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～

维普资讯 http://www.cqvip.com

20cmH_2O (1.47～1.96kPa) 以防肺泡破裂[1]。若呼吸末见改善，应检查双侧胸廓是否见到充气运动。若双侧均未见到，提示插管进入食道或双侧性气胸；如单侧未见充气运动，则揭示插管过深，而入一侧主要气管或单侧气胸或膈疝。

2. 其它方法：气管插管吸痰后加压给氧 88 例、一般方法吸氧 2 例；VK 肌注 45 例，重酉脐静脉注射 38 例；心内注射“小三联”1 例。

疗效分析

本文以采用吸痰管吸痰、吸氧法 69 例做为对照组，比较如下，见附表。

附表　两组评分及有效率比较

	插管组				对照组			
评分	0～3 分(例)	4～7 分(例)	8～10 分(例)	总数	0～3 分(例)	4～7 分(例)	8～10 分(例)	总数
1 分钟	22	68	0	90	6	63	0	69
5 分钟	3	18	69	90	2	25	42	69
有效率(%)	86.36	73.53			66.67	60.32		

10 分钟后 APgar 升至 8～10 分者：插管组：15 例、对照组 1 例。

讨论与体会

一、关于新生儿窒息的诊断和病因：凡新生儿娩出 1 分钟仅有心跳而无呼吸或未建立规则呼吸的缺氧状态，称为新生儿窒息。其发生病因主要是胎儿窘迫延续、呼吸中枢抑制或损害，其次因呼吸道阻塞及宫内肺炎、膈疝等。根据窒息程度临床分为轻度和重度窒息，现普遍采用 Apgar 评分判定，总分 0～3 分为重度窒息、4～7 分为轻度窒息、8～10 分基本正常。

二、新生儿窒息的几种抢救方法比较：新生儿需行心肺复苏者，大多数首先是呼吸停止，心搏停止是继发缺氧所致，因此复苏重点为保持气道通畅及充分供氧。

1. 清理呼吸道：有吸痰管及咽喉镜插管法两种。前者为盲目操作，且气管深部粘稠液体不能吸出；后者直视下操作，且能确保粘稠混合物及时吸出。

2. 人工呼吸：有托背法、弯膝压腹人工呼吸法、人工口对口呼吸法及气管内插管人工呼吸法等。前三种方法均不能做到有效吸净气管内粘液和加压给氧，通常适用于轻度窒息，弯膝压腹法还容易造成内脏损伤出血，已弃用。

3. 气管插管抢救新生儿的优点：新生儿复苏之成败与时间密切相关，呼吸停止延长 1 分钟，则恢复规则呼吸可迟 10 分钟。多数学者(Souzu，Low，Kenneth 等)发现 Apgar 评分 0～3 分严重的窒息儿，如能在 5 分钟或 5 分钟以内恢复心率后建立呼吸则大多数均发育成正常儿。Apgar 评分 0～3 分超过 15 或 20 分钟则几乎全部出现智力低下、抽搐及癫痫大发作等[2]。故对新生儿复苏需分秒必争。凡已清除口、鼻、咽部粘液心率仍慢，肌张力松驰，或虽有呼吸动作，胸腹部动作不协调，或肋间、剑突凹陷，则可能有粘液阻塞于气管深处，应立即气管插管吸痰给氧或加压给氧。如见患儿肤色转红、自主呼吸建立，心率达每钟 100 次以上，应拔出气管导管，按一般方法给氧。失败者见于：大量胎粪吸入无法清除；宫内肺炎伴渗出液机化；两侧性大膈疝伴肺发育不全或先天性肺腺囊肿。

笔者体会，气管内插管术简单易于掌握，可迅速而有效地吸出呼吸道内阻塞物和充分供氧，并能在良好通气的前提下应用重曹纠正酸中毒，使窒息儿的血流缺氧、碳酸增多及酸中毒迅速得以纠正。因此，为使新生儿乏氧尽快得以改善，建议适当放宽插管指征。

参考文献

1. 王淑贞，等　实用妇产科学，第 1 版，北京：人民卫生出版社　1991：474.
2. 王传文，等．围产期窒息对小儿发育的影响，实用妇科与产科杂志　1986；2(6)：296.

(收稿日期：1996－06－25)

自制气垫式压力器在气管内全麻中的应用

佳木斯医学院第一附属医院麻醉科　赵吉荣　李泰华　辛险峰　唐　影　王桂芹
(黑龙江佳木斯，邮政编码 154002)

气管内全麻诱导时，在用面罩正压吹氧过程中为抑制高压气流进入胃肠道，减少并发症，以往需医护人员协助麻醉师按压胃部，或环状软骨。我们采用自制气垫式压力器，在气管内全麻获得满意效果。