

食管异物 37 例临床观察

刘永靖,许舜,于奇,彭磊磊,姚锋锋

(中国人民解放军第一零五医院心胸外科,安徽 合肥 230032)

摘要:目的 探讨不同类型食管异物病人的临床特点,为食管异物的合理化治疗提供借鉴。**方法** 回顾性总结 37 例食管异物的临床资料,并对影响治疗方案选择的关键因素及治疗结果进行统计分析。**结果** 37 例食管异物病例中,所有病人入院后均经胸部 CT 检查或胃镜检查明确诊断;37 例病人均合并不同程度食管损伤,17 例食管异物病人行外科手术治疗后康复出院,20 例病人经内镜治疗后康复出院。**结论** 内镜治疗是大部分食管异物病人的首选治疗方案,绝大部分可取得较好疗效,病人所需的住院时间较短。食管异物病人的就诊时间、异物存留部位、是否伴随并发症是食管异物手术治疗的重要危险因素。临床实践中要根据病人具体的病情选择合理的治疗方案。

关键词:食管异物;治疗;危险因素

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.07.028

Therapeutic strategy of esophageal foreign bodies

LIU Yongjing, XU Shun, YU Qi, PENG Leilei, YAO Fengfeng

(Department of Cardiothoracic Surgery, The 105th Hospital of PLA, Hefei, Anhui 230032, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical characteristics of patients with esophageal foreign bodies (EFBs), in order to provide a reference for the reasonable treatment of EFBs. **Methods** We retrospectively summarized the clinical records of 37 patients with EFBs, and made statistics analysis for the major factors that influenced the selected therapeutic plans for EFBs. **Results** All of the 37 patients got a definitive diagnosis from CT scan imaging studies or gastroscopy examination; all of the 37 patients suffered from esophageal injury in varying degrees, 17 patients recovered by surgical treatment, and 20 patients recovered by endoscopy therapy. **Conclusions** Endoscopy therapy is the preferred treatment of EFBs for most patients, and most of them can achieve satisfactory therapeutic results and shorter hospital stay. Duration of impaction, location of EFBs, complications associated with EFBs were risk factors of surgical interventions in patients with EFBs. In clinical practices, we should select reasonable therapeutic plans for EFBs based on the conditions of individual patient.

Key words: Esophageal foreign bodies; Therapeutic; Risk factors

食管异物是常见的食管外科急症之一,针对不同类型的食管异物,及时确诊并选择合理的治疗方案是食管异物治疗的关键^[1]。食管异物的种类很多,其中以禽骨、鱼刺、假牙及其他小型金属物品居多。大部分的食管异物可经内窥镜取出或降入胃肠道排除体外^[2],而合并有较严重的食管损伤、邻近大血管、或感染等并发症时则需外科手术治疗。本研究通过回顾性分析收治的 37 例食管异物病人临床特点以及治疗过程,为食管异物的合理化诊治提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2013 年 1 月—2016 年 2 月中国人民解放军第一零五医院心胸外科收治的食管异物病人共 37 例。所有病人入院后均行胃镜及胸部 CT 或食管造影造影检查,共确诊食管异物病例 37 例。所有病人均存在不同程度的食管损伤,

其中男性 22 例,女性 15 例。异物种类包括枣核 6 例,鱼翅、鱼骨 10 例,鸡骨 8 例,羊骨 3 例,猪骨 8 例,食物团块 2 例。经外科手术治疗 17 例,并作为手术治疗组,其中男性 13 例,女性 4 例,年龄 32~70 岁(中位年龄 49 岁),该组病人均无食管基础疾病;经内镜治疗 20 例,并作为内镜治疗组,其中男性 12 例,女性 8 例,年龄 22~88 岁(中位年龄 61 岁),其中 1 例为食管癌术后病人。根据国际抗癌联盟食管分段标准,手术治疗组中异物位于颈段食管 13 例,位于胸中段食管 2 例,位于胸下段食管 2 例;内镜治疗组中异物位于颈段食管 2 例,位于胸上段食管 4 例,位于胸中段食管 8 例,位于胸下段食管 6 例。本研究得到中国人民解放军第一零五医院医学伦理委员会批准。病人或其近亲属签署了知情同意书。

1.2 治疗方案

1.2.1 手术治疗组 共 13 例病人行颈段食管异物

取出术,其中 10 例病人经左侧颈部纵向切口:全麻后,病人平卧位,头偏向右侧,作颈部胸锁乳突肌前缘切口,依次切开各层组织暴露颈段食管。术中用胃镜探查确定异物位置,纵向切开食管,取出食管异物,并清除周围污染组织,探查食管内无异物残留后,无损伤线分别缝合食管黏膜层及肌层,生理盐水冲洗后,于切口处置一橡胶皮片引流。3 例病人行右侧颈部纵向切口:全麻下,病人取平卧位,头偏向左侧,分离暴露颈段食管。见食管周围水肿明显,锐性分离食管周围组织,可见食管破口,取出异物后碘伏彻底消毒破口,无损伤线分别缝合食管黏膜层及食管肌层,冲洗颈部切口后置一橡胶皮片引流,逐层缝合颈部切口。手术治疗组中有 4 例病人为胸段食管异物,其中 3 例行胸段食管异物取出术:全麻下,病人取左侧卧位,经右侧第 5 肋间进胸,探查食管异物周围组织情况,术中胃镜经口进入食管探及异物并确切位置,在胃镜光源辅助下找到异物所在部位,纵向切开食管并取出异物。探查食管内无异物残留后用碘伏及生理盐水冲洗食管切口,检查食管无出血后无损伤线分别间断缝合食管黏膜层及肌层,生理盐水冲洗胸腔,胃镜引导下放置十二指肠营养管及胃管。放置胸腔闭式引流管 1 根,逐层关胸。另外有 1 例病人为胸下段食管异物,食管穿孔严重,周围组织炎性水肿明显,且食管与周围组织有粘连,判断无法修复,遂行手术切除,术中游离食管、切开膈肌游离胃,切除已经病变的食管,以胃代食管,Ⅰ期行食管-胃左颈部吻合术,吻合口选择在颈部,远离食管穿孔破裂处,降低吻合口瘘的概率。

1.2.2 内镜治疗组 共 20 例。经胃镜治疗 16 例,其中 13 例由胃镜专用异物钳直接取出,取出异物后用胃镜检查食管损伤情况并放置十二指肠营养管;另外 3 例病人中 1 例为食管癌术后病人,食物团块堵塞在食管吻合口处,直接由胃镜将食物团块推入吻合口下方,2 例病人因异物位于食管下段,且为锐性动物骨片,由胃镜异物钳钳夹住骨片一端并调整骨片尖端位置,顺利送入胃内,骨块异物在胃酸作用下可逐渐软化、消化,操作结束后放置十二指肠营养管;经硬质食管镜治疗 4 例,在手术室内全麻下,病人平卧位枕部垫高、头后仰,用食管镜经食管开口后向下推进顺利找到异物,并用异物钳夹住异物后随食管镜一并退出食管,术后在放射导管室由 X 线引导下放置十二指肠营养管。术后需禁食 1 周,经十二指肠营养管给予肠内营养支持。

1.3 统计学方法 收集所有病人的病人吞咽异物

至病人就诊时间、异物类型、异物存留部位、伴随的并发症、治疗结果、住院时间,比较其组间差异,采用 SPSS16.0 统计软件进行数据分析。计数资料的比较采用 χ^2 检验,计量资料则采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

37 例食管异物病人中,有 13 例在吞咽异物后 24 h 内就诊。入院后所有病人均经胃镜或胸部 CT 检查进一步确诊,其中 1 例为食管癌术后吻合口狭窄,食物团块堵塞于食管吻合口上方。异物类型包括鱼翅、鱼骨 10 例,鸡骨 8 例,羊骨 3 例,猪骨 8 例,枣核 6 例,食物团块 2 例。异物存留部位有 15 例位于颈段食管,4 例位于胸上段食管,10 例位于胸中段食管,8 例位于胸下段食管。有 27 例病人入院时伴有不同的并发症,伴随的并发症包括食管穿孔、合并感染、与周围组织粘连、纵膈脓肿、纵膈气肿、胸腔积液、呕血。

37 例食管异物病例中有 17 例行手术治疗,均成功取出异物,术后放置十二指肠营养管,并给予抗炎、止血、补液、肠内营养支持治疗,所有病人术后均顺利出院。有 20 例病人行内镜治疗,其中 7 例经内镜取出异物后放置十二指肠营养管,有 1 例病人因合并食管穿孔、纵膈气肿、左侧胸腔积液,于胃镜取出异物后即行左侧胸腔闭式引流术,内镜治疗组病例中有 19 例病人经治疗后顺利出院,1 例病人入院时合并有食管穿孔、纵膈感染,胃镜取出异物 2 d 后病人家属坚持要求并自动出院。所有食管异物病人临床资料见表 1。而采用不同治疗方案的两组病人的异物类型、异物存留部位、伴随的并发症之间的比较结果见表 2。

3 讨论

食管异物是临床常见急症之一,可发生于任何年龄段病人^[3],易造成食管不同程度的损伤甚至引起严重的并发症。对食管损伤病变分级的把握有利于科学比较各种治疗方法的疗效。本研究异物类型以动物骨片最为多见(78.4%),如猪骨、羊骨等动物骨片,这与中国人群喜食各类家禽的饮食习惯密切相关^[4],其次为各类核壳(16.2%)以及合并有各类食管基础疾病所致的食物团块堵塞(5.4%)。病人入院后常规行胃镜及胸部 CT 或食管造影检查,了解异物位置及与主动脉关系,其治疗大部分采用内镜治疗,包括胃镜及食管镜治疗^[5-6],少部分食管异物病人需行外科手术治疗,其手术方式取决于具体的食管异物嵌顿部位及与周围组织的关系^[7]。对于尖锐性上消化道异物,如果

表1 37例食管异物病人临床资料

临床资料	例数	所占比例/%
就诊时间/h		
≥24	24	64.86
<24	13	35.14
异物类型		
钝性	8	21.62
锐性	29	78.38
异物存留部位		
颈段	15	40.54
胸上段	4	10.81
胸中段	10	27.03
胸下段	8	21.62
伴随的并发症		
无	10	27.03
有	27	72.97
治疗结果		
治愈	28	75.66
好转	8	21.62
其他	1	2.72
住院时间/d		
≥14	24	64.86
<14	13	35.14

注:伴随的并发症包括食管穿孔、合并感染、与周围组织粘连、纵膈脓肿、纵膈气肿、胸腔积液、呕血;治疗结果中其他是指病人入院时合并有食管穿孔、纵膈感染,经胃镜取出异物2 d后自动出院者。

表2 两组食管异物病人比较/例

组别	例数	异物类型		异物存留部位				伴随的并发症	
		钝性	锐性	颈段	胸上段	胸中段	胸下段	无	有
手术治疗组	17	3	14	13	0	2	2	2	15
内镜治疗组	20	5	15	2	4	8	6	8	12
χ^2 值		0.293		17.539				3.715	
P 值		0.701		0.001				0.054	

异物钳等器械夹住后直接取出,容易对食管壁造成损伤,因此有必要应用更安全的配件取出异物,如使用软性异物保护套取出异物^[8]。更多的是用胃镜抓取异物的一端而不是异物中段,慢慢推行达胃腔内,由于异物多为骨块,在胃酸作用下很快软化、消化,一般不会进一步损伤肠道。部分病人发生食管异物后有上消化道出血等常见并发症出现,通常内镜取出后,可予以适当的去甲肾上腺素进行冲洗破损的食管黏膜表面,对症止血处理^[9]。胃镜食管镜无法取出之异物,在未造成大的食管黏膜撕裂及严重纵膈感染之前,均可经手术取出而无需切除食管,手术时仅需切开取出异物,经充分清洗引流、术后禁食、加强肠内营养、抗炎等治疗后均可顺利恢复。手术入路视异物位置而定,颈段食管异物取颈

部切口,中上段食管异物一般取右胸切口,下端贲门上方食管异物可选左胸切口。取异物时切开食管一般选择纵行切开,横行缝合,这样可以避免术后食管狭窄。若病变严重需要切除食管,手术最佳时机在72 h之内,可行食管次全切除,游离胃,行食管-胃左颈部吻合术,吻合口距离感染部位远有利于降低吻合口瘘的发生。极少数超过72 h就医者,由于损伤部位感染水肿严重,则需要禁食、肠内/肠外营养支持至少1周以上再行手术治疗。

本研究结果显示,手术治疗组病人与内镜治疗组病人的异物存留部位差异有统计学意义,另有研究表明,食管异物类型、异物存留时间、异物存留部位为外科手术干预的危险因素^[7]。术中应根据异物嵌顿位置及食管损伤程度选择合适的手术方式。目前,全麻下经胸腔镜手术治疗食管异物是新的外科治疗方向之一,Yong等^[10]于2015年首次报道利用胸腔镜手术成功治愈食管异物导致穿孔的病例,胸腔镜手术由于创伤性小的优点为不能耐受开胸手术的病人提供了新的治疗方案。总之,临床实践中,针对不同的病因结合病人病情进行因症施治,不可仅靠某一项因素决定具体的治疗方案。

参考文献

- [1] GUELFUAT M, KAPLINSKIY V, REDDY SH, et al. Clinical guidelines for imaging and reporting ingested foreign bodies[J]. AJR Am J Roentgenol, 2014, 203(1): 37-53.
- [2] SINK JR, KITSKO DJ, MEHTA DK, et al. Diagnosis of Pediatric Foreign Body Ingestion: Clinical Presentation, Physical Examination, and Radiologic Findings [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2016, 125(4): 342-350.
- [3] 付勇, 邓明彬, 于风旭, 等. 食管异物的外科治疗体会[J]. 泸州医学院学报, 2013, 36(2): 155-157.
- [4] 陈涛, 钟芸诗, 姚礼庆, 等. 食管嵌顿性异物内镜治疗分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(9): 495-499.
- [5] NADIR A, SAHIN E, NADIR I, et al. Esophageal foreign bodies: 177 cases[J]. Dis Esophagus, 2011, 24(1): 6-9.
- [6] BURGOS A, RÁBAGO L, TRIANA P. Western view of the management of gastroesophageal foreign bodies[J]. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 2016, 8(9): 378-379.
- [7] 赵晋波, 田丰, 汪键, 等. 食管异物需手术干预的危险因素分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(9): 709-710.
- [8] 韦荣芬, 于冰, 李信, 等. 胃镜下经软性异物防护套取锐性异物的配合体会[J]. 微创医学, 2013, 8(4): 519-520.
- [9] 路国涛, 王玉欣, 梁钰, 等. 成年患者食管异物临床特点分析 256例[J]. 世界华人消化杂志, 2012, 20(29): 2818-2821.
- [10] YONG JL, PARK CR, KIM JN, et al. The hemoptysis and the subclavian artery pseudoaneurysm due to a fishbone injury[J]. Medicine(Baltimore), 2015, 94(12): 1281.

(收稿日期:2016-12-05, 修回日期:2017-01-25)