

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201605020

· 临床病例讨论 ·

基层医院急性会厌炎死亡 3 例及诊疗反思

谢振宇, 吴江松, 颜坤元, 尧 峰, 李建民
(晋江市安海医院 五官科, 福建 晋江 362200)

摘 要: **目的** 通过对 3 例急性会厌炎死亡病例进行反思, 探讨急性会厌炎的诊疗方法及急救措施。**方法** 将我院近年发生的 3 例急性会厌炎死亡病例进行回顾性总结与分析。患者入院后均常规予以一级护理、心电监护、吸氧, 足量抗生素激素药物治疗, 床边备站灯、气管切开包, 常规急查血常规、血糖、急诊生化、血气分析等辅助检查。**结果** 3 例患者均在入院后短时间内出现病情急剧变化, 严重窒息, 抢救无效而死亡。**结论** 在患者突发急性喉梗阻 4 度而出现呼吸困难时, 应首选紧急环甲膜切开术抢救, 不宜盲目行气管切开术, 尤其在基层医院医生没有熟练掌握气管切开术的情况下。

关 键 词: 急性会厌炎; 环甲膜切开术; 死亡; 基层医院
中图分类号: R767. 5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007 – 1520 (2016) 05 – 0412 – 02

急性会厌炎是耳鼻喉科急、重症之一, 病情发展极快, 死亡率甚高^[1]。我院地处基层, 自 2011 年起接诊急性会厌炎患者 100 余例, 其中死亡 3 例, 教训惨痛, 特将死亡病例进行总结引以为戒, 并试图反思可行办法加以防范。现报道如下。

1 病例报告

患者 1: 男, 35 岁, 矮胖态。因咽痛 1 d, 加重伴呼吸困难 1 h 步行入院, 入院查体: 急性病容, 神志清楚, 呈轻度吸气性呼吸困难, 三凹征不明显。心电监护提示血氧大致正常, 心率 90 次/min。喉镜检查见舌体肥厚, 会厌舌面充血水肿明显, 抬举差, 声门窥视不清。入院诊断: 急性会厌炎, 喉梗阻 2 度。入院后立即予以心电监护、吸氧、甲强龙 80 mg 静脉注射、足量抗生素快速静脉滴注, 入院后 15 min 患者出现神志模糊、4 度呼吸困难, 立即行气管切开术, 术后患者呼吸心跳逐渐平稳, 但神志昏迷, 考虑缺血缺氧性脑病, 转神经外科治疗 2 个月后仍昏迷不醒, 家属要求放弃治疗后而死亡。

患者 2: 男, 52 岁, 体态瘦弱。因咽痛 5 d, 加重伴呼吸困难 1 d 由急诊科转送我科, 查体: 神志清楚, 呈吸气性呼吸困难, 出现三凹征。心电监护提示血氧正常, 心率 100 次/min, 呼吸较急促。喉镜见会厌充血肿胀明显。考虑急性会厌炎, 喉梗阻 3 度。

患者有肝硬化晚期病史。急诊科已予以足量激素静脉注射、抗生素快速静脉滴注等初步处理, 拟转送住院进一步诊治。转送过程中患者坚决要求紧急如厕, 医生陪送, 返回途中突发人事不省, 呼之不应, 呼吸、心跳停止, 就地抢救, 予以环甲膜切开、人工呼吸、胸外按压等措施, 胸外按压半小时以上, 呼吸心跳仍未恢复, 与家属沟通后宣告死亡。

患者 3: 男, 47 岁。因咽痛 3 d, 伴呼吸困难 1 d 步行入院, 就诊时患者呼吸急促, 诉饮水困难, 声音嘶哑。平素未行任何健康体检, 否认有相关病史。查体: 呈明显吸气性呼吸困难, 三凹征可见。心肺无异常。喉镜检查见会厌充血肿胀明显, 抬举消失, 声门窥视不见。入院诊断: 急性会厌炎, 喉梗阻 3 度。入院后急查血糖 25. 1 mmol/L, 予以吸氧, 足量抗生素、激素、降血糖等处理, 入院后 10 min 患者出现神志模糊、4 度呼吸困难, 心率 150 次/min 左右, 血氧直线下降低至 50%。行紧急气管切开术, 切开后发现患者呼吸心跳停止, 予以人工呼吸、胸外按压等措施, 胸外按压半小时以上, 呼吸心跳仍未恢复, 抢救 1 h 后无效, 宣告死亡。

2 讨论

急性会厌炎是耳鼻咽喉科需要高度警惕的喉部疾病, 可造成窒息死亡等严重后果。起病急骤, 病史很少超过 6 ~ 12 h, 主要表现为会厌及杓会厌襞的急性水肿伴有蜂窝织炎性变^[1], 常伴有受凉感冒、过度劳累、醉酒等因素, 与感染、过敏、外伤等有关。我

作者简介: 谢振宇, 男, 硕士, 主治医师。
通信作者: 谢振宇, Email: 798686075@qq. com

院地处基层,急性会厌炎患者并不少见。故有必要反思可行办法加以防范。

首先,快速明确诊断及评估患者病情严重程度是至关重要的一步。凡遇到急性喉痛、吞咽疼痛、呼吸困难的患者,应注意急性会厌炎可能。根据黄选兆等^[1]观点,典型急性会厌炎临床表现有:①急性病容,常有呼吸困难症状;②喉镜检查见会厌充血肿胀(尤以舌面为甚),或水肿如球。但部分患者临床表现常常不典型且病情发展迅速,可能对患者病情造成误判,对病情严重性估计不足。如患者1中患者体型矮胖,三凹征不明显,舌体肥厚,检查难度相对大,继患者1之后我科即对急性会厌炎患者加强防范,入院后即常规予以一级护理、心电监护、吸氧,足量抗生素、激素药物治疗,床边备站灯、气管切开包。另外,常规急查血常规、血糖、急诊生化、血气分析等,进一步评估患者身体状况尤其是缺氧程度。患者3患者既往未行任何健康体检,入院后发现血糖严重偏高,可初步认为患者糖尿病未诊治,血糖未得到有效控制,这可能导致患者长期缺氧、对药物治疗敏感度下降。

其次,加强医生责任心教育与风险意识,多进行医患沟通,减少医疗纠纷。患者2患者有肝硬化晚期病史,急诊科虽已予以初步紧急处理,但转送病房途中突发窒息死亡。医护人员虽已考虑到发生意外的可能,一路陪护、甚至陪送卫生间。尽心尽责,也为避免纠纷赢得道义上的理解与宽容。

再次,3例死亡患者有个共同的特点就是,患者在入院时间极短、在医生尚未对患者做出充分的评估、检查和处理的情况下就出现病情急剧变化,出现严重窒息直至死亡,这对于经验欠缺的基层医生来说无疑是个严峻挑战。事后分析死亡原因很可能为急性喉梗阻。有学者^[2]主张气管插管,但笔者认为

急性喉梗阻4度抢救时会厌肿胀极其明显,声门窥视不清,操作难度大,成功率不高,反而有可能延误抢救时间,故不提倡。也有学者^[1]提出急性喉梗阻3度时可行预防性气管切开术,但在临床上我们发现绝大多数急性会厌炎患者通过药物治疗可痊愈,患者及家属对预防性气管切开术可接受程度较低。还有学者^[3]认为抢救急性会厌炎合并严重窒息者采用环甲膜切开快速安全简便有效,我们比较认同这种处理方法,特别是对于技术力量不强的基层医生。能在尽可能短的时间内保证患者气道通畅,是提高抢救成功率及防止窒息死亡发生的关键^[4]。从停止呼吸到发生脑死亡时间一般约4~6 min,而我们在临床工作中体会,气管切开术在5 min内完成难度大。比如病例1患者体型矮胖,颈部粗短,颈部体表标识不明显,加大了气管切开术难度。

综上我们反思认为,应高度警惕急性会厌炎,加强防范,严格按照诊疗常规,医生护士患者三者密切沟通,进一步降低死亡率,在突发急性喉梗阻4度呼吸困难时,应首选紧急环甲膜切开术抢救,不宜盲目行气管切开术,尤其在基层医院医生没有熟练掌握气管切开术的情况下。

参考文献:

[1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:435-437.
[2] 王武庆.急性会厌炎与流感嗜血杆菌结合菌苗接种[J].国外医学耳鼻咽喉科学分册,1997,21(5):271-274.
[3] 周彬.69例成人急性会厌炎临床分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(5):375-377.
[4] 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.

(收稿日期:2015-12-13)