

# 气管切开术后气管内肉芽组织增生 38例疗效观察

张光武

(武冈市人民医院耳鼻咽喉科,湖南武冈 422400)

关键词:气管切开术;肉芽组织增生;疗效;Nd:YAG激光治疗

中图分类号:R768

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2010)03-0232-02

气管切开术是一种抢救危重患者的手术,同时也是部分手术的前期预置手术<sup>[1]</sup>。我科自1995年1月~2009年1月对气管切开术后拔管困难的38例患者行纤维喉镜引导下激光治疗,患者均顺利拔管。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

38例患者,男25例,女13例;年龄为17~72岁,平均46.5岁。在38例患者中,脑挫裂伤及颅内出血33例,中毒性脑膜脑炎3例,外院行预置性气管切开术后不能拔管转我院治疗者2例。患者原发病均已解除,患者处于清醒状态,但堵管困难。

### 1.2 手术方法

38例患者中均采用表面麻醉下手术,用1%丁卡因气雾剂自气管套管口处吸入表面麻醉,同时备好气管切开包于手术床旁。麻醉满意后,患者取仰卧位,肩部垫高,络合碘常规消毒术野皮肤,铺无菌孔巾,拔除气管套管,用气管撑开钳撑开气管切口,用息肉钳摘除增生的肉芽组织,再用纤维喉镜引导Nd:YAG-100A激光导线自气管切口处进入气管,激光功率为55~65W,将肉芽组织的残留根部烧灼切除干净<sup>[2]</sup>,同时配合使用吸引器以免脱落肉芽组

织坠入气管,并尽量保护气管内正常黏膜组织,避免治疗范围过大过深,引起气管环坏死。检查肉芽组织切除干净,气管通畅,放入气管套管。如皮肤切口处有肉芽组织增生,则予以相应修整切除。

### 1.4 术后处理

连续堵管48h以上,患者呼吸平稳,无任何气促、憋气、胸闷等呼吸道梗阻症状,予以拔管,拔管后用蝶形胶布将创缘拉拢,患者继续雾化吸入治疗,每日1次,连续7d,同时全身配合使用抗生素3~5d。

## 2 结果

38例病例中,7d后去除蝶形胶布,所有患者气管切开切口愈合,30例经随访1~3年,4例患者经纤维支气管镜复诊有少许肉芽组织增生,但无任何呼吸道梗阻表现,经纤维支气管镜下激光治疗,未再复发。所有病例均无其他并发症发生。

## 3 讨论

随着基层医院的业务发展及新医疗技术的引进推广应用,气管切开术在基层医院的开展已越来越多,但由于气管切开术后因切口内肉芽组织增生而导致堵管及拔管困难也开始增多。在气管切开手术操作中,气管环前壁切开时损伤过多、一次性硅胶气管套管插入时操作不熟练、气管套管的型号与

作者简介:张光武,男,主治医师。  
通讯作者:张光武

患者的气管管径不相匹配、术后护理时吸痰操作时粗暴损伤气管黏膜均可造成气管内肉芽组织增生,在发生肉芽组织增生进行手术治疗时,切除范围要合适,既要能干净切除肉芽组织,又要尽量避免过多损伤正常的气管黏膜,切除深度应控制好,尽量避免损伤气管软骨。因此,娴熟的气管切开手术操作、规范的气管切开术后护理是基层医院在行气管切开手术时所关注的问题。

#### 参考文献:

- [1] 孔维佳,王斌全.耳鼻咽喉科学[M],2001,282-286.  
[2] 贺建桥,唐红旗,陈一新.离子射频消融术在鼻咽疾病中的应用[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11(6):421-423.

(修回日期:2010-05-08)

## · 经验交流 ·

# 32 例气管支气管异物的临床分析

孙盛德,王素珍,刘辉光

(甘肃省武威市人民医院耳鼻咽喉头颈外科,甘肃武威 733000)

关键词:气管支气管异物;临床分析

中图分类号:R766.8 文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2010)03-0233-02

气管异物系指声门裂以下的气管支气管内异物,气管支气管异物是耳鼻咽喉科常见的急症之一,多见于1~5岁儿童。其严重性决定于异物的性质、种类、大小和造成气道堵塞的程度,轻者可致肺部损害,重者为猝死原因之一<sup>[1]</sup>。由其所致的气管支气管并发症是导致气管支气管异物患儿死亡的原因之一。因此对气管支气管异物患儿进行合理的抢救与护理,防止和妥善处理其并发症,一直为耳鼻咽喉科医务人员所重视。我科于2006年1月~2008年12月收治气管支气管异物患儿32例均经纤维镜与气管镜诊断并顺利取出异物。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组32例患儿中男20例,女12例;年龄10个月至4岁,平均 $1.8 \pm 0.4$ 岁,均为外源性异物。动物骨类9例,花生仁

10例,瓜子8例,米饭5例。入院后行胸透18例,X片30例及冠状位CT检查15例。异物位于气管6例,右支气管17例,左支气管8例,双侧支气管1例。异物在气管支气管存留时间最长2个月,最短2h。均为首诊病例,无外院治疗。入院后均行X线检查。

### 1.2 治疗方法

入院后先观察病情,对15例合并支气管炎患儿先行抗炎治疗,待感染控制,体温下降,情况好转后再行异物取出术。其余患儿入院后在急诊下手术治疗。术前禁食水6h,常规肌注阿托品 $0.01 \sim 0.03 \text{ mg/kg}$ ,减少呼吸道分泌物,安定 $0.1 \sim 0.3 \text{ mg/kg}$ 镇静。采用静脉麻醉。经鼻插入纤维支气管镜,依次观察鼻、咽、喉、气管、支气管,发现异物用钳夹住异物随镜一同拔出;病史长者异物常与周围组织粘连或被肉芽组织包裹,在直视下小心分离,钳取肉芽,用生理盐水冲洗,待异物松解后进行钳夹。对于果冻类异物,用钳夹碎后用吸引器取出<sup>[2]</sup>。所有患儿异物均顺利取出。

作者简介:孙盛德,男,副主任医师。  
通讯作者:王素珍,Email:wsz0430@126.com.

对局部炎症明显或有肉芽增生、合并有肺炎者,局部用抗生素(用量为静脉用量的20%)多次灌洗治疗。

## 2 结果

本组32例患儿均在纤维支气管镜下顺利取出异物,术中术后呼吸平稳,均治愈出院。出院后随访1~3个月无支气管扩张、肺脓肿、肺气肿及肺不张等并发症发生。

## 3 讨论

小儿气管支气管异物是耳鼻咽喉科的危急重症,其并发症以术前并发症为多,可单独发生也可以同时存在。本组患儿为植物性异物,异物中多含有游离脂酸,对黏膜刺激性大、故容易引起弥漫性炎症反应,黏膜充血肿胀,分泌物增多。本组患儿均有不同程度的发热(体温38~40℃)。其中对15例术前合并支气管炎患儿伴体温升高者先予以抗炎、降温处理,并随时注意病情变化。其余患儿即在急诊全麻下行纤维支气管镜检加异物取出术,术中未出现明显的并

发症,因纤维支气管镜较影像学检查更为直观、可靠;另外,还具有柔软可弯曲的特征,取异物的痛苦小优点,所以在取异物方面有其独特优势。本文32例患儿在经过积极的治疗后,均治愈出院。

儿童气管支气管异物为常见的急诊,医务人员应注意开展卫生宣教,对患儿及家属进行有针对性的健康教育很重要,例如教育儿童不要将小物件放入口中,进食时不要大声讲话和哭闹等,以减少误吸。只有采取严密的预防措施,加强对儿童的监护才能杜绝气管支气管异物的发生。支气管异物一经确诊或高度怀疑时,我们应该尽早行支气管镜检取出异物,以避免出现严重并发症。

### 参考文献:

- [1] 沈帆. 小儿气管支气管异物死亡原因分析及救治体会[J]. 福建医科大学学报, 2005, 39(1): 97-98.
- [2] 杨泽玉, 魏文, 刘文君, 等. 纤维支气管镜在小儿气管支气管异物治疗中的应用[J]. 中国实用儿科杂志, 2007, 22(8): 631-632.

(修回日期: 2010-01-11)

(上接第235页)

应早期手术切除,如无癌变可行单纯赘生物切除,皮损大多可采用旋转或游离皮瓣的方法,防止耳廓畸形及瘢痕形成。

### 参考文献:

- [1] Bondeson J. Everard Home, John Hunter and cutaneous horns: a historical review [J]. Am J Dermatopathol, 2001, 23(4): 362-369.

- [2] Fernandes NF, Sinha S, Lambert WC, et al. Cutaneous horn: a potentially malignant entity [J]. Acta Dermatovenereol Alp Panonica Adriat, 2009, 18(4): 189-193.
- [3] 顾伟程. 现代皮肤病性病治疗学[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1999, 630.
- [4] Fox GN. Facial lesion that came "out of nowhere" [J]. J Fam Pract, 2004, 53(10): 779-781.

(修回日期: 2010-05-10)