

颈部闭合性喉气管离断合并复杂伤 1 例

乔泰峰,用文明,韩建霞,张 杰

(解放军第 322 医院 耳鼻喉头颈外科,山西 大同 037006)

中图分类号:R768. 12 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2013)06-0558-02

颈部外伤以其多样性、复杂性及危险性为特点,应根据情况迅速作出合理正确的诊断并采取相应有效措施。我科成功抢救 1 例颈部闭合性喉气管离断合并复杂伤,现报道如下。

1 病例报告

患者,男,21 岁,车祸后面部出血,呼吸困难 1 h 入院。患者因天黑骑摩托车,被铁丝绳挂倒,当时昏迷,清醒后自觉面部疼痛、出血,呼吸困难,于 2012 年 4 月 26 日晚 11 时 40 分就诊。入院查体:体温 37℃,脉搏 100 次/min,呼吸 26 次/min,血压 110/70 mmHg,端坐呼吸,急性重病容,神志清晰,声音嘶哑,心、腹检查未见异常。专科检查:Ⅲ度吸气性呼吸困难,喉部喘鸣音明显,面部肿胀,口唇部皮肤自鼻腔下端至两侧口角整体呈弧形断离,仅有口角部皮肤连接,牙龈撕脱,左右中切牙缺损,下唇牙龈撕脱,下颌骨暴露,面积约 3 cm × 3 cm × 2 cm,未见骨折。颈部肿胀明显,颈部及胸部上端触及捻发感,双侧肺部呼吸音粗糙,痰鸣音明显。肺部 X 片报告:双侧肺部炎症表现,肋骨未见骨折。在急救室给予局部麻醉下行气管切开术,术中见甲状软骨下气管环断离,下端气管向胸部回缩,两断端分离约 5 cm,于断端的第 3,4 气管环之间作一切口,插入气管导管,以保持呼吸通畅,并给予口唇、面部清创缝合术。充分做好术前准备后,于 27 日 8 时给予全身麻醉下行颈部探查术 + 气管端端吻合术。术中见甲状软骨、环状软骨前壁粉碎性骨折、甲状腺峡部断离,左侧甲状腺缩小,会

厌充血、肿胀,双侧声带急性充血,声门裂狭窄,第 1~3 气管环消失,下端断离的气管后壁黏膜及纤维组织游离,食管壁前壁暴露,并有长约 1 cm 的纵形穿孔。术中立即将甲状、环状软骨骨折复位,修补暴露的食管前壁穿孔,将下端气管后壁游离的黏膜向上固定缝合在环状软骨后方组织,覆盖于食管穿孔前壁,将下端断离的气管环前壁、左壁、右壁全层向上提拉与甲状软骨周围组织缝合固定,用可吸收肠线将断端气管壁黏膜与甲状软骨壁黏膜内翻缝合。术后给予鼻饲,抗感染、止血、营养支持治疗,术后 15 d 拔除胃管,复查胸片未见异常。术后 24 d 仍声嘶,带管出院。带管 3 个月复查声嘶好转,电子喉镜检查会厌无肿胀,抬举较好,气管断端吻合黏膜光滑,无狭窄、无瘢痕,双侧声带无肿胀,活动较好,给予气管堵管。连续堵管 2 个月无呼吸困难,给予拔除气管导管。现定期随诊中。

2 讨论

颈部闭合性喉气管损伤是少见的急危病症,但早期症状与胸外伤症状相似,容易误诊、漏诊,故早期确诊并迅速建立良好的通气是抢救成功的关键。对于各种原因导致的颈部闭合伤,就诊时如出现咽喉疼痛、呼吸困难、声嘶、吞咽困难、咯血、皮下捻发感,颈前皮肤擦伤或皮下淤血时,应高度怀疑颈部闭合性喉气管损伤。一经确诊,并出现呼吸困难者,应及时行低位气管切开术,并早期行气管端端吻合术。早期手术,周围组织粘连较轻,尚未形成瘢痕,尤其伤后 48 h 内,纵隔气肿使组织间隙疏松,容易分离,气管断端创面新鲜,血运良好,气管断端吻合方便,肺组织无感染,分泌物

作者简介:乔泰峰,女,主治医师。
通讯作者:乔泰峰,Email: songdenghang@163. com

少,术后并发症少。手术中如果发现甲状软骨、环状软骨骨折,应将骨折复位,保持软骨固有形态和功能。气管端端吻合时用可吸收线于黏膜下缝合,可减少吻合口肉芽组织及瘢痕形成。合并食管穿孔时,食管穿孔处应分层缝合,必要时转移组织覆盖,有利于食管穿孔愈

合,并且鼻饲至少 2 周以上。对于喉返神经损伤者,如一侧活动较好,不影响呼吸者,可于呼吸困难消除时拔除气管导管,如两侧喉返神经损伤者,可延长带管时间,并定期复查声带状况,做进一步处理。

(修回日期:2013-05-20)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201306025

· 病案报道 ·

筛窦巨细胞修复性肉芽肿 1 例

谢 丹,梁建伟,杨 径,李艳清

(长沙市八医院耳鼻咽喉科,湖南 长沙 410100)

中图分类号:R765.4 文献标识码:D 文章编号:1007-1520(2013)06-0559-03

1 病例报告

患者,男,44 岁,2009 年 5 月 5 日因鼻塞、流涕、头部胀痛、嗅觉减退 5 年,以慢性鼻-鼻窦炎、鼻息肉(双),鼻中隔偏曲而收住院。于 2009 年 5 月 8 日局麻下行鼻内镜下鼻息肉摘除及鼻窦开放术,术后病检报告为鼻息肉,于 5 月 13 日出院。出院半年内定期门诊复诊及鼻内镜术后清理。患者术腔恢复可,未见息肉复发,症状明显改善。患者于 2012 年 10 月因左侧鼻出血 1 个月来门诊就诊,鼻内镜下见左侧鼻腔为灰白色新生物及少许脓性物,又以鼻息肉及慢性鼻窦炎收治入院,鼻窦 CT 示左侧筛窦腔密度增高,窦腔间隔消失,为软组织块填满,左侧眶纸板、筛顶骨质部分吸收(图 1)。于 2012 年 10 月 19 日在全麻下行鼻内镜手术,术中发现左侧鼻腔筛窦内新生物灰白色、质很韧,不易出血,左侧眶纸板部分吸收,肿块向上侵及左侧筛顶,手术将肿块基本切除,术后病检为巨细胞修复性肉芽肿。并请上级医院病理科会诊:左鼻腔新生物镜下为增生肉芽

与增生纤维组织、累及骨组织,较多淋巴细胞、浆细胞混有嗜酸性粒细胞、组织细胞浸润,散在多核巨细胞,PAS 染色、银染色查霉菌(-)意见,倾向巨细胞修复性肉芽肿、右鼻腔炎性息肉(图 2)。术后 3 个月门诊复查鼻内镜下见左侧筛窦淡红色的新生物,考虑为巨细胞修复性肉芽肿复发,建议住院治疗,患者未予执行。

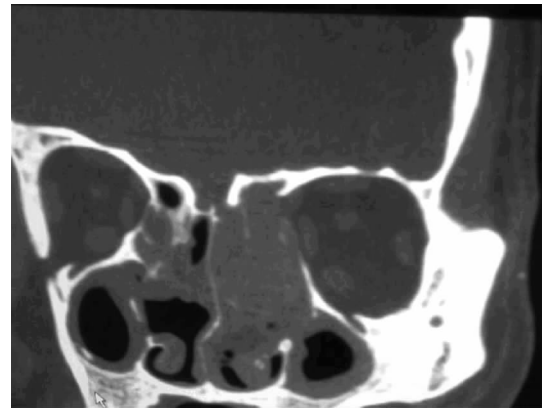


图 1 患者第 2 次术前冠状位 CT 示左筛窦腔密度增高影,窦腔间隔消失,左侧眶纸板及筛顶部分吸收

作者简介:谢 丹,女,硕士,副主任医师。
通讯作者:谢 丹,E-mail:13739076504@163.com