维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2003)06-0832-01

气管插管引起杓状软骨脱位 2 例

曹 宇,刘丹彦

(重庆医科大学临床学院麻醉科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R767.8 【文献标识码】B 【收稿日期】2003-04-16

1 临床资料

病例 1:女,45 岁,诊断胆囊结石,选择气管内全身麻醉,行腹腔镜胆囊切除术。以咪唑安定 6mg,维库溴铵 6mg,芬太尼 0.2mg 快速诱导后,喉镜显露良好,Cormack and Lehane 分级 1 级,气管插管 1 次成功(导管内径为 8.0mm)。插管后患者取平卧右侧头位麻醉总时间 2h。术后第 3 天出现声嘶,请耳鼻喉科会诊,间接喉镜下见左声带固定于旁正中位,声门闭合不全。诊断为左杓状软骨脱位。经 2 次杓状软骨拨动术后,发音明显好转。

病例 2:男,47 岁,诊断为胰腺假性囊肿,2 型糖尿病,选择气管内全身麻醉,行胰腺假性囊肿空肠吻合术。以咪唑安定 7mg,维库溴铵 6mg,芬太尼 0.2mg 快速诱导后,喉镜显露良好,Cormack and Lehane 分级 1 级,气管插管一次成功(导管内径为 8.0mm)。插管后患者取平卧右侧头位麻醉总时间 5h。患者清醒后诉咽喉疼痛,声嘶。11 天后请耳鼻喉科会诊,间接喉镜下见左侧声带充血,水肿,运动差。诊断左杓状软骨脱位。经 4 次杓状软骨拨动术后,发音有所好转,后子吸入雾化剂治疗 1 月,基本痊愈。

2 讨 论

杓状软骨脱位以往认为是气管插管术罕见的并发症。但近年来,随着全麻比率和呼吸机运用的增加,文献报道的气管插管致杓状软骨脱位病例逐年增多。本文 2 例术前均无咽喉部不适症状,术后均以声嘶为主要表现,经间接喉镜诊断为左杓状软骨脱位。与文献报道杓状软骨脱位多发生于左侧相符。分析其原因可能有:(1)喉镜显露声门,过度上提喉镜,使杓会厌褶襞扩张,同时使杓状软骨向上、外牵引,易于使左侧杓状软骨脱位;(2)气管插管时喉镜片置入过深直接触及杓状软骨并向前挑动;(3)操作者在寻求声门裂隙时导管尖端或管芯直接顶撞杓状软骨而致脱位。对于杓状软骨脱位,应以预防为主。首先,应严格遵守操作规程,避免过度上提喉镜、过度头后仰,避免镜片插入过深或粗暴操作。其次,需选择大小适宜的气管导管和准确判断插管时的麻醉深度,避免插管引起的呛咳、吞咽。另外,须强调,一旦发生术后声嘶,应积极明确诊断,并尽早施行杓状软骨拨动术,避免因延误治疗造成关节纤维化及声带固定于不恰当位置而难以复位。

作者介绍:曹 宇(1978-),男,重庆医科大学 97 级七年制学生,主要研究方向:麻醉。