

- [4] LUTALO P M, D'CRUZ D P. Diagnosis and classification of granulomatosis with polyangiitis (aka Wegener's granulomatosis)[J]. J Autoimmun, 2014, 48-49: 94-98.
- [5] WOJCIECHOWSKA J, KRAJEWSKI W, KRAJEWSKI P, et al. Granulomatosis With Polyangiitis in Otolaryngologist Practice: A Review of Current Knowledge[J]. Clin Exp Otorhinolaryngol, 2016, 9: 8-13.
- [6] URSEA R, DE CASTRO D, BOWEN T J, et al. The role of conjunctival biopsy in the diagnosis of granulomatosis with polyangiitis[J]. J Ophthalmic Inflamm Infect, 2015, 5: 1-1.
- [7] KUBAISI B, ABU SAMRA K, FOSTER C S. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's disease): An updated review of ocular disease manifestations[J]. Intractable Rare Dis Res, 2016, 5: 61-69.
- [8] LEAVITT R Y, FAUCI A S, BLOCH D A, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Wegener's granulomatosis[J]. Arthritis Rheum, 1990, 33: 1101-1107.
- [9] 王建雄, 李小生, 赖燕蔚. 6 例 Wegener 肉芽肿的头颈部表现[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(15): 708-709.
- [10] DEREMEE R A. The nosology of Wegener's granulomatosis utilizing the elk format augmented by c-ANCA[J]. Adv Exp Med Biol, 1993, 336: 209-215.
- [11] GRECO A, MARINELLI C, FUSCONI M, et al. Clinic manifestations in granulomatosis with polyangiitis[J]. Int J Immunopathol Pharmacol, 2016, 29: 151-159.
- [12] 顾湘, 顾建华. 肉芽肿性多血管炎的鼻部表现和治疗分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(20): 1577-1578.
- [13] DEVANEY K O, TRAVIS W D, HOFFMAN G, et al. Interpretation of head and neck biopsies in Wegener's granulomatosis. A pathologic study of 126 biopsies in 70 patients[J]. Am J Surg Pathol, 1990, 14: 555-564.

(收稿日期: 2016-11-13)

664 例食管异物患者临床诊治分析

Clinical diagnosis and treatment for esophageal foreign body in 665 cases

董锦锦^{1△} 田秀芬¹

[关键词] 食管异物; 并发症; 外科手术

Key words esophageal foreign body; complication; surgical procedures, operative

doi: 10.13201/j.issn.1001-1781.2017.08.017

[中图分类号] R768.3 [文献标志码] B

食管异物是耳鼻咽喉科临床常见的急重症, 如延误治疗或治疗不当常引起各种并发症, 严重时致死亡。本文通过收集近 6 年 664 例食管异物患者的资料, 探讨食管异物影像学表现、并发症及治疗方式, 以期提高食管异物的诊断率和治愈率, 减少并发症的发生。

1 临床资料

664 例患者, 男 315 例, 女 349 例; 其中 6 岁以下 193 例, 7~14 岁 8 例, 15~40 岁 53 例, 41~60 岁 172 例, 61 岁以上 238 例。

异物种类: 食物类异物 412 例(62.05%), 以鱼刺、鸡骨、猪骨、鸭骨、肉皮、李子核、话梅、柿子、枣核等多见; 非食物类异物 252 例(37.95%), 以硬币、铁丝、刀片、别针、笔帽、假牙、塑料瓶盖、金属瓶盖、弹簧、玻璃、打火机、药物锡箔纸包装等多见。

临床表现: 患者的临床表现会因异物种类及停留时间不同而有所差异。成年人基本表现为咽喉部疼痛, 吞咽时加剧, 进食梗阻感; 小儿多表现为哭闹, 呕吐, 呕吐物多为胃内容物。异物在食管内停留过长可引起发热、颈部肿胀、胸痛等并发症的表现。

停留部位: 咽腔部 4 例, 梨状窝 2 例, 食管第一狭窄处 472 例, 食管第二狭窄处 107 例, 第三狭窄处 13 例(手术未见异物和未行手术患者异物位置未统计在内)。

诊断: 560 例患者有明确的异物误吞史, 入院行影像学检查确诊; 104 例患者未详诉异物误吞史, 行影像学检查(DR/CT/胃镜)确诊。

2 治疗方法及结果

664 例患者中, 588 例经全身麻醉下硬性食管内镜下取出异物; 29 例行食管镜检查, 未见异物, 考虑异物脱落; 37 例未经手术治疗, 其中 25 例异物脱落至胃肠道自行排出, 11 例因异物过大或出

¹ 郑州大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科(郑州, 450000)
[△] 研究生
通信作者: 田秀芬, E-mail: xiufen.tian@126.com

现颈部脓肿建议行颈侧切开术,患者拒绝治疗后出院,1例在外院取出食管异物,术后大出血转至我院;5例经颈侧切开术治疗;3例在胃镜下取出;1例因脊柱严重畸形转至胸外科行开胸手术治疗;1例出院2个月后因食管未完全愈合出现颈部脓肿再次至我院行颈部切开引流术治疗。术后常规给予患者抗感染、鼻饲营养等治疗,无死亡病例。

24例出现食管异物并发症,其中11例食管穿孔,5例纵隔感染,2例颈部脓肿,1例颈部、纵隔气肿,1例食管咽部瘘,1例间隙感染,1例颈部气肿,1例大出血,1例食管气管瘘。

3 讨论

3.1 异物的影像学检查

食管异物主要依据患者误吞病史及辅助检查如钡餐、电子胃镜、纤维喉镜、胸腹部立位平片及食管平扫三维成像CT等明确诊断。患者在接受治疗前应行相关影像学检查,明确异物是否存在及部位。对于较小且未穿透食管的异物,挂棉钡餐可作为主要的影像学检查手段。但钡餐禁用于食管穿孔患者。对特殊异物,食管CT平扫三维成像检查可明确异物的形状、大小、异物长轴与食管长轴的关系以及与周围组织器官的毗邻关系^[1],术前可清晰看到异物与胸部大血管的关系,对于指导异物取出方向、减少毗邻大血管的损伤具有重要意义^[2]。因此,在食管异物检查中,食管CT平扫三维成像是一项重要的检查手段。

3.2 异物的危险性及取出方式

食管异物对人体产生危害的原因大致有:锋利异物或者异物在食管停留时间过长造成食管壁穿孔,引起食管气管瘘、纵隔脓肿、颈部脓肿等严重并发症。异物较大,压迫喉、气管出现呼吸困难,甚至导致患者窒息死亡^[3]。异物本身具有腐蚀性,造成食管穿孔、继发狭窄等。本文589例全身麻醉患者中,126例为在外院经胃镜、喉镜取异物失败后转至我院行全身麻醉下硬性食管镜检查+异物取出术;463例入院前未接受治疗,于我院全身麻醉下行食管镜检查+异物取出术。术后常规给予抗感染、鼻饲饮食1周,均痊愈出院。5例异物停留在咽喉部,具有挂钩、倒刺等特殊形状,食管镜难以取出^[4],选择经颈侧切开术取出异物,均痊愈出院。3例较小、不易脱落异物在胃镜下顺利取出。1例开胸手术治疗的患者有严重的脊柱侧弯病史,进镜困难转至胸外科行开胸手术治疗。在治疗食管异物时,要根据异物形状和停留位置并综合患者基础情况选择合适的手术方式。全身麻醉下硬性食管镜检查+异物取出术是主要的手术治疗方案。

3.3 食管异物并发症及治疗

食管异物出现并发症多与异物形态、位置、停留时间有关^[5]。尖锐、边缘锋利或者停留时间长的

异物易引起颈深部、纵隔、肺部感染及食管食管瘘等。

本组5例并发纵隔脓肿,3例放弃治疗;1例因颈部脓肿在外院行胃镜下异物取出+颈侧切开引流术后感染加重转至我院,CT检查示咽后壁脓肿、纵隔感染,行抗感染、加强营养等治疗,再次行颈部脓肿清创引流术,经抗感染治疗后,转入介入科,于DSA下行营养及脓腔引流管置入术,后痊愈;1例因“误卡鱼刺5d,发热4d”入院,全身麻醉下经硬性食管镜取出异物后因严重肺部感染转至儿科治疗,后转至介入科行消化道造影术并脓腔引流置管术,痊愈。纵隔脓肿为最严重的并发症,因纵隔组织结构疏松,气管、食管及大血管之间充满疏松的结缔组织及大量的淋巴组织,向上与颈部筋膜间隙相通,一旦发生感染,即可迅速蔓延、扩散,并因细菌及毒素的大量吸收导致全身出现中毒症状。因此,要早诊断、早治疗。结合病史及影像学检查诊断纵隔脓肿并不困难。纵隔脓肿多为需氧菌和厌氧菌的混合感染,宜首选广谱抗生素及抗厌氧菌药物治疗,再根据脓液细菌培养及药敏实验选用敏感抗生素,并行胃肠减压、营养支持等辅助治疗。可运用介入手段放置引流管,积极引流胸腔脓液,大量液体冲洗脓腔,可缩短治疗时间,提高纵隔脓肿治愈率。本组1例在下级医院取出异物后(异物具体不详)因大出血急诊入我院ICU,入院后经补液、输血等治疗后病情好转,考虑为食管异物引起大血管损伤致失血性休克。胸段较大尖锐食管异物取出时,要全面分析围手术期可能出现的并发症,必要时请胸外科、血管外科共同完成手术。合并颈部脓肿时,要积极做到颈侧切开充分引流、冲洗脓腔。

食管异物是临床上常见的急重症,建议在手术之前行食管CT及三维重建检查,及时选用正确的手术方式进行治疗。一般全身麻醉下硬性食管镜检查+异物取出术,术后常规给予抗感染、营养支持为其主要的治疗方式。出现严重的并发症时,要及时诊断,选择合适的手术方式,以提高治愈率。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 刘昌荣,何剑. 53例食管异物的临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(4):353-354.
- [3] 刘雄光. 食管异物严重并发症的诊疗体会[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2001,7(2):106-108.
- [4] STEWART K C, URSCHEL J D, FISCHER J D, et al. Esophagotomy for incarcerated esophageal Foreign bodies[J]. Am Surg,1995,61:252-253.
- [5] 蔡永民,陈森泉,张文渊,等. 食管异物取出术的麻醉选择[J]. 河北医学,2005,11(1):76-77.

(收稿日期:2016-11-04)