DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.13.001
第25卷第13期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 13
2003年7月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jul. 2003

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)13-封2-01

急诊手术麻醉呼吸道管理中喉罩的应用

Application of laryngeal mask for respiratory management under anaesthesia during emergency operation

楚 军[1],聂发传[2],孙 澈[1],文 亮[1] (第三军医大学附属西南医院:[1]急救部;[2]麻醉科,重庆 400038)

近期我科在急诊手术中用喉罩(Laryngeal mask, LMA)行全身麻醉的呼吸道管理34例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

34例急诊手术病人中男20例,女14例。年龄18~60岁,急性病情发作前均无严重心血管疾患。手术种类:开颅探查、颅内血肿清除术6例,胸部刀伤探察6例,腹部刀伤探察8例,四肢骨折及软组织外伤内固定、清创术14例。LMA通气时间40~215 min。

1.2 方法

麻醉前常规肌注阿托品、苯巴比妥钠或安定。面罩给氧去氮后静脉注射芬太尼0.2 mg、安定0.2 mg/kg、琥珀胆碱2 mg/kg诱导麻醉,肌松充分后将LMA沿硬腭表面轻轻插至适当深度,确定不漏气后固定导管行控制呼吸,潮气量8~10 mg/kg,频率12次/min,吸呼比1∶2,术中吸入50%笑气+1%~2%安氟醚维持麻醉,间断静注维库溴胺维持肌松。麻醉中连续监测HR、NBP、ECG、SpO_2和气道峰压(LMA组)。抽取条件相当的20例急诊手术气管插管(TT组)控制呼吸者对比观察。

2 结果

34例急诊手术病人中应用LMA4号的28例,3号6例;不用喉镜直接恰当置入26例,借助喉镜置入8例;1次置罩成功25例,两次以上调整后方位置适当者9例。置LMA前后血流动力学变化(与气管内插管TT比较)见表1。组内各对应值行配对t检验,组间各对应值行未配对t检验。

表1 置入喉罩前后血流动力学变化($\bar{x}\pm s$)

病人分组	n	收缩压(P/kPa)	舒张压(P/kPa)	心率(/min)	SpO_2(%)
LMA组	34				
应用前		15.7±2.6	11.3±1.7	88±9.8	98±0.8(纯氧面罩)
应用后		17.2±2.8*	11.9±2.1	94±12.5*	98±1.2(50%氧)
TT组	20				
应用前		16.1±2.4	11.7±1.9	87±11.8	98±1.0(纯氧面罩)
应用后		20.8±3.7△	13.5±2.3△	106±13.9△	98±0.6(50%氧)

*:$P<0.01$与LMA应用前相比;△:$P<0.01$与LMA组对应值相比

作者简介:楚 军(1965-),男,云南省个旧市人,硕士,主治医师,主要从事危重病及创伤方面的研究。电话:(023)65343528

收稿日期:2003-03-13;修回日期:2003-05-16

3 讨论

喉罩气道管理技术进入临床应用已有20年历史。与面罩相比,喉罩能更好地保持呼吸道通畅,使麻醉医师解放双手并减少疲劳;与气管内插管相比,放置喉罩时可不用肌松,不要喉镜,置入时对心血管系统刺激小,而且喉罩置入操作简单易学,不会造成TT所引起的声门、气管内损伤,因此在紧急状态下应用喉罩气道管理有其独特的优势[1]。在一些气管内困难插管患者常能顺利置入喉罩,因此喉罩应用于急救控制呼吸时非常实用。

当然,喉罩的使用有一些需要注意的问题。喉罩成本价格远高于普通导管,常需多次应用,使用前应仔细进行消毒,并检查其气垫是否漏气,检查时充气容量宜略大于推荐使用容量;喉罩周经较大,插入前应先将其凹面朝向略加压,在背面涂上润滑油剂减少咽喉粘膜擦伤。尽管很多情况下在镇静下不需肌松即可插入喉罩,满意的肌松和足够的麻醉深度仍更有利于操作和进一步减小应激反应[2]。

LMA的适用范围尚无权威性结论。一般认为喉罩并不插入气管,故不能绝对保证气管和食管隔开,有可能发生反流误吸,因此饱胃者、肠梗阻病人不宜采用LMA;胸腔手术需定期高压力扩张双肺,可致漏气以及吸痰困难,最好不用LMA,如需应用最好先插入胃管引流[3]。由于喉罩内口的隔栅阻挡,清除呼吸道分泌物不如器官插管方便,应待病人基本清醒后再拔除LMA。有报道少数病人出现会厌下卷盖住罩口,造成通气不畅,现在有新型的带不锈钢导引器的喉罩已很好地解决了这一问题[4]。

关键词:喉罩;急诊手术;麻醉
中图法分类号:R614 文献标识码:B

参考文献:

[1] Mark D A. Protection from aspiration with the LMA-ProSeal(TM) after vomiting: a case report[J]. Can J Anaesth, 2003, 50(1): 78-80.
[2] Tanaka M, Nishikawa T. Propofol requirement for insertion of cuffed oropharyngeal airway versus laryngeal mask airway with and without fentanyl: a dose-finding study[J]. Br J Anaesth, 2003, 90(1): 14-20.
[3] Villeret I, Laffon M, Duchalais A, *et al*. Incidence of postoperative nausea and vomiting in paediatric ambulatory surgery[J]. Paediatr Anaesth, 2002, 12(8): 712-717.
[4] Bogetz M S. Using the laryngeal mask airway to manage the difficult airway [J]. Anesthesiol Clin North America, 2002, 20(4): 863-870.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net