维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 2 期总第 22 期

40 例支撑喉镜下声带肿物摘除术的麻醉体会

浙江省杭州市解放军第四七五医院麻醉科 陈美哥 陈花根

（浙江杭州，邮政编码 310004）

我院自 1995 年以来，在气管插管，静脉复合，吸入全麻下施行支撑喉镜声带息肉、囊肿摘除术、取得较好效果，现将资料完整的 40 例临床分析报告如下：

一、资料与方法：本组男 35 例、女 5 例，年龄 6～65 岁，其中声带囊肿 8 例，息肉 32 例，手术历时 5～20 分钟，平均 15 分钟。方法为术前用药：安定 0.1mg/kg，阿托品 0.01mg/kg 术前半小时肌注。诱导用药：安定 0.4mg/kg，芬太尼 0.006mg/kg，司克林 2mg/kg，静脉推注，等病人呼吸消失后，快速气管插管，导管号码选择，成人为 5.0～6.5mm，小儿 5.0mm 以下，插管后静脉中滴入 1%普鲁卡因 100ml＋司可林 100mg，气管内吸入安氟醚或异氟醚。手术开始时立即静脉中推注芬太尼 0.1mg。另有 30 例病人麻醉维持期改用异丙酚静脉推注，首次剂量为 1mg/kg，以后每隔 5 分钟静推 0.5mg/kg。

二、讨论：①此手术以往在局麻下进行，由于手术刺激大，患者术中挣扎、燥动，伴有窒息感，非常痛苦，由于局麻镇痛不全，使术后并发症增加，如咽喉水肿，声音嘶哑时有发生，由于不能充分暴露声门，势必带来手术不彻底，极易复发。②施行气管插管全麻后，以上弊端均加以克服。但由于手术刺激大，时间短，掌握好麻醉药用量和控制麻醉深度对麻醉医生来说是至关重要的。在放置支撑喉镜暴露声门时，刺激性最强，如果麻醉没有足够深度，病人咽喉部反射仍存在就极易造成喉头水肿，势必影响术中呼吸恢复和苏醒，因此我们麻醉控制必须较深、减少反射。手术一般在 5～15 分钟之间完成，我们要紧密配合手术医生，确保手术野清晰，减少气管导管对气管壁的摩擦，要选择较细的气管导管，一般在 5～6.5mm 之间，导管细气道阻力增加，造成缺 O_2 和 CO_2 蓄积，必须进行控制呼吸，氧气流量增加 10%～20%左右，有条件时用呼吸机高频正压通气较好，维持指脉血氧饱和度 95%以上。而手术结束，自发呼吸恢复后，一定要严密观察，由于气道阻力增加，加上手术野血液渗出。可以造成通气障碍，仍会出现缺 O_2 和 CO_2 蓄积并发症。术毕必要时辅助呼吸，以尽快让病人苏醒，拔去气管导管。我们在麻醉中也曾发现导管未拔去，指脉氧饱和度一直低于 95%，而一旦拔去导管，病人呼吸通畅、氧饱和度恢复正常。为预防术后声门、咽喉部水肿，常规应用地塞米松 10mg、静脉推注、于插管后应用。③初期此手术麻醉维持以芬太尼和安、异氟醚吸入辅助、静脉中滴注肌松剂、麻醉深度足以进行手术，但由于病人个体差异较大，用药量难以控制，往往麻醉太深，术后苏醒延长。现在我们对手术时间短的病人在麻醉维持期以异丙酚静脉推注，手术结束，病人可以在 5 分钟左右苏醒，无任何并发症。

（收稿日期：1996－10－29）

气管插管术抢救新生儿窒息 90 例体会

鞍钢立山医院婴儿室 张 茵 付宜新

（辽宁鞍山，邮政编码 114032）

新生儿窒息是新生儿常见急症，其死亡率高，必须引起重视。自 1988 年～1995 年间我们采用气管插管术抢救新生儿窒息 90 例，治愈率达 91.1%。现结合病案将抢救体会进行回顾性总结报告。

资料与方法

一、一般资料：第 1 胎 84 例、第 2 胎 6 例；胎龄：未足月 6 例、足月 78 例、过期妊娠 6 例；出生体重：＜2500g12 例、2500g～3999g75 例、≥4000g3 例。

二、娩出方式：正常产 22 例、侧切产 36 例（其中臀助产 5 例）、胎头吸引术 9 例、产钳术 10 例、剖宫产 13 例。

三、窒息分类：轻度窒息 68 例、重度窒息 22 例。

四、抢救方法

1. 气管插管术：备 0 号或 1 号喉镜片，选一根内径 2.5～3.5mm 气管导管，再备比此管略粗和略细导管各一根。病儿平卧、头后仰，左手把喉镜片送入口内，顶端置于会厌谷，以 45°角上提，把舌根和相连的会厌挑离声门暴露声门口，将导管沿右侧经声门插入气管内，入声门下 2cm 左右。气管内抽吸负压 100～150cmH_2O，抽吸时因吸引管会阻塞气管导管，故每次吸引不要超过 10 秒。若为重度窒息，经气管插管吸净粘液后，应加压给氧，每分钟 30 次左右，压力开始为 20～30cmH_2O（1.96～2.94kPa），以后减到 15～