

神经外科患者气管切开治疗 53 例临床分析

董建平, 罗志伟, 顾伟红, 杨永华, 董辉, 张晖, 王和平
(玉溪市人民医院神经外科, 云南 玉溪 653100)

[关键词] 颅脑损伤; 脑出血; 气管切开

[中图分类号] R651.1*5 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706(2013)04-0139-02

神经外科危重症患者, 因各种原因常需行气管切开辅助治疗, 气管切开的时机应包括对病情的正确估计, 早期及时的气管切开可提高治愈及好转率, 改善好转的生活质量^[1], 各地神经外科在认识与处置方式上不尽统一, 玉溪市人民医院神经外科自 1997 年 9 月建科以来一直由本科医生在手术室为患者实施气管切开手术操作, 笔者统计 2011 年 1 月至 2012 年 1 月期间 53 例神经外科患者气管切开治疗病例的资料, 分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 52 例, 男 42 例, 女 11 例。年龄 16~85 岁, 平均 48.5 岁。住院 1~167 d, 平均 47.7 d。重型颅脑损伤 39 例, 其中致伤原因: 车祸伤 20 例、坠落伤 19 例, 脑出血 8 例、颅内动脉瘤破裂出血 5 例、脑肿瘤卒中 1 例, GCS 计分 6~8 分 22 例、GCS 计分 3~5 分 31 例。伤后、病情加重或开颅手术后距气管切开术时间: 开颅手术同时进行的 13 例, 术后 1~2 d 22 例, 术后 3~5 d 13 例, 超过 5 d 5 例。

1.2 方法

53 例均在手术室进行, 患者取仰卧位、肩下垫枕、头部后仰并保持中立位, 全麻或 2%利多卡因皮下及筋膜下浸润麻醉, 颈前正中甲状软骨与胸骨上窝上一横指处之间行纵行切开皮肤、皮下组织, 止血钳沿中线纵行钝性分离, 使用吸引器和双极电凝辅助显露止血, 两侧用皮肤拉钩将胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌等力牵向两侧、向上牵拉甲状腺峡部, 用注射器针头穿刺气管, 抽出空气后, 纵行切开第 3、4 气管环状软骨, 植入带气囊的硅胶气管

导管(成人多用 7.5 mm), 切口上下端各缝合 1~2 针, 妥善固定导管, 切口处垫无菌纱布一块即可, 手术完毕。

2 结果

按 GOS 计分评定: 良好 3 例、轻残 8 例, 中残 6 例, 重残 7 例, 植物生存状态 4 例, 自动出院 20 例(因病情、经济与当地土葬风俗的影响)、死亡 5 例。并发皮下气肿 2 例, 术后 1~2 周创面迟发出血 2 例, 气胸 1 例, 经及时处理治愈。

3 讨论

神经外科各类疾病, 尤其是重型颅脑损伤昏迷患者, 并发肺炎、呼吸道梗阻患者实施气管切开术, 可有效改善通气, 提高血氧饱和度, 便于清理气道内分泌物、控制肺炎, 减轻脑缺氧、脑水肿及脑损害, 在具体应用中有几点体会: (1) 神经外科患者因病情需要行气管切开术者, 应由本科医生在学习颈部局部解剖与借鉴耳鼻喉科技术的基础上实施手术操作及后续管理; (2) 手术操作地点选择在手术室进行, 理由一是设备器械全、照明好, 具备监护、气管插管、心肺复苏等抢救条件, 有麻醉师、手术室护士协作, 二是环境无菌条件优, 更符合手术操作的要求, 三是利用双极电凝及吸引器, 术中彻底止血、吸出视野内血液, 更利于手术显露, 减少组织损伤, 提高手术操作的安全性, 四是便于与患者家属的交流沟通, 减少医疗纠纷的发生; (3) 早期气管切开可以及时清除呼吸道痰液、保持呼吸道通畅、增加血氧的弥散、减少肺部感染的发生率^[2], 掌握手术的适应症、手术时机, 只要

[作者简介] 董建平(1963~), 男, 云南玉溪市人, 医学学士, 主任医师, 主要从事神经外科临床工作。

有指针,就应该及早手术;(4)注意事项:掌握手术操作技术,减少手术损伤及并发症的发生;导管选择:首先使用带气囊硅胶导管,避免呕吐物误吸、方便使用呼吸机,若病情需要长期带管,又无需使用呼吸机时,术后3~4周可更换金属套管,同时做好换药及护理,之后再根据病情需要决定继续留置或拔出。

气管切开术虽然是一个小手术,但在神经外科临床工作中常常会遇到不少问题,处理是否合适直接影响着患者的病情转归,应该引起神经外

科医生和护士足够的重视。

[参考文献]

- [1] 徐洪斌. 重型颅脑损伤患者气管切开的时机选择[J]. 中国实用医药, 2010, 5(35): 42.
- [2] 陈春林, 康晓明, 陈力行, 等. 重型颅脑损伤开颅术后早期气管切开对防治肺部感染的作用研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(7): 120-121.
(2013-02-05 收稿)

(上接第130页)

疗医师,使每一个患者得到专业诊疗。按照医院临床科室的管理,实行三级医师负责制,把每位患者的治疗都当作是一个系统工程,患者从入院、围手术期、术后并发症的处理都有本科医师系统序贯处理,责任明确,落实到位,减少医疗差错的发生^④。对介入术后常见并发症及处理积累了宝贵的经验,使介入医生对手术适应症的把握更为准确,对术后可预见的并发症能及时处理。因此,介入病房的成立是介入放射学发展的关键因素之一;(5)加大资金投入 介入设备价格比较昂贵,没有充足的资金很难开展,故需要相关部门的支持,在基层医院引进设备开展介入治疗,有效促进我省介入治疗地健康发展。

总之,随着社会经济的发展,人们对医疗水平的要求越来越高,代表新技术、微创的介入医学备受青睐,云南省基层医院介入治疗的发展势在必行;另外,介入医学的开展需要大量人力物力的投

入,目前在云南省基层医院介入基础薄弱的环境下大力开展介入治疗仍需要一定的时间。

[参考文献]

- [1] 李天晓. 大力推动介入放射学学科化发展[J]. 介入放射学杂志, 2008, 17(4): 269-271.
- [2] 何仕诚, 郭金和, 方文, 等. 介入放射学专业进修医生教学的体会[J]. 现代医用影像学, 2004, 13(2): 92-93.
- [3] 苏洪英, 徐克. 介入病房对介入放射学学科发展影响的研究[J]. 介入放射学杂志, 2008, 17(5): 357-358.
- [4] 许健, 易学明, 曹建民, 等. 以人为本加强介入病房的管理与科研开发[J]. 中国医院, 2004, 8(9): 17-18.
- [5] 韩国宏, 何创业, 殷占新, 等. 外周介入医师培养和学科建设模式初探[J]. 西北医学教育, 2006, 14(4): 482-483.
(2013-03-13 收稿)