

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201304020

· 临床报道 ·

53例食管异物的临床分析

刘昌荣¹, 何剑², 唐瑶云²

(1 怀化市第二人民医院靖州分院耳鼻咽喉科, 湖南怀化 418000; 2 中南大学湘雅医院耳鼻咽喉头颈外科, 湖南长沙 410008)

摘要: 目的 通过对53例食管异物临床分析, 提高对食管异物的诊治水平。方法 回顾性分析2011年1月~2011年12月我院收治的53例食管异物患者的临床资料, 包括发病时间、异物种类及形状、手术方式等。结果 硬质食管镜下异物取出49例, 颈侧切开取出1例, 自行排出2例, 1例拒绝治疗。9例(16.98%)出现并发症, 包括4例(7.55%)食管穿孔, 2例(3.77%)食管周围炎, 3例(5.66%)食管黏膜损伤。经胃管鼻饲、抗生素、营养支持等保守治疗, 痊愈并恢复正常饮食, 住院时间7~10 d, 平均3.09 d。结论 应加强食管异物健康教育, 掌握手术技巧, 减少并发症的发生; 发生并发症后应及时取出异物, 加强支持及抗感染治疗, 能有效控制病情发展。

关键词: 食管异物; 并发症

中图分类号: R768.32 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2013)04-0353-02

食管异物属于耳鼻咽喉头颈外科常见急症。尽管影像学诊断和临床治疗取得了很大的进展, 但食管异物引起的并发症仍不可忽视, 我们对2011年我院收治的食管异物患者53例进行临床分析, 结合相关文献评估各类食管异物的治疗方法, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

我院从2011年1月~2011年12月共收治食管异物53例, 男28例, 女25例; 年龄20~91岁, 平均年龄58岁。病程1 h至11 d, 平均61 h; 临床症状有吞咽疼痛伴吞咽困难、拒绝饮食、胸骨后疼痛等表现。15例为我院初诊患者, 38例为外院转诊患者, 所有患者均在我院急诊行食管CT扫描。

异物种类: 鱼刺23例; 鱼头骨4例, 鸭骨5例, 鸡骨4例, 鸡肉2例, 猪蹄骨2例, 枣核4例, 假牙3例, 其他如塑料及扇贝类共6例。

异物滞留部位与中切牙距离: 距中切牙小于15 cm 8例, 距中切牙15~25 cm 35例, 距中切牙25~40 cm 7例, 胃和肠道及其他部位3例。

1.2 治疗方法

食管异物的取出方法很多, 常根据具体情况而定^[1-3]。本组患者异物滞留在食管中段居多。因此在异物取出过程中应选择长度合适的食管镜。在食管镜进入过程中需要术者仔细观察, 防止食管镜超越异物, 接近异物时先要观察异物的形状、位置及与周围黏膜的关系, 用抽吸器吸净分泌物, 再确定钳取方法。当异物形状不规则, 与周围嵌顿较紧时可将异物钳碎, 分次取出。如异物较小且有锐利边缘, 应钳夹异物一端牵拉至食管境内, 再与食管镜一起退出食管, 在整个操作过程中, 动作务必轻柔, 尽量保持异物的纵轴与食管平行, 可以减少食管黏膜的损伤。

食管周围脓肿患者1例, 行颈侧切开取出异物。2例患者入院检查发现异物位于胃肠内, 无特殊不适, 住院观察24 h, 随粪便排出。1例拒绝手术治疗, 其余患者均在全身麻醉下手术取出, 食管黏膜有损伤的患者, 术中用肾上腺素棉球压迫止血, 术后未见再次出血病例。

2 结果

硬质食管镜下异物取出49例, 颈侧切开取出1例, 自行排出2例, 1例拒绝治疗。9例出现并发症, 包括食管穿孔4例, 食管周围炎2例,

作者简介: 刘昌荣, 男, 主治医师
通讯作者: 唐瑶云, Email: shiw888@yahoo.com.cn

食管黏膜损伤3例。术后经抗生素、鼻饲饮食保守治疗,恢复正常饮食,7~10 d痊愈出院。

3 讨论

食管异物以中老年人多见,本组50岁以上患者32例(60.37%),异物种类以鱼刺、动物骨头多见,多与进食过快、进食说笑有关。本组1例患者有意吞下盘曲铁丝,此类患者手术难度大、风险大。

食管异物诊断依靠吞钡检查、电子胃镜检查或者食管平扫三维成像CT检查,本组患者入院后均行食管平扫三维成像CT检查,可以明确异物的形状、大小以及与周围组织器官的毗邻关系^[4],尤其是对于食管中下段的病例,术前即可清晰地看到异物与胸部大血管的关系,对于指导手术、减少大血管的损伤具有重要意义。

本组患者出现食管穿孔、食管周围炎、食管黏膜损伤等并发症共9例,均由于误吞不规则异物,没有及时取出而用饭团或者馒头硬吞导致,这类并发症诊断并不难,如患者误吞异物后出现胸痛、高烧、颈部肿胀、压痛,考虑食管穿孔并引起食管周围炎、食管周围脓肿等。结合胸部X片、CT检查,如出现颈部积气、纵隔增宽,可考虑食管穿孔后食管周围感染。食管炎未得到有效控制易向周围间隙扩散,引起更严重的并发症^[5]。食管穿孔后出现并发症的处理应根据患者的身体状况以及病程长短而定,可采取以下措施:①采用大剂量敏感抗生素控制感染;②对有异物史的患者,应行食管镜下异物取出,再行抗感染治疗,如出现气胸、纵隔脓肿等并发症需胸外科会诊处理。最严重的并发症为大血管发生破裂而引起致死性出血,吴昕漪等^[6]报道了4例食管异物损伤主动脉壁治疗成功,遇到此类并发症应及时开胸处理,以免危及生命。本组9例并发症患者均在异物取出后采取经胃管鼻饲、广谱抗生素及抗厌氧菌、营养支持等保守治疗,住院7~10 d痊愈出院。

加强食管异物患者健康宣传,一旦出现食管异物时应及时到医院就诊,切勿用饭团或馒头等强行吞咽。术前应询问患者是否咽痛、胸痛,对症状加重或出现白细胞增高、颈部胸部疼痛、皮下气肿及呼吸困难者,嘱患者禁食、禁饮、减少活动,术前应行胸正侧位片检查,必要时行食管CT检查。术中术者操作应轻柔,避免损伤食管,术中对如弹簧、假牙、刀片、尖锐的食物性异物等,应在食管镜的明视下,先将异物尖端退出食管壁,然后夹取异物尖端,使其进入食管镜的管腔内取出,或连同食管镜一同退出食管,不能强行拔出。不能推动的尖锐异物应请胸外科处理。术后应严密观察患者是否有食管出血,进食疼痛或吞咽困难、胸骨后疼痛、呼吸困难等,对于食管黏膜损伤较轻或无损伤患者,手术当日进温凉半流质饮食;食管黏膜损伤较重或炎症较重患者,应禁食24~48 h,视具体情况逐渐进流质或半流质饮食;食管穿孔患者,必须停止经口进食,置入胃管鼻饲,同时积极配合肠外营养支持。

参考文献:

- [1] 刘斌,江育玲,彭建辉,等. 颈侧切开术在颈段食管异物取出中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2011, 17(4): 268-271.
- [2] 姚昆,胡伟,孙敬武. 食管镜下棉片填充扩张法取义齿异物附4例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(3): 226-227.
- [3] 施芳. Foley管法食管硬币取出28例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 19(1): 69.
- [4] 孙西峰,庞晓明. 食管异物3种诊断方法的比较[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2010, 16(4): 316, 320.
- [5] 刘海,梁传余. 43例食管异物再次手术的体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2006, 12(3): 226-227.
- [6] 吴昕漪,韩涛,陈同,等. 4例食管异物损伤主动脉壁的外科治疗[J]. 福建医学杂志, 2003, 23(4): 39-40.

(修回日期:2013-04-29)