

呼吸道异物的误诊原因分析

附属第二医院耳鼻喉科 徐怀三 蔡钱侯

本文重点对我科1976~1981年间收治呼吸道异物257例中曾发生误诊的41例,进行分析并提出诊治要点,供今后工作中参考。

误诊原因可归纳为下列六方面: 1. 异物史不清楚, 症状又不典型。2. X线征不明显, 特别是对X线透光的异物, 易与下呼吸道疾病混淆。3. 气管镜检查的误诊或漏诊。一种是异物进入呼吸道后一分为二, 医生取出一部或大部异物后, 未再插入气管镜检查, 而把残留异物引起的炎症误为肺部感染。另一种是在气管镜检查中未发现异物而漏诊, 其原因有四: (1) 异物细小, 部位深, 未能看到; (2) 异物为肉芽包埋; (3) 薄片小异物附于气管壁而气管镜超越; (4) 管形短异物嵌于支气管或小支气管四周。4. 异物体征不明显, 见于支气管腔通畅的两侧对称性支气管或一侧支气管细长异物。5. 急诊情况单从症状判断来注意异物史, 如喉异物误为急性喉炎。6. 其他疾病误诊为呼吸道异物。

诊治中注意说明四点: 1. 详问病史: 应注意平时有无呼吸道疾病及近期有否呼吸道感染, 以便与呼吸道异物相鉴别。还应了解异物史的具体情况, 对异物史不清, 在没有充分证据时, 不能轻易否定异物。2. 全面细致的体格检查: 强调胸部听诊是最简单而有价值的检查, 不可忽视。必要时还应辅以X线检查。3. 严密观察病情变化: 经过全面询问病史及细致检查仍不能确诊时, 就应严密观察病情变化, 特别应注意有无阵发性咳嗽及醒时与睡着的呼吸情况。4. 及时和细致的气管镜检查: 对小儿或儿童不明原因的肺气肿、肺不张及下呼吸道感染反复治疗不愈或其他情况不能排除呼吸道异物者, 均应作气管镜检查。

喉及气管内活动性异物一般在直接喉镜下除去。支气管异物多数需在气管镜下除去, 对个别特殊病例除去实在困难者由胸外科切开支气管除去。

颈淋巴廓清术 35 例分析

附属第二医院耳鼻喉科

蔡钱侯 周敏好 王辉琴

1960~1979年我科作颈淋巴廓清术35例共38侧(包括在兄弟医院作的2例2侧), 计男34例, 女1例, 年龄19~70岁, 平均52.6岁。其中喉癌30例(与全喉切除一期手术29例), 扁桃体癌2例及上颌窦癌、鼻咽癌与鼻腔恶性黑色素瘤各1例。术前触及颈淋巴结肿大者22例(62.9%), 分布于颈动脉三角者14例, 颌下三角者3例及肌三角、枕三角与肩锁三角各2例(其中1例在颈动脉三角与肩锁三角均有转移淋巴结); 术后证实为转移癌者15例(颈动脉三角12例、颌下三角1例、枕三角1例及肩锁三角与

颈动脉三角的1例)，慢性淋巴结炎7例。

35例的38侧颈淋巴廓清术，计左侧17例，右侧21例（双侧3例、单侧32例）。其中治疗性颈廓清术17例18侧，转移癌为12例13侧，占70.5%，比O'Keefel（1959）报告60%及Lee（1975）报告67%为高；预防性廓清术15例中转移癌仅2例，占13.3%，比O'Keefel（23.5%）与Lee（27%）报告为低；延期性廓清术3例中转移癌有2例，比Lee报告75%为低。术后并发症计创口局部感染11例（28.9%）、局部皮瓣坏死13例（34.2%）、咽瘘6例（15.7%）、颈总动脉破裂致死2例（5.2%）、乳糜漏2例、纵隔气肿与气胸2例，颈皮下气肿1例，无手术死亡。据文献报告，伤口感染21%、组织瓣坏死12%、颈动脉破裂3%（Smith等，1972）、咽瘘13.3%（Dedo等，1975），大多低于本文。

本文切口，在1975年前采用“Y”与“I”形之间有15例伤口感染（68%）；以后采用“J”形切口（如左侧，切口起自右胸锁乳突肌前缘平环状软骨处，下延弧形横过二三气管环至左胸锁乳突肌前缘上行至颈后三角之上），如暴露颈后三角不够时可加一切口呈“人”形，仅1例（17%）感染。延期性廓清术不论何种切口均无感染，甚至放疗后，如一喉癌作人造喉术后，放疗后作延期颈廓清术（住院号124162），均一期愈合。

38侧中2侧切除颈阔肌（一转移淋巴结大并与皮肤粘连，一喉癌自甲状软骨穿出）均一期愈合，颈部活动亦未见明显差别；36侧保留颈阔肌，未见复发但有感染发生。故切除颈阔肌与否视当时情况区别对待，但放疗后者以不切除为妥。38侧中除1侧外均切除脊副神经，对肩及上肢活动有限制，但廓清可较彻底。喉癌患者颌下间隙可有转移淋巴结，故除2例系预防性廓清术未切除外，均一并切除，对患者均无大影响。

有25例手术发生并发症（65.7%）高于文献报告（40%）。创口感染与皮瓣坏死发生原因除与切口类型有关外，与患者年龄、术中失血、皮瓣受压和保护不良、皮瓣深面接触不良、咽腔缝合及术后鼻饲等均有关。有4例术前行足量放疗，亦仅2例发生皮瓣坏死，看来关系不很大。有7侧创面较大，肉芽面形成后一次游离植皮术治愈者5例，二次与三次治愈者各1例。发生咽瘘6例（15.7%），比文献（22~50%）为低，5侧伴皮瓣坏死，另1例系皮瓣中间破溃形成。其原因可能是咽壁粘膜缝合不密，唾液溢出发生感染所致。有谓术后用鼻饲管者咽瘘发生率高，用静脉滴注不插鼻饲管则发生率低。本文病例术后均插鼻饲管，咽瘘发生率并不高，看来关系不大。本文喉癌30例中18例术前行气管切开术，有4例发生咽瘘占22.2%；12例术前未行气管切开术者仅2例（16.6%）发生咽瘘，似乎术前行气管切开术者咽瘘发生率高。6例咽瘘3例自愈，3例未愈，其中2例术前曾行放疗，另1侧为癌肿复发；未愈3例中2例死于颈动脉出血。本文见2例并发气胸与纵隔障气肿，系术中气管前筋膜分离，发生呛咳时胸腔负压，空气溢入分离的筋膜间隙而发生。1例抽气300ml，1例未抽气，均自行吸收。本文有2例发生乳糜漏均在左侧于术后次日及三天出现，分别加压包扎三周与切开引流后用碘仿纱条填塞一个月后停止。还有2例发生颈总动脉破溃死亡，为最严重的并发症，1例虽经颈总动脉结扎无效，故重在预防，如另1例二次放疗后用提肩脾肌复盖颈动脉未发生。