

· 病例报道 ·

小儿舌下巨大包块致插管困难一例

王慧 赵龙德 费建

患儿,男,1岁5个月,13 kg,因“发现舌下包块3月余”入院,拟全麻下行包块切除术。术前体格检查:患儿呼吸稍费力,包块硬质,明显凸出皮面,Mallampati为IV级。实验室检查:无明显异常。影像学检查:CT显示下颌略偏左侧可见一包块影,大小44 mm×37 mm,后方气道轻度受压变窄,其余各项检查未见明显异常。考虑困难气道可能,准备口咽通气道、鼻咽通气道、喉罩、可视喉镜、纤维支气管镜和各型气管导管等。

术前30 min肌注阿托品0.01 mg/kg,入室后常规心电图监护,依次缓慢静脉注射咪达唑仑0.1 mg/kg、丙泊酚3 mg/kg、舒芬太尼0.3 μg/kg诱导,保留自主呼吸,尝试面罩辅助正压通气,确认无面罩通气困难后,经右侧口角置入可视喉镜观察:仅可见悬雍垂,无法探及会厌,口腔内空间小。退出喉镜,面罩辅助通气,追加丙泊酚20 mg,静注琥珀胆碱10 mg松弛肌肉以期增大口腔空间,再次置镜,发现有少许出血及分泌物,立即予以吸引,并在喉镜辅助下经口置入纤维支气管镜观察:调整角度可见会厌,但无法深入探及声门。退出喉镜及纤维支气管镜,尝试1.5号喉罩置入,通气效果不佳,遂拔除,追加丙泊酚20 mg,予肾上腺素10 μg。最后舍弃喉镜,直接以纤维支气管镜经鼻置入,多次调整后终探及声门,成功置入套在纤维支气管镜上的4.5号气管导管,听诊双肺呼吸音对称后妥善固定。手术顺利,出血不多,术后带管转入外科重症监护室(SICU)继续治疗,5 d后拔管顺利,呼吸通畅,未见任何严重并发症。病理回报系肌纤维母细胞性肿瘤,患儿随后转血液肿瘤科进一步治疗。

讨论 围手术期气道问题频发严重威胁着患者的术中安全及预后^[1],早期识别解剖或功能上的通气困难,选择适用于小儿的通气装置等措施都可以显著改善患儿预后。

完善的术前评估和麻醉前准备是解决困难气道的基础^[2]。任何气道路径(口、鼻、咽、喉、气管)上出现的妨碍完成插管操作的因素均有可能导致困难气道。患者张口度、甲颏距离、胸颏间距,头颈活动度、Mallampati气道分级、喉镜暴露分级等等可帮助麻醉科医师初步判断在麻醉诱导前是否需要做好困难插管的准备。本例气道方面麻醉面临的问题:患儿呼吸费力,阅片显示下颌部包块大,提示气道受压,Mallampati为IV级;且患儿年龄小,张口度不佳,提示困难气道的可能。麻醉准备时需要准备各种可视化插管设备^[3]以

及声门上通气设备。

合理的麻醉诱导是解决困难气道的保障:(1)诱导体位:困难气道的患儿诱导时应保持在被动体位或其自然睡眠时的喜好体位,该患儿术前访视时家属未告知患儿存在被动体位,因此诱导时采取经典的嗅物位,以增加咽腔空间、开放气道。(2)保留自主呼吸麻醉诱导药物的选择:丙泊酚加舒芬太尼静脉诱导或七氟醚吸入诱导,均可做到保留自主呼吸。与吸入诱导比较,静脉诱导有起效快,可迅速调节麻醉深度的优势,并且可以有效减少吸入诱导时患儿的躁动^[4]。

本例困难气道患儿,由于舌下包块的挤压使患儿口腔空间狭小,可视喉镜无法观察到会厌,因盲插可能造成出现出血、喉头水肿等严重并发症阻塞上呼吸道,由插管困难变成通气困难,故立刻退出喉镜,面罩加压给氧。本例患儿在喉镜辅助下经口纤维支气管镜插管时,虽然可见会厌,但纤维支气管镜仍无法探及声门,而经鼻纤维支气管镜插管时,经过调整后成功将气管导管送入气道中。提示经口插管时由于咽腔狭小,不能给纤维支气管镜提供充足的可调整空间,而经鼻插管时,纤维支气管镜可沿咽喉壁下行,调整时所需的空间较小,角度亦较小,更容易进入声门。

本例困难气道患儿的处理经过提示,对于咽腔狭小的困难气道患儿,与经口相比,经鼻纤维支气管镜引导插管更简单易行,更易成功。

参 考 文 献

- [1] 薛富善,刘亚洋,李慧娴.困难气道管理策略-目前的问题和将来的方向.临床麻醉学杂志,2018,34(1):89-91.
- [2] 薄禄龙,刘毅,邓小明.非预计困难气管插管的处理流程与安全管理:2015版“成人非预计困难气管插管管理指南”解读.临床误诊误治,2016,29(5):72-74.
- [3] 张庆洪,洪甲庚,冯宇峰,等.视频喉镜在困难气道患者经口气管插管的应用研究.中国卫生标准管理,2016,7(18):16-18.
- [4] 陈健,周春晶,岳云.小儿七氟醚吸入麻醉诱导与异丙酚静脉麻醉诱导的临床比较.临床和实验医学杂志,2008,7(9):21-22.

(收稿日期:2018-04-12)