维普资讯 http://www.cqvip.com

·教学研究·

提高麻醉系实习医生对"特殊"气道处理的认识

Increase cognition an intern of anaesthesiology for air duct treated

朱秋峰,袁红斌,蒋京京,叶军青,石学银,王来根 (第二军医大学附属长征医院麻醉学教研室,上海 200003)

[关键词]全身麻醉;困难气道;实习医生
[中图分类号]R614.2 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)06-0398-01

随着现代外科手术的发展,全麻的比例日益增多,困难气道的处理已经引起了临床麻醉医生的高度关注和重视,建立通畅气道已成各种临床场合必不可少的常规技术[1-3]。为了提高麻醉系实习医生对困难气道处理的认识,提高他们解决实际问题的能力,对31位麻醉系实习医生分三部分进行了专门培训。

1 理论培训

讲述重视困难气道的重要性和困难气道处理程序和方法。结合相对应的典型临床实例,实施传授经验,讨论问题和教训。以ASA困难气道处理指南为重点内容,主要分三个方面。

1.1 困难插管的预测

气道管理困难包括面罩通气困难、喉镜窥视困难和气管内插管困难三种情况。面罩通气困难指用100%氧对患者进行面罩正压通气时,如果没有其他人帮助,无法使麻醉前SpO_2大于90%。喉镜窥视困难指用常规喉镜无法窥视到声带的任何部分。气管内插管困难指因发育畸形或疾病、创伤引起的解剖变异而不能完全显露声门的气管内插管过程。

1.2 气管插管的条件指针

气管插管的主要指征有:①张口度(成人最大张口时上下门齿间的距离)。②颈部后仰度(仰卧位下作最大限度仰颈,上门齿前端至枕骨粗隆连线与身体纵轴线相交的角度)。③甲颏间距(成人颈部完全伸展时甲状软骨切迹至颏凸的距离)。④下颌骨水平长度(指从下颌角至颏凸的长度)。

1.3 气管插管困难的处理

气管插管困难的处理对于无插管把握的病人,原则上不应采用全麻诱导,特别在诱导期不能使用肌松药。给予轻度药物镇静,并进行咽喉部粘膜表面麻醉,保持病人能正确应答和自主呼吸状态。妥善完成气管插管后再进行麻醉诱导。具体方法:①经鼻盲探插管;②经口盲探插管;③光索引导法;④导引管引导法即气管导管更换器(Tracheal Tube Exchanger)[2];⑤喉罩引导法;⑥纤维支气管镜(FB)引导法;⑦逆行气管插管;⑧食管封闭法;⑨联合导气管。

2 临床实践

从术前访视到制订处理方案,再到临床实践进行整个过程的实践和跟踪随访。通过对近两年麻醉系实习医生的考核中发现,31位参加考核的实习医生有超过70%对困难气道的处理程序和方法不熟悉,究其原因有两方面,一是教学大纲中只规定要了解三种困难插管的方法,未作其他进一步的要求,造成带教医生和实习医生放松要求;二是临床实践中许多困难气道的处理由带教老师完成,实习医生参与较少,造成实践经验少而缺乏。

3 临床考核

在考核中我们也发现实习医生对困难气道处理认识不足主要存在以下两个主要方面:①气道评估是预测患者是否困难插管的重要步骤和方法,因此术前获得患者困难插管史等相关情况是非常必要的。在这方面,绝大多数实习医生常忽略决定是否困难插管的重要方面:颈椎活动度、小颏症、巨舌症、短颈、病态肥胖、气道受压情况。②困难气道处理程序和方法。为检验教学实施效果,在这次培训和临床实践2个月后进行了考核,考核包括理论考核和临床病例分析。通过对2000级13名实习医生和2001级18名实习医生在培训前后考核结果可以看出,合格率由培训前的30%和33%分别提高到90.9%和94.4%,优秀率则从7.7%和5.5%分别提高到46.1%和44.4%,效果非常明显。在以后临床实践带教中,我们也观察实习医生对困难气道的认识和处理能力明显提高。

对困难气管插管的处理不仅为临床麻醉医生所重视,而且也应纳入麻醉实习医生的教学内容并予以高度重视。通过麻醉前的临床检查和评估,多数插管困难者可早期发现,但少数临床检查正常的病人仍可发生插管困难。应随时准备处理潜在性插管困难。实践证明通过培训和教学收到良好的效果。实习生关于"特殊"气道处理的教学是麻醉学教育的重点之一,专门系统的培训有益于提高他们解决实际问题的能力。

[参考文献]

[1] 王韶亮,葛衡江.外科医师麻醉科轮转带教体会[J].局解手术学杂志,2005,14(6):408.
[2] 姜 虹,朱也森,张志愿.四种插管技术解决气道困难的比较研究[J].中国口腔颌面外科杂志,2003,1(1):26.
[3] 苏 东,聂发传.麻醉科定点学习教学体会[J].局解手术学杂志,2003,12(5):367-368.

[收稿日期]2006-01-10 [修回日期]2006-05-12

(编辑:张天飞)