重，并发症多，死亡率也较高。因此，对老年颅脑外伤的救治和预防日渐受到医务者重视，为提高老年的生存和生活质量，减少发生率，是护理界研究的课题。本文对我科1996年至2001年102例60岁以上老年颅脑外伤患者急救护理分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组102例中，男性65例，女性37例，男：女为1:1.17。年龄60~69岁52例，70~79岁43例，80岁以上7例，平均为67.5岁。车祸伤51例，摔伤39例，坠落伤7例，暴力打击伤4例，坠床伤1例。

1.2 受伤类型

经急救处理后均行急诊头颅CT检查证实，脑挫裂伤28例，轻型颅脑损伤3例，硬膜外血肿36例，硬膜下血肿27例，开放性颅脑损伤8例。伤后就诊时间为20 min至2 h，平均30 min。

2 结果

本组经急诊救治后，84例住院治疗痊愈；11例来院就诊时因受伤时间长，伤情严重，并发症多，经急诊科抢救无效死亡，死亡率10.8%；4例因伤情较轻，急诊留观治疗4 d后出院；其余3例自动出院。

[收稿日期] 2003-06-20 [修回日期] 2003-11-15

3 讨论

3.1 老年颅脑外伤死亡原因分析

老年颅脑外伤死亡原因有以下几点：①老年人受颅脑挫伤和颅内血肿后，突发引起急性颅内压增高；②老年人受颅脑外伤后，发生急性脑血流异常者比青壮年多4~5倍[1]，而老年人颅脑外伤后致脑血流明显降低，是死亡率增高的原因；③由于老年人生理功能的减退，全身抵抗力差，受伤后容易并发其它器官功能障碍；④老年人本身动脉硬化，脑外伤可以引起大片脑梗死，继而广泛脑水肿致颅内压增高。

3.2 老年颅脑外伤后加重病情的原因

老年颅脑外伤后加重病情的原因可能有以下几点因素：①由于老年患者的器官功能减退，对外力防御和应变能力差，即使较轻的外力作用，也可导致老年人颅脑的损伤[2]；②老年人颅骨钙质沉着多，弹性低，受外伤后易发生骨折；③老年人患有高血压，动脉硬化者较多，颅脑外伤后，可并发脑出血；④老年人因脑萎缩，桥静脉张力较大，外伤后，脑移位易造成桥静脉损伤，引起蛛网膜下腔出血。

3.3 急救护理注意的问题

3.3.1 护士首先保持病人呼吸道通畅 给予吸痰、吸氧，有呼吸抑制者，应立即行气管插管，用呼吸机辅助呼吸，及时改善缺氧预防脑组织损害，是急救老年颅脑外伤的重要措施之一。本组102例急救中，6例为颅底骨折伴有大量出血，我们在急救