



右一为主任医师顾俊

一是路径不通。患者因幼年意外进行手术,正常咽喉结构已消失,上气道结构严重异常,常规经鼻或经口置入支气管镜的路径完全行不通,术中甚至无法找到声门位置。

二是通气难保。正常情况下,此类手术可先建立人工气道(如气管插管)保证通气,再从容操作。但该患者病情实在特殊,一方面,患者咽喉部几乎完全封闭,无法常规气管插管进行气道保护;另一方面,患者原有气管切开口很小(直径仅6mm),几乎没有适配的可供连接麻醉机的气管套管,很难兼顾通气与取异物的操作,麻醉风险极高,一旦缺氧便会危及生命。

三是套管取出困难。患者气管切开是幼年时所做,并且因多年疤痕化,仅有一个细小开口,断裂的金属套管本身勉强能通过。而常规夹持异物的异物钳有一定厚度,极可能在气管切开口处“卡死”,进退两难,操作稍不当就可能引发血氧骤降而危及生命。

呼吸与危重症医学科呼吸介入团队迅速启动复杂气道异物诊疗流程,制定了多套手术预案,全力应对危机。

绝地出招:球囊“变夹为撑”破解取物难题

在与家属充分沟通并签署知情同意后,手术在呼吸内镜中心展开。因建立人工通气通道困难,经过讨论,麻醉团队采取了保留自主呼吸的静脉麻醉联合黏膜表面麻醉的方式,术中严格控制麻醉深度、持续监测生命体征。主任医师顾俊经原气切口置入可弯曲支气管镜进行快速探查,镜下发现断裂的金属套管已从CT提示的右主支气管移位至左主支气管。

和预想的一样,由于金属套管表面光滑、弯曲度大、气管切开口细小,常规异物钳数次尝试夹持均无法取出,且每次操作都会导致李先生血氧一过性下降,手术被迫数次中断。冷冻取异物因套管的金属材质不易实现,异物网篮也因无法固定套管而难以奏效,团队陷入进退两难的困境。

面对“进不去、夹不牢、拖不出”的困局,呼吸介入团队结合既往处理复杂异物的经验,按照术前预案提出一个大胆思路:将球囊扩张导管通过支气管镜置入,在支气管镜直视下将导管部分送入断裂的金属套管管腔内,缓慢充气使球囊与金属套管内壁形成稳定支撑