

改装喉镜辅助喉罩正中置入法应用体会

周平义 蔡洪英 董 荟 凌伟贤 戴惠惠 邹秀媚

广州市南沙区第六人民医院 广东广州 511470

〔摘要〕目的 探讨改装喉镜辅助喉罩正中置入法在全身麻醉中的应用价值。方法 将 100 例患者随机分为两组各 50 例，常规组用普通喉镜辅助喉罩置入，改装组用改装后的普通喉镜辅助喉罩置入，观察两组患者一次性置入成功例数、调整后成功例数、口咽部出血、咽痛、口腔分泌物多例数。结果 改装组一次性置入成功例数高于常规组，调整后成功例数、口咽部出血、咽痛、口腔分泌物多例数低于常规组，两组比较有显著差异 ($P < 0.01$)。结论 改装喉镜辅助喉罩置入成功率高，副作用少，可替代普通喉镜辅助喉罩置入。

〔中图分类号〕R614 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 07-185-02

喉罩通气麻醉已在临床广泛应用。目前喉罩置入的方法众多，常用的有：(1)正中盲探徒手置入法；(2)侧入法；(3)拇指技术；(4)麻醉喉镜辅助引导法^[1]。徒手插入法存在盲目性，普通麻醉喉镜是专为气管插管设计的，镜片侧壁阻挡视野且影响喉罩置入，两种方法使用过程中经常存在喉罩置入困难、位置不正、局部损伤等缺点。笔者将一次性喉镜片改装后辅助引导喉罩正中置入取得了良好效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2016 年 5 月至 2018 年 6 月择期行硬镜微创保胆取石(息肉)患者 100 例，其中男 45 例，女 55 例；年龄 16~74 岁；体重 42~70kg；ASA I~II 级。全组患者均无张口困难、近期无咽喉肿痛病史，无牙齿松动，颈部活动度好。随机分为两组，普通组(普通喉镜辅助引导正中置入法)50 例，改装组(改装镜片喉镜辅助正中置入法)50 例。两组患者一般资料无显著差异 ($P > 0.05$)，见表 1。

表 1: 两组患者一般资料比较

组别	n	年龄(岁)	体重(kg)	齿间距(cm)
常规组	50	38±18	54.6±7.3	3.1±0.9
改装组	50	41±19	56.3±13.5	3.0±1.1

1.2 方法

(1) 镜片改装。将一次性非金属喉镜片削去远端部分，留近端部分约 3cm 长，光导杆截掉远端，留近端约 3cm 长。侧壁断端部分磨成斜形，见下图。



图 1 (改装前) 图 2 (改装后)

(2) 术前按择期手术常规禁食水，无术前用药。入室后开放静脉通道，输注林格氏液，长托宁 0.5~1.0mg 壶入静滴，

以减少呼吸道分泌物。常规监测心电图(ECG)、血氧饱和度(SpO_2)、血压(BP)、呼气末二氧化碳分压($ETCO_2$)、麻醉深度监测(BIS)，测量自主张口齿间距离。麻醉采用全静脉快速诱导，一次性喉罩(一代充气形喉罩)通气控制呼吸。诱导用咪唑安定 0.080~.10mg/kg，芬太尼 35~g/kg，异丙酚 1.5~2.0mg/kg，罗库溴铵 0.51~1.0mg/kg。常规组用普通麻醉喉镜辅助引导插入喉罩：左手持喉镜从口腔正中进入挑起会厌，不用看到声门，右手持喉罩(喉罩表面涂石蜡油，气囊充气少许至稍膨隆状态)插入，调整位置，通气好后固定。改装组用改装喉镜，左手持喉镜，镜片顺舌背下移直达舌根会厌交界处，挑起会厌，不必看到声门，右手持喉罩置入，喉罩伞端盖住会厌，退出喉镜，充气 5~10ml，手捏呼吸囊无漏气、阻力小、呼气末 CO_2 波形正常，肺部呼吸音正常后固定，接麻醉机控制呼吸。观察并记录两组方法一次置入成功例数、经调整后成功例数、术中再次调整或改插管例数、术后拔出喉罩时见血迹出血例数、术后咽痛例数、拔喉罩时分泌物较多例数。

1.3 统计学处理

采用 SPSS16.0 软件。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用 t 检验，计数资料组间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

全组患者喉罩置入成功，成功率 100%，未出现反流误吸以及牙齿脱落 CO_2 蓄积，气囊破裂等情况。两组患者不同喉镜辅助置入法比较见表 2。改装组一次性置入成功 48 例(96%)，与常规组 33 例(占 66%)比较，差异显著 ($P < 0.01$)；改装组调整后成功例数、出血例数、咽痛例数、分泌物多例数均低于常规组 ($P < 0.01$)。

表 2: 两组患者喉罩不同置入法比较 [例(%)]

组别	n	1次成功	调整后成功	出血	咽痛	分泌物多
常规组	50	33 (66)	22 (44)	10 (20)	14 (28)	18 (36)
改装组	50	48 (96) *	4 (8) *	3 (6) *	4 (8) *	5 (10) *

注：与常规组比较，* $P < 0.01$

3 讨论

喉罩通气麻醉由于其置入和拔出简单，置入成功率高达 65~100%^[2]；喉罩与咽喉部解剖更匹配^[3]。由于不进入气管，

(下转第 188 页)

表 1: 两组高危儿在 3、6、9 个月时的智力发育情况和运动发育情况

组别	例数	智力发育情况			运动发育情况		
		3 个月	6 个月	9 个月	3 个月	6 个月	9 个月
对照组	50	96.7±6.3	99.7±0.8	99.9±6.3	92.7±9.3	93.2±9.3	94.7±8.3
观察组	50	80.7±5.3	80.1±6.3	85.2±4.2	81.2±8.1	85.2±11.2	86.1±9.3
t		13.7421	21.8236	13.7281	6.5935	3.885	4.8784
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

情况都对高危儿的早期干预有不同层面的影响。有很多以家庭为基础的干预都相对的减轻了父母的压力，增加了父母的养育知识以及对患儿的敏感性。早期干预在实施过程中不但需要医护人员作出努力，而且更需要家庭的支持与协助，只有家庭成员及时发现高危儿的生理缺陷才可以在关键期内对高危儿进行干预，收到最佳的效果，减轻社会的负担，增加有缺陷儿童在社会生活中的自信心^[6]。

综上所述，在临床中对高危儿进行早期干预联合健康教育，使高危儿在智力和行为上都得到明显改善，值得推广运用。

[参考文献]

[1] 林玲莉, 陈海苑, 黄洁纯. 早期干预与健康教育相结合预防高危儿脑瘫等后遗症的疗效[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(15):175-176.

[2] 鲁玉霞. 高危儿早期异常神经行为发育的动态变化趋势和早期干预的方法及效果[J]. 中国妇幼卫生杂志, 2016, 7(05):58-59+62.

[3] 梁玉兰, 陈亮, 袁丹, 等. 高危儿随访联合早期干预对降低新生儿残障率的临床疗效分析[J]. 儿科药学杂志, 2018, 24(01):19-21.

[4] 朱华, 彭珉娟, 杨涛毅, 等. 神经行为发育监测及早期干预对高危儿智能发育影响的研究[J]. 四川医学, 2013, 34(12):1780-1783.

[5] 郑禹英, 高伦. 高危儿进行健康教育联合早期干预对行为发育的影响[J]. 中国卫生产业, 2017, 14(6):23-24.

[6] 陈秋如. 早期干预联合健康教育对高危儿行为发育的影响研究[J]. 中国医学创新, 2016, 13(34):44-46.

(上接第 185 页)

对病人刺激程度轻，麻醉用药减少，术后并发症少，麻醉相对安全，故临床广泛应用。喉罩置入的基本方法就是徒手法和麻醉喉镜辅助法。徒手插入相对简单，但成功率低，对于张口度小和会厌肥大的患者置入较困难，需反复置入或置入后位置不正，通气不畅，造成局部出血，分泌物增多及术后咽痛等。有报道徒手逆转法较标准正中盲探法成功率高，但两者成功率的差异无统计学意义^[4]；另有报道侧入法成功率高^[5]，但目前没有资料证明哪种方法最好。喉镜辅助法虽可暴露口腔，挑起会厌，可以看到口腔结构，但普通喉镜是专为气管插管设计的，镜片的侧壁是为了将舌体推向左侧利于气管导管插入。喉罩伞端部分较大，置入时镜片侧壁阻挡了伞端进入，勉强进入后伞端变形移位，造成喉罩通气不良。笔者将一次性喉镜片去掉侧壁部分，只留根部，镜片插入时尽量靠近左侧口角处，上提喉镜暴露口腔，挑起会厌，不用

看到声门，喉罩伞端罩住会厌即可。该法不用将舌体推向左侧，以让出多余的空间使喉罩从正中轻松置入。从表 2 可见，改装喉镜辅助喉罩置入操作简单，一次置入成功率高，出血及咽痛例数少，分泌物少，相比普通喉镜有更大优越性。

[参考文献]

[1] 邓小明, 姚尚龙, 于布为, 等. 主编. 现代麻醉学[M]. 第四版. 北京: 人民卫生出版社, 2014.1022-1023.

[2] 李大航, 贾瑞芳, 段宏军. SLPA 喉罩用于全麻气道管理的观察[J]. 临床麻醉学杂志, 2010, 26(6): 528-529.

[3] 周仁龙, 杭燕南. 第三代喉罩的临床应用[J]. 临床麻醉学杂志, 2006.22(11) 880-882.

[4] 韦战红, 徐军. 喉罩盲探逆转法在全麻病人中的应用[J]. 浙江临床医学, 2007, 9(8): 120-121.

[5] 赵国胜. 食管引流型喉罩两种徒手置入法的临床效果比较[J]. 临床麻醉学杂志, 2007, 23(7):610-611.

(上接第 186 页)

功效系数法 3 种医疗质量常用评价方式具有各自的优缺点，目前统计学领域中针对质量评估相关方法层出不穷，本研究主要针对医疗质量常用的加权 Topsis 法、加权综合指数法、功效系数法予以综合评价，既能够改善加权 Topsis 法、加权综合指数法过于整体化的问题，又能够弥补功效系数法客观性不足的现象，从而对医院医疗质量实际情况加以科学、合理、准确的反映，实现各个评价方法优势互补的最终目的。

综上所述，本研究针对加权 Topsis 法、加权综合指数法、功效系数法予以综合评价医院医疗质量，其结果显示，综合评价方式与医院客观实际情况符合程度较高，说明联合评价模式准确率更高，具有一定的实用性。因此，医院实施多种综合评价方法联合评价医疗质量，根据其结果予以调整医院管理方式，能够进一步提升医院管理水平及医疗质量。

[参考文献]

[1] 赵琳, 邓应梅, 肖蓓, 等. 3 种方法综合评价某医院 2010 年-2015 年住院医疗质量[J]. 中国病案, 2016, 17(11):56-59.

[2] 张利平, 于贞杰, 李望晨, 等. 基于多种方法比较的医疗质量综合评价方案设计及实证研究[J]. 中国卫生统计, 2016, 33(1):158-160.

[3] 高洪达, 王翊, 梁胜林, 等. 基于多种方法综合评价广西县级公立医院医疗质量[J]. 现代预防医学, 2017, 44(14).

[4] 陈玲, 郑正涛, 王丽莉. 应用 TOPSIS 法结合 RSR 法综合评价临床科室医疗质量[J]. 中国病案, 2017, 18(11):50-54.

[5] 肖青兰, 黄琳. 多变量综合评价法对临床科室医疗质量评价分析[J]. 医学信息, 2017, 30(21).