

· 经验交流 ·

“二次气管切开”术后出血的临床分析

王永强

气管切开术作为急症和常规手术,在救治危重患者过程中发挥了重要作用,有些患者需要进行“二次气管切开”。现将本院 2007 年 1 月至 2012 年 3 月 11 例行“二次气管切开”患者术后出血情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:11 例患者中男性 8 例,女性 3 例;年龄 35~76 岁,平均(57.7±5.6)岁;原发疾病:脑血管意外 4 例,食道癌术后 1 例,喉癌及下咽癌 3 例,颈椎外伤 1 例,有机磷农药中毒 2 例。与初次气管切开间隔时间 15 d~3 年。

1.2 治疗经过:手术均在局麻下进行。取患者仰卧位,垫肩,常规消毒铺巾,于原切口处纵行切开皮肤,钝性分离皮下组织,拉开双侧带状肌,分离甲状腺,于原气管切开处切开气管前壁,插入气管套管并固定。

1.3 治疗结果:所有患者手术顺利完成,有 3 例术后出血,其中 1 例切口内应用油纱条填塞压迫止血;2 例油纱条填塞后无效,改用全麻下切口拉开电凝及缝扎止血。

2 讨论

“二次气管切开”手术临床上较少见,多由于初次切开后拔管过早,或病情突然恶化造成气道狭窄,或下呼吸道分泌物排出不畅等原因。

2.1 出血原因分析

2.1.1 气管切开后出血是气管切开的常见并发症^[1-2]:大部分出血是由于颈前小血管损伤,于切口内填塞凡士林纱条压迫后即可止血。术后大出血多见于无名动脉损伤^[3],常危及患者生命,较少见。陈秀英^[4]报告 10 例气管切开后大出血,认为气管套管对气管壁及其相邻血管的压迫性缺血、坏死是造成出血的根本原因。宁辉和赵励^[5]比较经皮穿刺扩张气管切开术与传统气管切开术效果,两种手术方法均有可能引起出血,但出血量以前者较少。本组 3 例气管切开后出血均有慢性持续渗血,主要是因为第 2 次气管切开时术者麻痹大意,手术操作粗糙,止血不彻底导致。

2.1.2 由于患者的基础疾病不同,初次气管切开的方式可能不同:凡是喉部或者下咽部肿瘤患者,第 1 次气管切开时均应行气管壁与颈部皮肤的缝合固定,即气管造瘘,此类患者如果再次气管切开时,气管前组织薄弱,切开皮肤即达气管腔内,操作容易,出血少。而初次气管切开未造瘘者,再次气管切开时,切口路径较深,操作难度较大,容易出血,本组 3 例出血患者均为这种情况。因此,初次气管切开时,对考虑有可能进行二次或者多次切开的患者,应尽可能将气管壁与

皮肤缝合固定,这样也避免了患者出现脱管窒息的危险。刘楠等^[6]报告气管切开时,采用先全层缝合,缝线放松不打结,气管切开插入套管后再紧线打结的方法,能有效减少术后出血等并发症。

2.1.3 与初次拔管间隔时间:如果患者“二次气管切开”或者第 2 次切开后与初次拔管间隔时间较短,颈部切口及周围组织炎症反应仍然较明显,切口内渗血多,而且切口周围组织脆弱,不容易止血。本组 1 例有机磷农药中毒患者第 2 次气管切开距第 1 次拔管时间 5 d,手术时切口广泛出血,经反复填塞缝扎止血无效后改为全麻下双极电凝止血并成功。如果“二次气管切开”距离初次拔管时间超过 2 个月,手术部位瘢痕形成,组织结构层次不清,损伤血管不容易收缩^[7],也会造成出血不止。本组 1 例出血患者为食管癌术后患者,经反复止血不成功全麻下将切口延长,发现为舌骨下肌群内血管出血,缝扎止血成功。

2.2 经验教训:①无论初次切开或者多次切开,气管切开后出血均有可能发生,应引起足够重视,术中应仔细操作,小心止血,对可疑出血者一定充分止血。②气管切开后出血,如果保守治疗无效,尽早全麻下拉开切口进行止血,必要时可以延长切口,这样患者无明显痛苦,容易发现出血点。③掌握好气管切开后拔管时机,避免或减少非计划性再次气管切开^[8]。④针对患者不同体位采用相应的气管切开方式,可有效减少损伤和并发症的发生^[9]。

参考文献

- [1] 陈良嗣,张思毅,吴佩娜,等.气管切开并发出血的临床解剖学分析——附 17 例报告.中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005,11:43-45.
- [2] 金雨虹,徐赤裔,朱宝琦,等.经皮扩张气管切开术在重症加强治疗病房中的应用.中国中西医结合急救杂志,2008,15:377-378.
- [3] 范丹峰,周传丰,胡慧军.两次气管切开后并发气管内大出血致死 2 例分析.中国误诊学杂志,2006,6:4609-4610.
- [4] 陈秀英.气管切开并发大出血的原因分析及护理对策.中国危重病急救医学,2002,14:470.
- [5] 宁辉,赵励.经皮穿刺扩张气管切开术与传统气管切开术效果比较.中国危重病急救医学,2009,21:621-623.
- [6] 刘楠,吴起宁,王锋.先缝后插术式减少气管切开并发症.中国危重病急救医学,2001,13:155.
- [7] 翟翔,张金玲,刘钢,等.再次气管切开手术方法探讨.中国现代神经疾病杂志,2012,12:76-77.
- [8] 陈秀凯,王小文,秦建民,等.外科危重患者气管切开后拔管时机选择与失败的临床处理.中国危重病急救医学,2007,19:113.
- [9] 梁战海,石岩,付婧,等.经皮旋转穿刺气管造口术在非正常体位危重患者中的应用观察.中国中西医结合急救杂志,2011,18:356-358.

DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2013.04.019

作者单位:276003 山东,临沂市人民医院耳鼻咽喉科

通信作者:王永强,Email:wuyqiang888@sina.com

(收稿日期:2013-01-27)

(本文编辑:李银平)