

· 临床报道 ·

69例成人急性会厌炎临床分析

周 彬

(沈阳医学院奉天医院 耳鼻咽喉科, 辽宁 沈阳 110024)

摘要: **目的** 探讨成人急性会厌炎的临床特点及其诊治措施。**方法** 回顾性分析69例成人急性会厌炎患者诊断与治疗过程。**结果** 69例患者均有咽喉痛, 吞咽时加重, 其中伴言语含糊45例(65.2%), 流涎咽堵感20例(29.0%), 并发窒息者8例(11.6%)。61例保守治疗, 6例环甲膜切开及2例气管插管, 本组中无1例死亡。**结论** 急性会厌炎临床上缺乏特异性表现, 咽喉痛是其首发症状, 间接喉镜检查是明确诊断的关键手段、尽早应用广谱抗生素及激素治疗, 密切观察呼吸情况, 必要时即时建立人工气道、保持呼吸道通畅是抢救成功的关键。

关键词: 急性会厌炎; 咽喉痛; 喉镜; 环甲膜切开术

中图分类号: R767.5

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2011)05-0375-03

急性会厌炎是一种起病急、发展迅速、可导致上呼吸道阻塞严重威胁生命的疾病, 好发于秋冬季节, 男性多见, 是耳鼻咽喉科常见的急重症之一^[1], 但因临床上缺乏特异性表现, 常被误诊和漏诊。为提高对成人急性会厌炎的诊断和治疗成功率, 沈阳医学院奉天医院耳鼻咽喉科对69例成人急性会厌炎患者进行回顾性分析, 探讨其临床特点、发病规律、诊断和诊治措施。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2003年5月~2010年5月收治的69例成人急性会厌炎患者, 其中男50例, 女19例; 年龄22~68岁, 平均年龄36.8岁。发病后12h内就诊患者20例, 12h后就诊患者49例。感冒诱因41例, 烟酒、饮食不当引起者19例, 过敏者4例, 原因不明者5例。患者就诊时的主要症状: 69例患者均诉咽痛, 吞咽时加重, 其中伴言语含糊45例(65.2%), 流涎咽堵感20例(29.0%), 合并窒息者8例(11.6%)。间接喉镜检查: 单纯会厌舌面肿胀45例

(65.2%), 会厌舌面和杓会厌壁肿胀15例(22%), 会厌舌面、喉面、杓会厌壁及梨状窝均肿胀9例(13%)。

1.2 治疗方法

所有患者均给予广谱头孢类抗生素3.0g每日1次静滴, 或2.0g每日2次静滴, 持续3~7d。头孢类抗生素过敏者应用喹诺酮类抗生素如依诺沙星0.4g加甲硝唑250ml每日1次静滴, 持续3~7d; 肌注地塞米松10mg每日1次, 持续1~5d。病情急重者, 用50%葡萄糖60ml加地塞米松10mg静推每日1次; 同时给予庆大霉素8万U+地塞米松10mg+盐酸肾上腺素1mg雾化吸入, 每日1次或每日2次。对并发窒息者立即行环甲膜切开或气管插管, 随后行气管切开术。

2 结果

69例患者中, 61例经内科保守治疗, 于3~7d内症状缓解, 体征消失。8例患者伴有窒息症状, 其中6例行环甲膜切开术, 2例行气管插管术抢救成功。

3 讨论

急性会厌炎成人及儿童均可发病, 国外

作者简介: 周彬, 女, 主治医师。
通讯作者: 周彬, Email: Zhoubi1965@hotmail.com.

文献报道儿童多见,发病高峰为 2~4 岁,成人少见,近年儿童的发病率有所下降,但成年患者有增加趋势^[2-3]。对此合理的解释是近年来对儿童感冒 B 型病毒有效疫苗的大力推广^[4]。本组 69 例患者年龄在 22~68 岁,其中 30~50 岁患者 48 例(69.9%),男女之比为 2.6:1,与报道男性多于女性相符^[5]。8 例并发窒息者均为男性,分析与男性患者的饮酒、吸烟等不良生活习惯有关。近年来我院收治的急性会厌炎患者的发病规律:秋冬季节好发、男性多于女性、中年多见,多由感冒诱发、患者主诉咽痛吞咽时加重、伴言语含糊者多,间接喉镜检查单纯会厌舌面水肿多见。

69 例患者中 15 例在基层医院误诊为咽炎或感冒。误诊原因可能为该病最常见的首发症状是咽喉痛,吞咽时加重,不易出现声嘶,起病初期很少有呼吸困难等症状,其表现缺乏特异性,与咽炎、感冒等相似。因会厌位于喉部、解剖部位深,若常规口咽部检查而忽视应用间接喉镜对喉部检查,很可能误诊和漏诊,尤其在咽部或扁桃体无明显炎症情况下,间接喉镜检查喉咽部尤为重要。该检查简便易行,容易看到会厌舌面、喉面杓会厌壁等不同部位的肿胀情况。

急性会厌炎是呼吸道感染性疾病,其主要致病菌为流感嗜血杆菌、葡萄球菌和肺炎双球菌等,各家报道不一^[6]。笔者多采取广谱抗生素足量、全程的静脉点滴治疗。急性会厌炎另一重要病因为变态反应继发感染,糖皮质激素有强大的抗炎、抗过敏作用,激素与抗生素的联合应用,不仅能迅速控制会厌水肿和炎症,还可大大缩短病程,本组 5 d 内痊愈者占 67.5%。肾上腺素是肾上腺素能 α 、 β 受体兴奋药,雾化时加肾上腺素,能迅速收缩小动脉,减轻组织水肿^[7],使肿胀的会厌迅速消肿,缓解或预防窒息的发生,使患者免行气管切开,减少不必要的损伤。笔者认为大部分成人急性会厌炎经积极的保守治疗可痊愈,不必预防性建立人工气道,但应做好环甲膜或气管切开的准备。

急性会厌炎按临床类型分渐进型和速发型,速发型在病程早期即可出现喉梗阻、

窒息死亡,其主要原因可因会厌严重水肿变形向后下移位,使喉入口狭窄;也可因吞咽分泌物时阻塞狭窄的喉入口出现喉梗阻而窒息。临床多无法预测急性会厌炎病情进展情况,但可以通过患者症状及查体会厌肿胀类型估计、判断病情凶险性^[8]。笔者在抢救 8 例急性会厌炎窒息中发现,患者口腔分泌物较多且黏稠,出现吞咽困难及流涎,表明患者当时喉部水肿严重并波及至梨状窝,是声门阻塞的重要提示,应提前做好建立人工气道的准备。8 例患者气管切开术后行纤维喉镜检查发现,全部病例均见会厌舌面、喉面、杓会厌壁、梨状窝严重水肿。本组 3 例患者平卧前自述憋气,无明显呼吸困难,平卧后即出现窒息,因此对伴有吞咽困难及流涎患者,在保守治疗时,可让患者保持坐位,这样有利于口腔分泌物的排出及咽下,同时防止水肿时会厌堵塞喉入口出现窒息死亡^[9]。

抢救急性会厌炎合并窒息者可采用气管插管及环甲膜切开。笔者在抢救 8 例窒息患者中体会,环甲膜切开术比气管插管术更快速有效、成功率高。因速发型急性会厌炎主要病变是会厌舌面、喉面、杓会厌壁、梨状窝严重水肿,一般无明显的呼吸困难,但当咳嗽或用力吸气时,明显水肿的软组织突然吸入声门将喉腔塞住,因而发生急性窒息。窒息时声门暴露不清,进行气管插管很困难,易失败。而行环甲膜切开术时环甲膜容易定位,手术视野清晰,手术器械简单,紧急情况下刀片直接切开环甲膜,操作容易而迅速,是一种安全、简便有效的抢救方法,能在尽短时间内保证患者气道的通畅,是提高抢救成功率及防止窒息死亡发生的关键^[10],应引起临床医生的高度重视。

参考文献:

- [1] 樊忠,王天铎. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 第 2 版. 山东:山东科学技术出版社,1997:202.
- [2] 牛俊涛,李超,陈磊,等. 吸入布地奈德治疗急性会厌炎的疗效及不良反应观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2010,17(3):183.
- [3] Ng HL, Sin LM, Li MF, et al. Acute epiglottitis in adults: a retrospective review of 106 patients in HongKong

- [J]. Emerg Med J, 2008, 25(5): 253-255.
- [4] 陈思玉. 流感疫苗对学龄前儿童的免疫效果分析 [J]. 医学理论与实践, 2008, 21(6): 729-730.
- [5] 刘学兵, 双羽, 李超. 急性会厌炎相关危险因素的 logistic 回归分析 [J]. 中国中西医结合急救杂志. 2009, 16(5): 302-303.
- [6] 彭焱, 贺加. 中国 B 型流感嗜血杆菌疾病及疫苗的应用 [J]. 实用儿科临床杂志, 2008, 23(22): 1785-1787.
- [7] 徐庆海. 21 例过敏性休克患者的临床特点与急救体会 [J]. 中国危重病急救医学, 2009, 21(5): 310.
- [8] Claes P, Devue K, Beckers R, et al. Sudden drooling and supine gagging: an important emergency [J]. Eur J Emerg Med, 2005, 12(5): 255-256.
- [9] Shepherd M, Kidney E. Adult epiglottitis [J]. Accid Emerg Nurs, 2004, 12(1): 28-30.
- [10] 姜泗长, 阎承先. 现代耳鼻咽喉科学 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1994: 363.
- (修回日期: 2011-08-12)

· 临床报道 ·

喉结核 32 例临床分析

文剑雪, 彭增龙, 刘寒波

(株洲市一医院耳鼻咽喉头颈外科, 湖南 株洲 412000)

摘要: **目的** 探讨喉结核的临床特征及诊断方法。**方法** 回顾性分析经病理确诊的 32 例喉结核患者的临床资料。**结果** 喉结核主要症状为声嘶 (56%), 其次为咽痛 (28%), 全身症状, 如低热、盗汗、消瘦等症状少见 (9%), 结核抗体 (TB-Ab-IgG) 多数阳性 (81%)。**结论** 喉结核的临床特征主要表现为声嘶、咽痛等局部症状严重, 而全身症状轻; 综合详细的病史, 结合电子喉镜、胸部 X 线、血沉及结核抗体检查 (TB-Ab-IgG) 对诊断有帮助, 确诊需病理检查。

关键词: 喉结核; 肺结核; 结核抗体

中图分类号: R767.1

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2011)05-0377-02

近年来, 结核病的发病率呈现上升趋势, 喉结核往往继发于肺结核, 由于多数患者局部症状重, 而全身症状轻微, 患者往往首诊于耳鼻咽喉科。回顾分析株洲市一医院耳鼻咽喉头颈外科收治的 32 例喉结核的临床资料, 现报道如下。

1 临床资料

2002 年 4 月 ~ 2009 年 9 月我科收治喉结核患者 32 例, 其中男 19 例, 女 13 例; 年龄 19 ~ 69 岁, 平均 38.92 岁。病程 10 d 至 1 年 4 个月。其中有声嘶 18 例 (56%), 咽痛 9 例 (28%), 颈部肿块 3 例 (9%), 咽异物感 2 例 (6%), 低热、盗汗、

消瘦者 3 例 (9%)。全部病例均在电子喉镜下取病变组织活检, 行胸部 X 线片、血沉及结核抗体检查 (TB-Ab-IgG)。

2 结果

电子喉镜检查示病变主要累及声门区 24 例 (75%), 病变多显示为结节或增生病变, 临床症状表现为声嘶; 病变位于会厌、杓会厌壁处 8 例 (25%), 病变多为溃疡、充血或水肿, 患者主要表现为咽痛。入院后经病理确诊 25 例 (78%, 25/32); 另有 5 例会厌病变活检病理报告为慢性炎症、坏死; 2 例声门区病变病理报告为息肉伴糜烂及炎性肉芽增生。胸片检查显示有肺部结核病灶者 21 例 (65%), 其中浸润型 12 例、结节型 2 例、陈旧型 7 例。32 例血沉检查均明显高于正常, 结核抗体 (TB-Ab-IgG) 阳

性的26例(81%),其中1例病检报告息肉伴糜烂,2例报告为慢性炎症患者胸片检查发现结核病灶,经感染内科会诊行诊断性抗结核治疗后喉部病灶痊愈。

3 讨论

近年来世界范围内结核病的发病率呈上升趋势,喉结核患者的数量也相应增加,由于预防接种,抗结核药物的广泛使用,喉结核的症状和临床表现也常不典型,需要耳鼻咽喉科医师对该病引起足够的重视,减少误诊及漏诊^[1]。

喉结核主要症状为声嘶、咽痛、咽异物感、颈部肿块等,而伴有全身症状如低热、盗汗则较少。本组病例中声嘶最常见,占18例(56%),与文献报道类似^[2];其次表现为咽部疼痛者9例(28%),其他症状相对较少。颈部肿块3例(9%),咽异物感2例(6%),全身症状低热、盗汗、消瘦者3例(9%),与以往报道相符^[3]。有研究发现累及声带的病例数占77.78%,与其他部位相比有统计学差异,本组病例的电子喉镜检查结果也显示了相似的结果。

喉结核按病理变化分为3型。浸润型:黏膜局限充血水肿,有淋巴细胞浸润,形成结节;溃疡型:结核结节中央发生干酪样坏死,形成结核性溃疡,以会厌软骨杓会厌壁多见;增生型:晚期病灶纤维组织增生,呈广基或乳头状突起。确诊主要依靠病理活检。

喉结核有时症状不典型,临床医师经验不足,易被误诊。某些病变部位表现为充血、水肿者易被误诊为急性炎症,如经过抗生素、激素治疗无好转应考虑喉结核的可能性。对于病检报告为慢性炎症、坏死或息肉伴糜烂及炎性肉芽增生不能确诊时,临床表现与普通炎症不相符时应重复活检,胸部X线片有肺结核存在时也可进行诊断性治疗,若症状减轻或消失可以确诊。诊断时应用一些辅助检查,如结核抗体(TB-Ab-IgG)、血沉检查。本组病例TB-Ab-IgG阳性率达81%,血沉均明显高于异常,提示结核菌感染。同时应注意TB-Ab-IgG阴性患者并不能排除结核感染,同时还应注意与喉梅毒等较罕见疾病鉴别^[4]。

综上所述,笔者认为,综合详细的病史,结合电子喉镜、胸部X线、结核抗体(TB-Ab-IgG)及血沉等检查对诊断至关重要,最终确诊仍需病理活检。

参考文献:

- [1] 方英,朱敏. 喉结核32例误诊分析[J]. 中国防痨杂志,2006,28(4):259-260.
- [2] 赵宁军,孙雅静,孙臻峰. 喉结核诊断33例临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,23(3):261-263.
- [3] 黄永久,马兆鑫,鲍学礼. 24例喉结核临床分析[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志,2004,4(2):122.
- [4] Wang CC, Ln CC, Wang CP, et al. laryngeal tuberculosis a review of 26 cases [J]. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2007, 137(4): 582-588.

(修回日期:2011-06-20)