

成人气管插管

【目的】

- 1、掌握气管插管的适应证。
- 2、掌握插管前检查及插管条件的评估。
- 3、掌握气管插管器械的准备，导管和喉镜的选择。
- 4、掌握明视经口气管插管法：头位、插管步骤、插管深度及注意事项。
- 5、掌握插管后导管位置确认的方法。

【适应证】

紧急适应证包括心跳或呼吸骤停、气道不能防止误吸、缺氧或通气不足、气道阻塞。

【物品及器材】

手套、口罩、吸引器（插管前检查是否正常）、球瓣面罩（连接好氧气源）、10ml 注射器、通气道内导管夹（如果没有，就用布胶带代替）、听诊器或呼气末二氧化碳检测器、气管插管及管芯、有合适镜身的喉镜，知情同意书。

【操作关键步骤】

- (1) 插管前麻醉，如果患者已经呼吸心跳骤停，则无需麻醉。
- (2) 插管时头位：
 - a) 过伸拉。
 - b) 修正拉。
- (3) 插管步骤：
 - a) 右手张开嘴。
 - b) 左手将咽喉镜放入口腔。
 - c) 看到会厌并挑起露声门。
 - d) 右手持导管轻轻送入声门，退出导芯。
 - e) 放入牙垫，退出吼镜，接机械通气管道。
 - f) 确定导管是否在气管内并调整深度，气管导管末端应位于气管中段，隆突上 3~7cm。一般来说，中等体形成年人，把气管导管的 22cm 刻度对准前牙。儿童可用以下公式来估计插入所需深度：导管深度=12+年龄÷2。连接呼吸末二氧化碳探测器与气管内管并且接上呼吸囊，给予很少潮气量呼吸。
 - g) 固定导管。

【并发症】

气管插管并发症：误插入食管，导致胃内容物吸入、高碳酸血症和死亡。喉镜检查会刺激呕吐和胃内容物吸入，引起吸入性肺炎。其它包括因为咽部刺激导致的心动过缓、喉痉挛、支气管痉挛和呼吸暂停。也能发生牙齿、嘴唇、声带的损失和颈椎棘突损伤的加重。

【补充或扩展内容】

气管拔管术

拔管指征

1. 生命体征平稳。

2. 肌松恢复，通气量满意。
3. 咳嗽、吞咽反射恢复。

拔管步骤

1. 吸清咽部、气管内分泌物。
2. 放松气囊，松开固定胶布。
3. 将吸引导管插入气管导管，前端超过导管开口。
4. 缓慢退出导管，同时吸痰。
5. 拔出导管后须密切观察病人呼吸状况，必要时面罩吸氧。