DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.02.032

喉气管狭窄 12 例报告

朱以钊 （第三军医大学新桥医院耳鼻喉科）630037

喉气管瘢痕狭窄治疗非常棘手。我们将 1976 年至今所收治喉气管狭窄 12 例报告如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

12例患者中，男性9例，女性3例，年龄范围1.5岁～61岁，其中成人11例，幼儿1例。除2例于伤后3日内就诊于我院外，其余10例伤后1月至2年就诊不等。12例中计喉狭窄7例，气管狭窄3例，喉及气管均有狭窄2例。

1.2 病因及临床表现

1.2.1 喉气管外伤致狭窄10例，8例为开放性伤，1例为挫伤，1例为喉内伤。①开放性损伤中，伤器有刀具、匕首、铁工具、车祸或牛角。伤及环甲膜、声门下3例，伤及甲状软骨、杓会厌皱襞、环杓关节2例，环状软骨与气管连接断离1例，气管横断1例，甲状软骨、环状软骨、第1、2气管环及颈段食管合并伤1例。②1例喉挫伤为颈前卡在水桶边缘，伤及甲状软骨及环状软骨、喉内广泛瘢痕，声门裂前份粘连。③1例喉内伤为一岁半幼儿，当地医院疑为气管异物，在手术室检查并作了气管切开，拔管困难来我院。喉内解剖结构紊乱、软组织呈慢性肉芽组织改变、喉腔中心有一凹陷，放入鳄鱼钳可探及气管套管，喉部狭窄可能为检查损伤所致。

1.2.2 甲状腺及气管肿瘤切除术后喉气管狭窄各1例。①1例甲状腺乳头状癌肿瘤侵犯气管壁、气管有软化、手术完毕气管塌陷呼吸困难，紧急气管切开，20 d后除去气管套管，1年后又现呼吸困难。有冠心病史、颈粗短、颈前瘢痕致头不能后仰、不能平卧，右侧声带固定。X线片见颈段气管有2.5cm长仅2mm宽之狭窄气道。②1例2年前因气管内平滑肌瘤样组织增生，距气管隆突2cm以上有4cm长之狭窄气道，切除该段5cm（8个气管环）进行端端吻合、术后3 d呼吸困难急行气管切开，不能拔管，X线片示声门下3cm至气管隆突上2.5cm处为气管狭窄段。

1.3 治疗情况

用T型硅胶管行喉气管狭窄扩张治疗者7例，5例除管痊愈，2例在继续治疗中。其中1例为气管切除端端吻合术后，狭窄位于颈、胸气管段，T型管扩张1年除管后呼吸仍困难，再次置入T型硅胶管扩张。6年后取出T型管（该管已变脆，上段有黑色痂牢固粘附管壁内）气管腔仍缩窄，纤维喉镜检查见气管套管周无间隙、患者不能讲话、不能经喉呼吸、X线层片见总气管狭窄长约5cm，再次放入T型硅胶管，患者呼吸、语言恢复正常。

1例气管套管插在环甲膜处4个月不能拔管，喉腔狭窄，术中见甲状软骨下份、环状软骨弓及第1气管环均为瘢痕组织，置入塑料空心管扩张，换药时固定线弄断，改放空心硅胶管。5个月后复查见固定线脱落，硅胶管坠入气管内，喉腔仍狭窄，行喉裂开放入T型硅胶管扩张，8个月后除管呼吸良好。

1例左侧甲状软骨及声带伤，喉内软骨片翘起，组织整复后以空心硅胶管进行扩张。半年后复查见硅胶管固定线脱落，该管坠入声门下，行喉裂开再次放入空心硅胶管。半年后扩张管自行咳出，经喉呼吸良好、除去气管套管呼吸通畅，发音稍沙哑。

1例气管横断端端吻合术后2个月，纤维喉镜检查见吻合口处有环形缩窄，堵塞气管套管，无呼吸困难，除管随访观察。

1例喉内伤喉闭锁，为1.5岁幼儿，因年龄太小继续戴气管套管。

1例甲状腺乳头状癌侵犯气管，肿瘤切除后气管壁缺损，右声带固定，呼吸困难不能仰卧，伴有冠心病、颈段气管有2.5cm长仅2mm宽的气道，行低位气管切开时，由于刺激性咳嗽出现窒息，两侧张力性气胸，抢救无效死亡

2 讨论

2.1 喉气管狭窄的治疗

根据喉气管狭窄部位及程度确定治疗方法，对狭窄进行扩张、瘢痕的松解或切除。缺损的修补（特别是喉气管的支架），可用自体

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

鼻中隔(包括 1 侧粘膜软骨膜)、自体舌骨、自体肋软骨等材料进行移植[1~3]。而填塞扩张法是治疗喉气管狭窄最常用的一种,填塞物多为聚乙烯空心管、硅胶空心管或 T 型硅胶管[4~6]。①应用空心扩张管时,管径、长度要适当,扩张管要固定牢,应将不锈钢丝或尼龙线缝在管壁上,两端穿过颈侧皮肤结扎在纽扣上。本组 2 例均因固定线断离扩张管下坠,只好重新置入扩张管。②T 型硅胶管在治疗喉气管狭窄中是一种较好的材料[4,6],组织刺激性小,无毒、抗老化、弹性好、易于裁剪、便于固定,使用时注意选择合适的规格、上下端要超过狭窄部 0.5cm,喉狭窄的患者 T 型管上端必须超过室带与杓状软骨或会厌根部平齐。

2.2 体外循环在高度喉气管狭窄中的应用

重度喉气管狭窄常需先作低位气管切开以保持呼吸道通畅,而这类患者常有慢性缺氧,当患者颈粗短、颈部瘢痕较重、狭窄部低下。在很有限的范围内进行低位气管切开、患者气管受到轻微的刺激,即可因咳嗽顿时呈现窒息状态,导致死亡。国外在应用体外循环于救治高度气道阻塞的患者已有报道[7,8]。本组 1 例因牛角刺伤致喉气管严重瘢痕狭窄,应用体外循环进行低位气管切开,T 型硅胶管喉气管扩张,经过顺利,在体外循环转流的 12min,动脉血气检查 pH 值为 7.379,氧分压 9.77kPa(73.3mmHg),二氧化碳分压为 5.44kPa(40.8mmHg),无缺氧表现。提示在救治高度气道阻塞的患者时,为避免意外的危险发生,可应用体外循环这一安全可靠的办法。

2.3 喉气管外伤早期处理的重要性

喉气管外伤必须及时救治,早期进行喉气管软骨和软组织的对位修复,最大限度地保留一切可以存活的组织,是预防喉气管狭窄的关键[9,10]。喉气管支架的缺损应进行早期修复并置入扩张管。如果救治不及时,待喉气管内肉芽组织形成,结缔组织增生以致出现瘢痕收缩则为时已晚,不但治疗棘手而且生理功能的恢复也很不理想。本组病例大多数就诊较晚,且在早期处理中往往忽视后期的瘢痕狭窄问题。

喉气管狭窄的治疗,虽然各家有不少成功的经验,但仍然存在不少难题。

关键词 喉狭窄;瘢痕

参考文献

1. Stell PM, Maran GD, Stanley RE, et al. Chronic laryngeal stenosis. Ann Otol Rhinol Iaryngol, 1985;94:108~113
2. Maddalozzo J, Holinger L. Laryngotracheal reconstruction for subglottic stenosis in children. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1987;96:665~669
3. 袁友文 胡振叶 张林超,等。颈段气管缺损的修复与重建。中华耳鼻咽喉科杂志,1992;27:54
4. Eliachar I, Goldsher M, Adder O, et al. Combined treatment of concurrent laryngeal and tracheal stenosis. J Laryngol and Otol, 1979;93:59~66
5. Montgomery WW. Current modifications of the salivary bypass tube and tracheal T-tube. Ann Otol Rhinol Largngol, 1986;95:121~125
6. 迟汝澄 王 全 刘文忠,等。喉气管瘢痕性狭窄成形术。中华耳鼻咽喉科杂志,1989;24:312~314
7. Jensen V, Milen B, Salerno T. Femoro-femoral cardio-pulmonary bypass prior to induction of anaesthesia in the management of upper airway obstruction. Canadian Anaesthetist's Society Journal, 1983;30:270~272
8. Maharaj RJ, Whitton I, Blyth D. Emergency extracorporeal oxygenation for an intratracheal foreign body. Anaesthesia, 1983;38:471~474
9. 王世勋 杨海忆 朱 红。喉创伤。中华耳鼻咽喉科杂志,1987;22:292~293
10. 卢永德。喉挫伤。中华耳鼻咽喉科杂志,1987;22:106~107

(收稿:1992-07-08;修回:1992-10-15)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net