

脑卒中病人气管切开术后气道内大出血1例

游慧超 李文琦 欧阳和平 孙登江 张庭保

【关键词】脑卒中;气管切开术;气管内大出血

【文章编号】1009-153X(2017)08-0532-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 743

1 病例资料

病人因突发头痛呕吐伴意识障碍2 h入院。入院时因脑疝急诊行气管插管并开颅血肿清除加去骨瓣减压术,术后持续呼吸机辅助呼吸。术后持续昏迷合并肺部感染,遂行经皮扩张气管切开术,术前胸部CT见无名动脉高位变异(图1A),于胸骨柄上缘上方1.2 cm自气管左前方向右上方走行。术中气管套管置入困难且易脱出,调整后扩充气囊固定,术后频繁剧烈咳嗽,呼吸深快,痰量多,吸痰管置入有明显阻力感。复查胸部CT见气管套管于胸骨上缘、气管右前壁水平处进入气管,其尖端仅进入气管少许且紧邻无名动脉(图1B)。术后第8天,剧烈咳嗽时气管套管于气切口脱出,伴气切口少量渗血,多次还纳困难后,在导丝引导下成功还纳并扩充气囊固定。术后第9天突发大出血,床旁紧急气管切开探查,见气管环撕裂,仅后壁约1/3相连,气管前壁大面积缺损,局部软组织广泛糜烂,无名动脉瘘。最终因窒息死亡。

2 讨论

严重脑卒中常因意识障碍合并肺部感染行气管切开术,以利于气道管理。气管切开术后气道大出血相对少见,而且部分神经外科医师对颈部及纵隔局部解剖缺乏足够的认识,因此在气管切开术致大出血的防范与及时发现并处理出血诱因方面易疏忽,延误病情。

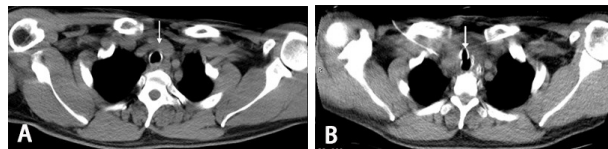


图1 脑卒中病人气管切开术后气道内大出血手术前后影像
A. 气管切开术前胸部CT,可见无名动脉高位变异(↑示);B. 气管切开术后胸部CT,可见气管套管尖端未完全进入气管(↑示)

气管切开术后大出血主要由无名动脉破裂或瘘引起,其形成与可由多种因素引起:①解剖因素;②气管切开位置因素;③气道机械刺激因素;④感染因素。

气道大出血的抢救成功率极低,因此预防尤为重要。应提高对气道大出血的认识,对合并有多种危险因素的病人应提高警惕,谨防气管内大出血的发生。在气管切开前,可进行高分辨胸颈部CT检查,明确无名动脉有无高位变异。气管切开过程中,应选择第2、3气管环处切开置管,谨慎选择低位气管切开。气管切开术后,规范化使用气囊,防止气管粘膜糜烂损伤无名动脉。积极控制肺部感染,妥善固定套管,纠正呼吸碱中毒,减少套管与气管间的摩擦。无名动脉破裂出血时常有先兆,表现为痰中带血,可见气管套管搏动,此时应警惕大出血的发生。一旦发生气管内大出血,抢救的首要目标是防治窒息,其次为止血纠正休克。本文病例因缺乏相关经验与知识,术前、术后均未意识到气道大出血之严重并发症,术后出现痰中带血时未重视,错失抢救时机,最终发生气道内大出血,终因气道血栓窒息死亡。

(2016-12-07收稿,2016-12-29修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2017.08.002

作者单位:430032 武汉,湖北省第三人民医院神经外科(游慧超、欧阳和平、孙登江、张庭保),血管超声科(李文琦)