

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201605017

· 临床报道 ·

气囊导尿管治疗儿童食管硬币类异物的临床疗效分析

何庆维, 邱书奇

(深圳市耳鼻咽喉研究所 深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院, 广东 深圳 518172)

摘要: **目的** 探讨气囊导尿管治疗硬币类食管异物的价值与临床应用。**方法** 回顾性分析2000年5月~2015年6月耳鼻咽喉科收治的130例采用双腔导尿管法治疗儿童硬币类异物的手术方式、成功率和并发症。**结果** 130例中,一次性顺利取出112例,16例需第二次进管取出,另2例因患儿极度不配合而住院给予全麻下同样方法进行手术,术后均未出现任何并发症。**结论** 尽早明确诊断、采取恰当手术方式是治疗儿童食管硬币类异物成功和降低儿童食管异物并发症的关键所在。儿童硬币类的食管异物采用双腔气囊导尿管取出的手术方法具有安全、可靠、取材方便、实用性强及无并发症等优点,在临床工作中具有一定的参考价值。

关键词: 食管;硬币异物;儿童;双腔气囊导尿管;手术治疗

中图分类号:R768.4 文献标识码:B 文章编号:1007-1520(2016)05-0405-03

食管异物是耳鼻咽喉科常见急症,如延误诊治或治疗不当可导致食管黏膜的损伤或感染,乃至食管损伤穿孔,并有可能继发食管周围脓肿、食管气管瘘和食管主动脉瘘等,甚至导致死亡。现就我院耳鼻咽喉科2000年5月~2015年6月收治的儿童食管硬币类异物患儿130例进行分析讨论,旨在探讨儿童食管硬币类异物的治疗方法及并发症的预防,从而指导基层医院和年轻医务工作者在临床中的应用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2000年5月~2015年6月所有硬币类食管异物患儿130例,其中男96例,女34例;年龄1~8岁,平均年龄4.5岁;病程0.5~24 h。均为钝性圆形扁平状硬币类异物,其中人民币壹元硬币108例,港币壹元硬币12例,游器机币10例。所有患者均行X线胸部正侧位片检查,明确食管硬币类异物置留的部位。130例患儿食管硬币类异物均嵌顿于食管入口处(食管第一生理狭窄处)。

1.2 手术方法

130例患者均拟于治疗室不施任何麻醉下进行。年龄较小患儿取抱坐位,头靠抱者胸部;年龄稍大患儿自行坐位头靠坐椅。准备16号或18号双腔

气囊导尿管和20 ml注射器及儿童开口器、压舌板,并检查导管气囊是否完好。术前细心做好患儿思想工作后将导管顺势由口咽入路送进下咽并让患儿作吞咽动作,此时导管沿扁平硬币旁的缝隙进入食管穿过硬币。根据异物部位确定导管进入食管的长度,导管穿过异物后再深2~5 cm,立即给导管气囊充气8~15 ml后缓慢回拉导管,感觉有阻力时稍用力牵拉导管将异物带出口腔或弹出口腔外。若异物滞留于咽部或口腔内,应立即夹取或迅速翻俯患儿令其吐出。术毕观察患儿半小时。

2 结果

130例均采用双腔气囊导尿管方法取出。其中128例在门诊治疗室不施任何麻醉下进行,一次性顺利取出112例,16例因导管气囊充气不足或导管进入食管深度不够再行第二次取出;另外2例由于患儿极度不配合住院全身麻醉下采用同样方法顺利取出食管硬币类异物,术后未出现任何并发症。

3 讨论

食管异物是耳鼻咽喉科临床的常见急症,发生的原因与食管的生理因素关系密切,其4个生理狭窄处是异物嵌顿存留的好发部位,尤其是第一狭窄处发生异物嵌顿存留占83.9%以上^[1],儿童是食管异物的高发人群,特别是1~4岁为发病高峰^[2]。Saki等^[3]研究显示4岁以下患儿发生食管异物约占

作者简介:何庆维,男,主治医师。
通信作者:何庆维,Email:goodlucklan@126.com

其研究总数的65%,并发现环后区是食管异物最常见的停留部位。尤其是硬币类的儿童食管异物有关文献报道有不断上升的趋势。造成儿童食管硬币类异物的原因大多是由于大人看管不利,患儿玩耍时将异物含于口中误吞所致。一旦发生食管异物,患儿由于主诉不清,常常表现为哭闹、拒食、流涎、进食后易呕吐等,由于异物较大时,极易压迫喉部出现喉鸣甚至呼吸困难^[4]。医源性食管异物在临床中也时有发生^[5]。据有关文献报导医源性食管穿孔占总比例的23.2%^[6]。国外有关资料报道每年因食管异物导致死亡的人数约有1500人,大多死于食管周围炎、食管穿孔、纵隔感染等并发症^[7]。任何类型的食管异物一旦超过12~24h,食管壁侵蚀性坏死、穿孔及食管瘘形成的风险明显增加^[8]。而食管异物并发食管炎,有报导占46.2%^[9],如果炎症未得到有效的控制,易向食管周围间隙扩散,引起更加严重的并发症。治疗食管异物前进行必要的检查可确定异物有无、位置、大小及形状,与周围组织关系、有无并发症^[10]。所以尽早明确诊断和选择合适的治疗或手术方法具有非常重要临床意义。

食管异物取出常用办法有食管镜、胃镜、颈侧切开、开胸等,应根据异物存留时间、位置、形状、有无并发症等慎重选择^[11]。目前治疗食管异物常规以食管镜手术为主,此方法手术直观、视野清晰、范围广,但是存在一定的风险,大部分患者需要在全麻下进行,术者需要承担麻醉风险,还有产生窒息、食管黏膜及门齿损伤等并发症的可能^[12]。顾衍等^[13]报道采用全麻下电子胃镜法取食管异物,取得了理想的疗效。蒋卫群^[14]应用内镜诊治食管异物总成功率为98%,且安全有效、手术痛苦少。本文作者近10年来采用双腔气囊导尿管法治疗儿童食管硬币类异物130例,总结其优点为:无需住院和麻醉、方便快捷、无损伤、无痛苦、实用性强、因手术而产生的并发症少。双腔气囊导尿管前端有一隐形气囊柔软富有弹性,通过异物与食管之间隙时对食管壁无损伤,越过异物后气囊充气可填充并扩张食管,防止异物向深部下滑。食管扩张后异物松动,有利于异物随气囊排出体外,同时减轻异物对食管壁造成的划伤。但是此方法有一定的局限性,患者食管异物必须是顿圆扁平光滑的异物才适合。

无论何种手术方式,在操作过程中轻柔、娴熟的手术技巧是顺利取出异物、避免并发症发生的关键。儿童的喉、气管软管支架及上消化道组织较成人疏松柔嫩,硬性操作易发生机械压迫导致紫绀或窒息,

对软组织也更容易造成不同程度的损伤^[15]。而对于不规则异物或异物进入食管时间超过24h者,有可能造成食管黏膜炎症或损伤穿孔,应选用传统硬管食管镜取出为宜^[16]。

综上所述,食管异物发病率较高,对儿童危害性大,争取早诊断、早治疗,降低并发症和死亡率。食管异物取出,是否发生并发症固然与异物的种类、性质、位置有关,但更与临床中合适的手术方式和手术者的操作密切关系^[17]。所以采用气囊导尿管取儿童食管硬币类异物方法独特,导管本身细软圆滑,对上消化道软组织几乎无刺激,因而减少了各种并发症的发生率,在今后的临床工作中有一定的参考价值。

参考文献:

- [1] 高关清,娄卫华. 儿童食道异物并发症的临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(6):327-329.
- [2] Aranad, Hauaerb, Hachimi-Iddiss, et al. Management of ingested foreignbodies in childhood and review of the literature[J]. Eur J pediatr,2001,160(8):468-472.
- [3] Saki N, Nikahlagh S, Sdai F, et al. Esophageal foreign bodies in children[J]. Pak J Med Sci, 2007, 23(6): 854-856.
- [4] 王华,赵继,张亚梅. 婴幼儿复杂食管异物诊治分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2011,18(12):671-674.
- [5] 黄东海,王行炜. 生后1小时内新生儿食道异物1例报告[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(5):292.
- [6] 古庆家,刘亚峰,周光耀,等. 38例食管义齿异物临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2004,18(13):180-181.
- [7] Litte DC, Shah SR, Stpeter SD, et al. Esophageal foreign bodies in the pediatric population: our first 500 Cases[J]. J Pediatr Surg, 2006,41(5):914-918.
- [8] Chaikhouni A, Kratz JM, Cranford FA. Foreignbodies of the esophagus[J]. AM Surg, 1985,51(4):173-179.
- [9] 傅明,管志伟,董慧,等. 食管异物并发症65例临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,1998,12(2):86-84.
- [10] Enrique MDL, Maria LR, Pedru LG, et al, Foreign esophageal body impaction; multimodality imaging diagnosis[J]. Emergency Radiology, 2004,10(4):216-217.
- [11] 刘谦虚,谢鼎华,卢永德,等. 食道异物92例临床分析[J]. 中国医师杂志,2009,11(4):527-528.
- [12] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:600-602.
- [13] 顾衍,泮宏伟,肖林. 儿童食道异物的手术选择[J]. 中国医师杂志,2010,12(2):229-231.
- [14] 蒋卫群. 内镜下诊治食道异物122例分析[J]. 中国现代医学杂志,2001,11(5):76.
- [15] 王静,王晋. Foley管法取儿童食管异物138例临床分析[J]. 中国循征医学杂志,2010,10(9):1118-1119.

- [16] 纪尧峰,索倩,杨娜,等. Foley管在小儿食管异物中的治疗体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2014, 20(5): 456 - 457.
- [17] 刘海,梁传余. 43例食道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.

(收稿日期:2016-02-29)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201605018

· 临床报道 ·

改良贯穿缝合法在鼻中隔矫正术中的应用体会

薛志勇¹, 李萍², 刘芳³

(1. 赣榆区人民医院耳鼻咽喉科, 江苏连云港 222100; 2. 焦作同仁医院口腔科, 河南焦作 454000; 3. 焦作同仁医院耳鼻咽喉科, 河南焦作 454000)

摘要: **目的** 探讨改良贯穿缝合法在鼻中隔矫正术中应用的临床效果。**方法** 选取内镜下行改良贯穿缝合法鼻中隔矫正术的患者66例,其中男41例,女25例;年龄17~68岁,平均年龄35.6岁。观察患者的术后症状、体征、术后鼻腔处理时疼痛等不适程度。**结果** 术后随访6个月,治愈58例(87.9%),好转8例(12.1%)。处理鼻腔时无明显疼痛等不适,无术后出血、鼻中隔穿孔、鼻腔粘连等并发症。**结论** 在鼻中隔矫正术中,采用改良贯穿缝合法代替鼻腔填塞能改善患者的术后不适,减少并发症,缩短术后愈合过程;改良手术方法简单,易于实行,具有临床应用价值。

关键词: 鼻中隔偏曲;鼻中隔矫正术;鼻腔填塞

中图分类号: R765.9 **文献标识码:** B **文章编号:** 1007-1520(2016)05-0407-03

鼻中隔矫正术治疗鼻中隔偏曲在临床中应用广泛,术后为了固定鼻中隔及有效止血,多采用鼻腔填塞。填塞期间患者会出现头痛、口干、吞咽困难等,且易继发鼻腔鼻窦感染、鼓室积液等并发症,严重的甚至诱发鼻心反射,出现心律失常、心肌梗死等严重并发症^[1];取出鼻腔填塞物的操作更令多数患者痛苦不堪,对治疗产生惧怕、抵触心理,也可能引起再次出血^[2],严重者会引起晕厥性休克^[3]。我科自2013年8月开始采用了贯穿缝合法代替鼻腔填塞,并在应用过程中对手术器材进行了改良,取得了满意的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我科2013年10月~2015年4月收治的随访资料完整的内镜下行鼻中隔矫正术的患者66例,其中男41例,女25例;年龄17~68岁,中位年龄

35.6岁;全部病例术前均经鼻内镜检查及鼻窦冠状位和轴位CT扫描确诊为鼻中隔偏曲,其中合并过敏性鼻炎或下鼻甲肥大者21例,有其他鼻部合并症者未列入。临床表现为不同程度鼻塞者51例,头痛者11例,反复鼻出血者4例。

1.2 手术方法

所有病例均采用鼻内镜下局限性鼻中隔黏膜下切除术。15例采用鼻腔表面麻醉及局部浸润麻醉,其余病例均采用全身麻醉。手术在0°鼻内镜下操作。鼻中隔左侧皮肤黏膜交界处“L”形切口,剥离该侧黏(软)骨膜,切除偏曲的骨及软骨,四方软骨平整者尽量予以保留;中隔平直后复位黏(软)骨膜;切口以4-0 PGA可吸收缝线(圆针)(上海浦东金环医疗用品股份有限公司)间断缝合2针,再行鼻中隔贯穿缝合。把7号注射针头靠近尖端部分折取约1cm长,可吸收缝线从注射针尾部穿进,从针尖处穿出约4cm反折,制成新的“缝合针”(图1)。以持针器夹持其尾部,从鼻中隔左侧底部黏膜切口后方2mm处垂直刺入,贯穿鼻中隔,从右侧出针,线尾留在鼻中隔左侧;再从右侧底部后方进针,从此由后向前沿“W”形路线缝合,每缝一针应注意收紧

作者简介:薛志勇,男,副主任医师。
通信作者:薛志勇,Email:xiaoxuedot@sina.com