

颈段食管异物并发食管周围和颈间隙及纵隔感染的治疗 Therapy of complication of cervical esophagus foreign body

王进¹

[关键词] 食管异物;颈部并发症

Key words esophagus foreign body;cervical complication

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.07.020

[中图分类号] R768.22 [文献标志码] B

食管异物是常见的耳鼻咽喉科急诊,常见的异物有鱼刺、枣核、义齿、硬币、肉骨、鸡鸭骨等,常发生于食管入口处,其次为食管中段,发生于下段者较少见^[1]。从病史及食管吞钡检查可初步诊断食管异物,胃镜及食管镜检查可作为常用的异物取出方式^[2]。我科 2009-01—2013-01 收治 36 例颈段食管异物并发症患者,现对其典型病例的临床资料及诊疗方法进行分析。

1 资料与方法

36 例食管异物患者,男 20 例,女 16 例;年龄 6~80 岁;病程 2 h~40 d,平均 3 d。本组患者的食管异物有鱼刺、鸡骨、鸭骨,少见的有假牙、硬币、衣扣、肉团。本组 3 例患儿因口含硬币或衣扣嬉戏误咽;2 例老年男性患者,食管镜检查取出肉团后发现其均患有食管癌(术中取病理确诊)造成食管狭窄;3 例假牙,2 例为夜间熟睡后误吞所致,1 例为进食过快引起假牙脱落。所有患者均行食管吞钡及纤维喉镜检查,部分行 CT 检查。24 例经口内食管镜取出;4 例经胃镜取出;1 例颈前切开取出,1 例颈侧切开取出;2 例因异物(猪骨)位于胸段食管病程较长,最终行开胸手术取出;4 例患者术前空腹 24 h 并静脉滴注抗炎、消肿药物,行食管镜探查未见异物,考虑环咽肌松弛及食管镜扩张后,异物可能已滑入胃内。

2 典型病例报告

例 1 女,53 岁,因误咽鱼刺 40 d,于 2010 年 5 月来我科就诊。患者已在外院 3 次电子喉镜及食管吞钡检查均未发现异物,考虑为咽腔及食管划伤。患者来我科就诊时出现左侧上肢疼痛,举手无力。经电子喉镜检查仍未发现异物,但其症状支持异物存在的可能性极大。CT 检查发现左侧梨状窝尖高密度影。行食管镜探查,发现并取出异物,为一鱼刺,约 2.0 cm 长(图 1),取出后,患者左侧上肢疼痛消失。

例 2 女,33 岁,因误咽鱼刺 40 d,于 2012 年 1 月 15 日来我科就诊。患者曾接受外院及我科其他医师检查,行电子喉镜及食管吞钡检查未见异物,患者进食未见异常,诉右侧颈部活动较受限。行 CT 检查,发现右侧颈部甲状软骨旁有一高密度影,周围脓肿形成(图 2),遂入院行右侧颈侧区切开探查,发现颈前带状肌质硬,组织水肿,其下方脓腔形成,切开引流,取出异物鱼骨,约 3 cm 长(图 3),遂用过氧化氢液、甲硝唑、庆大霉素生理盐水反复冲洗,颈部留置引流,术后 10 d 痊愈出院。

例 3 女,63 岁,因误咽鱼刺 16 d,于 2012 年 10 月 10 日就诊。CT 检查提示颈段食管脓肿形成,内见一斜行高密度影(图 4)。术前电子喉镜、胃镜检查均未见异物,因不能确定异物位于食管前壁或后壁,行颈前切开、断扎甲状腺峡部,暴露颈段气管,将气管拉向一侧,同时经口插入食管镜,切开食管前壁,未见脓液,遂考虑脓肿位于后壁,但后壁黏膜光滑。依据 CT 提示行粗针穿刺后壁见脓液流出,扩大脓腔,取出异物,异物为一长 3 cm 的黑色铁丝,过氧化氢液、甲硝唑、庆大霉素及生理盐水反复冲洗,经鼻腔插入引流管,食管后壁引流,逐层关闭食管前壁,取部分带蒂胸骨舌骨肌填塞气管食管间间隙,皮下留置负压引流。术后 10 d 患者痊愈出院。

例 4 女,58 岁,因误咽鸭骨 15 d,于 2012 年 3 月 30 日就诊我院。电子喉镜检查未见异物;行胃镜检查发现异物嵌顿于右侧梨状窝尖,取出后见大量脓液流出,后入住消化内科,患者日常进食,后患者出现颈胸部纵隔感染,导致脓腔形成(图 5)。胸外科会诊后考虑为纵隔感染,鉴于解剖上易于暴露,易于引流等因素,采取常规左颈侧切开与梨状窝相通,颈部负压引流,颈部换药,3 个月后患者颈胸纵隔感染消失,但左侧咽漏持续存在,目前患者咽漏消失,但左侧颈部有一小瘘口(图 6),碘油造影后与纵隔相通,形成瘘管,因合并糖尿病,目前处于降糖换药阶段。该患者后来接受瘘管切除,但效果不理想,遂自行要求到其他医院治疗,按失访计算。

¹成都军区总医院耳鼻咽喉科(成都,610083)
通信作者:王进,E-mail:wjxqwhj@126.com

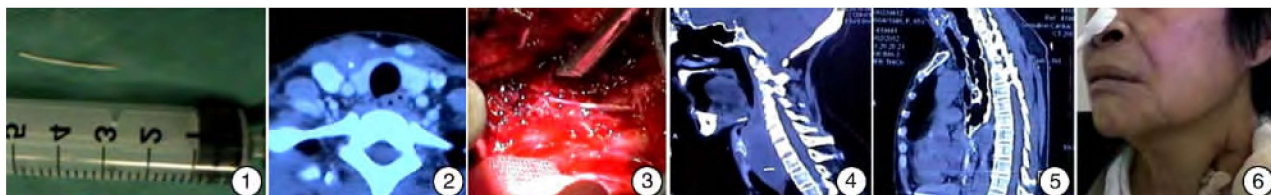


图 1 例 1 患者异物长约 2.0 cm； 图 2 例 2 患者异物位于甲状软骨旁右侧； 图 3 例 2 患者颈前切开术中异物； 图 4 例 3 患者颈段食管异物并脓肿形成； 图 5 例 4 患者合并颈间隙及纵隔感染； 图 6 例 4 患者颈侧切开后形成咽漏

3 讨论

颈段食管异物发生率高,易出现颈部并发症,常会延误康复。颈段食管异物并发症产生的原因主要与拖延时间长及嵌顿异物后正常进食相关^[3]。异物长时间嵌顿于食管狭窄处,易引起感染、局部组织水肿,进食致感染加重,异物被包裹逐渐形成脓肿,穿破食管可造成纵隔感染^[4]。患者因轻视食管异物症状,往往拖延治疗时间,耽误治疗时机。例 3、4 患者均拖延病情 2 周余,造成病情加重。另外,医师的诊断经验不足,也容易造成误诊误治或延误病情。食管异物诊断方法常见的有食管吞钡及胃镜,电子喉镜检查可以排除下咽异物。本文 4 例均行电子喉镜检查,下咽未见异物。但对于异物位于咽腔后壁内、穿出食管或梨状窝尖包裹,上述 3 种检查方式难以诊断,CT 检查便成为明确食管异物的关键^[5],本组例 1、2、3 患者异物诊断及例 4 患者颈胸纵隔感染脓肿的诊断均依赖于 CT 检查。

食管异物颈部并发症的治疗方式取决于异物及病变部位及范围。例 1 患者 CT 检查提示异物位于左侧梨状窝尖,经口内食管镜探查取出,患者左上肢疼痛及上抬无力可能为局部炎症波及神经所致。例 2 患者 CT 提示异物位于右侧甲状软骨旁,其发生原因可能与异物尖细,进食大块固体食物将异物挤压出食管外,游走于颈部有关。对于该异物只有采取颈前区切开才能取出。术中发现右侧带状肌肿胀,组织水肿变硬,依据 CT 提示,切开带状肌深处,见大量脓液,吸净后取出鱼骨,过氧化氢液、甲硝唑、庆大霉素反复冲洗,颈部负压引流,术后 10 d 痊愈。例 3 患者 CT 检查提示颈段食管脓肿形成,而胃镜检查未见异常,予胸外科会诊后,建议采取颈前切开,术中断扎甲状腺,将颈段气管拉向一侧,暴露颈段食管,触诊未及脓肿,遂将食管镜插入食管,切开食管前壁,未见脓液,考虑脓肿位于后壁,遂依据 CT 提示,粗针穿刺后壁,有脓液流出,扩大脓腔,取出异物,为黑色铁丝,考虑刷锅时铁丝遗留,再次煮食鱼时误咽所致。过氧化氢液、甲硝唑、庆大霉素反复清洗,经鼻腔放置引流管于脓腔,内翻缝合食管前壁,取带

蒂胸骨舌骨肌填塞气管食管间隙,皮下负压引流,术后未出现食管瘘。例 4 患者因异物嵌顿时间较长,梨状窝处组织受感染导致水肿及糜烂,在胃镜取出异物后进食感染加重,脓液顺着颈部筋膜间隙向下扩展,弥散至纵隔。胸外科对该例患者采取颈侧切开,术后引流时间长,且发生咽漏,并且受糖尿病病史影响,致使其目前左颈部仍遗留小孔,经碘油造影显示小孔已形成瘘管与纵隔相通。笔者认为对其采取左颈侧切开不太合适,因为按照低位引流原理采取纵隔切开引流,患者恢复的应该更快一些,而且可避免咽漏发生;再则患者咽喉已经感染,颈侧切开,人为造成颈内外沟通,因而采取经鼻腔放置引流管于梨状窝处,通过每天灌洗、稀释清除毒素,可避免咽漏,有利于患者恢复。目前患者出现颈纵隔瘘,更为棘手,该患者后来接受瘘管切除,但效果不理想,遂自行要求到其他医院治疗,失访。对于怀疑食管异物者首选 CT 诊断,并发症的治疗取决于异物部位及病变范围,能经口内处理的不宜口外切开。

参考文献

[1] BALASUBRAMANIAM S K, BRAY D, BLACK M I, et al. A review of the current management of impacted foreign bodies in the oesophagus in adults[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2008, 265: 951-956.
 [2] SUNG S H, JEON S W, SON H S, et al. Factors predictive of risk for complications in patients with oesophageal foreign bodies[J]. Dig Liver Dis, 2011, 43: 632-635.
 [3] RATHORE P K, RAJ A, SAYAL A, et al. Prolonged foreign body impaction in the oesophagus[J]. Singapore Med J, 2009, 50: e53-54.
 [4] COLE S, KEARNS D, MAGIT A. Chronic esophageal foreign bodies and secondary mediastinitis in children[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2011, 120: 542-545.
 [5] SHI HADA R, GOLDSHER M, SBAIT S, et al. Three-dimensional computer tomography for detection and management of ingested foreign bodies[J]. Ear Nose Throat J, 2009, 88: 910-911.

(收稿日期:2013-03-20)