

گزارش مورد

گزارش یک مورد جسم خارجی حنجره

دکتر شهین عبدالهی فحیم: استادیار گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر نجمه دوست محمدیان: دستیار گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

E-mail: n_dostmohammadian@yahoo.com

دریافت: ۸۵/۱۲/۵، پذیرش: ۸۶/۴/۲۷

چکیده

جسم خارجی راه هوایی یک مشکل شایع در شیرخواران و کودکان است اغلب اجسام خارجی به دلیل شکل و اندازه شان از حنجره و نای عبور کرده و در برونش قرار می گیرند. اگر اندازه بزرگ تر بوده و در حنجره گیر کند انسداد کامل که اورژانس راه هوایی است ایجاد می کنند. اجسام نامنظم یا اجسامی که به صورت ساژیتال در حنجره قرار می گیرند انسداد کامل نمی دهند و هوا از اطرافشان عبور می کند ولی ادم ثانویه می تواند انسداد کامل ایجاد کند. این موارد با علائم انسدادی و خشونت صدا مراجعه می کنند که آن می تواند کروپ را تقلید و منجر به تاخیر در تشخیص و عوارض شود. در این گزارش یک شیرخوار ۱۵ ماهه با خشونت صدا معرفی می شود که با تشخیص کروپ بستری شده و بهبودی نداشت و در لارنگوسکوپی، جسم خارجی روی طناب صوتی راست، با فورسپس برداشته شد.

کلیدواژه ها: جسم خارجی حنجره، کروپ، خشونت صدا

مقدمه

قرارگیری اجسام خارجی در راه هوایی به طور شایع در شیرخواران و کودکان رخ می دهد بچه ها خصوصاً در سنین یک تا سه سال مستعدتر هستند (۱، ۲).

علل مستعد بودن این بچه ها به چند دلیل می باشد آنها دندان آسیا برای خرد کردن مناسب غذا را ندارند و تطابق کافی بلع با بالا رفتن حنجره و بسته شدن گلو ت را نداشته و تمایل به گذاشتن وسایل در دهانشان را داشته و نیز اغلب در حین غذا خوردن در حال بازی یا راه رفتن هستند. مواد گیاهی ۷۰٪ تا ۸۰٪ اجسام خارجی راه هوایی را تشکیل می دهد. موارد جسم خارجی فلزی امروزه کاهش یافته است. قطعات پلاستیکی ۵٪ تا ۱۵٪ اجسام خارجی راه هوایی را تشکیل می دهند و تمایل به ماندن طولانی دارند زیرا رادیولوسنت هستند. اغلب اجسام خارجی از حنجره و تراشه عبور کرده و در برونش گیر می کنند. اجسام بزرگ در حنجره انسداد کامل که اورژانس راه هوایی است ایجاد می کنند. اجسام نامنظم در پلان ساژیتال انسداد ناکامل می دهند، این موارد اغلب با

علائم انسدادی و خشونت صدا مراجعه و ممکن است کروپ را تقلید و منجر به تاخیر در تشخیص و عوارض شوند (۱). تا به امروز چندین مورد جسم خارجی از جمله استخوان گوشت، فنر فلزی و ... در حنجره گزارش شده که اکثر آنها با خشونت صدا مراجعه کرده و به علت نداشتن علائم واضح جسم خارجی، منجر به تاخیر در تشخیص شده و علائم آنها به کروپ نسبت داده شده است. بنابراین مهم است که در بیماران با کروپ با عدم پاسخ به درمان یا عود بعد از درمان همیشه به فکر جسم خارجی حنجره باشیم.

معرفی بیمار

بیمار شیرخوار پسر ۱۵ ماهه، فرزند اول خانواده، حاصل زایمان سزارین بود که سابقه بیماری خاصی را نداشت. در شرح حال، بیمار حدود ۳ روز قبل از مراجعه به طور ناگهانی دچار خفگی و سیانوز و سرفه های شدید شده بود که حدود چند دقیقه

وتراشه از تهویه به هر دو ریه ممانعت می کند، علاوه بر این ادم حنجره ای به سرعت با ترومای ایجاد شده توسط جسم خارجی رخ می دهد. اجسام خارجی در حنجره در سطح گلو تیک یا سوپراگلو تیک می توانند در پلان ساژیتال قرار گیرند (۳).

اجسام خارجی سوپراگلو تیک معمولاً با سرفه یا تنفس، در گلو ت، ساب گلو ت یا در برونش قرار می گیرند. اکثر این بیماران با استریدور، خفگی و سرفه حمله ای و گاهاً با خشونت صدا، تنگی نفس و سیانوز مراجعه می کنند (۴). که این موارد وقتی جسم خارجی در بین طنابهای صوتی قرار گرفته و ایجاد اسپاسم لارنژیال کند رخ داده و برداشتن را مشکل تر می کند (۵).

Banerjee و همکاران در مطالعاتشان روی جسم خارجی حنجره، تراشه و برونش ۷٪ را در حنجره یافتند (۶). Hazra و همکاران بیماری را با جسم خارجی حنجره (استخوان گوشت) معرفی کردند که هیچ دیسترس تنفسی یا دیسفاژی نداشت در حالیکه جسم خارجی کاملاً بزرگ بود. تنها علامت بیمار، خشونت صدای تنفسی بود. Hazra و Dandapat یک مورد با فتر فلزی حلقوی را در حنجره گزارش کردند که فقط با شکایت تغییر صدا مراجعه کرده بود (۵). در جسم خارجی، شاید خستگی سریع از رفلکس سرفه (بعضی اوقات در ۱۰ تا ۱۵ دقیقه) به علت سازش سریع رسپتورهای حسی سطحی به حضور هر جسم نا آشنا باشد که به یک فاز بدون علامت که سبب احساس امنیت کاذب می شود منجر می گردد و زمانی که بیمار با تظاهرات دوباره مراجعه می کند در شرح حالی که از بیمار گرفته می شود، علائم اولیه خفگی یا فراموش می شوند یا به بیماری حاضر ارتباط داده نمی شوند و این سبب می شود که بیمار با شرح حال منفی آسپیراسیون جسم خارجی بیاید و این منجر به تاخیر در تشخیص می شود (۷).

در مطالعه Hoeve و همکاران که در کودکان ۶ ماه تا ۱۲ ساله صورت گرفت ۱۱۵ کودک با شک به آسپیراسیون جسم خارجی تحت برونکوسکوپی قرار گرفتند که از این بیماران ۸۰ مورد با تشخیص ابتدائی آسپیراسیون جسم خارجی و ۳۴ مورد با پنومونی و ۱ مورد بالارنژی ت ساب گلو ت ارجاع شده بود. در بیمارانی که با تشخیص آسپیراسیون جسم خارجی ارجاع شده بودند زمان بین آسپیراسیون و خروج جسم خارجی به طور متوسط ۶ روز بود در حالیکه در بیمارانی که با تشخیص ابتدائی پنومونی بالارنژی ت ساب گلو ت ارجاع شده بودند این مدت بطور متوسط ۵۵ روز بود (۸). Callendor بیماری را معرفی کرد که یک شیرخوار ۹ ماهه بود که با تاکی پنه، استریدور، گریه خشن و ضعیف ورتراکسیون سوپراسترنال مراجعه کرده بود. این بیمار ۶ روز قبل با تظاهر شبه کروب بستری واز بیمارستان مرخص شده بود در معاینه لارنگوسکوپی قابل انعطاف یک جسم خارجی نامنظم صاف و سخت در زیر و موازی طنابهای صوتی دیده شد که در اتاق عمل بالارنگوسکوپ و فورسپس درآورده شد (۹).

بنابراین احتمال اینکه بیماران با اجسام خارجی حنجره با علامت خشونت صدا مراجعه کنند و علائم کروب را تقلید کنند

طول کشیده و بعد از آن خشونت صدا و سرفه های تک تک داشت بیمار با این تابلو با تشخیص احتمالی کروب در یکی از شهرستانها بستری و به علت عدم بهبودی به بیمارستان کودکان تبریز اعزام شد. در معاینه، بیمار استریدور خفیف دمی داشت. سمع ریه ها نرمال و دو طرف قرینه بود. گرافی قفسه سینه و گرافی روبرو و لترال گردن نرمال بود، بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت و در لارنگوسکوپی جسم خارجی پلاستیکی به شکل T چسبیده به طناب صوتی حقیقی راست وجود داشت که با فورسپس برداشته شد. تصویر جسم خارجی در شکل ۱ و ۲ نشان داده شده است.



شکل ۱: جسم خارجی پلاستیکی به شکل T



شکل ۲: جسم خارجی پلاستیکی به طول ۱۴ میلی متر

بحث

آسپیراسیون جسم خارجی یک مسئله مهم در شیرخوران و کودکان است که می تواند تهدید کننده زندگی باشد. اغلب اجسام خارجی راه هوایی در برونش قرار می گیرند (۱). جایگیری جسم خارجی در حنجره تقریباً همیشه اتفاقی است و معمولاً به صورت اورژانس تنفسی تظاهر می یابد و یک مداخله اورژانس برای حفظ زندگی بیمار نیاز است. قرارگیری اجسام خارجی در حنجره

اتاق عمل آماده باشد و همه اعضای تیم باید با محل و ترتیب و نحوه استفاده از وسایل آشنا باشند. مهم اینست که اگر وسایل ناکافی است یا پرسنل کافی و آموزش دیده نیستند بیمار باید به یک مرکز مجهزتر ارجاع شود. لارنگوسکوپی امکان دید جسم خارجی حنجره و خروج آن را فراهم کرده و عبور آندوسکوپ را تسهیل می کند.

بیمار مورد بحث ما بیماری بود که با سابقه سیانوز و خفگی از سه روز قبل مراجعه و اکنون فقط خشونت صدا داشت که با تشخیص احتمالی کروپ بستری و به علت عدم پاسخ به درمان به بیمارستان کودکان تبریز اعزام شده بود. معمولاً در موارد آسپیراسیون جسم خارجی که دوره بدون علامت طول می کشد، علائم آسپیراسیون و خفگی اولیه فراموش شده و یا به بیماری حاضر ارتباط داده نمی شوند در این موارد که بیمار مثلاً فقط خشونت صدا دارد ممکن است با کروپ اشتباه شود. بنابراین در بیماران با کروپ با عدم پاسخ به درمان یا عود بعد از درمان باید به جسم خارجی شک کرد. نکته دیگر اینکه در بیمار ما گرافی قفسه سینه و گرافی لترال و روبرو گردن نرمال بود که باز این یادآور این نکته مهم است که رادیوگرافی منفی وجود جسم خارجی را رد نمی کند.

وجود دارد این موارد اکثراً منجر به تاخیر تشخیص و عوارض می شوند پس در بیماران با کروپ با عدم پاسخ به درمان یا عود بعد از درمان باید به جسم خارجی شک کرد (۹، ۱۰). ۴۵٪ اجسام خارجی حنجره و تراشه همراه با عوارض ماژور هستند و ۶۷٪ این عوارض در تاخیر بیش از ۲۴ ساعت اتفاق می افتد (۱).

ارزیابی رادیوگرافیک در جسم خارجی حنجره و تراشه گرافی روبرو و لترال گردن و گرافی قفسه سینه است که گرافی گردن در ۹۲٪ و گرافی قفسه سینه در ۵۰٪ غیرنرمال است. گرافی گردن باریک شدگی ساب گلوٹ را نشان می دهد که در عدم جواب به درمان باید جسم خارجی را در نظر داشت. حساسیت و اختصاصیت رادیوگرافی در تشخیص جسم خارجی پائین بوده و در شک به جسم خارجی ارزیابی آندوسکوپی لازم است چرا که گرافی منفی وجود جسم خارجی را رد نمی کند (۱، ۸، ۱۱).

در خصوص درمان بیشتر بیمارانی که با جسم خارجی به بیمارستان آورده می شوند فاز حاد را رد کرده و در دیسترس نیستند. کلاً برداشتن آندوسکوپی تحت بیهوشی عمومی انجام می گیرد تا کنترل بر راه هوایی مناسب بوده و بیمار راحت باشد روش ایجاد بیهوشی و ادامه آن باید بین متخصص بیهوشی و گوش و حلق و بینی مورد توافق باشد. تجهیزات وابسته به سن برای برداشتن آندوسکوپی جسم خارجی باید قبل از بردن بیمار به

References

1. Barretto RL, Holinger LD. Foreign bodies of the airway and esophagus. In: cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al. *Otolaryngology head and neck surgery*. 4th ed. Philadelphia. Mosby. 2005; PP: 4343-4353
2. Hazra TK, Ghosh AK, Roy S, Sur S. An impacted meat bone in the larynx with an unusual presentation. *Indian journal of otolaryngology* 2005; **57**(2); PP: 145-146.
3. Ghosh P. Prediction and management. *Indian J of otolaryngol head and neck surg*. 2002; **47**: 205-207.
4. Jackson C, Jackson CL. Quoted by holinger PH, Holinger CD. Use of the open tube bronchoscope in the extraction of F.B. *Chest*. 1978; **73**: 721-726
5. Hazra TK, Dandapat A, Maitra N. A coiled metallic spring in the larynx. *Indian J of otolaryngol Head Neck Surg* 1993; **2**: 216-217
6. Banerjee A, Subha R, Khanna SK, Narayanan PS, Gupta BK, Shekher JC, et al. Laryngo-tracheo-bronchial foreign body in children. *J laryngeol* 1988; **102**: 1029-1033.
7. Blager S, Naveh Y. Foreign body in the airway. *Am J Dis child*. 2000; **134**: 68-81.
8. Hoeve LJ, Rombout J, Pol DJ. Foreign body aspiration in children. The diagnostic value of signs, symptoms and pre-operative examination. *Clin otolaryngol allied Sci* 1993; **18**(1): 55-57.
9. Callender T. Laryngo-tracheo-bronchial foreign bodies. *Am J Dis child* 1992; **86**: 86-87.
10. Esclamado RM, Richardson MA. Laryngotracheal foreign bodies in children: A comparison with bronchial foreign bodies. *Am J Dis child* 1987; **141**: 259-262.
11. Steen KH, Zimmerman T. Tracheobronchial aspiration foreign bodies in children: A study of 94 cases. *Laryngoscope* 1990; **100**: 525-530.