

誤闖呼吸道 小兒氣管異物的 處理原則

氣管異物是常見的小兒後天性呼吸道急症，由於幼兒常以嘴巴來探索這個對他們而言還是未知的世界，再加上幼兒牙齒發育尚未完全、吞嚥的神經肌肉控制及氣道保護機制也尚未成熟，這些綜合因素使得異物容易侵入幼兒的氣管，甚且引起嚴重的併發症。



診斷氣管有無異物要慎重 無徵候期最容易發生誤判

異物被幼兒誤吸後的病程，可以分為幾個階段：

- 1.異物吸入初期：**突然出現劇烈咳嗽、嗆咳、嘔吐或氣道阻塞。大人常會忽略此一現象而未及時處理。
- 2.無徵候期：**吸入的異物嵌置氣管，並已度過最初的刺激階段，進入疲乏期。在此一階段，病患家屬及一般醫師往往誤以為氣管沒有異物。
- 3.併發症期：**久滯氣管的異物造成感染、破損或阻塞，可能引起肺炎、肺部擴張不全或肺膿瘍。

所以醫師在診斷氣管異物時，一定要重視家屬或病人的陳述，如果病人有嗆到異物的病史，加上出現咳嗽或喘鳴等呼吸道症狀，更應進行內視鏡檢查，直到確定沒有異物為止。

因為右主支氣管與氣管的夾角較直，所以氣管異物大多位於右側主支氣管。影像學檢查以正面及側面胸部X光攝影為主，可以提供許多資訊。氣管異物在吸入初期，常常會形成一個單向性瓣膜或初期為兩向性但不久就轉變為單向性瓣膜，呼氣時，氣管內的異物會阻塞氣管，造成所謂氣體填塞（air trapping）的現象，使得病灶部位的肺部產生阻塞性肺氣腫，甚至將縱膈推往對側；若氣管異物沒有即時取出，氣管內單向性瓣膜會逐漸轉變為完全阻塞性異物，病灶部位的空氣因為逐漸被吸收而產生肺部擴張不全。

以內視鏡摘除氣管異物 術前應先做好周全準備

雖然所有小孩的氣管異物都應儘速以內視鏡取出，但是這並不意謂著可以在沒有充分準備的情況之下，倉促的進行內視鏡摘取。事實上，大部分氣管有異物者在送到醫院時都已度過急性期，暫時沒有立即的生命危險，因此應先充分評估身體狀況（包括全身麻醉前的禁食及胃排空）與異物發生的機制，仔細檢查內視鏡及其附屬器械有無故障，以及召集有經驗的助手，並與麻醉科醫師充分討論之後，方可進行內視鏡異物摘除手術。

不過，這並不是說可以不當的拖延異物摘取。氣管異物若拖延太久才準備摘取，異物可能會箝置在支氣管，並可能誘發肉芽組織形成，增加內視鏡摘除的困難與危險。兒童的氣管異物應在診斷之後，當天就以內視鏡摘除，尤其是下列幾種情況更應緊急處理，包括急性氣道阻塞、誤吸乾燥豆類或電池類異物等。

手術中要檢查所有氣管 確定已將異物全數取出

由於幼兒氣管管徑狹窄，因此小兒氣管異物的摘除應以通氣式氣管鏡為宜。通氣式氣管鏡具側面氣孔，可在手術時給予病人氧氣及吸入性麻醉氣體。此外，氣管內可能存在多個異物，必須詳細檢查所有主要支氣管，一般是先檢查可能正常的支氣管，然後再檢查異物可能存在的支氣管。一旦發現異物，不要衝動的就企圖直接以異物鉗摘除，應先抽除異物周圍的黏液，仔細評估異物的形狀、大小、所在的支氣管位置及看不見區域可能的異物情況，然後將氣管鏡緩慢推進，並隨時注意病人的血氧濃度及心血管動力指數。

如果異物可能潛藏有尖銳端，應以內視鏡將此尖銳端挑起藏入內視鏡管徑內，以保護其餘區域避免再受到傷害，同時配合術前X光檢查，以最合用的異物鉗將異物輕輕夾住，確定沒有誤夾到黏膜之後，再將異物確實夾緊帶到內視鏡管徑之中，然後整個內視鏡與異物一起出來。最後，一定要再檢查有無未取出的異物，此時可以順便抽掉殘留的黏液，並檢查有無持續滲血，若有，應給予局部血管收縮劑。

預防勝於治療，在此提醒大家，絕對不可餵嬰幼兒吃花生或其他核果類食物；小孩子嘴中有食物時，不要和他們講話或嬉戲，也不要讓小孩子一邊吃東西一邊玩耍或走動；若孩子嗆到食物後，有咳嗽不止、不明原因的發燒等現象，應儘速就醫。🏥