

该病的治疗措施包括应用非甾体类抗炎药、激素,结合局部理疗等方法,目的是缓解骨赘所压迫组织局部炎症反应^[4]。但保守治疗无法抑制或逆转病情,如经保守治疗症状无改善且仍持续性加重,可考虑经颈侧入路骨赘切除术。Miyamoto等^[5]报道颈椎骨赘增生患者行手术治疗后症状得到明显改善。本例患者经保守治疗虽咽异物感改善,但随访时间较短,仍需进一步随访观察。

因此,在诊疗过程中应增强对该病的认识,拓宽临床思路,熟悉咽部与周围器官的解剖关系。对于多次反复就诊的咽异物感患者尤其是在排除了功能性紊乱、结构性病变和神经系统疾病后,首先要详细询问颈椎相关疾病史及症状特点;其次需进行详尽的内镜检查及颈部触诊;此外对可疑患者应及早进行颈椎正侧位片检查,必要时结合颈部 MRI 或 CT 三维重建,以减少误诊误治。

参考文献

[1] 齐志勇,张治平,呼和牧仁,等. 以咽异物感为表现的食管型颈椎病 1 例[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012,26(13):616-617.
[2] 肖峰,郭永升. 颈源性咽部异物感误诊为慢性咽炎一例[J]. 中国全科医学,2005,8(6):482-482.
[3] 刘海涛,朱莹. 以咽异物感为表现的颈椎退行性病变[J]. 临床误诊误治,2008,21(6):94-95.
[4] 刘慧茹,金杰,卢晓玲,等. 误诊为喉咽部肿物的食管型颈椎病 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2017,24(8):439-440.
[5] MIYAMOTO K, SUGIYAMA S, HOSOE H, et al. Postsurgical recurrence of osteophytes causing dysphagia in patients with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis[J]. Eur Spine J, 2009, 18: 1652-1658.

(收稿日期:2017-11-08)

儿童特殊类型的支气管异物 1 例

石秋兰¹ 李琦¹ 沈小飞¹

[关键词] 成像,三维;支气管镜;儿童;异物

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2018.16.016

[中图分类号] R768.1 [文献标志码] D

Complicated airway foreign body in a child: a case report

Summary A 9 year-old boy suffering from cough for half a month, fever for 4 days was hospitalized. CT three-dimensional reconstruction showed that a metallic needle-like foreign body within the right main bronchial with pneumonia and atelectasis. In the next day, the boy took examination using an open-tube rigid bronchoscope under general anesthesia. For the first time, the foreign body was jammed in glottis with SpO₂ and HR declining. For the second time, the operator found the foreign was not a needle but a thumbtack. Finally, the thumbtack was removed from the airway after short-term paralysis using succinylcholine.

Key words imaging, three-dimensional; bronchoscopes; child; foreign bodies

1 病例报告

患儿,男,9岁,因“咳喘半月余,发热4d”于2016年5月到我科门诊就诊。胸部CT三维成像显示右侧支气管针状金属异物,右上肺炎伴不张(图1),遂收住入院进一步治疗,患儿及家长均否认有异物吸入史。查体:T 38.9℃,神志清楚,精神可,口唇不绀,吸凹征(-),右上肺呼吸音明显降低,右肺可闻及较多湿啰音。入院后次日在全身麻醉下行硬支气管镜检查术。采用保留自主呼吸的静脉混合麻醉,麻醉满意后,直接喉镜挑起会厌,沿声门插入STORZE 5.0硬支气管镜,在右侧支气管

开口处发现针状异物,周围较多黏脓性分泌物,异物钳夹住针尖与支气管镜一并退出,异物到达声门位置时,感觉阻力较大,患儿突然出现屏气,SpO₂下降至5%,心率从120次/min下降至60次/min。迅速松开异物,退出支气管镜,予面罩加压给氧,丙泊酚40mg静推,5%七氟烷吸入加深麻醉,约1min后,患儿心率血氧恢复至正常。再次插入支气管镜,在隆凸上发现异物,为一红色图钉,用异物钳夹住图钉钉尖部,异物再次到达声门下时,仍感阻力大,取出困难,麻醉医生予琥珀胆碱30mg静推,待自主呼吸消失后,顺利取出异物(图2)。术后再次询问异物吸入史,患儿诉在学校吸入异物后害怕父母责备,故意隐瞒病史。予抗感染、雾化吸入治疗3d,患儿症状明显好转,胸部透视未见纵隔摆

¹南京医科大学附属儿童医院耳鼻咽喉科(南京,210008)
通信作者:沈小飞,E-mail: flyfly1205@126.com

动及气胸征象。

2 讨论

明确异物吸入史对于诊断气道异物至关重要。询问病史要全面、细致、耐心。对于特殊类型的支气管异物,术前取得实物,在体外模拟试取,会明显降低手术中的风险。

胸部 CT 三维重建及仿真内镜在诊断支气管异物中优势明显,术前可帮助判断异物大小、形状、位置以及和周围气管的关系^[1]。但 CT 检查有其局限性,诊断气道异物存在一定的误诊率和漏诊率^[2],不能完全取代内镜检查。本例术前影像显示异物为金属针状物,而实际为图钉,分析原因可能是图钉塑料头部密度低,影像学不易显影,加上密度很高的针状金属伪影干扰,从而导致术前对异物形状的误判。可见对于多种密度混合的异物,尤其是密度相差很大的异物,影像学重建技术不能完全显示异物形态。术后再次仔细阅片,若异物为 CT 所显示的针状物,不应该滞留在右侧支气管近端而是在三级支气管或是更细的支气管。我科曾收治 1 例真正的支气管内针状物,异物位于右下肺基底段内(图 3),硬支气管镜及纤维支气管镜下均未见异物,最终开胸取出异物(图 4)。两个病例对比后发现,单纯细小金属异物对气道的刺激小,咳喘症状和炎症反应轻,无明显的气管阻塞征。对于异物史不明确的特殊类型的气道异物,术前认真阅片及根据异物所在的位置及异物影的密度做出合理的推断,可以避免不必要的手术风险。

本例第 1 次行支气管镜检查时,并未观察到异物为图钉,术者急于将异物取出而仓促夹取,造成异物在声门下滑脱。分析原因:①异物吸入时间长,炎症反应重,气道分泌物较多,影响对异物形状的观察;②图钉的塑料头向下,颜色为红色,和支气管黏膜的颜色相近;③术前完全迷信影像学检查,认为异物就是金属针。特殊的气管异物,术前异物

不明确或无法提供实物,夹取异物前,需要充分吸除分泌物,仔细观察异物的形态及与周围气管的毗邻关系,选择合适的异物钳夹住异物合适的部位,可以防止支气管黏膜损伤,避免异物脱落。

硬支气管镜下取异物一般根据异物的类型及吸入时间的长短及有无并发症采用表面麻醉和全身麻醉,但是否保留自主呼吸存在争议^[3-4]。常规的硬支气管镜检查采用全身麻醉保留自主呼吸,但对于较大的气管异物,出声门困难时,给予短效肌松药,可使声门区松弛扩大,避免了气管切开取异物^[5]。硬支气管镜下取异物虽然手术时间短,但麻醉要求高,手术的成功与麻醉师的配合密不可分,术前术中与麻醉医生就病情充分沟通是手术成功的关键。

对于不能提供异物史的儿童特殊类型的气管异物,应术前重视病史的询问,制定周详的手术计划,根据术中突发状况及时做出适合的对策,从而提高手术成功率,减少并发症的发生。

参考文献

- [1] 谢利生,蒋银珠,李琦. CTMPR 气道重建在儿童下气道异物中的诊断研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(3):195-197.
- [2] 张军梅,沈蓓,郭智勇. 多层螺旋 CT 对儿童气管异物诊断结果误差分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(15):1158-1159.
- [3] 宏梗,王艳辉,施萍萍,陈汝聘. 顺式阿曲库铵与琥珀胆碱用于小儿气管异物取出术的比较[J]. 临床麻醉学杂志,2014,30(12):1196-1198.
- [4] FIDKOWSKI C W, ZHENG H, FIRTH P G. The Anesthetic Considerations of Tracheobronchial Foreign Bodies in Children: A Literature Review of 12,979 Cases [J]. Anesth Analg, 2010, 111:1016-1025.
- [5] 张亚梅,张振英. 特殊类型的小儿气管支气管异物的处理[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2001,36(3):75-78.

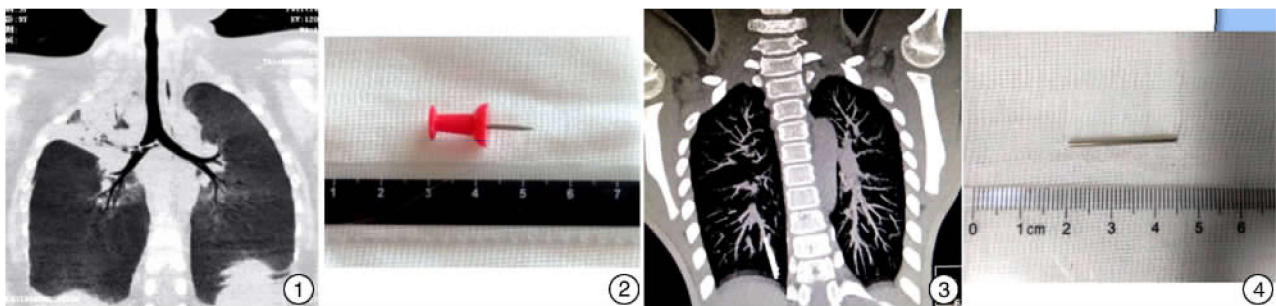


图 1 患儿胸部 CT 三维成像 显示右侧支气管针状金属异物,右上肺炎伴不张; 图 2 支气管镜下取出异物; 图 3 患儿支气管内针状异物胸部 CT; 图 4 支气管内针状异物