

河南省、山西省、石家庄市

耳鼻喉科学术座谈会資料

1963 年度

河南医学院

1964.5.

目 录

炼鋁工业中氟化物对上呼吸道的影响	2
气管切开术后拔管困难的处理	1 1
鼻咽癌 150 例的分析	1 9
恶性肉芽肿的临床分析	2 5
軟頸混合瘤	3 2
消炎湯治疗急性扁桃体炎疗效觀察	3 7
磷32 治疗粘連性中耳炎与混合性耳聾的初步報告	3 9
耳源性顱骨骨髓炎	4 7
声門过大塑料片成形术	5 3
感音性耳聾 A-T-P 治疗的初步報告	5 5
乳突根治与气房重建术的初步報告	6 1
一侧性耳聾的診断	6 7
顫骨足板钻孔治疗耳硬化症的初步報告	7 5
乙状窦癌的临床意义	7 9
中耳異常	8 4
急性出血性乳突炎	9 1
顫骨足板安全钻孔針	9 3
顫骨前脚截断术一例報告	9 8
呼吸道淀粉样肿	1 0 2
坏死性岩骨炎迷路腐骨形成二例報告	1 0 8
交替疗法引起青霉素过敏一例	1 1 2

氟化物对上呼吸道粘膜的影响

河南医学院耳鼻喉科教研组

田育权 郭基鑒

全面进行厂矿卫生的調查，积极防治职业病，特別是尘烟及有毒气体对人体的損害，是保証工人的安全和健康，提高劳动生产率，保証社会主义建設的重要措施之一。

我們曾对本省接触氟化氫的製鋁工人 218 人进行上呼吸道的临床检查，茲将检查結果作初步分晰以供同道参考。

關於检查的一般情況介紹：

氟化物特別是氟化氫，是一种极毒的气体，在一定濃度即可引起全身和局部急性或慢性中毒。产生氟化物的情况很多，如生产玻璃，搪瓷，製磚，磷酸化肥的製造，矿石的採掘，碾磨的加工如螢石(Ca F_2)，水晶石(Na_3AlF_6)，灰石($(3 \text{Ca}_3\text{P}_2\text{O}_7)_2 \text{CaF}_2$)等。

在炼鋼时由於用螢石及石英等作溶剂，有四氟化矽($3\text{SiO}_2 + \text{CaF}_2 \rightarrow \text{SiF}_4 \uparrow + 2\text{CaSiO}_3$)逸出。

氟化氫为极普通的玻璃侵蝕剂，无水氟化氫大量用於石油工业，为合成高級抗震汽油的原料。另外製造杀虫剂与冷藏剂均需用到氟化物。

炼鋁工业的生产过程中亦产生大量的氟化氫，鋁是現代工业的重要原料，它是用电解熔融氧化大量製取的，氧化鋁是很难溶解的物质，为了減低熔化时的溫度，所以加入水晶石，当通电流时水晶石融化而使氧化鋁熔解在冰晶石內。电解过程在溫度 1000°C 时进行，电流强度为 3500 安培，平均电压为 4—5 伏特，因之鋁氧就受到电解，於阳板槽底产生金属鋁，其熔融的水晶石在空气水份的影响下产生了氟化氫，所以在炼鋁工业中存在着氟化氫中毒者問題，因之我

們对河南省××铝业公司的工人进行了实地調查。

当我们初入车间即可見薄雾状气体籠罩车间，使初入者有咳嗽和悶气感。我們发现距电解车间約四十公尺处一直徑約30厘米，高約十八公尺的一柿子树已枯萎，据称該树在一年前车间未投入生产时尚生长茂盛，可見生产过程中产生的有害物质弥散在空中已有一定的濃度

據我院卫生学教研組当时的实地調查，车间氟化氢含量平均数为 $0 \cdot 0107 \text{ mg/L}$ 升，已超过国家标准($0 \cdot 001$)十余倍。车间周围空气中的含量亦相当高，在下风側 1000 米处为 $0 \cdot 00279 \text{ mg/L}$ 升，因之除直接参加生产的人員外，车间周围之行政人員及居民均可能受到不同程度的毒物影响。

我們作耳鼻喉检查的地点設在办公室旁緊接车间，为工人集散之處，工人工作为六小时制，分四班輪流工作，因之检查亦有在深夜进行者。

所得資料列表分析如下：一

一、自觉症状：

由表1示出在本組 218 人中呈述自觉症状者不多，計有 67 人占被检总人数的 $30 \cdot 73\%$ ，其中以鼻炎較多，有 27 人有鼻炎史占被检人数的 $12 \cdot 38\%$ ，打噴嚏次之，共 17 人，占被检人数的 $7 \cdot 95\%$ 。兰蓮秀氏報告 189 人的調查中以鼻乾燥感 $89 \cdot 4\%$ 与噴嚏 $63 \cdot 4\%$ 为最多，鼻炎者仅 14 人，占 $7 \cdot 4\%$ ，因此本組所統計的情况远較兰氏为低，且在我們检查时大部分有干燥的体征，在追詢病史都无自觉症状，有的有明显急性鼻腔及咽腔的炎症却亦无自觉不适。另外如鼻炎，鼻涕，打噴嚏等症状可能会因时间較长而被遺忘，因之一般詢問常无特殊意义。

二、客觀檢查：

客觀檢查詳細情況見表II

1. 鼻腔情況：

(1) 鼻粘膜干燥，一般表現在鼻中隔前部粘膜區～或以該區較重，此與該處粘膜分泌腺少和最易接觸外來刺激有關。鼻粘膜顯干燥者 162人，占74·31%，結痂52人，占23·84%，鼻甲結痂者15人占6·88%，鼻甲萎縮者17人占7·79%，但自覺有鼻干燥感者僅六人，因之與主觀症狀不相符合。

(2) 在218人中有126人中隔前份有“白包區”，系氟化氫毒性損害的早期表現，是由於氟化氫灼傷後局部血管栓塞，缺血的結果。其中僅三例其白色區超過1·5厘米直徑，這些工人亦無特殊不適。

(3) 關於鼻粘膜潰瘍，有人說在氟化氫環境中工作數周後即可出現深度潰瘍，有的學者提到接觸氟化氫二至三月後即有鼻中隔粘膜穿孔者。蘭蓮秀氏報告189人中有潰瘍者占24·5%，深層暴露軟骨之潰瘍有六人，即使十年工齡之工人亦無穿孔發現。我組僅十二人有淺在性潰瘍，無一人有穿孔，其中工齡長達六年半者，其粘膜光滑紅潤僅Litt L.氏區有白斑，未見穿孔征。由此可見鼻粘膜潰瘍性損傷與工齡關係不大，或在現往環境中含氟化氫濃度小不足以引起破壞性損傷。

(4) 本組218人中其鼻粘膜一般顯示有充血征，中隔粘膜充血有207人佔94·95%，鼻甲粘膜充血者有209人佔總人數96·85%，其中有的表現為充血腫脹或下中肥大(21例)，重者有鼻阻(3例)有的顯示充血萎縮有干痂附麗(19例)，這些工人既往均無鼻部疾病史。

2. 咽腔情况：

发现充血者 212 人占总数 37.7% 干燥 59 人占总数 8.6%，其中 7 人結痂，肿脹及淋巴組織增生者 48 人，佔总数 22%，有的表現为增殖，有的表現为萎縮。在肿脹及淋巴組織增生的患者大部表現为急性或亞急性炎症，但患者均无自觉症状，此点甚为特殊。其中有三例咽腔粘膜充血严重，双顎扁桃体 II 度大小，腺凹口有点状分泌物，其局部情况与一般的急性腺凹性扁桃体炎无異，但患者都无自觉症状，試其体温亦不高，考慮到此乃氟化氢所致炎症表現的特点。

3 喉部情况：

兰蓮秀氏報告中声带充血仅三例佔其总数 1.7%，我組發現声带充血者 206 人佔总数 94.49% 肥厚者 48 人，佔总数 22.01%，声嘶 3 人佔 1.36% 干燥者 26，佔 11.92%。其喉部一般表現与咽部相近似，唯程度輕些，此或許与其所居深部与氟化氢接触較少有关。

被检者与工令的关系見表Ⅲ，其工令以月計，最短者为一月，最长者为 7 8 月，以工令差別中看，局部表現差別不明显。

在工种区别上：阳板工人，39 人。

車間检查工人，2 人。

鉗 工 3 人。

电解工人，174 人。

似乎应有差別，但以检查所得，他們鼻咽喉粘膜改变的性质、程度均无明显区别，工种虽然不同，但工作时间、地点及环境均相同，故不难理解他們的病变是近乎一致的。被检者均为男性。

在检查时我們对被检者进行了鼻溫測定，室溫平均在 22°C ，其中有高至 28°C ，低至 14°C 者。均为半导体測溫計測得，測量結果如下：

鼻下甲表面平均溫度 $3.0 \sim 4.4^{\circ}\text{C}$ → 最高 $3.3 \sim 5^{\circ}\text{C}$ 最低 2.6°C

咽后壁表面平均溫度 $3.3 \sim 6.3^{\circ}\text{C}$ ，最高 3.5°C 最低 3.2°C 。

頸部皮肤表面平均溫度 $3.2 \sim 8.9^{\circ}\text{C}$ ，最高 3.5°C 最低 3.1°C 。

據董民声氏測定的正常平均溫度鼻溫為 $3.2 \sim 0.7^{\circ}\text{C}$ ，咽后壁溫度為 $3.4 \sim 2^{\circ}\text{C}$ 。

从以上数字得知，均低於一般所測之鼻溫與咽溫，因檢查時室溫較低，從而說明了鼻溫與室溫的關係。

討論与文献綜述：

氟化氫為無色氣體，逸散在空气中即吸收水蒸氣而化為白烟，若冷卻則成為白色液體，其比重為 0.89 ，熔點為 92.3°C ，沸點為 19.4°C ，濃厚的溶液有吸收性及發煙性。氟化氫不論是蒸汽或水溶液皆有劇毒，就毒性而言，濃度低的氟化物粉塵及蒸汽對粘膜有刺激作用，長期吸入較高濃度的氟化物除引起粘膜的充血，腫脹，出血，壞死變化外，且可發生骨的病變以及肝、腎的變性。葛林伍特氏 (Green Wood 1940) 報告氟化鈉，氟矽酸鈉的致死量為 $5 \sim 15$ 克，MaChle 氏 (1934) 等研究結果認為 $1.5 \text{ mg}/\text{升}$ 的濃度對兔及豚鼠有危險。Roholm (1937) 的意見每日吸收 $15 \sim 100 \text{ mg}/\text{公斤體重}$ 的氟，經過一至數周有生命的危險。至於氟化氫方面，據 Curur 氏觀察在含氟化氫 $0.40 \sim 0.43 \text{ mg}/\text{升}$ 之大氣中居留 $6 \sim 10$ 分鐘即可引起中毒，當空氣中含量為 $0.65 \text{ mg}/\text{升}$ 時對粘膜有刺激作用，能嗅到其臭味。高濃度刺激眼結膜及鼻粘膜，有流膿、流鼻涕、打噴涕及鼻燒灼感，更高濃度可致呼吸道及口腔粘膜頑固性潰瘍，發生鼻衄，有時有恶心嘔吐，腹痛氣喘，與中樞神經中毒，亦有發生支氣管炎，肺炎，個別發生震顫或抽搐。

急性中毒症状、慢性中毒与急性中毒症状大致相似，但表现较为缓慢
，如鼻^狀_{鼻塞}，鼻粘膜肿胀感，喷嚏，鼻灼烧感，鼻粘膜溃疡，鼻中膈穿孔，咳嗽，声嘶，嗅觉消失，牙釉质破坏，骨生长缓慢，头痛头晕，全身无力，食欲下降等。皮肤接触氟化钠时间久后可引起皮炎，皲裂，溃疡及指甲变薄等。

1957年刘春林氏报告在294名接触氟化钠的工人中有皮肤及粘膜病变者216人（佔73·4%）。

实验室中可见尿中氟化物增加（正常为1·32mg/升）血色素，红血球及白血球下降，淋巴增加。

1947年，Bo Wler 检查了124个从事镁金属翻砂工人的健康情况，工作地带氟的浓度0·14—6·37mg/立方米，工龄2—6年的工人尿中氟化物的含量均高，工龄越长，含氟量亦越多。

至于吸收与排泄过程，当氟被吸入人体后，主要贮藏在骨，软骨及牙齿，小部份积蓄在肾脏及脾脏。体中的氟及氟化物约50%由尿中排出，肠道、汗腺亦可排出少量，其排出速度颇慢。有时授女工的乳液中亦发现氟。

中毒机制由於氟化物具有抑制酶的毒性作用，特别是碳水化合物分解过程中有重大意义的烯醇化酶及骨磷酸化酶，以致影响了正常物质的新陈代谢。氟並能抑制丙酮酸及乳酸的形成，由於氟能沉淀血液和组织内的钙镁游子，结合成 CaF_2 mg F 因而引起血钙降低，血磷增加骨，牙脱钙，肝功能减退。關於它在呼吸道粘膜引起的病变，多系HF气体直接接触粘膜引起粘膜充血，肿胀等病变。病变的较重决定於空气中所含HF的浓度。

袁肇金氏（1956）研究报告1%以上的NaF溶液对组织有

强烈的刺激作用。由此可見氟化物对有生机体各部均有危害性。

据我組所检查的 218 人中所見呼吸道粘膜均有不同程度的炎症性病變。但均无严重的損害。

鑑於氟化物对人体各方面的損害，在予防方面应採取积极措施。

1. 坚決执行国家工业卫生标准(101—56)規定，氟氯酸盐类的最高容許濃度为 $0 \cdot 001 \text{ mg/l}$ 升。
2. 加强生产过程設備，工作坊所要有良好的通风及換气裝置。
3. 工作时坚持穿戴防护用具。
4. 在选拔工人时应进行健康检查凡有呼吸道疾病者均不宜此类工作。
5. 对在职工人經常进行临床检查，加强工作人員的营养，多食含鈣及維生素的食物，对患病者及时治疗並离开氟的环境。对急性中毒者可注射葡萄糖酸鈣，对上呼吸道有炎症者可用2%苏打水含嗽或蒸汽吸入。

總結：

本文对218例接触氟化氫工作者的上呼吸检查結果作了初步報告，对有关文献进行了复习。

参考文獻

1. 毛志翔編著：工业尘烟及有毒气体的分析(1956)。
2. 兰蓮秀：接触氟化氫工人耳鼻咽喉检查初步統計。中华耳鼻咽喉科雜誌 7 : 280, 1959。
3. 吳振球編著：职业中毒(1959)。
4. 河南医学院学报(总)第七期 1960。
5. 著，金正均譯，損傷性工业体格检查手册，(1954)
6. 董民声，田育权：夏季冬季正常下鼻甲溫度測定的初步報告

表 I

氟化氢工人 218 人自觉症状统计

自觉症状	人 数	百分率
鼻	27	12·38%
喷 涕	17	7·95%
鼻 干 燥	6	2·75%
鼻 阻	5	2·27%
干 咳	6	2·75%
嗅 觉 失 聪	3	1·38%
鼻 涕 多	3	1·38%
共 计	67	30·73%
无 自 觉 症 状 者	151	69·23%

表II.

218人客觀症狀分析 (接觸H_F工人)

	鼻 中 脳					鼻 甲					咽 腺					喉 部			
	干燥	白色区	潰瘍	結痂	充血	充血	干痂	肿肥大	萎縮	鼻阻	充血	充血 肿脹	干燥	結痂	肥厚	充血	肥厚	声嘶	干燥
人 数	162	126	12	52	107	209	15	21	17	3	213	48	69	7	44	206	48	3	26
百分率	74·31	57·79	5·50	23·84	49·08	96·85	6·88	9·63	7·79	1·36	97·70	22·01	31·65	3·21	20·18	94·49	22·01	1·36	11·92
程度重者	8	3	2	2	1	2	3				20							1	
百分率	3·66	1·38	0·91	0·91	0·45	0·9	1·39				9·17							0·45	
不 显	47	89	203	163	110	8	196	196	195	112	2	146	146	108			9	167	113
百分率	21·55	40·82	93·11	74·77	50·45	3·66	89·908	89·908	89·46	51·36	0·91	66·97	66·97	49·54			4·117	660551·83	40·36
备 考							中甲 显痂 5人												

表三

氟化氢工人218人他觉检查与工令的分析

发病 人数	工令与 人数	1	2	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	76	78	
		18	11	75	14	2	7	27	9	5	12	10	16	2	3	4	1	1	1	
鼻 中 膈	干燥	人数	13	2	58	10	2	6	17	7	4	11	6	14	1	3	1	1	1	
		%	72·22	63·63	77·37	71·35	100	85·71	62·96	77·78	80	91·67	66	87·50	50	100	100	100	100	
鼻 甲 粘	白色区	人数	5	3	45	8	1	2	20	8	4	9	7	8	1	3				
		%	37·77	27·27	60	57·13	50	28·71	74·07	88·98	80	75	70	50	50	100				
鼻 咽	潰瘍	人数			6			2	1		2	1								
		%			8			28·71	3·70		40	8·33								
鼻 膈	結痂	人数	4	3	22	1		5	5	3	1	3	2	3						
		%	22·32	27·27	29·33	7·13		71·42	18·51	33·33	20	25	20	18·7	5					
鼻 咽	充血	人数	9	5	32	8		3	15	4	4	6	6	10		2	1	1	1	
		%	50	45·44	42·66	7·13		42·85	55·56	44·44	80	50	60	62·50	66	100				
鼻 咽	充血	人数	18	11	75	13	2	6	27	8	4	12	9	16	2	2	1	1	1	
		%	100	100	100	92·85	100	85·71	100		80	100	90	100	100	66	125	100	100	100
鼻 甲 粘	干燥	人数	2	1	7			1	2	1			1							
		%	11·11	9·99	9·33			14·28	7·40	11·11			10							
鼻 咽	肥大	人数	1	3	8	1		1	3			1	1	1						
		%	5·55	27·27	10·56	7·13		14·28	11·11			8·73	10	6·25						
鼻 咽	萎縮	人数	1		10		1	1	2	1				1						
		%	5·55		13·33		50	14·28	7·40	11·11				6·25						
鼻 咽	鼻阻	人数			1								2							
		%			1·33								16·7							
咽	充血	人数	17	11	75	14	2	7	27	9	5	12	9	16	2	3	1	1	1	
		%	94·44	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90	100	100	100	100	100	100	
咽	肿脹	人数	4	4	19	1		3	4	2		2	3	4	1				1	
		%	22·22	36·36	25·33	7·13		42·85	14·82	22·22		16·67	30	25						
咽 部	粘膜肥厚	人数	4	2	20	1		1	3	2		1	4	5	1					
		%	22·22	18·18	26·66	7·13		14·43	11·11	22·22		8·33	40	3·25						
咽 部	干燥	人数	17	4	16	2	2	3	5	5	4	4	1	5	1					
		%	33·88	36·36	21·32	14·26	100	42·85	18·51	55·56	86	33·33	10	31·25						
喉 部	結痂	人数			1	2	1		2					1						
		%			1·33	14·26	50		7·40											
喉 部	充血	人数	18	11	71	14	2	6	27	9	5	12	19	14	2	2	1	1	1	
		%	100	100	94·66	100	100	85·71	100	100	100	100	90	87·5	100	66·67	100	100	100	
喉 部	肥厚	人数	4	2	16	4		3	6	1	2	4	1	1						
		%	22·22	18·18	21·32	28·57		42·85	22·22	11·11	40	33·33	10	6·25						
喉 部	声嘶	人数			2	1														
		%			2·66	7·13														
喉 部	干燥	人数	1	2	12	3		1	4	1	1		1							
		%	5·55	18·18	16	21·38		14·28	14·82	11·11	20		10							

气管切开术后拔管困难的处理

河南医学院耳鼻喉科教研组

周文涛 董民声

气管切开术后，通常在影响气道通畅的原发病治愈后，即应能顺利的拔除气管套管，但由于某些因素的影响，在原发病治愈后而不能顺利地拔除套管者即为拔管困难，但有者不是真正的拔管困难，只是在处理拔管的技术上存在有问题，致延迟了拔管时间。我院自60年来遇见拔管困难患者共19例，其中由外院转入我院者14例，由我院手术后发生者5例，其中二例为传染科医师施术。

一、一般资料：

19例气管切开之原发病为白喉8例，急性喉炎3例，气管异物3例，破伤风2例，咽后间隙脓肿1例，麻疹后急性喉气管支气管肺炎1例，1例不明。

年龄分布为1岁（包括1岁以内者）有7例，2岁者有4例，3岁者有1例，4岁者2例，5岁者1例，6岁者1例，在1岁的患者中有4例之原发病为白喉。

19例拔管困难之原因：

1. 属于炎症未彻底控制者（7例）
2. 气管切口部肉芽增生（8例）
3. 套管过大（3例）或弯曲不适当压迫，气管壁致套管上部气道狭窄者（4例）。
4. 气管软骨环塌陷（2例）或前壁缺损者（1例）。
5. 高位气管切开（1例）
6. 一侧声带外展障碍（1例）。

7. 重度营养不良(1例)。

8. 官能性因素(1例)。

由於拔管困难之原因多系綜合性质，所以在一个病人常有一种或一种以上原因存在。

19例中15例經過治疗后拔除套管，治愈出院，4例带管出院，带管出院患者中1例出院时已能全堵管，后在院外自行拔管，余三例未取得联系，后果不明。

15例治愈的患者中，平均戴管时间为7·5·6天，最短者1·6天，最长者14·5天，平均住院天数3·2·3天·最短者8天，最长者9·9天。

對於拔管困难的處理，我們除採用常規的方法，即一次全堵管法、分期堵管法、逐漸換小号套管法外，還對採取以上方法不能達到拔管目的的患者採取了不堵管拔管法拔除了氣管套管，這些患者經過多方檢查，對其拔管困難的原因有了充分的了解，才最後決定採取不堵管拔管法的，在嚴密的觀察下同時作好緊急處理的準備才進行拔除套管。我們採取這一方法治癒了四例採取常規方法不能治癒的病人。茲介紹病例如後：

病例1：患儿冉姓，男性⁸歲，住院號59560，於63年11月28日以氣管異物（花生米）併三度呼吸困難急診入院，入院前曾在某醫院行氣管鏡取異物術，未能取出異物，術後出現三度呼吸困難，急轉入我院，入院後急症氣管切開，在氣管切開後由氣管切口引入氣管鏡當即取出熟花生米數小塊，11月29日胸部X光透視報告：右下葉肺不張。12月2日一再次由氣管切口引入氣管鏡，鉗取出花生米大小共五塊，12月3日胸透報告：右下肺心枝及內基底技肺不張，12月19日在氣管鏡下又取出花生米數塊，胸透報告右

下肺仍有点状阴影，12月25日气管鏡检未发现異物，數次胸透結果均为阴性，但試堵管多次，皆不能，曾有一度在堵管后发音洪亮，但仍不能拔管，X綫頸側位摄电报告，於气管套管上方，显示气管狭窄，但經口內引入气管鏡未見气管狭窄或粘膜肿胀，鏡体通过順利，多次胸透亦报告阴性，仍考慮不能拔管之原因显系套管挤压套管上端气管前壁所致。決定行不堵管拔管法，於64年元月5日在严密觀察下拔除套管，无呼吸困难表現，继续觀察四日无異常变化，於64年元月29日治癒出院，共住院43天。

病例二：患儿孙姓，男，1岁，住院号59536，於63年1月22日以拔管困难收入我院，入院前带管46天，入院前因“白喉”致急性喉梗阻在某县医院行气管切开术，术后22日在当地医院未經堵管行拔管法，拔管后因呼吸困难情况加重，又在紧急情况下用剪刀剪开原切口置入气管套管，隨轉至专医院治疗，經20日仍不能拔管，后轉入我院，入院时頸前佩帶1号气管套管（国产），於入院后試行堵管，不能，由11月26日开始採取逐漸換小号套管法，換小号套管后患者能发音，11月28日原切口扩创检查，見原气管壁切口微偏右及軟骨环缺損，仍繼續採取逐漸換小号套管法，12月12日行半堵管无明显呼吸困难，12月17日因受涼患急性气管炎，两肺听診，可聞及干性囉音，胸部透視報告：两肺呈普遍性透明度降低，肺紋理增重，因出現三度呼吸困难，又重行扩开气管瘻道置入1号气管套管，术后至12月25日間，曾多次試行堵管未成功，气管分泌物較多，但血像在正常範圍，於64年元月8日行X綫頸側位摄片，虽未觀察到有明显气道狭窄表現，气管鏡检查亦未見有喉及气管狭窄現象，考慮其可能，由於原来气管前壁损伤較多，並有疤痕存在，由於上气管套管的影响，反使通道不暢，故仍決定行不堵管拔管法。

於 64 年 2 月 5 日上午 8 时，在严密的觀察下來經堵管步驟拔除氣管套管，加用強地松一日二次，一次 5 毫克口服，拔管後呼吸安靜，僅於活動時出現呼吸困難，觀察 5 日，漸在活動時亦不出現呼吸困難，於 64 年元月 30 日治癒出院，共住院 99 天。

討 討 論

拔管困難患者以小兒為多見，林氏⁽²⁾亦提及此點，我們的 19 例病人全部為六歲以下之小兒，19 例中 1 歲以內者即有 7 例，佔 37%，顯示年齡越小，造成拔管困難之機會越多，這一點則與兒童之喉及氣管之解剖特點和兒童易受傳染病之侵襲有關，特別是呼吸道的傳染病，常易合併急性喉梗阻。這種情況對年齡越小的兒童氣管切開的機會越多，因為氣管切開的機會多，所以拔管困難的比例數也相對增加，在我們 19 例中即有 10 例為傳染病併發急性喉梗者，而 1 歲的患者中，即有 50% 為白喉患者，這可能是兒童拔管困難較多見的一個很大的因素。

從我們 19 例拔管困難的原因分析來看，常常在一個病人身上可以找到一種或一種以上的原因，所以我們認為拔管困難的原因往往是綜合性的，特別是由基層醫療機構轉入的病人，這一點很突出，往往是感染加上氣管切口部肉芽增生是拔管困難的主要原因，所以在處理時，應該採取綜合性措施，摘除了肉芽而不控制炎症，就不可能達到拔管目的，我們的病例中有 1 例在數次摘除肉芽後，企圖堵管拔管，未獲成功，在控制了炎症後，肉芽也不長了，也順利的拔除了套管。

Jeckson, Monison 等氏認為全部堵管後要經過三晝夜，方能拔除套管，認為這樣才安全。根據我們的經驗，只要是影響拔管的因素消除了，經過一晝二夜的堵管，就可以安全地除管。一般地來說，在拔管前先試行堵管的目的是為了使患者重新適應於生理性的呼吸，

其次就是証实呼吸道是否通暢。我們体会到堵管一晝二夜即可以達到這個目的，拖延時間到底能給患者帶來什麼好處，對這一點我們到沒有什麼深刻体会。在用我們這一方法治癒的 5 例中，都沒有見到拔除套管後需再置入套管者，提前治癒了患者。

頸側 X 線攝片檢查對於觀察氣管有否狹窄，可提供一參考資料，G·A·Ardran and L·J·Caust 並推薦在氣管切開前後作頸側位 X 線攝片，以資對照。這不可能每個病人都能作到。但是，頸側 X 線攝片常需同氣管鏡的檢查結合應用，這就更有實際意義。

對於頸側 X 線攝片所發現的氣管狹窄，特別是套管上部的氣管狹窄，在處理上我們與林、張二氏採取之方法不一樣，G·A·Ardran and L·J·Caust 報告一例，對我們採取不堵管拔管法有啟發意義，其報告一例 8 周嬰兒在拔管前行頸側位 X 線攝片檢查，顯示在氣管套管上端之氣管前壁塌陷，致部分阻塞氣道，但是成功地拔除了氣管套管而未出現呼吸困難，拔管後頸側 X 光攝片顯示，氣管腔仍有由前向后的狹窄，但通氣夠用，以後也未再現呼吸困難，因此氏指出早期拔除套管可能避免發生永久性的改變。在我們 19 例中四例行頸側位 X 線攝片檢查，其中一例顯示氣管套管上端有狹窄現象（病例 I）。但經多次氣管鏡檢查，未見到氣管局部有鈍脹或狹窄情況，在嚴密的觀察下未經堵管步驟亦安全地拔除了套管。余三例未顯示氣管套管上部有狹窄現象。

我們治癒的四例在拔管前不能堵管，按照習慣的處理方法，就只有推遲拔管時間了。但是長期佩用套管，會使病人感到不便和增加肺部的感染機會。由多次的氣管鏡檢查中發現，在氣管上部之氣管狹窄只是在 X 光片上存在。我們認為這種拔管困難是由於套管的存在使管腔不夠大，和套管上方的腔道縮小，因此我們考慮不堵管拔管法，在