

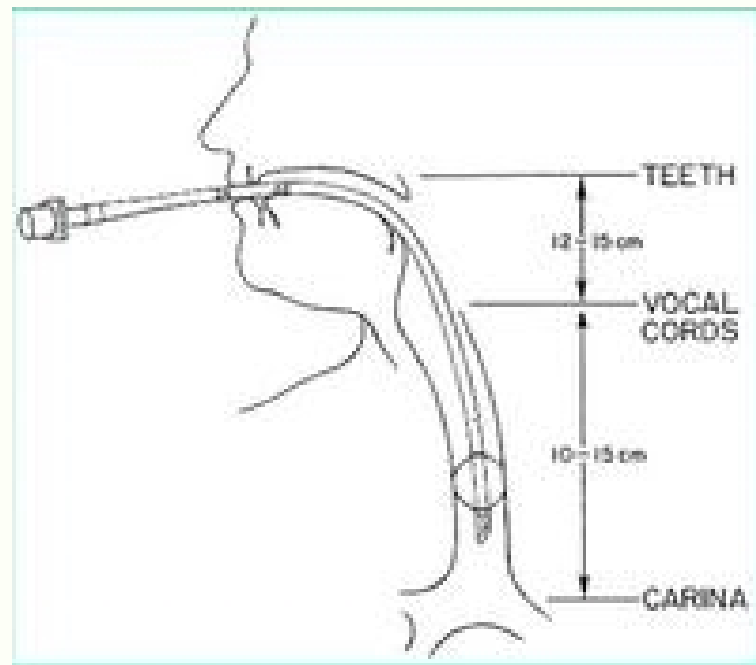
主要内容

- 🌿 定义
- 🌿 作用及意义
- 🌿 适应症及禁忌症
- 🌿 操作方法
- 🌿 注意事项



定义

- 气管插管:将一特制的气管导管经声门置入气管的技术称为气管插管，这一技术能为气道通畅、通气供氧、呼吸道吸引和防止误吸等提供最佳条件。



作用及意义

- ✦ 气管插管术是急救工作中常用的重要抢救技术,是医务人员必须熟练掌握的基本技能,对抢救患者生命、降低病死率起到至关重要的作用。且能够及时吸出气管内分泌物或异物,防止异物进入呼吸道,保持呼吸道通畅,进行有效的人工或机械通气,防止患者缺氧和二氧化碳潴留。
- ✦ 气管插管是否及时,直接关系到抢救的成败、患者能否安全转运及患者的预后情况。



气管内插管的适应证

1. 呼吸道难以保证通畅者, 颈部肿瘤压迫气管, 全麻药对呼吸有明显抑制或应用肌松药物者;
2. 呼吸衰竭需要进行机械通气者、心肺复苏、药物中毒以及新生儿严重窒息时;
3. 某些特殊麻醉, 如并用降温术、降压术及静脉普鲁卡因复合麻醉等



气管插管的禁忌症

- 1.绝对禁忌：喉头水肿、急性喉炎、喉头粘膜下血肿，插管损伤可引起严重出血；除非急救，禁忌气管内插管。
- 2.相对禁忌：
 - ①呼吸道不全梗阻者有插管适应症，但禁忌快速诱导插管。
 - ②并存出血性血液病（如血友病，[血小板减少性紫癜](#)等）者。插管损伤易诱发喉头声门或气管粘膜下出血或血肿，继发呼吸道急性梗阻。
 - ③主动脉瘤压迫气管者，插管可能导致主动脉瘤破裂。
 - ④麻醉者对插管基本知识未掌握，插管技术不熟练或插管设备不完善者，均宜列为相对禁忌证。

人工气道的选择

1. 经口气管插管

- 使用快速而方便，在呼吸、心跳骤停抢救时较常使用，但经口气管插管固定困难，大多数病人意识恢复初期，可因烦躁不安或难以耐受，导致过早拔管撤机。对这类病人予以适当的镇静或改变插管方式，可保证适时撤机。

2.经鼻气管插管

- 有效方便，对于清醒病人也能耐受，且易固定，不影响口腔护理和进食，不致因较长时间使用引起营养不良和电解质紊乱。但经鼻气管插管气道死腔大，容易导致痰液引流不畅、痰栓形成，甚至阻塞管腔。

3.气管切开

- 死腔小，固定良好，病人能耐受，痰液易吸出，不影响进食和口腔护理，并发症少，是理想的通气方式。需要较长时间机械通气或昏迷者，及痰液较多排痰不畅者，以气管切开为宜。



气管内插管术

插管前检查与估计

- 插管前应常规实施有关检查（鼻腔，牙齿，张口度，颈部活动度，咽喉部情况），并对下列问题作出决定：
 1. 选用何种插管途径（径口或经鼻）和麻醉方法（全麻或清醒）；
 2. 是否存在插管困难问题，需采取何种插管方法解决。



插管前准备

- 选择合适的气管导管，准备合适的喉镜，导管内导丝、吸痰器、牙垫、注射器、胶布等；准备通气装置（呼吸机、简易呼吸器）；听诊器、监护仪。
- 预充氧使经皮血氧饱和度达到90%以上（最好在95%以上），才能开始插管。
- 麻醉：常用药有丙泊酚、咪达唑仑等，可以配合肌松药。



插管前准备

- 1、检查气管插管有无漏气
- 2、导丝插入导管内备用（导丝不能超过气管插管斜面）
- 3、调整好气管插管角度，接近90度。
- 4.准备胶布一短两长、20ml注射器备用。



操作步骤：

- 患者仰卧位，清除口腔内假牙、血块及分泌物等异物后，头部充分后仰，使口、咽、喉三点呈一直线。
- 将喉镜递给医生，待医生找好位置后将准备好的气管导管交给他。



✦ 插管完成后，听医生口令拔导丝。左手固定导管，右手把导丝。确认导管已进入气管内再固定并连接辅助呼吸器。

确认方法有：

- ✦ ①压胸部时，导管口有气流。
- ✦ ②人工呼吸时，可见双侧胸廓对称起伏，并可听到清晰的肺泡呼吸音。
- ✦ ③病人如有自主呼吸，接麻醉机后可见呼吸囊随呼吸而张缩。



妥善固定

- 确定插入深度，向导管气囊内注入空气5~7ml。置入咬口器，用短胶布固定导管与咬口器。
- 两条长胶布蝶形固定于患者脸颊。

- ❖ 妥善固定气管导管，可减少导管周围皮肤、黏膜的损伤。对神志清醒者做好心理护理，防止患者自行拔管。躁动患者及时应用镇静剂并使用约束带固定手脚。避免气管导管随呼吸运动而损伤气管和鼻腔黏膜。
- ❖ 经常改变体位可减轻导管对局部的损伤并利于痰液引流。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/117100120115006062>