

急性会厌炎并会厌脓肿 2 例成功抢救经验

Successful experience of rescuing two cases of acute epiglottitis with epiglottis abscess

李军政¹ 陈伟南¹ 许教远¹ 高翔¹ 梁悦浓¹ 郑庆生¹ 田文栋²

[关键词] 会厌炎;会厌脓肿;喉梗阻;气管切开术

Key words acute epiglottitis; epiglottis abscess; laryngeal obstruction; tracheotomy

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.13.022

[中图分类号] R459.7 [文献标志码] B

急性会厌炎是耳鼻咽喉科常见急危症之一,因发病急且进展迅速,如控制不力,随时可发生急性喉阻塞,造成窒息而危及生命。急性会厌炎如未及时发现并控制可并发会厌脓肿,其病情更凶险,短时间可致患者呼吸道梗阻^[1]。近年来东莞市太平人民医院耳鼻咽喉头颈外科成功抢救 2 例急性会厌炎并会厌脓肿患者,均取得较好的疗效,现报告如下。

1 病例报告

例 1,男,35 岁。因“咽痛伴吞咽疼痛 5 d,加重伴吞咽、呼吸困难 1 d”为主诉急诊入院。患者诉 5 d 前因感冒出现咽痛,在当地门诊部就诊,予静脉滴注“头孢菌素、地塞米松针”等药物治疗,病情无明显缓解,咽痛逐渐加重,出现讲话含糊、吞咽困难、张口受限及呼吸困难等症状。入院体检:体温 37.6℃,呼吸 22 次/min,呈吸气性呼吸困难,三凹征,心、肺无异常。间接喉镜检查见会厌充血、肿大呈球状,约乒乓球大小,会厌谷消失,声门窥不见(图 1)。急诊血常规示:白细胞 $12.2 \times 10^9/L$,N: 0.78, L: 0.22。入院诊断:急性会厌炎并会厌脓肿;喉梗阻Ⅲ度。入院后常规给予抗生素、激素等药物治疗,并给予低流量吸氧、心电监护等处理,症状无明显缓解,并出现呼吸困难加重,三凹征明显,烦躁不安,端坐呼吸,心率加快,血氧饱和度为 80%。经家属同意后床边紧急行气管切开术,患者呼吸平顺,生命体征平稳。术后 2 d 行局部麻醉直达喉镜下会厌脓肿切排脓术,排出脓液 15 ml。术后予抗生素、地塞米松针等治疗。术后 10 d 行电子喉镜检查见会厌肿胀消失,声门及声带活动好(图 2)。堵管 24 h 后患者呼吸平顺,给予拔管,气管瘘口闭合后出院。

例 2,男,79 岁。因“咽痛、吞咽困难 3 d,症状加重伴气促 1 d”为主诉急诊入院。病初曾在当地医院按“感冒”就诊,予“抗生素”等药物治疗,病情无明显缓解,咽痛及吞咽疼痛等症状渐重。入院前

2 h 症状突然加重,伴吞咽及呼吸困难,并感张口受限,急诊入院。入院体检:体温 37.2℃,呼吸 24 次/min,脉搏 96 次/min,烦躁不安,呈三凹征,心律齐,双肺呼吸音清。间接喉镜检查见咽部黏膜充血,会厌舌面肿胀、隆起,表面有脓点,会厌喉面窥不清,梨状窝、披裂、声门均不能窥见(图 3)。急诊血常规示:白细胞 $10.3 \times 10^9/L$,N: 0.92, L: 0.07。入院诊断:急性会厌炎并会厌脓肿;喉梗阻Ⅲ~Ⅳ度。常规给予抗生素、激素等药物治疗,低流量吸氧、心电监护等处理,患者症状加重,喉梗阻达Ⅳ度。和家属沟通后同意手术,紧急行气管切开术,患者呼吸平顺,生命体征恢复平稳。术后第 2 天行电子喉镜检查见会厌脓肿如球状,表面有脓点,声门窥不清。行表面麻醉直达喉镜下会厌脓肿切排脓术,排出脓液 18 ml。术后予抗生素、雾化吸入等治疗。术后 10 d 行电子喉镜检查见会厌肿胀消失,声门及声带活动好(图 4)。堵管 24 h 后患者呼吸平顺,给予拔管,气管瘘口闭合后痊愈出院。

2 讨论

急性会厌炎是以声门上区为主的急性喉炎,青壮年及儿童多见。急性会厌炎若未能及时有效控制,可形成会厌脓肿^[2]。临床特点:起病急,病情发展迅速,有生命危险。会厌脓肿初期表现为咽痛、吞咽堵塞感、吞咽困难或伴发热。随着病情发展,迅速出现流涎、讲话含糊、张口受限及呼吸困难^[3]。喉镜检查:会厌红肿、增厚,尤以舌面为甚,严重时成球形或半球形,若脓肿形成在会厌舌面可见黄白色脓点,声门因会厌不能上举难窥见,杓会厌襞、杓状软骨等处黏膜可有充血、脓肿。喉镜检查可明确诊断。

急性会厌炎并会厌脓肿一经确诊,应立即采取积极有效的措施,首先必须保持呼吸道通畅,同时给予足量、有效、敏感的抗生素及糖皮质激素等治疗。笔者在治疗过程中总结以下经验:①密切观察患者生命体征的变化情况(血压、脉搏、呼吸、心率、体温);②快速体检,间接喉镜检查咽部、喉部情况等;③快速补液,应用广谱抗生素、激素等;④持续低流量吸氧;⑤气管切开术,密切观察患者呼吸困

¹ 东莞市太平人民医院耳鼻咽喉-头颈外科(广东东莞, 523900)

² 南方医科大学南方医院耳鼻咽喉-头颈外科

通信作者:田文栋, E-mail:13723538561@139.com

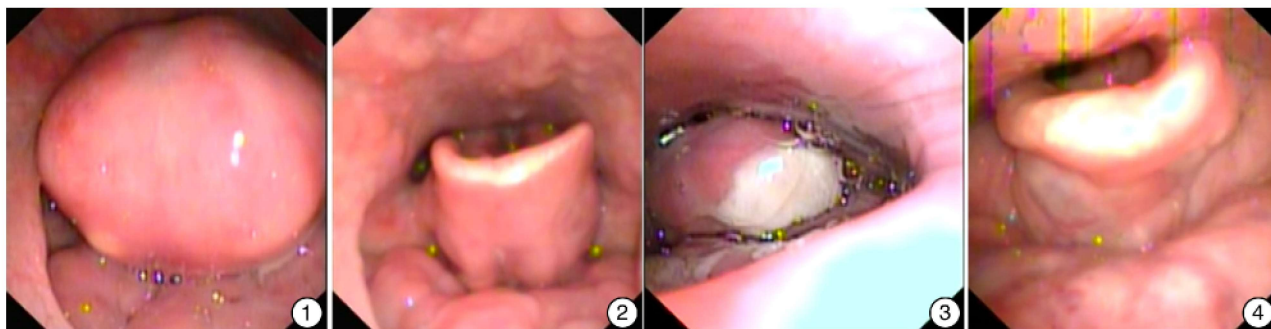


图 1 例 1 术前会厌脓肿形成如球状; 图 2 例 1 会厌脓肿切开术后 10 d 脓肿消失, 会厌轮廓清晰; 图 3 例 2 术前会厌脓肿形成, 表面有脓点; 图 4 例 2 会厌脓肿切开术后 10 d 会厌脓肿消失。

难程度,若呼吸困难不能缓解或持续加重,需紧急行气管切开术;⑥会厌脓肿切开引流术,上述紧急处理后患者病情稳定,呼吸通畅后,可在表面麻醉直达喉镜下行会厌脓肿切排脓术。术后继续抗炎,应用糖皮质激素、雾化吸入、吸氧治疗。本文 2 例患者经上述方案治疗后均获得及时救治,疗效满意,无并发症发生。

参考文献

[1] SALMAN R, LATEEF M, QAZI S M, et al. Adult

epiglottic abscess: a case report[J]. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, 2011, 63: 85-86.

[2] ITO K, CHITOSE H, KOGANEMARU M. Four cases of acute epiglottitis with a peritonsillar abscess [J]. Auris Nasus Larynx, 2011, 38: 284-288.

[3] GILLET D, EYNON-LEWIS N J. Supraglottitis and abscess formation [J]. J Laryngol Otol, 2011, 125: 99-102.

(收稿日期: 2014-01-28)

鼻咽癌误诊原因分析及防范措施

Analysis and safeguard for misdiagnosis of nasopharyngeal carcinoma

董淑霞¹ 卫元峡¹ 金海江¹ 汤建强¹ 曼丽¹

[关键词] 鼻咽癌; 误诊

Key words nasopharyngeal carcinoma; diagnostic errors

doi: 10.13201/j.issn.1001-1781.2014.13.023

[中图分类号] R739.6 [文献标志码] B

鼻咽癌为我国多发肿瘤之一,发病率为耳鼻咽喉科恶性肿瘤之首,对于放疗较敏感,但随着疾病进展,疗效明显下降。早发现、早治疗是改善鼻咽癌患者预后的重要途径。由于其原发部位深而隐蔽,初期原发病灶小,不易观察,加之周围毗邻关系复杂,又与眼、耳鼻咽喉及颅底相毗邻,易从黏膜下向邻近器官直接浸润或经淋巴转移,临床表现多种多样,无特异性,易误诊;多属于低分化或未分化癌,恶性程度高、发展快、转移早,应引起医务工作者的高度警惕。现回顾性分析本科误诊的 72 例鼻咽癌患者,为临床医生提供借鉴和帮助,以避免误诊。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2007-10—2012-09 期间我科共误诊 72 例鼻咽癌患者,男 49 例,女 23 例;年龄 16~85 岁,平均 43.6 岁;误诊时间 18 d~11 个月,平均 4 个月。

临床诊断标准:鼻咽部有新生物或可疑病灶,活检证实为癌。

1.2 活检结果

鼻咽部取组织活检,1 次确诊 40 例(55.6%),2 次活检确诊 25 例(34.7%),3 次活检确诊 5 例(6.9%),4 次活检确诊 2 例(2.7%)。

2 结果

72 例误诊的鼻咽癌患者临床症状及误诊情况见表 1。

¹ 三门峡市中心医院耳鼻咽喉科(河南三门峡,472000)
通信作者:卫元峡, E-mail: wyxyy2009@163.com