

呼吸道异物患儿出现Ⅳ度 呼吸困难的救治体会

周宜龙¹,石孟志¹,胡 青¹,陈 烨²

(1. 益阳市中心医院耳鼻咽喉头颈外科,湖南 益阳 413000; 2. 益阳医学高等专科学校护理系,湖南 益阳 413000)

关键词:呼吸道异物;呼吸困难,Ⅳ度;救治,支气管镜
中图分类号:R768.4 **文献标识码:**C [中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2017,23(4):377-378]

喉、气管及支气管异物是耳鼻咽喉头颈外科的常见急诊^[1],少数患者出现Ⅳ度吸气性呼吸困难^[2],如得不到及时和正确的抢救极易导致死亡^[3]。从2011年1月~2016年1月我科共收治小儿喉、气管及支气管异物75例,其中出现Ⅳ度吸气性呼吸困难8例,笔者等对其采取了一系列积极的救治措施,积累了一定的临床经验。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组Ⅳ度呼吸困难患者共8例,其中男5例,女3例;年龄1~2岁;病程1~4 h。所有患儿均有明确的异物吸入及剧烈呛咳病史,表现为精神萎靡、意识模糊或丧失、面色发绀或苍白及明显的吸气性三凹征,心率不齐、脉搏细数,甚至濒死状态。

1.2 抢救方法

1.2.1 术前准备 对于出现Ⅳ度呼吸困难的患儿,一旦有明确异物吸入史,均不做其他任何检查及办理住院手续,开通绿色通道^[4],立即给予吸氧并同时送入手术室。入手术室后麻醉医师立即给予面罩吸氧提高患者的血氧饱和度即预氧合^[5],巡回护士开通静脉通道,给予监测呼吸、心率、血氧饱和度及心电图同时作好气管切开或气管插管的准备。

1.2.2 麻醉 麻醉医师做好气管插管准备,并开始静脉麻醉,使用氯胺酮和γ-羟基丁酸钠静脉给药,喉咽、喉及声门下等局部喷射1%丁卡因。

1.2.3 手术方法 患儿仰卧位,头后仰并抬高

15 cm。一块小纱布保护上唇及上切牙,先用直达喉镜挑起会厌,暴露声门,如发现异物在声门上或嵌顿于声门,直接用三爪钳将异物取出,患儿缺氧症状立即缓解。如未发现异物,在喉咽、喉及声门下喷射1%丁卡因后,立即插入合适型号的支气管镜,高压氧气导管与支气管镜连接,保证检查时氧气供给。先检查右侧支气管,发现气管或支气管内有异物立即取出,尽量一次取出异物。如一次性不能取出,也要尽量取出部分或推向小气道,改善部分气道通气,暂时缓解缺氧情况。

2 结 果

8例出现Ⅳ度呼吸困难患儿抢救成功6例,其中4例在病房急诊检查时出现Ⅳ度呼吸困难,立即送入手术室经支气管镜及时取出异物,异物种类主要为花生、瓜子等食物类,异物堵塞部位主要为支气管或双侧支气管,其中2例行气管切开。患儿均未出现脑瘫、气胸等并发症,无异物残留。1例在病房等待手术时突然发生窒息,呼吸停止,行紧急气管切开,人工气囊加压通气给氧,再入手术室通过支气管镜取出异物,抢救成功,此患儿为双侧支气管异物(碎花生);1例因患者家属隐瞒病情,否认异物吸入史,先入住儿科,经儿科治疗无明显好转,插管检查时发现声门区异物影,再次询问病史得知患儿曾进食鸡汤时发生呛咳。立即给予手术室直达喉镜下检查,发现有鸡骨嵌顿于前联合,顺利取出异物,患儿呼吸困难立即缓解。本组死亡2例,1例来院时濒死状态,全身发绀,经在手术室气管插管后抢救40 min,抢救无效死亡,此患儿为误吸碎苹果异物所致;1例患儿误吸桂圆核,堵于声门上,家属强烈要

作者简介:周宜龙,男,硕士,主治医师。
通信作者:陈 烨,Email:zcynurse@126.com

求转省儿童医院,在路途中出现窒息,经急诊科抢救无效死亡。

3 讨论

3.1 手术时机的把握是救治的关键

首先考虑的应是立即给氧以改善缺氧状态,尽快解除呼吸道梗阻,防止出现呼吸、心跳停止。对患儿进行快速评估非常重要^[6]。家长如反映有异物吸入史,再根据患儿当时的神志、唇色发绀或苍白,吸入期明显的喉鸣音、三凹征等体征,有经验的接诊者基本能做出诊断^[7]。此时应对Ⅳ度呼吸困难危重病证的患儿立即给予面罩吸氧,并送入手术室^[8];同时备好气管插管用物,如患儿在送入手术室的途中出现呼吸停止,立即给予插入气管插管^[5],插管成功后给予气囊加压通气给氧。同时科室值班护士电话通知手术室麻醉医师及护士,准备立即参与抢救,并分工协作^[6]。在静脉麻醉和表面麻醉(防止支气管痉挛有利于支气管镜的进入和消除迷走神经反射)的配合下,手术医师要以最快速度置入直达喉镜,暴露声门。如果发现异物嵌顿于声门,立即取出。如果未见异物,给予喉部及声门下喷射1%丁卡因后插入合适型号的支气管镜,并通过支气管镜的侧孔给予高流量氧气吸入,提高患儿的血氧饱和度,为钳取异物争取更多的时间,一般在30 min内^[9]。如果患儿血氧饱和度明显持续下降(<50%),手术医师立即停止手术并退出异物钳,通过支气管镜的入口,把配套的自制气管插管(小号的气管插管剪除气囊端)插入支气管镜内,通过呼吸机向气管内吹气。这种快速加压通气的方式非常有效,能迅速改善缺氧状态,提高血氧饱和度。有效的数次吹气、血氧饱和度(>90%)上升后,再继续钳取异物。如果患儿呼吸停止,台下麻醉医师立即行挤压胸廓,手术者尽快取出异物,或者至少要取出部分异物,或者把异物推向小气道,立即退出支气管镜,麻醉医师插入气管插管^[5],接呼吸机人工呼吸。待患者血氧饱和度恢复后(>95%),再行异物取出术。

3.2 不容忽视的团队合作

抢救Ⅳ度呼吸困难的喉、气管及支气管异物患儿,可以说时间就是生命,必须争分夺秒。由手术医师、助手、麻醉医师、巡回护士等快速组成的抢救团队,必须紧密合作,有条不紊,迅速抢治,才有抢救成功的基础^[6]。因此这组抢救人员在平时要多交流,

总结每一次成功抢救的经验、失败的教训,比如手术方式的改进、麻醉药品的选择等等,为下一次随时可能的紧急抢救做好技术贮备。

3.3 手术器械的准备和保养

平时对手术器械的准备和保养是临床上容易忽视的问题。支气管镜检查的各种异物钳、吸引管、光源,均应保持良好的状态,可随时调用。手术者要熟悉各种器械的性能,要能灵活的运用好这些器械,特别是遇到一些不规则的特殊异物时^[10],这一点更为重要。

3.4 术后处理

因支气管镜检后声门区水肿、喉气管痉挛等^[11],即使术中及术后应用了糖皮质激素治疗,仍有发生喉梗阻和呼吸循环衰竭的可能。待自主呼吸恢复、生命体征稳定后再回病房,常规吸氧、心电及血氧饱和度的监测,给予抗生素抗感染治疗,雾化吸入糖皮质激素和氨溴索治疗。

参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:560.
- [2] 郭运凯,蔡霞红,谢鼎华,等.喉、气管及支气管异物诊治20年回顾[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(3):173-176.
- [3] 赵会玲,余蓉.气管异物患儿父母术前焦虑状况与应对方式的相关性分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2016,23(6):328-330.
- [4] 徐西宁,贺春燕.绿色通道救护模式在重症幼儿气管支气管异物患者中的应用体会[J].西北国防医学杂志,2016,37(3):192-193.
- [5] 高振峰,蔡晓岚,周宣岩.气管插管在危重气管及支气管异物患儿抢救中的应用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(11):988-990.
- [6] 张杰,张亚梅.降低小儿气管支气管异物并发症及病死率的诊断和治疗方案分析[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2004,39(9):658-662.
- [7] 王桂香,刘世琳,张亚梅.儿童气管异物的诊疗要点[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(15):812-814.
- [8] 贺定华,赵斯君,李赞,等.小儿气管异物的诊治及手术时机的选择[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2016,23(6):362.
- [9] 范志涛,刘曼,石书婧,等.成功抢救高龄气管异物患者1例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2016,22(15):416-417.
- [10] 张亚梅,张振英.特殊类型的小儿气管支气管异物的处理[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2001,36(3):231-234.
- [11] 任秀敏,单春光,何强.气管支气管异物1368例临床分析[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2008,22(6):560-562.

(收稿日期:2016-09-27)