

急性會厭炎的臨床處理

臺大醫院新竹分院藥劑部藥師 張玉慧、壽偉瑾

摘要

咽喉痛及吞嚥痛是開業診所常見的主訴之一，往往被診斷為上呼吸道感染而加以治療。大部分急性會厭炎的病人也常以咽喉痛及吞嚥痛表現，急性會厭炎雖然不是重症疾病，卻可能因為病程進展快速，沒有即早確診而造成呼吸道阻塞，使病人面臨死亡的風險。所以，對病人臨床症狀快速而正確的診斷並配合有效的臨床處置及照護，便成為當務之急。

關鍵字：急性會厭炎、症狀、臨床治療、acute epiglottitis、symptom、treatment

壹、前言

在加護病房照顧了3位急性會厭炎 (acute epiglottitis) 的病人，針對其臨床症狀、診斷及治療方式提出說明，並分享案例報告，因醫師快速且正確診斷及評估，給予藥物及非藥物的處置，使病人症狀緩解，病情穩定，早日脫離呼吸器，並轉出加護病房。且三位病人住院皆少於十天，轉為門診追蹤。

貳、病理病因學^{1,2}

感染性的會厭炎是會厭及周圍上聲門部位的蜂窩組織炎，發炎部位包括整個上聲門區，會厭軟骨的舌面，杓狀會厭皺摺 aryepiglottic fold (AE fold) 和其他鄰近的組織。會厭炎的腫脹因發炎細胞的水腫及累積而造成，這些發炎細胞主要存在鱗狀上皮細胞及會厭軟骨之間，腫脹進展快速涵蓋全部聲門上喉部 (包括杓狀軟骨與會厭皺摺)，降低空氣流通的口徑，造成吸氣時氣流不穩

定、喘鳴，氣道的阻塞可能造成心肺功能停止，這個過程相當快速。發炎造成的原因，可能單由細菌、病毒或合併二者感染，也可能是黴菌或非感染性病原所造成。大多數病原菌所造成的會厭炎，以 Hib (*Haemophilus influenzae type B*; B型流行性嗜血桿菌) 最常見，約佔所有病例3%-14%，其中免疫不全的宿主造成會厭炎的菌株則是 *Pseudomonas aeruginosa* 和 *Candida species* (綠膿桿菌和念珠球菌)；非感染造成的因素，包括溫度傷害、外來吞入物及腐蝕性物質所造成的創傷。

參、流行病學^{1,2}

以成人為例，會厭炎的發生率有逐年增加的趨勢，其原因並不清楚，可能是診斷上醫師的警覺性提高及增加了鼻咽喉鏡的使用。50%的病例年齡介於25-50歲，在成年人會厭炎，如併有罹患高血壓、糖尿病，或濫用藥物及免疫力較低情況，都較容易受到病

原菌感染。

肆、臨床表徵及併發症²⁻⁴

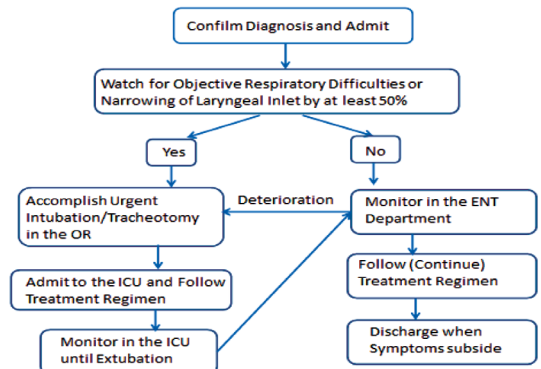
急性會厭炎是一種急症，要降低罹病率及死亡率必須瞭解其治療的急迫性，首要的治療目標是作正確快速的診斷，於呼吸道阻斷前開始治療，治療的重點在使呼吸道維持功能。臨床表徵：成人的會厭炎可能會出現以下症狀：喉嚨痛或吞嚥痛 (90-100%)，發燒 $> 37^{\circ}\text{C}$ (26-90%)，聲音變成像被包住 (50-80%)，流口水 (5-65%)，喘鳴 (20-40%)。臨床表徵之外，可使用儀器來確認，實驗室的檢驗中咽喉痰液培養陽性報告約佔33-75%。嚴重併發症包括有呼吸道阻塞、會厭膿瘍，佔所有病人的30%。如果病人合併有會厭膿瘍時其症狀會較嚴重，而且氣管阻塞的風險也會增加，可以使用電腦斷層去診斷會厭膿瘍的存在，並引流會厭膿瘍，再給予抗生素治療。急性會厭炎也可能經由肺炎、頸淋巴炎、蜂窩炎、休克性關節炎及腦膜炎等因菌血症的存在而感染。壞死性會厭炎則是罕見的併發症，只有在免疫力缺乏的病人 (HIV 感染) 身上出現。成人死亡發生率約小於3.3%，一般都是因呼吸道阻塞而造成。

伍、治療方式^{5,6}

對於急性會厭炎的處理，有三大原則：一、維持呼吸道暢通，二、給予適當的抗生素治療，三、其他藥物的輔助治療。目前臨床上醫師對急性會厭炎的治療流程圖 (圖一)。

一、人工呼吸道的建立，有下列症狀的病人會建議立即建立人工呼吸道

(一) 嚴重呼吸道壓迫 (二) 會厭膿瘍 (三) 病程進展快速 (四) $> 50\%$ 的喉部管徑狹窄 (五) 罹患有糖尿病或免疫缺乏疾病的病人。而人工呼吸道的種類，依病人臨床狀況及醫



圖一 急性會厭炎的處理流程³

師的專業技術而選擇及決定；有三種；第一種：氣管內插管 (endotracheal intubation)，有鼻部及口咽部兩種，較常被使用，氣管內插管的選擇使用依插管時間、住院天數而定。第二種：氣管切開術 (tracheostomy) 氣管切開術，當病人無法進行氣管內插管，約佔5%。第三種：環狀軟骨氣管切開術，不像氣管內插管及氣管切開術常進行，需要有經驗醫師評估手術。使用人工呼吸道2-3天後，可以使用喉鏡評估會厭炎的病人上聲門部位的腫脹是否消除，病人是否不再發燒，吞嚥能力是否改善，這些都可作為病人移除人工呼吸道的原則。

二、投予適當的抗生素^{5,6}

共有五項原則：(一) 投予注射型抗生素，以儘快緩解病人的症狀，臨床醫師會替病人作痰液、血液、會厭部位的培養，在報告出來前給予經驗抗生素治療，因為懷疑可能的致病菌，如：*Haemophilus influenzae* type B、*Penicillin-resistant streptococcus pneumoniae*、*Staphylococcus aureus*、(MRSA) strains。所以抗生素的選擇依病人的臨床狀況而定，建議選擇第三線的 cephalosporin 抗生素 (如：ceftriaxone

或 cefotaxime) 合併 Antistaphylococcal (抗金黃葡萄球菌) 或抗 MRSA 菌株 (如 vancomycin) 一起使用；如果非 MRSA 感染時，單一藥品治療可選擇：ceftriaxone、cefotaxime、cefepime、cefuroxime、ampicillin-sulbactam。(二) 下列症狀的病人，建議使用 vancomycin；1. 合併有中重度敗血症的病人 2. 合併有腦膜炎 (meningitis) 的病人，此類患者，合併使用第三代或第四代的 cephalosporin 抗生素，可治療 G(-) 菌株的感染。3. 當病人的病歷記載對 β -lactam 過敏時，vancomycin 或 quinolone 可作為另一種選擇。(三) 一旦血液或會厭培養出現陽性、依其感受性選擇適合的抗生素。(四) 抗生素治療，一般7-10天，依其臨床治療病人的狀況而定，如果病人腦膜炎、菌血症或免疫缺乏時，治療期間將會延長。(五) 治療成效如何？一般投予抗生素2-3天後，會厭腫脹的情況會改善很多，評估病人有無併發症發生 (如會厭膿瘍)，如果病人持續發燒，需要考量是否與其他部位的感染有關 (如肺炎) 或是抗生素引起的藥物熱。

三、其他藥物的輔助治療³

(一) 類固醇藥品

類固醇藥品的使用，目前對於會厭炎病人是否使用類固醇治療，尚未有定論。一般使用類固醇藥品的目的是降低呼吸道細胞的發炎反應，藉以能儘速改善病人的症狀，研究報告中約有20-83%病人使用類固醇，但無直接證據證明使用類固醇治療會厭炎的好處，因為類固醇的使用，並沒有直接降低使用人工呼吸道的天數，也未減少加護病房照顧的時間，且少數病人出現腸胃道出血的副作用。研究建議：開始時先不要給類固醇，

選擇性的投予，用於抗生素治療數日後，仍難以移除人工呼吸道的病人。

(二) 支氣管擴張劑

支氣管擴張劑的輔助治療，曾有研究提出：有人工呼吸道的病人，建議投予 epinephrine，多數研究尚未提出支氣管擴張劑用於會厭炎病人的建議。

(三) 鎮靜劑的使用

鎮靜劑的使用，使用 benzodiazepine 作為焦慮緩解的藥品時，先評估會厭炎病人情緒是否焦慮，因而影響到臨床治療的效果、如果使用此類鎮靜劑，可以幫助病人治療過程穩定，即早脫離呼吸器，是值得使用的。

陸、案例報告

一位48歲中年男性病人A，有高血壓病史，因嚴重的咽喉痛、吞嚥困難至本院急診就醫，他主訴三天前因咽喉疼痛已在外面的耳鼻喉科診所就診，但服藥二日後，症狀仍未改善，且愈來愈疼痛，吞嚥時也愈困難，醫師除了安排心電圖、血液生化數值檢測 (WBC:14740/ μ L)、痰液培養 (報告為陰性)、照射胸部X光，並安排耳鼻喉科醫師，以鼻咽喉鏡檢查 (圖二)，進一步確認為急性會厭炎。因會厭腫脹造成氣道阻塞情況嚴重，恐病程進展快速，影響病人呼吸，故建議病人進行插管，進入加護病房治療，期間病人生命徵狀堪稱穩定 (表一) 及使用藥品內容 (表二)，包括有抗生素、類固醇、鎮靜劑、止痛劑的使用，病人於加護病房治療的第五天，移除呼吸器，自行呼吸，並再次會診耳鼻喉科醫師，確認會厭炎改善情況 (圖三)，於次日轉入一般病房，在醫院共治療八日，出院後再安排回門診追蹤。另外提供病人A與另外兩名病人B及C的入院紀錄如 (表

三)，其中病人B的痰液培養出 *Haemophilus influenzae*，三位病人皆使用同樣抗生素及類固醇治療，且三位病人住院皆少於10天，轉為門診追蹤治療。

在此感謝內科陳憲青醫師及耳鼻喉科施水木醫師的協助，即時以鼻咽喉鏡幫病人做診斷，並提供照片，以此致謝。

表一 病人A於加護病房之生命徵狀

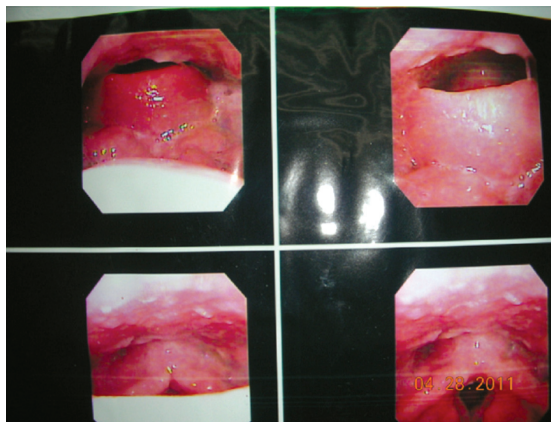
Date	2/19	2/20	2/21	2/22	2/23	2/24	2/25	2/26
Respiratory rate (次/分)	20	22	16	20	16	18	20	20
Pulse (次/分)	98	110	80	82	80	78	86	80
Temperature (°C)	37	37.8	37.2	36.8	37	36.6	36.6	36.6
Blood pressure (mmHg)	136/66	133/34	128/55	150/90	145/84	155/91	143/92	140/84
Intake (mL/day)	2910	3400	3410	3175	2420	轉入普通病房		出院
Output (mL/day)	1150	2040	2670	3380	3260			
I/O (mL/day)	1760	1360	740	-205	-840			

表二 病人A住院用藥一覽表

Medicine	2/19	2/20	2/21	2/22	2/23	2/24	2/25
Amoxicillin/Clavulanic acid 1.2 g/vial, IV q8h							
Methylprednisolone 40 mg/vial IV q12h							
Estazolam 2 mg/tab po hs							
Gentamcin 80 mg/vial, IV q8h							
Potassium Chloride 40 mEq IV qd							
Magnesium oxide 250 mg po tid							
Acetaminophen 500 mg po qid							
Sucralfate 500 mg po tid							

表三 三位病人的基本資料及入院時的臨床狀況及檢測結果

	Patient A	Patient B	Patient C
Sex	male	male	male
Age	49	55	47
LMD (診所)	before 3 days	before 2 days	before 7 days
Symptoms	sorethroat, swallow disturbance, fever, stridor	sorethroat, SOB, dysphagia	odynophagia (1week), laryngeal edema
Culture	S/C (-)	S/C (<i>Haemophilus influenzae</i>)	S/C (-)
Temp. (°C)	38	37	36.6
Pulse (/min)	85	74	90
Respiratory rate (/min)	16	15	12
B. P. (mmHg)	135/78	133/75	92/62
WBC (/μL)	14740	8220	9350
BUN (mg/dL)	14	14	10
Cr (mg/dL)	1.1	0.9	0.7



圖二 病人A治療前鼻咽喉鏡檢圖 (會厭部位腫脹)

參考資料：

1. Charles R Woods. Epiglottitis (supraglottitis): Clinical feature and diagnosis UpToDate 2011.
2. L-A G, Lynne D, Becker BC. Acute epiglottitis: epidemiology, clinical presentation, management and outcome. The J. of Laryngology & Otology 2008; 122: 818-823.
3. Gilead B, Tali L, Sivan B, et al: The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. Am J Oto-



圖三 病人A治療後鼻咽喉鏡檢圖 (會厭部位回復正常)

laryngol 2003; 24: 374-383.

4. Ng HL, Sin LM, Li MF, Que TL, Anandaciva S, Acute epiglottitis in adults: a retrospective review of 106 patients in Hong Kong Emerg Med J 2008; 25, 253-255.
5. Hideaki K, Mamoru T. Acute epiglottitis: analysis of factors associated with airway intervention. The J of Laryngology & Otology 2005; 119: 967-972.
6. Charles R Woods. Epiglottitis (supraglottitis): Treatment and prevention UpToDate 2011

Clinical Management for Acute Epiglottitis

Chang Yu-Huey, Shou Wei-Jiin

Department of Pharmacy, National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Branch

Abstract

Patient's sore throat and odynophagia which are common chief complains at LMD. It was diagnosed as upper respiratory tract infection. Most patients with acute epiglottitis complained of sore throat and odynophagia. Acute epiglottitis is inflammation of the epiglottis and adjacent supraglottic structures. Without treatment, acute epiglottitis can progress to life-threatening airway obstruction. In the recent days, we took care of three patients with acute epiglottitis, so we shared experiences how to treat our patients in Intensive Care Unit.