

· 短 篇 ·

经皮扩张气管造口术与气管切开术在 ICU 应用比较

申 红, 钟正江, 胡星星, 承晓梅, 裴金盛
(解放军第 81 医院 ICU, 江苏南京 210002)

[关键词] 经皮穿刺气管造口术; 气管切开术; ICU; 应用比较

中图分类号: R 653 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0061-02

气管切开术是临床上常选择的人工气道方式, 由于其管腔大, 路径短, 减少了气道阻力和死腔通气, 尤其是应用于危重患者, 不但保持呼吸道通畅, 改善呼吸状况, 而且可以减少呼吸机相关性肺炎^[1]。经皮穿刺气管造口术(PDT)具有操作简单、快捷、创伤小的优点, 与外科气管切开术相比, 优势明显。现将两种术式术中情况、术后并发症及切口预后进行比较, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 7 月~2007 年 7 月患者 22 例, 男 14 例, 女 8 例, 年龄 36~82 岁, 平均 56 岁。重症肺炎 12 例, 成人呼吸窘迫综合征 4 例, 双侧喉返神经损伤 2 例, 脑血管意外昏迷 4 例。随机分为 PDT 组 11 例, 外科气管切开术(切开)组 11 例。两组年龄、性别、病种无明显差异性, 具有可比性。

1.2 方法 患者取头后仰过伸位, 常规消毒。标记第 2~3 气管软骨环, 2% 利多卡因 5 ml 逐层浸润麻醉, 麻醉针突破气管行气管表面麻醉并标记进针角度(45°~65°为宜)及深度。标记处, 横向切开 1~1.5 cm 皮肤至脂肪层。套管针带 2~3 ml 生理盐水于切口中点参照麻醉进针角度、深度进针, 回抽见空气时退针留置套管鞘。(当有气管插管时应先将气管导管退至声门以上, 以免影响进针)延鞘内进入金属导丝 10 cm, 退鞘管, 延导丝送入扩皮器, 扩张组织及气管壁, 退出后将有内侧开槽的专用扩张钳延导丝滑入气管, 扩张状态下取出, 重复一次。延导丝送入气管套管, 拔除套管内管及导丝, 充盈气囊, 吸痰, 颈带固定。为减少反流误吸, 便于机械通气, 两组都采用硅胶套管。

2 结 果

2.1 术中比较 两组手术时间、切口大小、出血量比较有显著性差异($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 手术时间、切口大小、出血量比较

组别	例数	手术时间 (min)	切口大小 (cm)	出血量 (ml)
PDT 组	11	11.3 ± 3.6	1.3 ± 0.2	8.1 ± 2.5
切开组	11	28.8 ± 8.4	2.9 ± 0.5	57.7 ± 18.2

2.2 术后比较 两组术后切口渗血、感染及气管、切口闭合时间比较有显著性差异($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 切口渗血、感染及气管、切口闭合时间比较

组别	例数	术后渗血量 (ml)	切口感染 (例)	气管闭合 时间(d)	切口闭合 时间(d)
PDT 组	11	2.3 ± 1.8	0	2.5 ± 1.7	5.0 ± 2.5
切开组	11	35.4 ± 18.2	2	8.6 ± 6.9	13.5 ± 9.7

3 讨 论

外科气管切开术操作复杂, 对术者要求较高, 术中需分离、止血、辨认解剖结构, 费时较长, 手术出血较多, 可能损伤血管神经。PDT 具有操作简单、快捷、手术创伤小的优点, 尤其适用 ICU 重症患者在床边实施。一般情况下, 单人即可操作, 平均手术时间为 11 分钟, 减少对患者不良刺激时间, 术中患者气道闭合时间短, 减少缺氧时间。因采取局部穿刺扩张, 无需逐层分离、止血、确认解剖结构, 特别是减少甲状腺狭部侵扰, 减少出血。

PDT 切口小, 软组织损伤小, 组织与导管壁紧密贴合, 有局部压迫止血的作用, 因此术后渗血明显较外科气管切开术少。切开组切口长, 导管与组织贴合差, 导管常位摩擦, 痰液溢出延导管污染切口导致感染, 发生率为 18.2%。PDT 切口小, 周围组织损伤少, 感染率低, 气管切口闭合时间以及皮肤切口闭合时间显著缩短。有研究表明, 短期内不能撤除人工气道的患者应尽早选择或更换为气管切开^[2]。经皮

穿刺气管造口术与外科气管切开术有相同的适应证。但通过研究表明PD T 在手术时间、手术创伤、术中出血量、切口感染及切口闭合时间上较外科气管切开术有显著优势。但PD T 套件价格较高,可能加重患者负担,因此在患者选择上应考虑费用因素。而对 ICU 重症患者,有明显出血倾向或老年患者对长时间手术耐受性差,必须行气管切开者,PD T 优势更为明显,不但减少手术并发症,更能改善患者呼吸状况,缩短呼吸机使用时间和减少 ICU 住院天数^[3]。

参考文献

- [1] 邱海波. ICU 主治医师手册[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2007: 728-729.
- [2] 刘大为. 危重病医学主治医师 600 问[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1998: 220-221.
- [3] 何忠杰, 林洪远, 陈 东, 等. 气管穿刺导入气管套管在急救患者的应用[J]. 中国危重病急救医学, 2002, 14(3): 15

(收稿日期: 2008-07-28; 修回日期: 2008-10-17)

(本文编辑: 黄攸生)

经阴道超声引导穿刺及配合药物治疗卵巢巧克力囊肿 76 枚体会

冯萍娟, 蔡丽萍, 刘桂苏

(解放军第 82 医院特诊科, 江苏淮安 223001)

[关键词] 经阴道超声; 穿刺; 卵巢巧克力囊肿; 无水乙醇注入

中图分类号: R 713.3 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0062-02

子宫内膜异位症是妇科的常见疾病, 卵巢子宫内膜异位症更为多见, 因卵巢子宫内膜异位症为异位内膜, 如子宫内膜一样随卵巢甾体激素的变化而周期性出血, 血浆、血红蛋白被缓慢吸收, 病灶周围产生类似感染的炎性反应, 纤维组织增生, 最后形成咖啡样囊液的囊肿, 故又称巧克力囊肿。它虽为良性肿瘤, 但却象恶性肿瘤一样播散、种植与转移, 是造成大多数妇女盆腔疼痛和不孕的主要原因^[1]。我院 2005 年 7 月~ 2008 年 5 月对 76 枚巧克力囊肿进行经阴道超声引导下穿刺抽吸、注入无水乙醇配合口服药物治疗取得良好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经临床 B 超检查 68 例患者 76 枚巧克力囊肿, 囊肿直径 42~ 110 mm。年龄 21~ 51 岁, 平均 38 岁, 均已婚。妇检可触及附件区有囊性肿物, 确诊为卵巢巧克力囊肿。

1.2 术前准备 治疗时间选择在月经干净后 3~ 7 天。常规妇科检查、白带常规, 排除急性阴道炎、宫颈炎、盆腔炎、附件炎、霉菌性阴道炎、滴虫性阴道炎及细菌性阴道炎等。常规检查血、尿常规、出凝血 4 项及心电图, 并排除乙醇过敏。

1.3 方法 使用仪器为 A cu son-A spen 彩超仪, 阴

道探头频率为 5~ 7 MHz。穿刺前排空膀胱, 取膀胱截石位, 常规经阴道探查囊肿大小、形态、回声、与周围脏器关系, 彩色多普勒观察囊肿周边血流情况。常规外阴消毒, 将安装穿刺架探头顶端紧贴阴道穹隆部, 打开引导线, 对准囊肿中部, 选择穿刺方向, 避开子宫、肠管、膀胱, 彩色多普勒观察进针路线, 避开大血管快速进针。穿刺针选用 18G × 200 mm。超声所示针尖确定在囊肿内前 1/3~ 1/2 处, 拔出针芯, 抽吸完囊液后用生理盐水反复冲洗至吸出液变清, 先注入利多卡因注射液 2~ 4 ml, 再注入无水乙醇, 其量为囊液量的 1/2, 但不超过 100 ml, 留置 5 分钟后抽出, 抽出液可见为乳白色, 反复数次至抽出无水乙醇液变为清亮为止, 全部抽出, 置入针芯拔针。双囊肿: 一囊肿治疗结束后拔针, 相同方法再换针穿另一枚。囊液分别送常规、生化、细菌培养、病理检查。术后除常规口服消炎、止血药 3 天外配合口服他莫昔芬(三苯氧胺) 10 mg, 2 次/日, 连服 3 个月。治疗后 3 个月、6 个月、1 年各复查 B 超一次, 观察囊肿的大小及临床症状改善情况。

2 结果

76 枚囊肿均为一次穿刺成功, 抽出巧克力色囊液 35~ 380 ml 不等。病理检查均未见异型细胞或癌