气管、支气管异物的治疗

葛文彤

首都医科大学附属北京儿童医院　耳鼻咽喉头颈外科

气管、支气管异物是危及患者生命的急重急症，一经诊断，应尽早取出异物，以保持呼吸道通畅。气管、支气管异物可经直接喉镜、纤维支气管镜、硬支气管镜或经由气管切开、开胸等方法取出异物。纤维支气管镜和硬支气管镜是最常见的异物取出方法。位于喉部的异物，如病情紧急，又无法进行麻醉者，可选择经直接喉镜下取出异物（此方法损伤较大），如通过纤维支气管镜或硬支气管镜还无法取出，则应开胸手术或气管切开手术取出异物。

一、直接喉镜下气管、支气管异物取出法

位于喉部的异物，如病情紧急，无法进行全身麻醉，可选择局麻下经直接喉镜下取出异物。手术时患儿仰卧位，用直接喉镜挑起会厌，充分暴露声门裂，用异物钳夹取异物，将异物取出。取出过程中切记动作轻柔，避免因用力过猛损伤声带。取出过程中应夹紧异物，避免异物脱落入气管内。如异物嵌顿较紧，无法取出，应尽快安排在麻醉下取出异物。

二、硬支气管镜下气管、支气管异物取出法

为气管异物治疗的最常规方法。手术应在全身麻醉下进行。全麻下，患儿安静、咳嗽少、肌肉较松弛，喉反射减弱或消失，支气管检查操作时可避免迷走神经反射，可耐受较长时间检查与取出操作。全麻适合于支气管异物较大或不规则形状；主支气管内大而易碎的植物性异物；支气管阻塞性异物；肺段支气管的细小异物；诊断不明确或预计手术操作需时较长者。全麻有γ-羟基丁酸钠静脉复合麻醉等方法，术中采用高频喷射通气（HFJV）被公认是一种安全、有效的通气给氧技术。

手术时患儿取仰卧位，直接喉镜挑起会厌，暴露声门，选择大小适当的支气管镜，于患者吸气之际越过声门裂，送入气管内，然后取下直接喉镜。成人可不用喉镜而直接插入支气管镜。窥见到异物后，将支气管镜远端接近异物，察看露出部分的异物形状、位置、粘膜肿胀、空隙等情况，伸入异物钳夹取异物。若异物为易碎物，用力不可太大以免夹碎；若为金属类异物，要用力夹紧。异物体积小可将其从镜管内取出，不完整的碎块，可反复夹取，或

用吸引管吸出，直至取尽为止；异物较大不能由镜内取出者，宜夹紧异物，将之拉拢固定于支气管镜远端，使支气管镜、异物钳连同异物以相同速度缓缓向外退出。探取异物手术中，应随时吸净呼吸道内分泌物。

手术时患儿血氧饱和度应维持在 90%以上，充分肌松，并给予 0.5%利多卡因溶液灌洗，表面麻醉气管或支气管粘膜，可有效减轻支气管痉挛概率。

硬支气管镜检查时若用力不当，可使上切牙受损或脱落，应尽量避免发生。手术时动作应轻巧，以异物钳夹持异物或以活检钳取组织后，如退出钳子受阻时，应避免用力牵拉，以免损伤管壁，产生并发症。为了避免并发喉水肿，应选用粗细合适的支气管镜，支气管镜过粗或手术时间过长，均易诱发喉水肿。

患者若无明显呼吸困难，但因支气管炎、肺炎等并发症且伴有高热、体质虚弱者，宜先行抗炎补液支持疗法，密切观察有无突发呼吸困难征象，略待体温下降，一般情况好转后再行异物取出术；病情危重，呼吸极度困难，可先行气管切开术，以免发生窒息；已有气胸、纵隔气肿等并发症时，应首先治疗气胸或纵隔气肿，待积气消失或明显缓解后再行异物取出术；伴有心力衰竭时，应给予强心剂治疗；术前应了解异物的种类、大小、形状及部位，同时挑选适当器械，根据患儿年龄大小选择合适的直接喉镜、支气管镜、喉与支气管异物钳及吸引器管等。准备好急救用品，对于患儿极度虚弱，伴有严重心脏疾病并发症患者，应请专科医生诊治，以防不测。

三、纤维支气管镜下支气管异物取出术：

纤维支气管镜检查可在局部麻醉或全身麻醉下进行。适于已进入较细支气管的小而易碎的异物，硬质支气管镜难以达到者，张口困难者或因全身其他疾病不适于进行全身麻醉的患儿。纤维支气管镜插入气管后，应注意患者呼吸情况，观察血氧饱和度变化。因纤维支气管镜为实体镜，所以部分可阻塞呼吸道。若患者情况尚可，分别检查左右主支气管、肺叶及肺段支气管。纤维支气管镜下可使用套丝或异物钳取出异物，还可对病变支气管进行局部灌洗治疗，有利于炎症的恢复。

对于气管、支气管异物，作为儿科或耳鼻喉科医生，不仅仅要掌握精湛的手术技巧，更要向家长做好宣传教育工作，因为气管、支气管异物是一种完全可以预防的疾病：

1．开展宣教工作，教育小孩勿将玩具、工具含于口中玩耍，若发现后，应婉言劝说，使其自觉吐出，切忌恐吓或用手指强行挖取，以免引起哭闹而误吸入气道。

2．家长及保育人员管理好小孩的食物及玩具，避免给 3～5 岁以下的幼儿吃花生、瓜子及豆类等食物。

3．教育儿童及成人吃饭时细嚼慢咽，勿高声谈笑；小儿进食时，不要嬉笑、打骂或哭闹；教育儿童不要吸食果冻。

预防为主，根据患儿不同年龄，不同异物种类、大小、病史时间，患儿异物具体位置和患儿具体情况采取适合患儿的手术方式，才能提高治疗成功率，真正造福于患儿。