

结节性甲状腺肿术后喉头水肿 1 例

檀谊洪,涂星强,曾昭游,王 昆,陈晓意
(南方医科大学附属南海医院 甲状腺外科,广东 佛山 528200)

中图分类号:R767. 12

喉头水肿是因为各种原因导致的咽喉部黏膜急性肿胀,继而堵塞上呼吸道引起的急症,若未能紧急处理则会危及生命,除药物过敏这类常见的原因之外^[1],与手术相关的主要因素是气管插管。甲状腺术后喉头水肿文献报道较为少见,现将我院发生的 1 例报道分析如下。

1 病例报告

患者,男,89岁,因进行性呼吸困难3个月而入住我院甲状腺外科,术前CT平扫显示:甲状腺左侧叶胸骨后甲状腺肿压迫气管(气管最狭窄处横径5 mm,图1),完善术前准备,于2018年3月15日插管全麻下行甲状腺左侧叶大部分切除术,手术顺利,快速病理检查结果示:结节性甲状腺肿。检查无活动出血后缝合切口。手术时间2 h,术中出血500 ml,术后带气管插管入ICU监护治疗。术后第1小时和第2小时负压引流管分别有80 ml和50 ml血性液,查体见患者呼吸平稳、颈部无肿胀、引流管通畅,予以继续观察,后引流量逐渐减少为10~20 ml/h,性状为淡血性。术后4 h顺利拔除气管插

管,患者呼吸通畅、发音清晰。16日(术后24 h)病情稳定转普通病房进行治疗,查体见颈部切口周边广泛瘀斑,部分成片状(图2),颈部无明显肿胀,术后第2~3天,患者病情稳定,伤口引流量呈递减状态,局部瘀斑有所消退,术后第4天凌晨4时患者突发呼吸困难,查体:T 36. 6℃,P 154次/min,R 52次/min,BP 156/85 mmHg,SpO₂ 92%,呼吸浅促,双肺可闻及吸气性哮鸣音。检查切口未见颈部肿胀,内科会诊考虑心衰可能,予以强心治疗观察2 h无明显改善,患者呼吸困难加重,转ICU治疗。入ICU后立即予以气管插管,见咽部黏膜高度肿胀,局部可见黏膜散在瘀斑,插管顺利,予以机械通气后患者病情稳定,心率、呼吸恢复至正常。行颈部胸部CT平扫,结果示喉头水肿,气管无塌陷和狭窄(图3),予以激素、抗感染治疗,并输血400 ml,检查患者血小板、凝血功能和血栓弹力图均正常,毛细血管脆性试验(+)。在ICU治疗3 d后,顺利拔管,转回普通病房。患者发音清晰,呼吸顺畅,颈部瘀斑有所消退(图4)。观察3 d后出院,出院后3周患者复诊未诉不适,颈部和胸壁瘀斑消退。

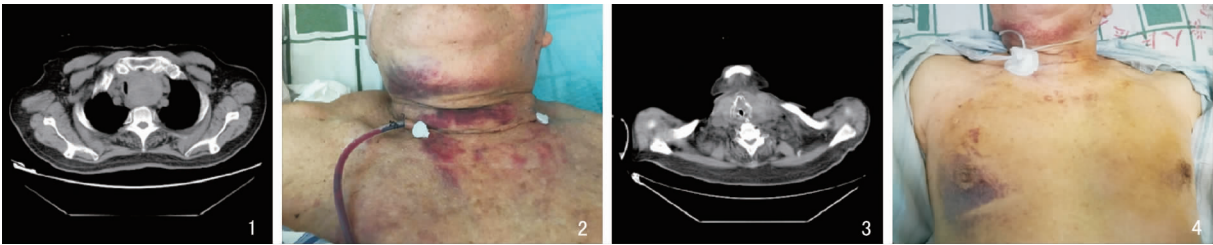


图1 术前CT显示胸骨后甲状腺肿压迫气管导致狭窄 图2 术后第1天颈部广泛瘀斑 图3 术后第4天CT见声门以上咽喉部水肿,与气管插管之间无间隙 图4 术后第7天颈部瘀斑有所消退,胸壁瘀斑仍存在

作者简介:檀谊洪,男,硕士,副主任医师。Email:39972827@qq.com

2 讨论

2.1 手术患者喉头水肿的常见原因

手术患者喉头水肿,多数是因为气管插管困难、反复操作损伤咽部黏膜导致,通常出现在术后 1 ~ 2 d内,若处理不当则发生急性呼吸功能衰竭^[2]。特别是小儿喉腔狭窄、喉部黏膜下组织疏松更容易发生^[3]。成人因为气管插管导致喉头水肿的危险因素有:女性、插管持续时间长、使用大尺寸管和高气囊压力、困难插管,总体的发生率为 1.5% ~ 26.3%^[4]。但情况危急,需要气管切开处理的仅占 0.18% ~ 0.75%^[5]。

该患者术后第4天出现喉头水肿,而且手术当时插管顺利,因此难以用插管损伤解释。与以往手术不同的是,该患者手术关闭切口时并无明显出血,但术后第1、2小时引流血性液体多达80 ml和50 ml,由于当时颈部引流管通畅,患者颈部无明显肿胀压迫,皮肤松弛无张力,而且引流量逐渐减少、血性液颜色逐渐变淡,因此不考虑活动性出血。

该患者术后早期引流出血较多,考虑为凝血机制异常、老年患者毛细血管脆性增加导致手术创面广泛渗血。颈部及胸壁的多处散在瘀斑,难以用直接渗血解释,考虑为手术操作时拉钩挤压、压迫导致。高龄患者往往血管脆性较大,术后容易渗血。而血小板、凝血4项和血栓弹力图检查不能发现凝血机制的异常,仅有毛细血管脆性试验可出现阳性。

患者出现喉头水肿的原因,我们分析为:术后颈部皮肤和咽部黏膜广泛瘀斑,发生黏膜下渗出、肿胀,而术后3~4 d是高峰期,致使黏膜肿胀加重,堵塞咽喉部,致使呼吸困难发生。此类情况类似于烧伤引起的喉头水肿、呼吸困难,由于皮下渗出液体积聚导致,需要紧急气管切开处理^[6]。该患者发病前未输注或服用任何药物,可排除药物因素的可能,且无家族性遗传性血管神经性水肿病史导致喉头水肿的可能性^[7]。

2.2 鉴别诊断和处理措施

甲状腺术后患者出现呼吸道梗阻的常见原因有:血肿压迫、喉头水肿、双侧喉返神经损伤、气管塌陷等^[8]。因发病原因不同,处理的方式也相应有所区别,见表1。

该患者术后第4天突发吸气性呼吸困难,首先考虑为心衰进行处理,虽然在临床诊断思维上是有所欠缺的,但是该患者第4天才发生喉头水肿,临床

上也属于罕见病例。

表 1 甲状腺术后常见呼吸道梗阻的出现时间及处理

梗阻原因	出现时间	紧急处理	后期处理措施
血肿压迫	多数 1 天内	手术探查止血	引流
喉头水肿	多数 1 天内	气管插管	激素、对症
双侧喉返神经损伤	立即发生	气管插管	气管切开、处理声门
气管塌陷	拔管后发生	气管插管	气管切开

2.3 临床意义

随着国人健康水平的提高及寿命的延长,高龄患者的甲状腺手术逐步增多。结合该患者的病例特点,我们得出以下结论:高龄老年血管脆性差,术后渗血风险较高,若术后出现引流血性液体量较多,并出现与手术相关的广泛皮下瘀斑,需警惕继发喉头水肿的可能,需尽早予以激素预防^[9],若出现呼吸困难,紧急予以气管插管处理。

参考文献:

- [1] 刘会民,陈曙峰.药源性喉头水肿 261 例文献分析[J].天津药学,2009,21(5):16-18.
- Liu HM, Chen SF. Analysis of 261 cases of drug-induced laryngeal edema[J]. Tianjin Pharmacy, 2009,21(5):16-18.
- [2] Hurtado-López LM, Zaldivar-Ramirez FR, Basurto Kuba E, et al. Causes for early reintervention after thyroidectomy[J]. Med Sci Monit, 2002,8(4):CR247-250.
- [3] 郭永盛,邹映雪,沈阳.布地奈德雾化佐治小儿气管插管拔管后的临床疗效观察[J].天津医药,2017,45(7):719-722.
- Guo YS, Zou YX, Shen Y, et al. Clinical observation of budesonide in the treatment of children with tracheal intubation after extubation[J]. Tianjin Medical Journal, 2017,45(7):719-722.
- [4] Pluijms WA, van Mook WN, Wittekamp BH, et al. Postextubation laryngeal edema and stridor resulting in respiratory failure in critically ill adult patients: updated review[J]. Crit Care, 2015,19:295.
- [5] Martis C, Athanassiades S. Post-thyroidectomy laryngeal edema. A survey of fifty-four cases[J]. Am J Surg, 1971,122(1):58-60.
- [6] 程勇,黄晓元,张明华,等.176 例气管吸入性损伤气管切开治疗的分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(1):52-54.
- Cheng Y, Huang XY, Zhang MH, et al. Analysis of 176 cases of tracheal inhalation injury with tracheotomy[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 2006,12(1):52-54.
- [7] 王挥戈.中国 12 家系遗传性血管神经性喉水肿 53 例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,1995,1(2):107-111.
- Wang HG. 53 case with hereditary angioneurotic laryngeal edema (HALE) from 12 Chinese genealogical trees[J]. Chin J Otorhinolaryngol Skull Base Surg, 1995,1(2):107-111.
- [8] 孙辉,刘晓莉.甲状腺术后窒息原因与处理[J/CD].中华普外

科手术学杂志(电子版), 2013, 7(4): 254-257.

Sun H, Liu XL. Etiology and emergency management of asphyxia after Thyroidectomy [J/CD]. Chinese Journal of Operative Procedures of General Surgery (Electronic Edition), 2013, 7(4): 254-257.

[9] Roberts RJ, Welch SM, Devlin JW. Corticosteroids for prevention of postextubation laryngeal edema in adults[J]. Ann Pharmacoth-

er, 2008, 42(5): 686-691.

(收稿日期: 2018-05-07)

本文引用格式: 檀谊洪, 涂星强, 曾昭游, 等. 结节性甲状腺肿术后喉头水肿 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2019, 25(2): 204-206. DOI: 10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201902022

DOI: 10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201902023

· 病案报道 ·

颈部巨大神经纤维瘤病恶变 1 例

曹君扬, 赵海, 黄天桥, 王志远, 鞠建宝, 张念凯

(青岛大学附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 山东 青岛 266000)

中图分类号: R739.91

神经纤维瘤病(neurofibromatosis, NF)又称为多发性神经纤维瘤,是一种常染色体显性遗传病,分为3型,包括罕见的 NF I、NF II 和神经鞘瘤病^[1]。其中 NF I 型在这 3 型中的发病率最高,占 85%~90%^[2],临床上表现为皮下多发性神经纤维瘤、皮肤的牛奶咖啡斑、神经胶质瘤、恶性周围神经鞘瘤^[3](malignant peripheral nerve sheath tumor, MPNST)。我院收治颈部巨大 I 型神经纤维瘤病恶变患者 1 例,现报道如下。

1 病例报告

患者,女,32 岁,因发现颈部肿物 10 年、切除术后 2 个月复发,于 2017 年 11 月 1 日入院。患者 10 年前发现左侧颈部肿物,无疼痛,无不适感,并发全身多处较小肿物(图 1),未曾诊治,后逐渐增大,遂 2 个月前于胶南人民医院就诊,行颈部神经纤维瘤切除术,术后患者发现原颈部神经纤维瘤区再次增大,并开始出现疼痛,疼痛无法忍受,行颈部增强 CT 示颈部多发肿块影,符合神经纤维瘤病,无家族

史,患者有智力障碍,智力程度未做评估。入院后查体:全身皮肤见散在多发肿物,大小不等。左侧颈部 II~IV 区可触及一大小约 10 cm×7 cm 肿物,有明显压痛,肿物质地硬,活动度差。血液学检查各项指标包含各项激素监测均无异常。颈部增强 CT 示左侧 II~IV 区、甲状腺左侧叶外侧、左侧锁骨上下窝、颈部皮下可见多发大小不等软组织肿块影,不均匀轻度强化,部分可见大片坏死区,最大者达 74 mm×62.5 mm,病变向前推压、包绕左侧颈总动脉、左侧颈内外动脉(图 2)。上、下腹部 CT 平扫示前后腹壁皮下多发结节影,考虑神经纤维瘤病。颅脑 MR 示脑内多发异常信号影,考虑胶质错构样增生可能性大,符合神经纤维瘤病(I 型)。考虑患者颈部巨大肿瘤已包绕颈总动脉、颈内外动脉,为降低手术风险,遂请血管外科术前先行颈动脉覆膜支架置入。于 2017 年 11 月 9 日在全麻下行颈部肿物探查切除术。于左侧颈部肿物隆起处取弧形切口,依次切开皮肤、皮下组织、浅筋膜及颈阔肌,于颈阔肌深面分离皮瓣至肿物上下缘,护皮固定。见肿物侵及左侧胸锁乳突肌全长且分界不清,取部分肿瘤组织送冰冻病理检查,结果示:(颈部肿物)考虑恶性梭形细胞肿瘤,确切分类待免疫组化。保留少量未被侵及的左侧胸锁乳突肌,切断大部分胸锁乳突肌,探查发现颈动脉鞘被肿瘤包绕,粘连严重,难以完全剥离(图 3)。沿左侧颈动脉边探查边仔细分离肿物,发

基金项目:山东省自然科学基金(ZR2013HM024)。
作者简介:曹君扬,女,在读硕士研究生;赵海,男,在读硕士研究生。曹君扬与赵海对本文有同等贡献,为并列第一作者。
通信作者:张念凯,Email:znkent@163.com