维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 1 期总第 21 期

从 196 例纤维喉镜检查术看一种切实有效的麻醉方法

辽宁省营口市戏曲学校卫生所 英丽君

（辽宁营口，邮政编码 115000）

纤维喉镜是近年发展起来的耳鼻喉科需用的临床检查器械之一，但据文献报告的麻醉方法检查或手术宜在短时间内完成，否则会引起干咳，恶心等导致手术失败或检查不完全彻底，特别在一些较复杂的病例上，更显得力不从心。自从应用纤维喉镜检查患者 196 例，由于在麻醉方面采取了切实有效的方法，使情况大大改观，取得了良好的效果。

临床资料：①检查病人 196 例，计男 145 例，女 51 例，年龄最小 19 岁，最大 75 岁，35～60 岁居多。②一般于镜前 4 小时禁食水，前半小时应用鲁米那 0.1 及阿托品 0.5mg 肌注，术后禁声 1 至 2 周。③取 60 例喉息肉及声带小结手术计时，最短 3 分钟，最长 42 分钟，平均 17 分钟。④此 196 例中摘除喉息肉及声带小结 103 例，检出喉癌 13 例，鼻咽癌 4 例，喉乳头状癌 1 例，喉白斑及中重非典型增生 18 例。

麻醉方法：①从 196 例病人中，除 1 人地卡因过敏，采用利多卡因表麻外，其余 195 例麻药采用 1%地卡因，用前均作试敏。②首先口咽部喷药 2 次，每次含 3～5 分钟后吐出。③取 2 支棉拭子各沾取 1%地卡因 1ml，分别或同时插入病人双侧梨状窝，保留 5 分钟后取出，如经鼻经路者，在取出前，选择较宽敞侧鼻腔喷药一次。④在间接喉镜下，喉部滴药 2 次，每次 0.5ml，滴药时注意使麻药从会厌喉面流过。⑤一般病人此时用药量约 3ml，特别敏感者可揣入喉镜后，于喉镜滴药管，追加滴注适量。

讨 论

一、喉部的感觉神经主要是喉上神经的喉内支，它在喉上动脉的上方，约距甲状软骨上前方及甲状软骨翼板上缘各 1cm 处穿过甲状舌骨膜进入喉内，分为上支和下支，分布于喉前庭的前外侧壁、舌会厌皱襞、杓会厌皱襞杓间区及喉室粘膜等部分，经纤维喉镜手术或检查的成败，关键在于此，本文麻醉所用的棉拭子插入梨状窝，正好与喉上神经喉内支的入喉部位及其分布区域相接触，从而直到了较好的喉部感觉神经的麻醉作用。在观察喉部感觉神经隐蔽病变极有意义，棉拭子置 5 分后即取出。使麻药只是部分吸收，减少了用药量，以免过量致中毒发生。经间接喉镜下滴药，进一步加强麻醉作用使手术得以从容进行，检查时能够详细全面，尽量减少遗漏病变的机会。

二、鼻腔及喉腔均与迷走神经有联系，可通过延髓迷走神经核及附近的植物神经中枢、呼吸、循环中枢，由迷走神经心阻抑纤维传出而作用于心脏，这些神经纤维，有的通过深部组织，不受表麻影响，当纤维喉锐插入时，这些神经纤维可受到刺激，引起心血管反射，重者可致窦房结停搏、呼吸抑制导致死亡，因此我们提倡镜检前常规应用阿托品。

三、纤维喉镜或支气管镜经鼻还是经口途径何者为佳，各家纷说不一，国内多采用经鼻经路，国外多采用口径路，有专家报告径口径较短，易于暴露喉腔，途径宽敞镜面污染少，病人痛苦也少，但径口途径，镜体与患者舌部接触较紧，本身易对病人引起刺激，加之检查或手术较长时间时，其舌部难免活动或抬高，从而影响镜体活动的灵活性，我们认为，路径的选择上各有利弊，应因人因病而宜为好，如鼻腔过于狭窄即应用径口途径等。

（本文承蒙中国医大杨式麟教授指导与营口市人民医院耳鼻喉科李秀芳教授等专家审阅，在此一并感谢）

（收稿日期：1996—08—08）