

急诊直视法气管插管术 90 例临床分析

金迪文, 黄 艳, 邓燕连, 范建兵

(长沙市第四医院急诊科, 湖南 长沙 421000)

摘 要: **目的** 分析探讨急诊直视法气管插管术的临床经验体会。 **方法** 通过对 2009 年 7 月~2011 年 7 月危重症患者实施急诊气管插管 90 例的临床资料进行分析, 总结实施急诊直视法气管插管术的临床经验。 **结果** 90 例患者经急诊直视下气管插管抢救, 插管成功 87 例, 成功率 96%。 **结论** 急诊直视法气管插管术对危急重症患者尽早保持呼吸道通畅, 进行进一步生命支持发挥关键作用。

关键词: 危急重症; 急诊直视法气管插管; 尽早实施

中图分类号: R605.97

文献标识码: A

气管插管是急诊科医师抢救昏迷及呼吸不畅等各种危急病人成功的关键, 为急危病人更高级生命支持提供保障, 气管插管术是急诊科医师应该掌握的四大急救技术之一(徒手心肺复苏、气管插管、电击除颤、呼吸机)^[1]。急诊直视法气管插管是本院多年来临床实践中经常使用的一种气管插管法, 现对 2009 年 7 月~2011 年 7 月本院急诊危重患者实施急诊直视法气管插管术 90 例患者的临床资料进行分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2009 年 7 月~2011 年 7 月本院急诊 90 例危重患者, 男 55 例, 女 35 例, 年龄 15~60 岁(14 岁以下不包括在内), 其中重型颅脑损伤及多发伤患者并呼吸不畅 48 例, 心脑血管意外及中毒并呼吸不畅 42 例。

1.2 急诊直视法气管插管方法

本组 90 例均先由急诊科医师操作, 插入不畅时请麻醉科医师配合。患者仰卧, 枕部垫高, 头部后仰, 颈变直; 先清除口鼻分泌物或假牙; 成人最好选用大号(7 号)Simeite 喉镜。左手持喉镜从患者右侧口腔徐徐进入, 将舌根牵向对侧, 吸引器吸净口腔分泌物, 看见悬雍垂和会厌, 将镜片置入会厌谷, 稍上提会厌显露声门即可见张开的圆形气管入口, 助

手可胸部稍作按压可见气沫从气管口溢出, 将预先准备好的钢丝加强型气管导管顺气管方向插入 20~23 cm, 拔出导丝, 试行气囊充气后胸廓扩张, 腹部无膨隆, 听诊肺部有呼吸音时确定气管插管成功。导管气囊充气 20 mL 固定, 口腔安置牙垫, 固定气管导管。心跳聚停者继续胸外按压, 置管后用球囊辅助呼吸或上呼吸机, 为进一步生命支持打下基础, 同时进行液体复苏等。

1.3 典型案例

姜××, 男, 41 岁, 2011 年 6 月因车祸致特重型颅脑损伤 0.5 h 入院, 入院时濒死状态, 血压为 0, 呼吸心跳均测不到, 立即清除鼻血性分泌物, 持续胸外按压, 双管输林格液和低分子右旋糖苷, 静推肾上腺素, 一边立即施行急诊直视下气管插管术, 患者口鼻有大量淤血, 吸引器吸净, 用 Simeite 7 号喉镜成功插入气管导管, 确认插管成功球囊呼吸后上呼吸机, 入院后 2 min 内完成插管, 持续胸外按压约 5 min 后心跳恢复, 心肺复苏后, 血压升到 150/80 mmHg, 进一步作 CT 等检查诊断为特重型脑挫裂伤并血气胸, 稍作稳定后转 ICU 病房进一步治疗。

2 结 果

90 例患者一次性气管插管成功 87 例, 3 例因患者躁动不安、口鼻分泌物过多无法插入, 请麻醉科医师诱导麻醉协助完成, 插管成功率 96%, 插管时间平均 5 min, 最快 36 s, 均在入科后 10 min 内完成气管插管。

3 讨 论

急诊科抢救各种危重病人并呼吸不畅时气管插管是抢救治疗的基础,及时行气管插管保持呼吸通畅,维持心脑血管供应是抢救的关键。以前很多医院急诊科插管过多依赖麻醉科医师,多方面原因很容易延误抢救时间,同时也给抢救带来医疗隐患。急诊科医师采用直视法气管插管术,能尽快完成气管插管,为抢救病人争取宝贵的时间及安全保障。急诊直视法气管插管只需掌握“进、吸、提”三大要点能很快显露气管:进,即从口腔一侧徐缓进入,成人用 7 号喉镜能比较深进地入会厌部;吸:吸引器边吸边进,吸净分泌物,手法轻柔;提:显露会厌谷下面声门时,稍用力向上提喉镜即可见圆形气管口,直视下插入气管导管,顺利完成气管插管术。本组均入院 10 min 内完成插管,插管平均用时 5 min,最快 36 s,成功率 96%。由于解剖或病理等因素,即使训练有素的麻醉师气管插管失败率仍达 3.5%,急诊医师本组成功率 96%,与麻醉师基本持平。选择喉镜时成人最好选用大号(7 号)喉镜,大号喉镜镜片长,伸入较深,上提喉镜有力,显露清晰,有利于插管。

急诊直视法气管插管适应于,(1)重型颅脑损伤呼吸不畅者;(2)濒死状态或院前死亡需紧急抢救者;(3)各种呼吸心跳骤停者;(4)自主呼吸不畅需辅助呼吸者^[2]。插管时如病人躁动不安,气管内分泌物多,需给予静推安定镇静或请麻醉科医师协助。

急诊科抢救危重病人需气管插管者强调一个“早”字^[3],气管插管尽早为患者提供安全呼吸通

道,便于清除呼吸道分泌物,纠正低氧血症,缓解心脑血管血氧的供应,为进一步生命支持提供基础保障。本组典型病例为一濒死病例,呼吸道大量血性液体堵塞,血压为零,呼吸心跳测不到,医师立即行直视法气管插管,因为口鼻分泌物多,插管难度大,医师边吸血痰边行直视法气管插管,成功置入气管导管,2 min 内完成插管术,通过胸外按压心肺复苏等抢救措施,病人心跳呼吸恢复,血压回升,为进一步生命支持创造有利条件。本组通过急诊医师尽早施行直视法气管插管术,所有患者均得到及时有效救治,既提高了医生救治水平,又让患者家属满意,取得了良好的社会效益。

总之,急诊直视法气管插管是急诊科医生可以经常使用的工作方法,本方法掌握“进、吸、提”三点,直视下气管插管操作简便容易完成。对呼吸不畅者尽早创造条件保持呼吸道通畅,为进一步生命支持打下良好的基础。采用急诊直视法气管插管术能使医院急救水平上一个台阶。

参考文献:

- [1] 孙玉雷,刘孝文.经 Airtraq 喉镜使用钢丝加强型导管和普通气管导管的比较[J].临床麻醉学杂志,2011,6:544.
- [2] 应群贞,应志敏.保护性气管插管 60 例临床分析[J].中国急救医学,2011,7:671.
- [3] 庄心良,曾国明.现代麻醉学[M].北京:人民卫生出版社,2006.1164.