

· 临床研究 ·

颈侧切开术在颈段食管异物取出中的应用

刘 斌, 江育玲, 彭建辉, 罗德保, 杨 宁

(郴州市第一人民医院 耳鼻咽喉科, 湖南 郴州 423000)

摘要: **目的** 探讨颈侧切开术治疗颈段食管异物的适应证和临床诊疗要点。**方法** 回顾性分析2001年1月~2011年3月行颈侧切开术治疗25例颈段食管异物患者临床资料。25例患者中21例发生食管穿孔,其中食管穿孔并发颈部脓肿18例,3例为贯穿性异物未并发颈部脓肿;嵌顿性颈段食管异物4例。**结果** 25例患者均经颈侧切开手术治疗后痊愈出院。3例患者出现声音嘶哑,2例患者半年内恢复,1例未恢复。2例气管切开者均在住院期间拔除气管套管。**结论** 颈段食管异物穿孔并颈部脓肿形成和贯穿性异物和嵌顿性异物经食管镜未能取出者应为颈侧切开术良好适应证。

关键词: 食管;异物;食管穿孔;外科手术

中图分类号: R767.91;R768.4 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-1520(2011)04-0268-04

Application of lateral cervical incision to the removal of the cervical esophageal foreign body

LIU Bin, JIANG Yu-ling, PENG Jian-hui, et al.

(Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, the First People's Hospital of Chenzhou, Chenzhou 423000, China)

Abstract: **Objective** To investigate the indication and clinical application of lateral cervical incision to the removal of the cervical esophageal foreign body. **Methods** The clinical data of 25 patients suffering from esophageal foreign body and treated with lateral cervical incision from Jan 2001 to March 2011 was analyzed retrospectively. In these 25 cases, 21 had esophageal perforation (with cervical abscess in 18 and without abscess in 3). Four cases with impacted foreign body had no esophageal perforation. **Results** All 25 cases were cured through lateral cervical incision. Three cases had postoperative hoarseness and among them two got completely recovered within 6 months. Two cases with tracheotomy were decannulated during hospitalization. **Conclusion** Lateral cervical incision should be indicated in the management if cervical esophageal foreign body with esophageal perforation and cervical abscess, penetrating foreign body without cervical abscess, or some impacted foreign body without esophageal perforation.

Key words: Esophagus; Foreign body; Esophageal perforation; Surgery

食管异物是耳鼻咽喉头颈外科临床常见急症,除不到1%需要外科开放手术干预外,绝大多数异物可经内镜下取出^[1,2]。但对于经多次食管镜检查不能取出的一些较大或特殊不规则形状及尖锐异物,CT等相关检查提示贯穿进入颈部软组织内的异物

以及合并颈部周围脓肿的异物应行颈侧切开术^[3]。为进一步探讨颈侧切开术治疗颈段食管异物的适应证和临床诊疗要点,回顾性分析我科行颈侧切开术治疗颈段食管异物25例患者临床资料,报道如下。

作者简介:刘斌,男,副主任医师。
通讯作者:刘斌,Email:liubin760621@yahoo.com.cn.

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析2001年1月~2011年3月郴州市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科行颈侧切开术治疗颈段食管异物25患者的临床资料,其中男18例,女7例;年龄15~65岁,平均42.5岁。25例患者中10例首诊于外院,其中1例患者误诊为上纵隔肿瘤;15患者首诊于本科,18例患者同时行食管吞钡照片或碘油造影和颈部CT检查,明确食管穿孔合并颈部周围脓肿15例(图1),其中合并上纵隔感染5例;3例未形成颈部脓肿者可见异物贯穿食管(图2,3)。3例患者行食管碘油造影证实颈段食管异物并食管穿孔,术中证实局部脓肿形成。4例嵌顿性颈段食管异物食管吞钡照片和颈部CT检查未见食管穿孔和颈部脓肿形成。所有患者均至少行一次食管镜检查或纤维胃镜检查未能取出异物。术前患者出现高热1例,颈部皮下气肿2例。2例伴明显呼吸困难者,行气管切开术。合并胸腔积液者3例。患者均有误吞异物病史及异物梗卡后强行吞咽史,临床症状均有明显的咽部异物感及疼痛,部分伴胸骨后或胸背部放射痛或不适,伴发热、吞咽疼痛、吞咽困难。5例患者有间断吐脓性分泌物病史。



图1 颈段食管异物见异物(箭头所示)损伤食管侧壁,局部积气脓腔形成,术中证实脓腔形成

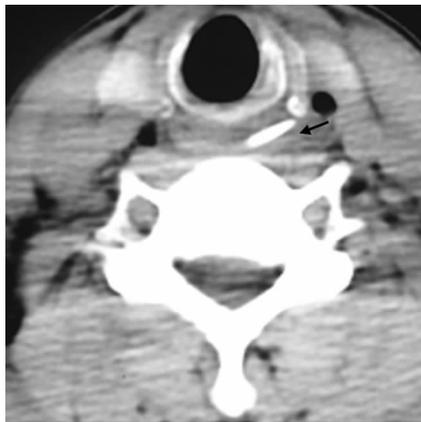


图2 颈段食管异物未形成颈部脓肿者可见异物(箭头所示)贯穿食管,局部少量积气

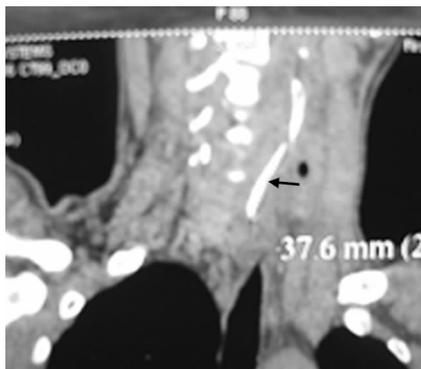


图3 与图2为同一患者行冠状位重建可见异物(箭头所示)

1.2 治疗方法

所有患者全麻手术,2例伴明显呼吸困难患者先局麻下气管切开术再开始全麻。切口选择在颈部脓肿或贯穿性异物所在侧,沿患侧胸锁乳突肌前缘中下份纵形切口,分离颈部带状肌与胸锁乳突肌(显露患者甲状腺)。若患者并发颈部脓肿,在分离胸锁乳突肌前缘就能发现因积脓局部膨隆饱满,此时应先穿刺证实为脓腔后切开脓腔,充分引流脓肿,并取分泌物送细菌培养及药敏实验。尽量清理脓腔内坏死组织,仔细寻找异物和食管穿孔部位,合并上纵隔感染及脓肿者沿气管食管沟向下分离,可达到上纵隔,引出脓液后放置引流管,每天用抗生素液冲洗;修剪穿孔周围肉芽组织及坏死组织,用可吸收线对位缝合穿孔食管黏膜,间断纵形全层缝合食管,外加一层肌肉加固缝合,术

腔放置负压引流管,缝合切口;如若穿孔大、食管壁极脆无法缝合时则予以旷置,同时皮肤切口不予缝合,每日换药至穿孔自行愈合,不愈者行二期缝合。若患者为贯穿性异物尚无明显脓肿形成,应根据影像学提供的信息及异物定位水平进行探查,必要时可切除同侧甲状腺侧叶,术中注意保护喉返神经。在异物穿出食管处多有明显炎症反应或肉芽组织形成,渗血明显,勿盲目钳夹止血导致损伤喉返神经,此时亦提示该区域可能为异物所在,在此区域寻找食管贯穿性异物或颈部软组织内异物,取出异物后 3% 双氧水和生理盐水反复冲洗术腔,修复破损或切开的食管壁,术腔放置负压引流管,缝合切口。经鼻放置胃管。

手术治疗时应积极治疗合并症及并发症,及时纠正水电解质平衡,积极控制感染,维持重要器官功能。加强营养,严格禁食、禁饮。注意全身基础疾病的处理,如合并糖尿病患者,需监测血糖,将血糖控制在正常范围。

2 结果

25 例患者经颈侧切开手术治疗后均痊愈出院。住院周期为 10 ~ 35 d, 平均 15 d。3 例患者出现声音嘶哑,电话随访 2 例患者半年内恢复,1 例患者仍遗留发高音不能,电子喉镜示左侧声带麻痹,声门闭合不全。2 例气管切开者均在住院期间拔除气管套管。无食管瘢痕狭窄及食管漏并发症出现,都恢复正常进食。食管穿孔并发颈部脓肿 18 例,17 例在脓腔内寻找到异物,1 例在食管内找到异物;3 例为贯穿性异物未并发颈部脓肿者均于颈部软组织内寻得异物,4 例嵌顿性颈段食管异物经颈侧径路食管切开在食管内找到异物(均为义齿嵌顿)。25 例患者共取出异物鱼刺 8 例、义齿 8 例、鸡骨 4 例、鸭骨 4 例、钢丝 1 例。2 例患者穿孔食管行二期缝合后穿孔愈合(住院周期分别为 30 d 和 35 d),其余穿孔均一期愈合。术前出现高热患者 1 例,经手术取出异物及术后支持对症治疗痊愈,颈部皮下气肿和合并少量胸腔积液者未予特

殊处理后痊愈。脓液细菌培养 10 例,5 例无菌生长,产气杆菌 1 例,肺炎克雷伯菌 1 例,金黄色葡萄球菌 1 例,表皮葡萄球菌 1 例,铜绿色假单胞菌 1 例。

3 讨论

食管异物为耳鼻咽喉科常见的急重症之一,其诊断并不困难,单纯的食管异物,绝大部分能经食管镜或纤维胃镜下顺利取出,患者很快恢复。一旦异物导致食管穿孔后可以引起严重的并发症,甚至危及生命^[4]。绝大多数颈段食管异物都可以经食管镜顺利取出,异物引起嵌顿、贯穿食管以及食管穿孔并发颈部脓肿主要与异物种类、异物发生后不适当的处理有关。尖锐、粗糙或不规则的异物,如不及时取除,可继发感染或并发食管穿孔。尤其是患者误吞异物后用饭团、馒头强行吞服,加重异物对食管损伤。本组患者均有误吞异物病史及异物梗卡后强行吞咽史。王丽等^[5]认为对于嵌顿性颈段食管异物是否要行颈侧切开,应根据异物的形态、食管损伤程度、感染情况及食管镜下检查所见全面综合分析后进行判断。多钩义齿、有钳取失败史患者颈侧切开的可能性增大,但仍可以先在硬质食管镜下试取,失败后再改颈侧切开的做法是稳妥的。对已经出现颈部脓肿症状者,应先行颈部脓肿切开引流,同时一并取出脓腔内异物。余得志等^[3]认为继发颈部脓肿和贯穿性食管异物的患者是行颈侧切开的绝对适应证。本组行颈侧切开 25 例患者中,颈部脓肿 18 例,贯穿性异物患者 3 例,嵌顿性颈段食管义齿异物 4 例,所有患者均至少经历一次食道镜检查或纤维胃镜检查未能取出异物。而且术前影像学检查明确有食管穿孔及脓肿形成,如再强行食管镜下钳取,势必会造成不堪设想的后果,故笔者认为对于颈段食管异物继发颈部脓肿和贯穿性食管异物的患者是行颈侧切开的适应证。而对于特殊、疑难嵌顿性颈段食管异物(尤其是义齿)是颈侧切开术相对适应证。食管义齿异物,在食管镜尝试取异物失败后,可在全麻下行颈侧切取出异物。在食管镜

下牵拉假牙异物时易造成食管壁损伤甚至穿孔,颈侧切开系直视下操作,容易取出异物,并有利于食管壁的修补,减少术后并发症^[6]。笔者对“与其钩破食管,还不如颈侧切开”的提法深表赞同^[7]。

根据颈段食管解剖,颈段食管手术入路通常选择左侧。但在颈段食管异物颈侧切开术时应根据术前影像学资料,切口选择在颈部脓肿或贯穿性异物所在侧。患者并发颈部脓肿,多在分离胸锁乳突肌后就能显露脓肿腔,并可在脓腔内找到异物,若脓腔内未能找到异物,这需术中行食管镜检查。颈侧切开的入路分别为梨状窝切开入路、食管切开入路和脓肿部位切开入路^[5]。梨状窝入路食管入口暴露较好,但是此入路对颈段食道暴露不够,颈段食管内异物不适合此方法;食管入路适合于颈段食管内异物,此入路要解剖喉返神经;对已经形成颈段食道周围脓肿者选择脓肿部位切开入路。如经颈侧切开食管后未能找到异物,仍可经切口处放入食管镜或胃镜,将异物拉至切口处取出。本组患者在术中均顺利找到异物。

对于穿孔食管处理王丽等^[5]认为无感染无穿孔的食管壁,切开后直接缝合;有食管穿孔但未超过24 h者,异物取出后食管壁仍可以直接关闭;对已有周围脓肿形成的食管,因食管壁肿胀,炎症反应重,已经不具备修复条件,处理上以引流脓液取出异物为主,食管壁穿孔留作二期愈合。笔者采取术中修剪穿孔周围肉芽组织及坏死组织,用可吸收线对位缝合穿孔食管,间断纵形全层缝合食管,外加一层肌肉加固缝合,术腔放置负压引流管,缝合切口;如若穿孔大、食管壁极脆无法缝合时则予以旷置,同时皮肤切口不予缝合,每日换药至穿孔自行愈合,不愈者行二期缝合。本组仅2例患者穿孔食管行二期缝合后穿孔愈合(住院周期分别为30 d和35 d),其余穿孔均一期愈合。可见一期修补食管穿孔加负压引流能明显缩短患者住院时间。

颈侧切开的主要并发症是喉返神经损伤,经甲状腺和喉、气管之间到达食管,此入路正位于喉返神经行程上,因而无论是术中分离、切开食管,还是术后组织肿胀,都

对喉返神经构成危险。颈部软组织炎症增加了喉返神经损伤机会。因此手术时应由外向内掀起甲状腺侧叶,暴露出食管,解剖喉返神经,最大限度地保护好喉返神经。本组3例患者出现喉返神经麻痹,2例患者恢复;1例患者仍遗留声嘶,行电子喉镜示左声带麻痹,声门闭合不全,考虑该患者为手术直接损伤神经所致。

对食管穿孔的患者应引起高度重视,制定详细的治疗方案,治疗方法除手术治疗以外,应同时加强支持对症治疗。积极控制感染、防止并发症的发生,同时输液,补给营养,注意水电解质的平衡。应绝对禁食、禁饮、唾液不宜下咽,同时应用广谱足量的抗生素。由于食管穿孔禁食禁饮的时间较长,营养的补充十分重要,主要通过静脉输入能量合剂,氨基酸及白蛋白等。本组患者无一例出现死亡情况。

总之,颈段食管异物穿孔并颈部脓肿形成和贯穿性异物的为颈侧切开术良好适应证。对于特殊、疑难嵌顿性颈段食管异物是颈侧切开术相对适应证。术中、术后积极防治其并发症,可获得良好效果。

参考文献:

- [1] Gonzalez JH, Vidal JM, Sarandese AG, et al. Esophageal foreign bodies in adult [J]. Otolaryngol Head and Neck Surg, 1991, 105(11): 649-654.
- [2] Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, et al. Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases [J]. Euro J Cardio-thoracic Surg, 2002, 21(8): 653-656.
- [3] 余得志,邱建新,刘业海,等. 颈侧切开在颈段食管异物取出中的应用[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(6): 486-490.
- [4] 杨洪斌,覃纲,梁传余. 食管异物伴食管穿孔的诊治[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2007, 14(6): 386.
- [5] 王丽,邱英伏,周玉英,等. 颈侧切开治疗颈段食管嵌顿性异物三例[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(12): 950.
- [6] 何健,马世融,鲁孟显,等. 食管假牙异物13例的治疗体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2004, 10(6): 376-377.
- [7] 刘千. 食管异物(综合报道)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1982, 17(3): 50.

(修回日期:2011-07-10)

