

颈侧切开术治疗异物穿孔并纵隔脓肿 6 例

艾金刚¹ 张杰¹ 曾瑞芳¹ 孙博¹ 许孜¹ 谭国林¹

[摘要] 目的:探讨颈侧切开术治疗异物穿孔并纵隔脓肿患者的适应证及临床诊疗要点。方法:6 例异物穿孔并纵隔脓肿患者均在入院后 12 h 内行颈侧切开术。结果:6 例患者中,4 例取出异物;1 例入院前已在当地医院取出异物;1 例未找到异物。除 1 例声嘶、术后 1 年恢复外,余均无并发症。结论:异物穿孔并纵隔脓肿是颈侧切开术的适应证。

[关键词] 食管穿孔;纵隔脓肿;外科手术

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2014.12.010

[中图分类号] R768.3 **[文献标志码]** A

Application of lateral neck incision to the mediastinal abscess following esophageal perforation caused by foreign bodies: a report of 6 cases

AI jingang ZHANG jie ZENG Rui fang SUN Bo XU Zi TAN Guolin

(Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Third Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, 410000, China)

Corresponding author: TAN Guolin, E-mail: guolintan@xysm.net

Abstract Objective: To investigate the indication and key points in clinical diagnosis and treatment of lateral neck incision to the mediastinal abscess following esophageal perforation caused by foreign bodies. **Method:** Six cases with mediastinal abscess following esophageal perforation caused by foreign bodies were cured through lateral neck incision within 12 hours after the admission of hospital. **Result:** Four cases performed the removal of the foreign bodies during hospitalization; 1 case did in a local hospital before the admission; and 1 case did not found the foreign body. One case with hoarseness recovered in 1 year postoperatively, and there were no complications occurred in other patients. **Conclusion:** Mediastinal abscess following esophageal perforation caused by foreign bodies was the indication of lateral neck incision.

Key words esophageal perforation; mediastinal abscess; surgical procedures, operative

食管异物是耳鼻咽喉头颈外科常见急症,治疗不及时往往引起穿孔甚至颈部、纵隔脓肿形成等严重并发症,其中,穿孔并纵隔脓肿少见,但极其危急,死亡率高,近期文献报道为 17%~25%^[1-2]。外科手术治疗异物穿孔及相关并发症相比保守治疗具有效果好、死亡率低等优点^[3]。本文回顾性分析我科 2010-01-2013-07 行颈侧切开术治疗异物穿孔并纵隔脓肿 6 例患者的临床资料,进一步探讨颈侧切开术对此类患者的适应证及临床诊疗要点。

1 资料与方法

1.1 一般资料

6 例患者中,男 1 例,女 5 例;年龄 35~68 岁,平均 50 岁;病程 2~10 d,平均 5.5 d。6 例患者均有误吞异物史及异物梗阻后强行吞咽史,均因吞咽疼痛、颈部肿痛入我科。2 例患者入院后行颈部+纵隔 CT,明确穿孔及纵隔脓肿部位;3 例患者行颈

部 CT,显示穿孔及颈部脓肿形成,术中证实脓肿已侵犯上纵隔;1 例患者外院已取出异物并行镜检后造影见穿孔。1 例患者伴有发热(38℃)及肺部感染;5 例患者查体有明显颈部红肿;1 例患者有明显胸骨按压痛。

1.2 治疗方法

全身麻醉后行镜检术,镜下取出异物,证实穿孔部位并吸尽分泌物后留置胃管,改行颈侧入路脓肿切开引流术。切口选择穿孔及脓肿形成侧,沿胸锁乳突肌前下缘斜行切口,长约 6 cm,依次切开皮肤、皮下组织及颈阔肌,沿颈阔肌下分离皮瓣并固定,不必分离带状肌,解开胸锁乳突肌前下缘,避开颈鞘,自颈鞘于气管沟之间向后下沿椎前筋膜纵向钝性分离进入颈深部及后纵隔脓腔,探查并切开脓腔,取分泌物送细菌培养及药敏实验。尽量清除脓性分泌物及坏死组织,扩大切排引流口,脓腔内反复以 3%过氧化氢及生理盐水冲洗,再以甲硝唑液灌洗脓腔。置“T”形负压引流管于脓腔,一期缝合

¹中南大学湘雅三医院耳鼻咽喉头颈外科(长沙,410000)
通信作者:谭国林, E-mail: guolintan@xysm.net

皮下及皮肤切口,固定引流管,局部稍加压包扎。保持持续负压引流。术后禁食并留置胃管,予鼻饲饮食。静脉先予三代头孢联合奥硝唑、左氧氟沙星三联抗炎,再根据分泌物细菌培养+药敏实验结果调整敏感抗生素,抗感染疗程 2~3 周。伤口定期换药,引流管内每日予庆大霉素及生理盐水冲洗。予护胃、补液、纠正水电解质平衡等对症支持治疗。

2 结果

6 例患者均在入院后 12 h 内行颈侧切开术,4 例取出异物,分别为鸡骨 2 例、鱼骨 2 例,其中经镜取出 3 例,颈侧切开后取出 1 例;1 例入院前已在当地医院取出异物(瓷片);1 例虽有明确异物吞咽史(鱼骨),但食管及脓腔内均未找到异物。本组 6 例患者术中均证实为后上纵隔脓肿,穿孔部位均在距门齿 20~23 cm 处,其中 5 例为左壁穿孔,1 例为右壁穿孔。6 例患者的术后并发症等情况见表 1。

3 讨论

食管异物中尖锐、坚硬、不规则的异物易致穿孔,加之患者往往有咽部梗阻后强行吞咽史,更易导致穿孔的发生。部分患者因未及时就医,使病情迁延,加重穿孔处感染并最终导致颈部脓肿的形成。由于颈部存在多个潜在的蜂窝组织间隙,病变可相互蔓延、扩散,其中较为严重的是纵隔炎症及脓肿。因此,异物并纵隔脓肿一旦发生,积极的外科手术治疗十分重要^[4]。

纵隔脓肿的诊断并不困难。根据患者明确的异物吞咽史,结合吞咽疼痛、颈部红肿、发热等临床症状、体征及胸部 X 线及 CT 等辅助检查可以明确诊断。对于个别无明显症状和体征的患者,在影像学检查的基础上做出早期诊断可提高此类患者的预后^[5]。本组 1 例患者伴有发热(38℃)及肺部感染;5 例查体有明显颈部红肿;仅 1 例有明显胸骨按压痛。颈部及纵隔 CT 对纵隔脓肿的诊断极为重要,早期可无明显变化,范围扩大时可见纵隔增宽,脓肿形成时可见气液平面(图 1),脓肿侵犯胸

膜可出现胸腔积液。故在条件允许的情况下,怀疑纵隔脓肿者应行 CT 检查,术后在出院前也需复查纵隔 CT 2~3 次,以评估脓肿消退情况。

刘斌等^[6]认为,颈部异物穿孔并颈部脓肿形成是颈侧切开的适应证。一旦确诊穿孔并纵隔脓肿形成,应立即行外科手术处理。绝大多数异物穿孔患者可经食管镜取出^[7],故术前应先行食管镜检查,既可取出异物,又可再次确认穿孔部位,为颈侧入路的切口选择提供参考。若纵隔脓肿压迫气管造成患者呼吸困难,则需在局部麻醉下先行气管切开术。根据颈部的解剖特点,颈部入路切口一般选择左侧胸锁乳突肌前下缘,但应根据穿孔和脓肿形成的具体位置而定。本组 1 例患者因穿孔位于右侧,故颈侧切口选择右颈侧入路。纵隔脓肿多发生于后上纵隔,术中应注意避开颈鞘,自颈鞘于气管沟之间向后下纵向钝性分离椎前筋膜进入后上纵隔脓腔,清除纵隔脓肿,清理脓腔并以“T”管负压引流脓液。颈侧切开的主要并发症是喉返神经损伤,故术中应切记纵向钝性分离的重要性,此举可尽量避免损伤喉返神经。本组 1 例患者术后出现声嘶,考虑术中仍损伤喉返神经,术后随访 1 年声嘶恢复。对于已经穿孔的壁是否应该在术中缝合,有人对此持积极态度^[6]。目前修补穿孔还可经胃镜内放置腹膜支架。支架应用并不能明显改变患者死亡率,且价格昂贵,但可缩短住院时间,并尽可能多地保存原有食管^[1]。此外,还有学者成功应用纤维蛋白凝胶封闭穿孔^[8]。我们认为并发纵隔脓肿的患者穿孔糜烂程度高,无论穿孔大小,都已不适宜缝合,应在持续“T”管负压引流条件下待其自然愈合。本组 6 例患者术中均未缝合壁,且均在术后自然愈合。

在对纵隔脓肿患者早期行颈侧切开术后,必须同时积极配合抗感染、禁食、纠正水电解质紊乱等对症及一般治疗。其中抗感染尤为重要,使用强力有效及足程的抗生素、全身及局部抗感染相结合是其关键^[9]。纵隔脓肿患者细菌感染多为需氧菌和

表 1 6 例患者的术后并发症等情况

序号	性别	年龄/岁	病程/d	脓肿大小/cm	细菌种类	住院天数/d	术后并发症
1	女	48	10	1.2×0.3×1.5	无	17	无
2	女	48	4	2.0×2.5×4.0	居泉沙雷菌	25	无
3	女	35	2	1.4×2.7×3.0	无	12	无
4	女	68	5	1.5×1.0×5.0	大肠埃希菌	20*	声嘶,1 年后恢复
5	男	54	5	3.0×4.0×9.0	中间链球菌	23	无
6	女	47	7	6.2×4.4×14.8	粪肠球菌	20	无

注:* 该患者术后第 6 天回当地医院继续治疗 14 d,于术后 20 d 痊愈。

厌氧菌混合感染,不排除少见菌种,故早期宜选择广谱抗生素及抗厌氧菌药物。可在静脉先予三代头孢联合奥硝唑、左氧氟沙星三联抗炎,再根据分泌物细菌培养+药敏实验结果调整抗生素。因纵隔组织结构疏松,一旦感染易迅速蔓延及扩散,故需保持脓液引流通畅。纵隔脓肿引流方法较多,包括简单的切开引流、闭式连续冲洗法、负压引流法^[10]。本组患者均采用脓肿切开“T”形负压引流管引流脓液(图 2)。采用“T”形负压引流管有以下优点:①一定的负压可充分引流脓液;②每日通过引流管予庆大霉素冲洗术腔,可加强局部抗感染能力;③对于有胸膜损伤(如气胸)者也有很好的引流作用。Qadir 等^[11]也对“T”管负压引流的效果十分肯定。我们没有在颈侧切开术后放置引流膜或填塞碘仿纱条,是因为这种做法使术腔暴露,可能引起医源性感染,加重病情。本组患者纵隔脓肿均位于后上纵隔,脓腔不大,故采用 1 根引流管可充分引流,待引流管未见明显脓液流出可考虑拔管(图 3)。本组患者拔管时间为 9~16 d,平均 13 d。

参考文献

[1] SAFRÁNEK J, GEIGER J, KLECKA J, et al. Mediastinitis after esophageal perforation[J]. Rozhl Chir, 2013, 92:195-200.
 [2] 张亚民,赵玉林,姜卫华,等. 异物取出术后纵隔脓肿的治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(9):392-393.
 [3] HASIMOTO C N, CATANEO C, ELDIB R, et al. Efficacy of surgical versus conservative treatment in

esophageal perforation: a systematic review of case series studies[J]. Acta Cir Bras, 2013, 28:266-271.
 [4] MAHMODLOU R, ABDIRAD I, GHASEMI-RAD M. Aggressive surgical treatment in late-diagnosed esophageal perforation: a report of 11 cases[J]. ISRN Surg, 2011, 2011:868356.
 [5] SØREIDE J A, VISTE A. Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical decision-making in the first 24 hours[J]. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 2011, 19:66-66.
 [6] 刘斌,江育玲,彭建辉,等. 颈侧切开术在颈段异物取出中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2011, 17(4):268-271.
 [7] JIANG J, YU T, ZHANG Y F, et al. Treatment of cervical esophageal perforation caused by foreign bodies[J]. Dis Esophagus, 2012, 25:590-594.
 [8] KIMURA T, TAKEMOTO T, FUJIWARA Y, et al. Esophageal perforation caused by a fish bone treated with surgically indwelling drainage and fibrin glue injection for fistula formation[J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2013, 19:289-292.
 [9] 邹光辉,汪绪武,李为民,等. 异物引发穿孔的处理[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(19):871-872.
 [10] 李文雅,张其刚,刘旭东,等. 继发性纵隔脓肿的诊断与治疗[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2011, 18(4):375-376.
 [11] QADIR I, ZAFAR H, KHAN M Z, et al. T-tube management of late esophageal perforation[J]. J Pak Med Assoc, 2011, 61:418-420.

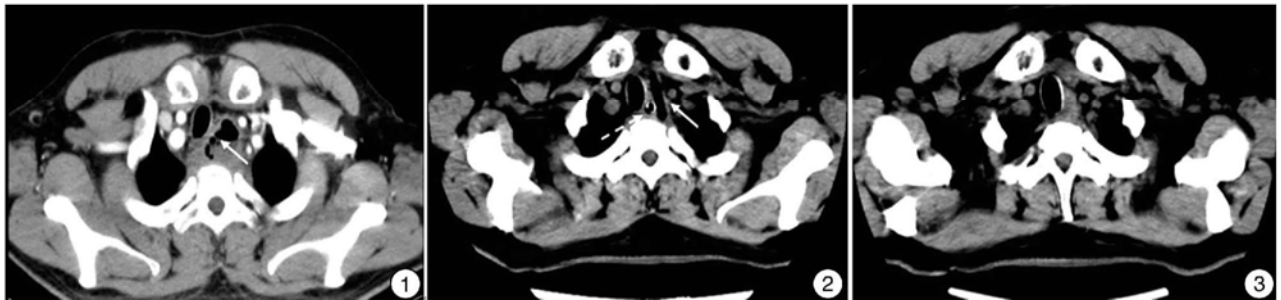


图 1 术前 1 d 纵隔 CT 所示 纵隔增宽,左后方一气液平面(箭头所示); 图 2 图 1 患者术后第 2 天纵隔 CT 所示 纵隔病灶较前明显缩小,未见积气(液),可见引流管(实箭头所示)和胃管(虚箭头所示); 图 3 图 1 患者术后第 16 天纵隔 CT 所示 引流管、胃管已取出,纵隔病灶进一步减少。

(收稿日期:2013-11-05)