

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201503017

· 短篇论著 ·

咽部食管腔外异物临床诊治体会

朱忠寿,何观文,程道俊

(福建医科大学附属宁德市医院 耳鼻咽喉科,宁德市眼耳鼻喉研究所,福建 宁德 352100)

摘要: **目的** 探讨消化道外食源性异物的临床特点和诊治策略,以期提高临床诊治水平。**方法** 回顾性分析 9 例颌颈部消化道外食源性异物病历资料,从病史、临床诊断、治疗方法及预后等方面进行总结。**结果** 9 例患者病史 6 d 至 15 个月不等;其中 6 例主动提供误吞异物史,2 例在影像检查怀疑异物后追问病史再提供,1 例未提供;其中 8 例经薄层 CT 扫描怀疑异物,1 例术后方明确为异物;8 例采用手术治疗患者,7 例取出异物且预后佳,1 例手术失败未取出异物,但随访至今无不适,另 1 例采用保守治疗,随访至今无不适。**结论** 详尽地追问病史并综合应用多种辅助检查手段,尤其是多层螺旋 CT 薄层扫描,可提高本病诊断的成功率。

关键词:食管;咽喉;游走异物;临床经验
中图分类号:R768.4 文献标识码:A 文章编号:1007-1520(2015)03-0234-04

Diagnosis and treatment of migrating ingested foreign body in jaw and neck in 9 patients

ZHU Zhong-shou, HE Guan-wen, CHENG Dao-jun

(Department of Otolaryngology, Ningde Municipal Hospital Affiliated to Fujian Medical University, Ningde 352100, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical features and strategies of diagnosis and treatment of migrating ingested foreign body for improving the successful rate of diagnosis and treatment for this disease. **Methods** Clinical data of 9 patients with migrating ingested foreign body in jaw and neck diagnosed and treated in our hospital were analyzed retrospectively. The data included medical history, clinical diagnosis, treatment, and prognosis. **Results** The medical courses ranged from 6 days to 15 months. Of them, 6 offered history of swallowing foreign body by mistake, 2 offered the history after imaging examination with prompting for foreign body, and one denied the history. The diagnosis was established by multislice spiral CT in 8 patients and by surgical finding in one. 8 patients received surgical treatment. Foreign bodies were successfully removed from 7 patients and the effects were satisfactory. Foreign body could not be detected during operation in one case who had no discomfort during the follow-up period. One patient with conservative treatment didn't have any discomfort. **Conclusion** It is essential for the diagnosis of migrating ingested foreign body to question medical history in detail with integrated application of auxiliary examinations, especially multislice spiral CT.

Key words: Esophagus; Pharynx and larynx; Foreign-Body migration; Clinical experience

食源性异物是耳鼻喉科常见的急症之一。本文所述的消化道外食源性异物是其中的特殊类型,指因进食导致的异物完全穿破咽喉、食管等腔道,游走至腔外组织中。本病较罕见,诊断与治疗方法相对复杂、并发症多,临床处理棘手。回顾性分析我科近年来诊治的消化道外食源性异物患者病历资料,对其病史特点、临床诊断、治疗及预后进行总结,取得了一定的经验,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我科自 2005 年~2014 年共收治颌颈部消化道外食源性异物患者 9 例,其中男 3 例,女 6 例,年龄 26~47 岁,病程 6 d 至 15 个月,平均 3 个月。

1.2 病史特点

8 例主诉为颈部疼痛或异物感,吞咽疼痛或不适感,1 例主诉为颌下肿痛 1 周。就诊时即主动提

作者简介:朱忠寿,男,副主任医师。
通信作者:何观文,Email:heguanwen2002@qq.com

供误吞异物病史者 6 例,辅助检查发现可疑异物后再追问病史,提供误吞异物史者 2 例,未提供异物相关病史者 1 例(“颌下肿痛”例)。所有患者均无咯血、呕血,无发热、畏寒等症状。

1.3 诊断方法

就诊时主动提供误吞异物病史的 6 例患者,颈部查体、间接喉镜检查、电子咽喉镜或电子胃镜检查均未见异物,进一步行颈部 CT 薄层(1 mm)扫描后,考虑颈部异物可能,3 例伴有可疑脓肿形成者进一步行超声检查。另 3 例就诊未主动提供误吞异物病史患者,其中 2 例直接行颈部薄层 CT 检查,发现异常细条状高密度影,追问病史后提供误吞异物史故考虑颈部异物可能,另 1 例因颌下肿痛伴局部脓肿形成,术前未考虑异物,直接手术。行颈部 CT 检查的 8 例患者中,有 4 例考虑合并感染,2 例见肉芽组织包裹样改变。术前评估异物其中 1 例位于颈鞘内(图 1),2 例位于甲状腺腺叶内,1 例位于颌下组织内,1 例位于椎前组织内,其余 3 例位于颈前、侧软组织内。

1.4 治疗经过

颌下肿痛伴局部脓肿形成患者,行脓肿切开引流术,术中在脓腔内取出一细条状短小鱼骨,术后追

问病史,其半月前曾误吞鱼骨,因无不适而未诊治。CT 检查考虑食管腔外异物的 8 例患者,有 1 例(甲状腺内异物,医务人员)拒绝手术,密切随访;另 7 例接受全麻手术治疗,其中 5 例行颈部探查 + 异物取出术,1 例行甲状腺部分切除术 + 颈部异物取出术,1 例(下述典型病例 1)先后行食道镜检查术、颈侧切开咽后、咽旁间隙探查术。

2 典型病例

2.1 典型病例 1

患者郑某,女,52 岁。主诉进食草鱼后咽痛 6 d,入院颈椎正侧位 X 线片及喉部薄层 CT + 三维重建(图 2)示 C3-C5 水平右侧咽后壁软组织内条带状(约 1.4 cm)高密度影,结合病史考虑异物伴感染。全麻行食管镜检查术,术中见咽后壁小血肿,周围黏膜水肿,挑开血肿后未发现异物,探查食道全程未见穿孔及黏膜裂伤,后予行颈侧切开咽后、咽旁间隙探查术,术中辅以 C 形臂 X 线检查,仍未发现异物,而放弃手术。术后复查颈椎正侧位 X 线片,所见与术前类似。术后患者咽痛改善,拒绝进一步诊疗出院。电话随访至今 3 年余,无特殊不适。

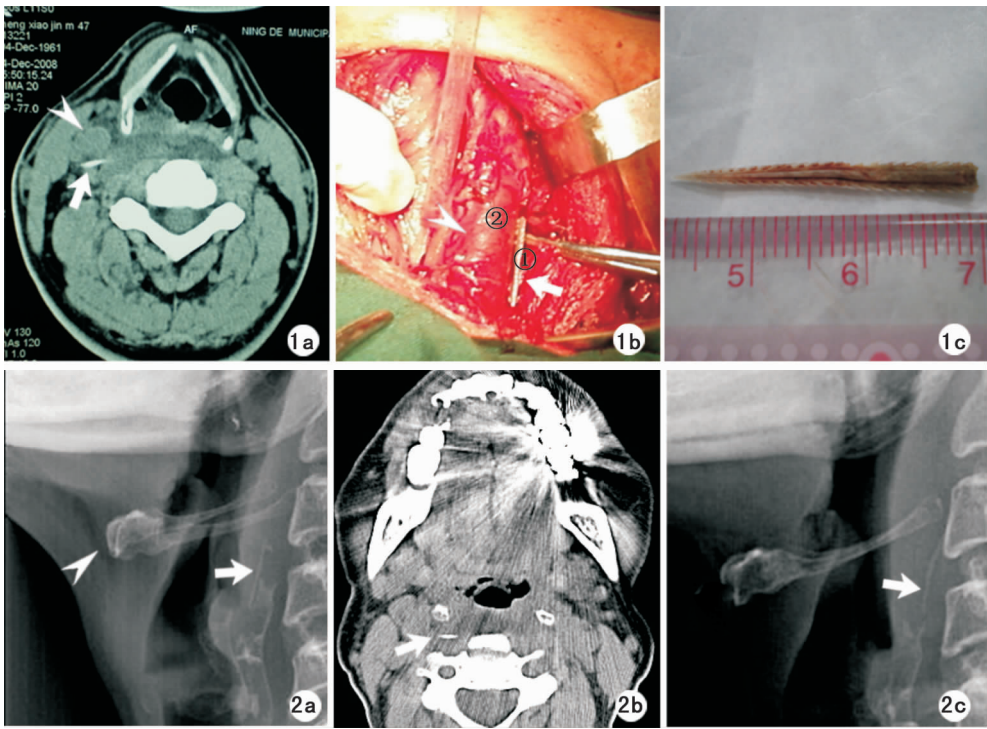


图 1 异物位于颈鞘内 a:术前 CT;b:术中所示①异物,②颈内静脉;c:取出异物为螃蟹脚

图 2 异物位于咽后壁 a:术前颈椎 X 线片示异物位于咽后壁;b:术前 CT 示异物位于咽后壁;c:术后复查

2.2 典型病例2

患者杨某,女,41岁。主诉“误吞鱼刺后颈部不适半月”,门诊电子喉镜检查未见异常,颈部触诊无疼痛、包块等异常,予行颈部薄层CT扫描,见左侧甲状腺腺叶内细条状高密度影,周围可见肉芽组织包裹样改变。建议手术治疗,患者考虑症状轻微,拒绝手术。随访至今6年余,未见异物移动及甲状腺功能异常,患者亦无特殊不适。

3 结果

拒绝手术的1例患者(典型病例2),随访至今无不适。8例接受手术的患者,全身应用抗生素及激素治疗局部肿痛,好转后手术,其中1例(典型病例1)术中未发现异物,另7例均成功取出异物,术中见异物周围有脓腔、肉芽或纤维渗出包裹等,取出异物后创面行清创、冲洗及引流处理。取出的异物均为细小的条状骨头,6例为鱼骨,1例为螃蟹骨,长度约1.4~2.8 cm。其中图1所示患者术中发现异物已刺破颈鞘,毗邻颈内静脉,所幸未伤及颈鞘内大血管,由于术前无感染症状,故未探查食道破损部位,取出异物后禁食1周,痊愈出院。

4 讨论

4.1 食源性游走异物的临床特点

①异物多为尖锐的细条状动物骨类^[1]。细条状尖锐的异物容易穿透咽喉、食管、胃肠的腔壁,进入邻近组织内;②相当部分患者有误吞异物后反复吞咽食团史。一旦异物刺入腔道壁,反复吞咽食团可能导致异物完全扎入腔外组织,并随其后的日常吞咽动作及颈部活动而游走他处^[1]。有作者认为异物刺入组织后引起的局部感染及溃烂,可能进一步促进异物的游走^[1];③病史多较长,或有多次就诊史,易漏诊。一方面由于异物一旦完全穿出腔道,其引起的不适症状可能轻于异物存留于腔道内,这导致患者因为不适减轻而疏于诊治;另一方面患者可能有就诊史,但由于内镜检查或X线摄片未发现异物,而放弃进一步检查,延误了诊断;④部分患者可能无确切误吞异物史。这一方面是由于误吞后时间较长,或曾经就诊未见异物而忽略提供该病史,如上述“颌下肿痛”患者;另一方面可能进食时患者处于醉酒状态,而无法在就诊时提供误吞病史;⑤一般通过CT检查明确诊断^[1]。因传统的检查方法难

以发现腔道外的游走异物;⑥异物游走后多伴有周围组织感染^[2-3],部分可形成包裹性肉芽^[4-5]。部分患者可能因异物导致的感染症状而首诊。包裹性肉芽的形成可在一定程度上限制异物的进一步移动,如未合并感染,可能临床症状隐匿,如金属或塑料类异物;⑦游走性异物较常发生在颌颈部。一方面因为食源性异物经过的首站即为颌颈部的腔道,另一方面因为颌颈部伴随着持续的吞咽动作及颈部活动;⑧异物游走途径无明显规律可循^[6]。虽然医源性的游走异物多见于壁薄的食道入口,但食源性游走异物可能位于颈前、椎前、颌下甚至纵膈或肺部^[7]。

4.2 消化道外食源性异物临床诊治体会

①临床上此类患者易漏诊,对有误吞异物病史的患者,在传统的吞服或不吞服造影剂X线摄片、间接喉镜或电子内镜检查未发现异物时,需密切随访,或加行颈部薄层CT(<1 mm)明确检查^[1,8];对未提供误吞病史,以颈部不适或莫名疼痛、感染、包块为主诉的患者,需警惕食源性异物游走的可能,建议加以追问是否有误吞异物史;②临床考虑颌颈部食源性异物游走至消化道外的患者,建议术前必须进行CT及必要时行超声检查^[1,8-9]。因为盲目的手术操作可能带来灾难性后果,如尖锐的异物毗邻大血管,手术的操作可能造成大出血。多层螺旋CT扫描及其后处理技术,可明确异物的立体定位、形状、大小、周围组织结构的变化、是否伴有并发症等;而超声检查可帮助定性,尤其是对伴有脓肿、肉芽组织形成的病例有参考意义。同时上述检查也可进一步帮助制定最合理的手术方案。如部分患者需行开胸取异物术;③此类患者手术难度大,并发症多,部分病例病情凶险,术前需充分评估手术难度及成功率,做好充分的术前准备^[10]。如异物毗邻大动脉或已形成假性动脉瘤,可能需要建立体外循环或血管支架置入后再行异物取出术;④术中可能无法发现并取出异物。如异物尚未形成肉芽包裹,且较为细小,手术的操作及术中体位的变化可能导致异物在术中游走^[11],这大大增加了手术的难度,必要时利用穿刺针头做定位标记^[12],或应用超声^[13]及现代先进的影像导航定位技术帮助探寻异物。本报道中手术失败的患者,因考虑到异物邻近咽后壁,而决定先行食道镜检查,未发现异物后改行颈侧切开异物探查术,均无法找到异物(未应用针头定位及导航技术),分析原因一方面是异物较细小,质地较软,且无明显肉芽包裹及感染形成,术中不易发现^[14];

另一方面,术中出血影响了视野的清晰。当然也不排除影像所见的异物征象为肌肉钙化或伪影的可能;⑤本病首选尽快手术治疗^[1,13],但部分病例可谨慎地采用密切随访的保守治疗。对临床症状不明显、CT检查明确无并发症且异物未邻近重要结构、具备密切随访条件的患者,权衡利弊后,可谨慎地采用保守治疗。一方面因为异物可能“友好”地存在于人体无并发症^[5,13],甚至消失^[15];另一方面可以避免手术的创伤,况且一旦异物细小,手术的成功率大打折扣。如“典型病例2”,甲状腺异物存留至今已6年余,未见异物移位及引起相关病症。同样,手术失败的病例随访至今3年余,亦无特殊不适。当然,从严格意义上讲,未取出异物者并无法确诊为异物。总之,详尽、周到的病史追问,综合运用多种检查方法,尤其是多层螺旋CT薄层扫描可以提高消化道外食源性异物诊断的成功率;判断脓肿是否形成,而充分应用多层螺旋CT的后处理技术可以帮助定位异物,并制定最合理的手术方案;对伴有并发症、异物发生移动且紧邻重要结构的患者,需尽早手术。

参考文献:

[1] Verma RK, Panda NK. Metallic foreign body migrating into prevertebral muscles: how we did it[J]. Oman Med J,2014,29(1):64-66.

[2] Chen CY, Peng JP. Esophageal fish bone migration induced thyroid abscess: case report and review of the literature[J]. Am J Otolaryngol,2011,32(3):253-255.

[3] Pai K, Pillai S, Bhandarkar A, et al. Migrating ingested foreign body of the upper aerodigestive tract with resultant septic shock;

case report and literature review[J]. Sultan Qaboos Univ Med J, 2013,13(4):606-610.

[4] Watanabe K, Amano M, Nakanome A, et al. The prolonged presence of a fish bone in the neck[J]. Tohoku J Exp Med,2012,227(1):49-52.

[5] Lee SK, Kim MJ, Kwon SY. Fishbone-associated actinomycosis of the anterior cervical space: a diagnostic dilemma[J]. Case Rep Med,2010,2010:282167.

[6] Mamede RC, Amaral Fd, Raimundo DG, et al. Do foreign bodies migrate through the body towards the heart[J]. Braz J Otorhinolaryngol,2009,75(2):195-199.

[7] Fujino K, Mori T, Yoshimoto K, et al. Esophageal fish bone migrating to the lung. report of a case[J]. Kyobu Geka,2012,65(10):922-925.

[8] Vamanshankar H, Nair AB, Rajan N. Metallic foreign body penetrating the carotid sheath: a case report[J]. Malays J Med Sci, 2011,18(1):72-75.

[9] Hohman MH, Harsha WJ, Peterson KL. Migration of ingested foreign bodies into the thyroid gland: literature review and case report [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2010, 19(2):93-98.

[10] 毛晓梅,郑朝生,郑瑞容等.咽及食管腔外异物24例临床分析[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2005,19(3):100-102.

[11] Lu PK, Brett RH, Aw CY, et al. Migrating oesophageal foreign body--an unusual case. Singapore Med J,2000,41(2):77-79.

[12] Sreetharan SS, Prepageran N, Satwant S. Unusual migratory foreign body in the neck[J]. Singapore Med J. 2004 Oct;45(10):487-488.

[13] Watanabe K, Amano M, Nakanome A, et al. The prolonged presence of a fish bone in the neck[J]. Tohoku J Exp Med,2012,227(1):49-52.

[14] 任晓勇,许珉,张向红,等.112例食管危险性异物临床分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2004,10(5):307-309.

[15] Canbay E, Prinsley P. The case of the disappearing fish bone[J]. J Otolaryngol, 1995,24(6):375-376.

(修回日期:2014-10-09)