

- septic shock. Crit Care Med, 2004, 32(8):1637-1642.
- [13] 穆玉,任新生.血液净化技术清除全身炎症反应综合征细胞因子的进展.中国危重病急救医学,2002,14(5):315-316.
- [14] Ghani RA, Zainudin S, Ctkong N, et al. Serum IL-6 and IL-1-ra with sequential organ failure assessment scores in septic patients receiving high-volume haemofiltration and continuous venovenous haemofiltration. Nephrology (Carlton), 2006, 11(5):386-393.
- [15] Quintard H, Rapy E, Massias L, et al. The pharmacokinetic profile of voriconazole during continuous high-volume venovenous hemofiltration in a critically ill patient. Ther Drug Monit, 2008, 30(1):117-119.
- [16] 刘长文,郑永科,陆骏,等.高容量血液滤过对脓毒症合并急性呼吸窘迫综合征血流动力学和氧代谢的影响.中国危重病急救医学,2006,18(11):657-660.
- [17] 夏斌,胡森,编译.高容量血液滤过对脓毒性休克患者血流动力学紊乱和预后的影响.中国危重病急救医学,2004,16(3):147.
- (收稿日期:2009-03-28) (本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

危重症患者半卧位气管插管的探讨

刘云松 宋云峰 童华生 徐秋林 邱俊铭 苏磊

【关键词】 气管插管; 体位; 危重病

气管插管是危重病救治的常用技术,目前国内的相关规范均以仰卧位作为气管插管的常规体位^[1-2]。我们在临床工作中体会到,处于半卧位的患者接受气管插管时,多无须调整体位为仰卧位,而采用半卧位甚至更为快捷和安全合理,现探讨如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:2005年3月—2007年10月本院共行半卧位经口/经鼻明视气管插管患者150例,男83例,女67例,年龄13~82岁。直接病因为感染、误吸、心力衰竭、呼吸道梗阻、呼吸肌麻痹、严重创伤等引起的呼吸衰竭或呼吸功能不全。

1.2 气管插管体位:所有患者气管插管前的体位均为半卧位或端坐位,其中低坡位(床头支角15°~30°)61例,中坡位(床头支角30°~45°)47例,高坡位(床头支角45°~60°)32例,端坐位10例。如高坡位或端坐位时床头过高无法操作,可适当缓慢降低至中坡位,操作者可加用脚凳,或是改在患者侧方操作。如果采用以上方法都无法顺利操作或患者无法耐受体位改变,则改行纤维支气管镜(纤支镜)引导气管插管。

1.3 气管插管方法:插管前按患者病情和所处环境采取必要的监护、表面麻醉、镇静、预氧等措施。采用Machintosh型

弯形喉镜片进行常规的喉镜操作和气管插管操作,从喉镜置入口角开始计时,至气管导管通过声门截止计为气管插管时间,记录该时间段内的并发症。

1.4 结果:146例插管成功,4例因未能显露声门或患者无法耐受体位改变改行纤支镜引导气管插管。插管时间<1 min 75例,1~2 min 57例,2~5 min 14例。发生食管插管9例,反流12例,误吸5例;原有低氧血症无明显加重恶化,无恶性心律失常发生。

2 讨论

理论上,气管插管时患者的体位无须遵循仰卧位,因为无论采用什么体位,关键在于患者的头颈部应处于嗅物位(sniffing position)^[3-5],即颈部屈曲、头抬高后仰,从而有利于口腔、咽腔和喉腔的3条轴线重叠以显露声门,并且较单纯头后仰位能缩短口唇与声门间的距离,使呼吸道达到最大程度的开放。

采用半卧位气管插管时,操作者无须下蹲,因此操作所需要的床空间较少,且无须拆除床头护栏,加之通常不必改变患者体位,故操作的准备时间明显缩短。在仰卧位插管过程中,操作者需努力维持半蹲姿势,同时还需左臂向前上方上提喉镜,故操作较为费力。如遇困难插管,必然更易致操作者疲劳而影响操作,甚至可能因操作者疲劳后动作变形致使患者上切牙成为喉镜的着力点,从而间接影响到声门的显露,增加损伤危险。而采用半卧位时,操作者可将重心依托于床沿,并且左臂上提喉镜所需克服的力臂亦会减少,因此会明显感到省力、

容易操作。

另一方面,危重症患者的体位多是半卧位,为行气管插管而改变体位显然会增加病情变化的风险,尤其对于颅内压明显增高及急性左心衰竭的患者^[6]。理论上,除了接受胸外心脏按压的患者必须采取平卧位之外,对所有处于半卧位患者的气管插管都无须改变体位,只是在床头角度过大而不利于操作时,可适当降低床头。如果患者无法耐受体位改变,操作者可加用脚凳,或改在患者侧方插管。如仍不能达到目的,则改行纤支镜引导气管插管。

参考文献

- [1] 王今达,王正国.通用危重病急救医学.天津:天津科技翻译出版公司,2001:238.
- [2] 仲剑平.医疗护理技术操作常规.北京:人民军医出版社,1998:107-108.
- [3] Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Emergency medicine-a comprehensive study guide. 5th ed. New York: McGRAW-Hill companies Inc, 2001: 86.
- [4] Hall JB, Schmidt GA, Wood LH. Principles of critical care. 2th ed. New York: McGRAW-Hill companies Inc, 1998: 115.
- [5] 薛富善.现代呼吸管理理学:麻醉与危重病治疗关键技术.郑州:郑州大学出版社,2001:408-410.
- [6] 王波,康焰,金小东,等.体位及呼气末正压对危重病患者中心静脉压的影响.中国危重病急救医学,2007,19(2):104-106.

(收稿日期:2008-09-21)

(本文编辑:李银平)

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.

2009.07.013

作者单位:510010 广东,广州军区广州总医院 ICU

Email:liuys_888@sohu.com